



MAESTRÍA EN EDUCACIÓN FÍSICA Y DEPORTE

UNIVERSIDAD NACIONAL DE AVELLANEDA MAESTRÍA EN EDUCACIÓN FÍSICA Y DEPORTE

TÍTULO DEL TRABAJO

Una propuesta de enseñanza del rugby en silla de ruedas desde una perspectiva crítica del deporte adaptado. El caso de lxs asistentes al Hospital de Rehabilitación “Dr. José M. Jorge” en el partido de Almirante Brown en el período 2023-2025.

MAESTRANDO: Lic. Prof. José María Bacchi

DIRECTORA: Dra. Débora Paola Di Domizio

FECHA DE ENTREGA: 29/08/2025



Índice de contenido

Agradecimientos	Pág. 8
1. Título de la propuesta de intervención	Pág. 9
2. Resumen de la propuesta de intervención	Pág. 9
3. Introducción	Pág. 11
4. Definición del problema	Pág. 16
5. Objetivos	Pág. 17
5.1. Objetivo general	Pág. 17
5.2. Objetivos específicos	Pág. 18
6. Marco Teórico	Pág. 19
6.1. Discapacidad	Pág. 19
6.1.1. El modelo de la prescindencia	Pág. 20
6.1.1.1. El submodelo eugenésico	Pág. 20
6.1.1.2. El submodelo de marginación	Pág. 20
6.1.2. El modelo rehabilitador	Pág. 21
6.1.3. El modelo social de la discapacidad	Pág. 22
6.2. Persona con discapacidad	Pág. 24
6.3. Sobre adaptación y <i>super crip</i>	Pág. 25
6.4. Paciente – enfermx	Pág. 26
6.5. Actividad física adaptada	Pág. 27
6.5.1. Actividad física adaptada y rehabilitación en el contexto hospitalario	Pág. 28
6.6. Deporte adaptado	Pág. 28
6.6.1. El deporte adaptado en el ámbito sanitario	Pág. 29
6.6.2. Algunas cuestiones terminológicas	Pág. 29
6.7. Rugby en silla de ruedas	Pág. 30
6.8. Clasificación funcional y clase deportiva	Pág. 32
6.9. Enseñanza y enseñanza de la Educación Física	Pág. 33
6.10. A modo de conclusión del marco teórico	Pág. 36
7. Antecedentes	Pág. 37

8. Caso/institución	Pág. 45
9. Propuesta de intervención	Pág. 51
9.1. Objetivo específico N° 1	Pág. 51
9.1.1. Introducción al desarrollo de las actividades del objetivo específico N° 1	Pág. 51
9.1.2. Desarrollo de las actividades	Pág. 53
9.1.2.1. Manejo de la silla	Pág. 53
9.1.2.2. Pase y recepción	Pág. 54
9.1.2.3. El dribling	Pág. 54
9.1.2.4. El choque entre sillas	Pág. 55
9.1.2.5. El deporte reducido	Pág. 56
9.1.2.6. Juego de rugby en silla de ruedas	Pág. 56
9.1.3. Desarrollo de una unidad didáctica	Pág. 57
9.1.4. Respecto a la puesta en práctica de las actividades del objetivo específico N° 1	Pág. 62
9.2. Objetivo específico N° 2	Pág. 62
9.2.1. Introducción al desarrollo de la actividad del objetivo específico N° 2	Pág. 62
9.2.2. Desarrollo de las actividades	Pág. 63
9.2.3. Respecto a la puesta en práctica de la actividad del objetivo específico N° 2	Pág. 63
9.3. Objetivo específico N° 3	Pág. 64
9.3.1. Introducción al desarrollo de las actividades del objetivo específico N° 3	Pág. 64
9.3.2. Desarrollo de las actividades	Pág. 65
9.3.2.1. Taller Pasándola bien en familia	Pág. 65
9.3.2.1.1. A modo de reflexión final de este taller	Pág. 68
9.3.2.2. Taller rengos versus kine	Pág. 69

9.3.2.2.1. A modo de reflexión final de este taller	Pág. 70
9.3.2.3. Taller charla de intercambio de experiencias	Pág. 71
9.3.2.3.1. A modo de reflexión final de este taller	Pág. 72
9.3.2.4. Taller de Takkyu Volley	Pág. 73
9.3.2.4.1. A modo de reflexión final de este taller	Pág. 74
9.3.3. Respecto a la puesta en práctica de las actividades del objetivo específico N° 3	Pág. 75
10. Cronograma de trabajo	Pág. 77
11. Metas y factibilidad	Pág. 79
11.1. Factibilidad	Pág. 79
11.1.1. Recursos humanos	Pág. 79
11.1.2. Recursos materiales	Pág. 80
11.1.3. Infraestructura	Pág. 81
11.1.4. Obstáculos	Pág. 87
11.1.5. Infraestructura y obstáculos: síntesis del apartado	Pág. 87
12. Evaluación y monitoreo	Pág. 89
12.1. Marco Conceptual del Monitoreo y la Evaluación	Pág. 89
12.1.1. Establecimiento de la línea de base y contexto	Pág. 90
12.1.2. Monitoreo continuo	Pág. 90
12.2. Evaluación periódica (Concurrente)	Pág. 92
12.3. Análisis de eficiencia y efectividad	Pág. 94
12.4. Integración de los valores institucionales y aprendizaje	Pág. 94
12.5. Herramientas de gestión para el monitoreo futuro	Pág. 95
12.6. Evaluación Final (Ex Post)	Pág. 95
12.6.1. Herramienta de Evaluación Ex-Post: Encuesta de impacto y sostenibilidad del programa de enseñanza del rugby en silla de ruedas	Pág. 95



12.7. Justificación de la herramienta	Pág. 98
12.8. Encuestas	Pág. 100
12.8.1. Implementación y publicación de las encuestas	Pág. 100
13. Conclusiones y recomendaciones	Pág. 102
13.1. Implementación y Logros	Pág. 104
13.2. Desafíos y lecciones aprendidas	Pág. 106
13.3. Aportes y contribuciones al campo de la Educación Física y el Deporte	Pág. 106
13.4. Una reflexión personal	Pág. 109
14. Referencias	Pág. 111
15. Anexos	Pág. 119
15.1. Anexo I	Pág. 119
15.2. Anexo II	Pág. 120
15.3. Anexo III	Pág. 123
15.4. Anexo IV	Pág. 125
15.5. Anexo V	Pág. 127
15.6. Anexo VI	Pág. 128
15.7. Anexo VII	Pág. 130



Índice de tablas

Tabla 1	Pág. 58
Tabla 2	Pág. 66
Tabla 3	Pág. 78
Tabla 4	Pág. 80

Índice de figuras

Figura 1	Pág. 45
Figura 2	Pág. 46
Figura 3	Pág. 47
Figura 4	Pág. 47
Figura 5	Pág. 49
Figura 6	Pág. 52
Figura 7	Pág. 57
Figura 8	Pág. 66
Figura 9	Pág. 72
Figura 10	Pág. 74
Figura 11	Pág. 81
Figura 12	Pág. 84
Figura 13	Pág. 84
Figura 14	Pág. 86
Figura 15	Pág. 86
Figura 16	Pág. 134
Figura 17	Pág. 135
Figura 18	Pág. 135
Figura 19	Pág. 136
Figura 20	Pág. 137
Figura 21	Pág. 137
Figura 22	Pág. 138
Figura 23	Pág. 138
Figura 24	Pág. 139
Figura 25	Pág. 140
Figura 26	Pág. 141



Agradecimientos

A mi directora de tesis, la Dra. Débora Di Domizio, quien me acompañó con enorme paciencia a lo largo de este viaje de tres años hasta completar el trabajo. Gracias por el aliento, la bibliografía compartida, las largas horas de videollamadas y tu constante atención y preocupación ante todas mis vicisitudes.

A lxs amigxs y familia que supieron entender mis ausencias a lo largo de la escritura de este trabajo.

A la Universidad Nacional de Avellaneda, al personal administrativo, al tutor de mi cohorte, Nicolás Fiz, a todos los directivos y a los excelentes docentes, de quienes tuve el honor de aprender en esta maestría, gracias.

A la Universidad Nacional, pública y gratuita, que hizo posible mi recorrido de formación. A ella, que en estos tiempos difíciles defendemos con estudiantes, egresados y con toda la sociedad, le debo un profundo agradecimiento por abrirme las puertas al conocimiento y a la esperanza.

A mi papá, a mi tío José y a mi tía Nely, quienes aunque ya no me acompañan, sé que estarían orgullosos.

y a Dios, gracias por haberme sostenido e inspirado en cada etapa de esta maestría, en el trabajo de campo, la escritura de este trabajo final de intervención y a lo largo de toda mi vida.

1. Título de la propuesta de intervención

Una propuesta de enseñanza del rugby en silla de ruedas desde una perspectiva crítica del deporte adaptado. El caso de lxs asistentes al Hospital de Rehabilitación “Dr. José M. Jorge” en el partido de Almirante Brown en el período 2023-2025.

2. Resumen de la propuesta de intervención

Este trabajo final de intervención tuvo lugar en el Hospital de Rehabilitación “Dr. José M. Jorge”, en Almirante Brown, Buenos Aires, durante el período 2023-2025. El objetivo general fue desarrollar una propuesta de enseñanza del rugby en silla de ruedas desde una perspectiva crítica del deporte adaptado. Otros objetivos fueron: enseñar las habilidades y destrezas básicas del rugby en silla de ruedas y sus aspectos reglamentarios, impulsar la adopción de estilos de vida saludables y propiciar el intercambio de experiencias entre lxs participantes y otros actores de la institución. La intervención se fundamenta en el modelo social de la discapacidad y la didáctica crítica de la Educación Física. Busca trascender el enfoque biomédico tradicional y la rehabilitación centrada en la "normalización". Se distancia de la clasificación funcional del deporte paralímpico que subordina a las personas a categorías médicas, buscando un enfoque que priorice el derecho al deporte, al juego y al disfrute sin estar condicionado por el rendimiento. La propuesta demostró su viabilidad y efectividad a pesar de los desafíos significativos con los que se halló, como la rotación constante de participantes, la falta de espacios propios y la necesidad de adaptar continuamente las áreas de trabajo compartidas del hospital. La intervención logró enseñar habilidades básicas de rugby en silla de ruedas, adaptar técnicas a la heterogeneidad funcional y promover el componente lúdico, todo ello en construcción conjunta con los participantes de la misma. Impulsó la adopción de estilos de vida saludables y fomentó la autonomía de lxs participantes. Sumado a ello, los talleres generaron interacciones significativas y fortalecieron vínculos entre participantes, familiares y personal hospitalario, rompiendo jerarquías y construyendo nuevos lazos. El proyecto contribuye al campo de la Educación



Física y el Deporte al proponer un modelo de enseñanza deportiva en contextos hospitalarios que cuestiona el enfoque biomédico hegemónico y promueve el empoderamiento y la construcción crítica del propio cuerpo. Propone una pedagógica y didáctica adaptadas a las realidades complejas de lxs participantes y promueve la colaboración intersectorial dentro de la institución. Finalmente este trabajo de intervención, recomienda la promoción de enfoques deportivos que valoren el proceso y el disfrute por encima del rendimiento, y la creación de espacios de formación y reflexión interdisciplinaria para desarrollar prácticas más inclusivas y comprometidas.

3. Introducción

Mientras hacía gimnasia, en julio de 2000, tuve un accidente que me dejó con una cuadriplejía. En ese momento, cursaba el tercer año del profesorado de Educación Física en la ciudad de Avellaneda. Luego de una larga rehabilitación pude aprender a desplazarme en una silla de ruedas. Más tarde, pude completar una doble titulación, primero como profesor universitario y luego como licenciado en Actividad Física y Deporte en la Universidad de Flores (UFLO). Por pedido expreso, hice mis pasantías correspondientes para lograr los títulos antedichos en el antiguo Servicio Nacional de Rehabilitación (hoy Agencia Nacional de Discapacidad) de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires trabajando en la pileta de la institución con personas que se habían “discapacitado”¹ mayormente, a raíz de haber contraído polio o de haber sufrido accidentes cerebro vasculares (ACV). En el periodo de 2011 a 2018 trabajé como jefe de trabajos prácticos en la cátedra “Educación Física con Discapacitados”² en la UFLO; siendo este mi primer contacto relacionado a la discapacidad desde el ámbito académico. Desde 2020 y hasta 2023 me desempeñé como jefe de trabajos prácticos en la cátedra “Didáctica de la Educación Física, la actividad física y el deporte inclusivos” en la misma institución. En dicha cátedra, seguí estudiando e impartiendo clases en temas relacionados con la discapacidad y su relación con el rol del Estado. Desde 2012 y hasta fines de 2024 me desempeñé como profesor en un programa dependiente del municipio de Almirante Brown, provincia de Buenos Aires, denominado “Recreación y Deporte adaptado para personas con discapacidad” en el que he ejercido mi rol docente en diferentes deportes como natación, fútbol y rugby en silla de ruedas, todos ellos para personas con discapacidad. Sin embargo, no fue hasta el cursado de los seminarios “Formación de Profesores en el Área de la Educación Física y el Deporte” y “Deporte, Cuerpo y Sociedad” de la Maestría en Educación Física y Deporte de la Universidad Nacional de Avellaneda (UNDAV), que pude conjugar

¹ “Cuando te discapacitás” es el término original que rescata Ferrante de una agente del deporte con discapacidad. Ferrante, C. (2014). *Renguear el estigma: cuerpo, deporte y discapacidad motriz (Buenos Aires, 1950-2010)*. Biblos.

² Colocamos aquí de forma textual el nombre de la asignatura durante esos años.

mi biografía personal y profesional con el estudio más profundo de la discapacidad. Fue a raíz de este trasfondo que, en el año 2023, nos propusimos comenzar a desarrollar una experiencia de enseñanza del rugby en silla de ruedas en el Hospital subzonal especializado en rehabilitación “Dr. José M. Jorge”. Elegimos este destino ya que el mismo asiste a personas con diferentes discapacidades neuromotoras. Para ello, presentamos ante las autoridades de esta institución hospitalaria, una breve propuesta que, luego de pasar por diferentes actores de la misma, tuvo el visto bueno de la jefa del área de kinesiología. Fue ella quien nos invitó a dar una presentación del deporte y sus características básicas y distintivas al equipo de kinesiólogos/as. Ello generó una respuesta positiva de los mismos y devino en la autorización para iniciar nuestro proyecto de intervención en la institución. Hasta el momento en que llegamos con nuestra propuesta, los propios kinesiólogos, desarrollaban lo que llamaban “deporte adaptado” a través de la práctica de diferentes deportes y actividades recreativas dirigidas a los “pacientes”³ de la institución. Estas se desarrollaban dos veces por semana en el transcurso de una hora.

En cuanto a la pertinencia, nuestra propuesta intenta ser un aporte desde el campo⁴ de la Educación Física crítica (Carballo, 2003, pp. 53-68) al interior de las instituciones hospitalarias de rehabilitación (García Ferrando et al., 1998, pp. 163-164; Ferrante, 2014, pp. 72-73) y dentro del ámbito de la enseñanza (Gvirtz y Palamidessi, 2006) y de la discapacidad desde una perspectiva de derechos humanos. Nos posicionamos en el marco del paradigma social de la discapacidad (Palacios, 2008, pp. 103-104) que tiene estrecha relación con la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad⁵, ratificada

³ En el transcurso de este trabajo hemos elegido colocar entre comillas la palabra “pacientes” por motivos que se detallarán más adelante.

⁴ Según Bourdieu, el concepto de campo se refiere a un espacio social estructurado en el que los agentes interactúan y compiten por recursos específicos. Cada campo tiene sus propias reglas y códigos, establecidos por los propios actores involucrados. En resumen, un campo es un ámbito en el que se desarrollan relaciones de poder y luchas por el control de ciertos recursos o posiciones. Bourdieu, P. (1990). Algunas propiedades de los campos. Capítulo 7. En *Sociología y cultura*. Editorial Grijalbo.

⁵ La Real Academia Española afirma que “llevan mayúscula en todas sus palabras significativas los nombres de los documentos oficiales o históricos (tratados, convenciones, acuerdos, declaraciones, etc.)”. Real Academia Española. (s.f.). *Las mayúsculas en los títulos*. En

por nuestro país en 2008 y con jerarquía constitucional desde 2014 (Ley 26.378, 2008; Ley 27.044, 2014).

Desarrollamos nuestra propuesta desde una mirada crítica del deporte adaptado (García Ferrando et al., 1998, pp. 160-166). Entendemos que, en el seno del mismo, se reproducen de forma acrítica los patrones y valores establecidos por el deporte federado y de élite. Esto es, el que busca el más alto rendimiento y la obtención de la “marca”; es decir, el mejor tiempo, el récord mundial (Guttman, 1978, como se citó en Carballo, 2015, p. 133). En esta propuesta promovemos un trabajo deportivo y recreativo que, sin desacreditar ni eliminar la competencia, no la considera su fin último. Para ello, se desarrolló un entorno pedagógico y didáctico que fomenta el intercambio entre el docente y lxs participantes y en donde los contenidos de la Educación Física puedan ser enseñados. Se pone énfasis en esta cuestión, dado que se realizó esta intervención en el marco de una institución que no persigue ese fin y dentro de un espacio reservado al saber médico y a la normalización de los cuerpos (Rosato y Angelino, 2017; Foucault, 2007; Barton, 1998, pp. 190-192).

Este trabajo final tampoco concuerda con las corrientes que pregonan a un “super crip” o “súper lisiado” (Ferrante, 2013, p.173; Goffman, 2006, pp. 20-21; Palacios, 2008, pp. 98-101) ni al modelo de cuerpo “legítimo” (Bourdieu, 1990, p. 148). En la misma línea, se distancia de pensar a las personas con discapacidad en categorías, fruto de la “medicalización” del deporte adaptado (Palacios, 2008) que se subordina a la clasificación funcional en aras de equilibrar las competencias y los deportes (Katz, 2015, pp. 212-224; Reina Vailló y Vilanova Pérez, 2016).

Tomamos la decisión de referirnos a los actores a los cuales va dirigida esta intervención como participantes evitando así, el uso de la palabra “pacientes”. La misma entiende a estos, desde una mirada médica paternalista, como sujetos pasivos. Negando así, toda autonomía y poder de decisión sobre su propio tratamiento (Resolución 1049/2021, p. 56). Se entiende que, desde un

posicionamiento encuadrado en el modelo social de la discapacidad, el término “pacientes”, no solo es inadecuado, sino que remite al modelo rehabilitador cuyo foco de análisis es la persona y su patología (Palacios, 2015). Este modelo prioriza las clasificaciones y el diagnóstico por sobre el sujeto, “reduciéndolo a una corporalidad biologizada” (Dirección General de Cultura y Educación [DGCyE], 2023, p. 22) y, por lo tanto, afectando el ejercicio de sus derechos humanos.

Como adelantamos, adherimos a un modelo de la Educación Física desde los aportes de la didáctica crítica. Es decir, aquella que pregona el retorno al contenido. Esta, repara en la significatividad de los saberes enseñados y aprendidos por lxs alumnxs, lo cual le confiere su rasgo fundante. Para esto, se debe tener necesariamente en cuenta las características del docente (sus trayectorias académicas y laborales), las de lxs participantes (sus historias de vida), los contextos políticos e institucionales donde se desarrollan las prácticas de enseñanza de la disciplina y la lógica misma del contenido (Carballo, 2003, p. 66).

Entendemos que para legitimar nuestro quehacer como campo debemos “hablar desde” y “con” las palabras de la Educación Física además de escribir “desde” y “por” la Educación Física. Evitando que otros campos hablen y escriban por nosotros y -fundamentalmente- que “prescriban” a instancias de nuestro campo (Ron y Paiva, 2003).

En cuanto a la relevancia este trabajo resulta significativo al proponer un modelo de enseñanza deportiva en contextos de rehabilitación hospitalaria, fundamentado en el paradigma social de la discapacidad y la didáctica crítica de la Educación Física. Esta intervención intenta trascender los enfoques tradicionales centrados en el rendimiento para desarrollar una perspectiva basada en los derechos humanos, la autonomía y la participación social, demostrando cómo la práctica deportiva puede convertirse en un espacio de empoderamiento. Lejos de intentar erigir este trabajo como una receta universal, comprendemos que su valor radica en presentar algunas estrategias de enseñanza deportiva con una pedagogía aplicable a una institución hospitalaria

situada. Creemos que este abordaje podría establecerse como un antecedente para futuras intervenciones en el campo de la actividad física adaptada y la enseñanza de la Educación Física en contextos no tradicionales.

En otro orden, nuestro compromiso con esta intervención, con lxs participantes de la misma, con lxs demás profesionales y con la institución devino -en noviembre del 2024- en el nombramiento por parte del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, de un cargo como profesional de la Educación Física. El mismo se desarrollaría en este hospital; con carácter de planta permanente. Por esto y por todo lo expuesto en este apartado, nuestro rol en este trabajo final de intervención es eminentemente subjetivo. Esto es así ya que somos escribientes y realizadores de esta propuesta, persona con discapacidad y -en el último tiempo de esta intervención- profesionales de esta institución. Desde esta perspectiva, y recuperando los aportes de Berger y Luckmann (2006), entendemos que este posicionamiento subjetivo forma parte del proceso mismo de construcción social del conocimiento. Es decir, no observamos la realidad desde afuera, sino que somos parte activa de ella.

4. Definición del problema

La propuesta de intervención se desarrolla en el Hospital Subzonal Especializado en Rehabilitación “Dr. José M. Jorge”, ubicado en la localidad de Burzaco, partido de Almirante Brown, provincia de Buenos Aires. Este hospital público forma parte de la red de atención de la Región Sanitaria VI, especializada en la rehabilitación neurológica, motora, cardiovascular y respiratoria. Atendiendo tanto a pacientes internos como ambulatorios (hospital de día), el hospital recibe derivaciones de diversas regiones del país y de países limítrofes, lo cual da cuenta de su centralidad en el sistema de salud público en la provincia (Hospital Subzonal Especializado en Rehabilitación Dr. José M. Jorge, 2022).

La problemática que da origen a esta intervención se vincula con la ausencia de propuestas sistematizadas de enseñanza de la Educación Física en el marco de esta institución, así como con la falta de un abordaje pedagógico y didáctico del deporte adaptado desde una perspectiva crítica. Hasta el momento de nuestra llegada, las actividades que se desarrollaban en el espacio denominado “Deporte Adaptado” eran organizadas y ejecutadas exclusivamente por el equipo de kinesiólogos del hospital. Dichas prácticas carecían de una planificación específica orientada al desarrollo de contenidos propios de la Educación Física, al igual que de una mirada situada en los derechos humanos y en el paradigma social de la discapacidad (Palacios, 2008; Ferrante, 2014).

Nuestra intervención consistió en la implementación de una propuesta de enseñanza del rugby en silla de ruedas, enmarcada dentro del servicio de Kinesiología, como una forma de ampliar, enriquecer y tensionar las prácticas existentes.

Serán actorxs de nuestra intervención, lxs “pacientes” (que nosotros llamaremos participantes) de la institución, tanto internos como ambulatorios, sus respectivos familiares y/o allegadxs, lxs enfermerxs, lxs kinesiólogos, la jefa de kinesiología, la directora de la unidad de “Docencia e Investigación”, las dos directoras asociadas y el director del hospital.

Al insertarnos en esta realidad encontramos un espacio desprovisto principalmente, en dos aspectos; la falta de un espacio propio y adecuado para

realizar cualquier deporte o actividades recreativas y la inexistencia de profesionales de la Educación Física y el deporte que puedan dar cuenta de un posicionamiento hacia la discapacidad y el deporte desde una perspectiva de derechos humanos. Sumado a esto, nuestra propuesta de enseñanza del rugby en silla de ruedas, se desarrolló dentro de un ámbito hospitalario que, originariamente, no está diseñado para ello en cuanto a su infraestructura y capacitación de sus profesionales para el desempeño en tareas docentes.

Nuestra propuesta pone en primer plano la enseñanza desde una didáctica crítica, valorando los aportes del paradigma socioeducativo y promoviendo prácticas corporales significativas (Carballo, 2003; Gvirtz y Palamidessi, 2006). El desarrollo de las actividades implicó la enseñanza progresiva de habilidades técnicas (manejo de la silla, pase, recepción, dribling) y la construcción de una dinámica grupal atravesada por la heterogeneidad funcional, las limitaciones contextuales (infraestructura, equipamiento, rotación de participantes) y ciertas barreras actitudinales persistentes en esta institución del ámbito sanitario (Wilensky, 2017; Camargo Rojas et al., 2023).

La definición de este problema se apoya en registros de campo, observaciones directas, intercambios informales con los distintos actorxs institucionales y en antecedentes bibliográficos. No se trata únicamente de la ausencia de una propuesta, sino de la falta de un marco pedagógico, de recursos materiales adecuados y de profesionales especializados que sostengan una práctica corporal significativa en el contexto hospitalario. Sobre esta base construimos los objetivos de la intervención, con la intención de habilitar un espacio deportivo que sea inclusivo, crítico y transformador.

5. Objetivos

5.1. Objetivo general

Desarrollar una propuesta de enseñanza del rugby en silla de ruedas desde una perspectiva crítica del deporte adaptado destinada a las personas que asisten al Hospital de Rehabilitación “Dr. José M. Jorge” (Burzaco, provincia de Buenos Aires, Argentina) en el período 2023-2025.



5.2. Objetivos específicos

1. Enseñar las habilidades y destrezas básicas del rugby en silla de ruedas y sus aspectos reglamentarios atendiendo a las posibilidades de lxs participantes.
2. Impulsar entre lxs asistentes la adopción de estilos de vida saludables tendientes al logro de la autonomía e independencia que contribuyan al bienestar general durante todo el curso vital.
3. Propiciar el intercambio de experiencias devenidas de esta propuesta entre lxs participantes de la misma y otrxs actores de la institución.

6. Marco Teórico

Para fundamentar nuestra intervención, resulta indispensable abordar una serie de categorías teóricas que permitan comprender la discapacidad no como una condición individual, sino como un fenómeno socialmente construido, así como analizar las implicancias del deporte adaptado en la promoción de la autonomía, la participación y la ruptura de estereotipos. Este marco teórico se estructura a partir de los modelos que históricamente han definido la discapacidad, pero entendiendo que el mismo es un concepto que evoluciona. Se hace foco en el concepto de deporte adaptado, reconociendo su origen en contextos médicos y su evolución hacia prácticas más inclusivas, aunque aún sometido a los sistemas de clasificación funcional que reproducen el modelo rehabilitador. Desde nuestra perspectiva, el deporte adaptado no debería limitarse a una herramienta de rehabilitación médica ni a una herramienta de superación individual -como propone la figura del *super crip-*, sino que debería fomentar la participación activa, la autonomía y el disfrute desde una mirada de derechos humanos. En este sentido, el rugby en silla de ruedas se presenta como un deporte que, por su carácter dinámico y colectivo, puede ir más allá de un enfoque meramente terapéutico para convertirse en un espacio de empoderamiento y socialización. Se retoman aportes de la didáctica crítica de la Educación Física, que concibe la enseñanza como una práctica social y política, orientada a promover aprendizajes significativos y a fomentar la reflexión sobre las propias prácticas corporales. En síntesis, este marco teórico busca sentar las bases para una intervención que no solo enseñe las habilidades técnicas del rugby en silla de ruedas, sino que también cuestione los paradigmas hegemónicos sobre la discapacidad y promueva la inclusión y el derecho al deporte.

6.1. Discapacidad

La discapacidad es un concepto que evoluciona, tal como se desprende del inciso “e” del preámbulo de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (en adelante, La Convención) de la Organización de las

Naciones Unidas (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 2006, p. 1), por lo que realizaremos un breve recorrido histórico sobre dicha evolución.

Para ello, comenzaremos considerando los modelos o paradigmas sobre la discapacidad que históricamente determinaron y definieron el concepto de la misma. Siguiendo a Palacios (2015), ellos son: el modelo de la prescindencia, el modelo rehabilitador y el modelo social de la discapacidad.

6.1.1. El modelo de la prescindencia

Considera que las causas de la discapacidad tienen un motivo religioso. Las personas con discapacidad son innecesarias, albergan mensajes diabólicos, no contribuyen a la sociedad y sus vidas no merecen ser vividas. Por lo tanto, la sociedad prescinde de ellas a través de políticas eugenésicas, situándolas en espacios destinados a los anormales y las clases pobres. Dentro de este modelo, se desprenden dos submodelos:

6.1.1.1. El submodelo eugenésico

Podría ser situado en la antigüedad clásica. Tanto la sociedad griega como romana, basándose en motivos religiosos y políticos, considera inconveniente el nacimiento de un niño o niña con discapacidad. Ello, sumado a la idea de que esa vida no merecía ser vivida, que se trataba de una carga para los padres y para la sociedad; establecía como solución el infanticidio. En el siglo XIX la eugenesia como disciplina se liga al darwinismo social⁶.

6.1.1.2. El submodelo de marginación

Podríamos ubicar su inicio en la Edad Media. Insertos en el grupo de pobres y marginados, la discapacidad era considerada un hecho inmodificable que debía ser aceptado con resignación. Lxs encargados de diagnosticar si se trataba de un proceso natural o diabólico eran el médicx y el sacerdote. En definitiva, lo que

⁶ El principal exponente del darwinismo social es considerado Herbert Spencer que aplicó ideas de la evolución biológica a la sociedad. Spencer acuñó la expresión “supervivencia del más apto” para ilustrar cómo, en su visión, las sociedades progresan mediante la competencia y la adaptación. Encyclopaedia Britannica. (s. f.). Social Darwinism. En Encyclopaedia Britannica. Recuperado el 15 de agosto de 2025, de <https://www.britannica.com/topic/social-Darwinism>

caracteriza a este submodelo es la exclusión, sea por menosprecio o por miedo. Ser objeto de diversión, la apelación a la caridad y la mendicidad han sido, los medios de subsistencia obligados. Estos dos últimos, siguen siendo un medio de subsistencia para muchas personas con discapacidad hasta el día de hoy (Ferrante, 2014, p. 122).

6.1.2. El modelo rehabilitador

Desde este modelo, la causa que explica la discapacidad es un supuesto déficit de la persona. Las mismas dejarán de ser inútiles o innecesarias en la medida que sean rehabilitadas. El fin que persigue este paradigma es la normalización. El problema pasa a ser la persona y sus limitaciones que deben ser ocultas. Para instaurar “un cuerpo como deficitario, se le debe oponer la noción de un cuerpo normal” (Rosato y Angelino, 2017). Los grupos de poder buscan imponer de manera hegemónica, su propia idiosincrasia a toda la sociedad. El concepto de “normalidad” -y por ende de cuerpo normal- no escapa a sus objetivos. Por ello, según Barton (1998), este cuerpo normal

Lejos de describir un estado de cosas natural o predeterminado, representa un reconocimiento de los valores, que han terminado por imponerse en una comunidad concreta en un momento dado. La formación de una "normalidad" es el resultado -y la representación- de un ejercicio de poder (p. 161)

Es lo que Bourdieu denomina “cuerpo legítimo” (Álvarez-Uriá y Varela, 1986) es decir, los usos del cuerpo que la burguesía erige de forma universal “más allá de los límites de sus condiciones de realización” y que se erigen como un espacio de lucha entre las clases (p. 189).

En este mismo sentido, Goffman (2006), propone el término estigmatizadx para referirse a aquél que no puede cumplir con las expectativas de la sociedad porque posee una indeseable diferencia. Se construye así una teoría del

estigma, que no es ni más ni menos que una ideología para explicar la inferioridad del estigmatizadx en relación con el resto de los normales (p. 15).

Este concepto no es nuevo; en 1975 Foucault, en sus famosos cursos en el Collège de France, se refería a lxs “anormales” y a una gradación de lo normal a lo anormal fruto de la pericia médico legal. Sumado a ello, proponía un control del “individuo anormal” y como ello se constituía en un problema “teórico y político importante” (Foucault, 2007, p. 49).

Es, entonces, este cuerpo deficitario, ilegítimo, estigmatizado y anormal el que tendrá que someterse al proceso prescripto por la medicina y tratado por la anatomía, la fisiología y otras ciencias y especialidades afines. Las mismas, determinarán cuál es el cuerpo normal y cuán cerca o lejos del mismo se haya el sujeto. Una vez que el cuerpo normal se vuelve prescripción, es que se instaaura la “ideología de la normalidad” (Rosato y Angelino, 2017, p. 121).

Palacios (2015) advierte que la crítica se dirige hacia la ideología que sustenta al modelo rehabilitador, no al proceso de rehabilitación de la persona con discapacidad, siendo esta una herramienta necesaria y de suma trascendencia. No obstante, bajo esta misma ideología, la persona con discapacidad se transforma en un enfermo atípico ya que, debido a la cronicidad de su déficit, el rol de enfermo se transforma en una carga para toda su vida. Esta carga le impone buscar ayuda profesional, sometiéndose a largos procesos de rehabilitación, y hacer todo lo posible para recuperar o alcanzar un estado lo más cercano posible al normal (Rosato et al., 2009).

6.1.3. El modelo social de la discapacidad

Los *Disability Studies*, se desarrollaron principalmente en Estados Unidos e Inglaterra a partir de la década de 1970. Lxs autores de esa corriente, postulan a la discapacidad como una forma de opresión social, entendiendo que la misma es la causa de las desigualdades sociales y oponiéndose a las teorías que la describen como un problema individual. Esta cuestión sentó las bases de un nuevo posicionamiento político de las personas con discapacidad. Estos estudios sociales, históricos y literarios, se convirtieron en un movimiento de

pensamiento y activismo de las personas con discapacidad. En estos se postula la mirada de la discapacidad desde la perspectiva de derechos humanos (Ferrante y Venturiello, 2014, pp. 46, 47). De cierta forma, estos escritos plasmaron un descontento que estaba revelándose en diferentes partes del mundo.⁷

La perspectiva de los *Disability Studies*, reunió la teoría con la práctica militante, lo que dio paso a lo que se denominó el modelo social de la discapacidad.

Una de las principales características de estos postulados teóricos, es la distinción entre la deficiencia y discapacidad. Según estos, es la sociedad la que transforma a la deficiencia en discapacidad. De tal modo, la discapacidad es la desventaja, la restricción y la exclusión de las actividades sociales dominantes por una organización social que no atiende a las personas con insuficiencias físicas (Ferrante y Venturiello, 2014). Es decir, las “deficiencias de la sociedad” se convierten en “barreras discapacitantes”. Por lo tanto, las causas que dan origen a la discapacidad son “preponderantemente sociales” y las personas con discapacidad deberían poder aportar a la sociedad en igual medida que el resto de las personas sin discapacidad (Palacios, 2015, p. 14). Por otro lado, el modelo social de la discapacidad, se encuentra íntimamente relacionado con la asunción de muchos de los valores de los derechos humanos, como la igualdad, la dignidad y la libertad personal. Se asienta, además, sobre la base de principios como la vida independiente, la no discriminación, la accesibilidad universal, la normalización del entorno y la participación.

En resumidas cuentas, el modelo social se ha erigido a partir del rechazo al modelo que le precede. Las causas de la discapacidad no son individuales sino sociales y se originan en la imposibilidad de la sociedad de dar respuesta y de brindar servicios adecuados a las personas con discapacidad y asegurar que sus

⁷ En la Argentina, *El Frente de Lisiados Peronista*, conseguiría a partir de 1973 una conquista histórica: que se debata y posteriormente sancione una ley laboral para discapacitados. Posteriormente, la mayoría de los integrantes de esta agrupación política, sería perseguida, torturada y desaparecida por la dictadura cívico militar que gobernara el país a partir de 1976. La ley sería derogada conjuntamente con ello. Alonso, A. y Cuenya, H. (2015). *Los Rengos de Perón. Crónica de un militante del Frente de Lisiados Peronista*. Colihue.

necesidades sean tenidas en cuenta dentro de la organización social (Palacios, 2015).

6.2. Persona con discapacidad

Como venimos desarrollando, a lo largo de la historia el concepto de discapacidad fue variando en la medida en que uno u otro paradigma iba dando paso al siguiente. Los términos discapacitadx, minusválido, inválido, deficiente entre otros, ponen de relieve el carácter peyorativo de los mismos y la invariable discriminación a la que aluden.

Palacios y Romañach (2006), proponen el uso del término “diversidad funcional” como una terminología superadora a las anteriores. La misma, fue acuñada por el colectivo de personas con discapacidad “Vida Independiente” en España, a partir del año 2005. El mismo se justifica no solo como un avance hacia una visión “no negativa ni basada en la capacidad” sino también, como algo “inherente al ser humano” que, en el devenir de su vida, podrá llegar a convertirse también en una “mujer u hombre con diversidad funcional” (p. 111).

No obstante, en este trabajo, hemos optado por utilizar el término “persona con discapacidad”. Esta elección se basa en que con dicho término han trabajado las delegaciones de los países y las ONGs de y para el colectivo de personas con discapacidad a lo largo de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Ferrante (2021), agrega que “sus protagonistas optaron por la elección de este término como aquél que consideran más acorde para exaltar su condición de sujetos de derechos”. El mismo, se define en el artículo 1 párrafo 2 del texto final de la Convención:

Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás (ONU, 2006, p. 1).

Como también se desprende de este artículo la Convención adoptó el paradigma social de la discapacidad que, como desarrollamos anteriormente, responsabiliza a la sociedad de no estar preparada ni diseñada para hacer frente a las necesidades de las personas con discapacidad.

Es importante destacar que tanto el modelo social de la discapacidad como el modelo rehabilitador aún coexisten (Acuña y Bulit Goñi, 2010). Dependerá entonces, del ámbito en que nos encontremos el hallar preponderancia o resabios de uno u otro.

6.3. Sobre adaptación y *super crip*

Cuando nos referimos a la sobre adaptación lo que intentamos manifestar es la enorme cantidad de energía que debe poner la persona con discapacidad en aras de la superación o la “normalización” (Rosato et al., 2009). En palabras de Goffman (2006)

El individuo estigmatizado puede también intentar corregir su condición en forma indirecta, dedicando un enorme esfuerzo personal al manejo de áreas de actividad que por razones físicas o incidentales se consideran, por lo común, inaccesibles para quien posea su defecto. (p. 20)

En este mismo sentido, Palacios (2008) refiere que, bajo el modelo rehabilitador, la persona debe adquirir todas las “destrezas o habilidades” posibles para poder vivir en sociedad. Es decir, lo que se procura a través de esta rehabilitación es la “imitación de los capaces” (p. 100) o, a lo sumo, la “mímica” de ellos (Goffman, 2006, p. 21). Palacios (2008) también advierte “el enorme gasto de energías” que supone realizar actividades de la forma en que se consideran “normales”. Ese cuerpo que se considera normal, y al que la persona con discapacidad debería alcanzar, es el que pertenece al ideal “sano-bello” de nuestra sociedad capitalista occidental que nos es impuesto desde la publicidad y los medios, pero

también desde el saber médico (Bustos García y Sieglin 2010, como se citó en Ferrante y Venturiello, 2014).

En este contexto el concepto de *super crip* [super lisiadx], surge del uso que los medios, la literatura y la industria del espectáculo hacen de la figura de la persona con discapacidad. La misma puede ser de dos tipos la del “mendigo” y la del “héroe” (Naranjo, 2014). Mientras que la primera alude a la lastima y es fácil descubrir su carácter devaluatorio, la segunda tampoco es positiva ya que asume que la discapacidad es una tragedia personal y que la persona se ha sobre adaptado de tal forma, que constituye un caso excepcional, dejando intacta la ideología de la normalidad (Ferrante, 2021) Esta última representación, la del héroe sobre adaptado, es la que se conoce bajo el término de *super crip*. A través de la misma, las personas con discapacidad, son vistas como “desviadas, logrando hazañas sobrehumanas a pesar de su discapacidad” (Barnes y Mercer 2010, como se citó en Ferrante, 2021). Lxs atletas paralímpicos son presentados habitualmente a través de este término lo que, para el común de las personas con discapacidad, “establece expectativas desmedidas” que no siempre pueden ser alcanzadas por todos “únicamente reforzando la perspectiva de las personas sin discapacidad respecto a la [sic] que la discapacidad es un problema médico que con voluntad puede y debe superarse” (Howe, 2008 como se citó en Ferrante, 2021).

6.4. Paciente – enfermx

La palabra paciente entiende a estos, desde una mirada médica paternalista, como sujetos pasivos. Negando así, toda autonomía y poder de decisión sobre su propio tratamiento (Resolución 1049/2021, p. 56). Se entiende que, desde un posicionamiento encuadrado en el modelo social de la discapacidad, el término paciente, no solo es inadecuado, sino que remite al modelo rehabilitador cuyo foco de análisis es la persona y su patología. Este modelo, como veíamos anteriormente, prioriza las clasificaciones y el diagnóstico por sobre el sujeto (Palacios, 2015) y, por lo tanto, afecta el ejercicio de sus derechos humanos.

La discapacidad es igualmente una cuestión de derechos humanos porque adultos, adolescentes y niños con discapacidad son objeto de estigmatización, discriminación y desigualdad, sufren múltiples violaciones de sus derechos, en especial de su dignidad, por ejemplo, en forma de violencia, abusos, prejuicios o falta de respeto en razón de su discapacidad, y además se les niega la autonomía (Asamblea Mundial de la Salud, 2014, p. 4)

El término *enferm* en muchas ocasiones se asocia a la persona con discapacidad. En este sentido, Ferrante (2014), refiriéndose a la legislación de Argentina en cuanto a discapacidad y empleo que data de la última dictadura cívico – militar, expresa que la falta de políticas de inclusión laboral para las personas con discapacidad *lxs* reduce al rol de *enferm* (p. 67). Sumado a ello, bajo la ideología del modelo rehabilitador, la persona con discapacidad se transforma en un *enferm* atípico ya que, debido a la cronicidad de su déficit, el rol de *enferm* se transforma en una carga para toda su vida (Rosato et al., 2009). De la misma forma que el *viej*, la persona con discapacidad “no es más su historia, no es más sujeto, es un cuerpo deshecho cuya higiene y supervivencia hay que asegurar” (Le Breton, 1990, p. 142).

Por lo expuesto, hemos decidido utilizar el término participante en nuestra intervención, en detrimento de los términos paciente o enfermo.

6.5. Actividad física adaptada

La actividad física adaptada es una disciplina que involucra intervenciones en actividad física en grupos con limitaciones a la actividad o restricciones a la participación como pueden ser las personas con discapacidad (Herrera Miranda, 2021). La Actividad física adaptada es también, un concepto aglutinador. De él se desprenden otros términos como el de deporte adaptado que analizaremos más adelante (Sanz Rivas & Reina Vaíllo, 2012 como se citó en Herrera Miranda,

2021). La práctica de actividad física y deporte adaptado presenta beneficios psicológicos como la disminución del estrés y la ansiedad, el aumento de la autoeficacia, la confianza y la motivación (Lee & Uihlein, 2019; Tow, Gober, & Nelson, 2020 como se citó en Herrera Miranda, 2021) y beneficios físicos como el aumento de la fuerza – resistencia muscular, la coordinación, el equilibrio y la capacidad aeróbica, entre otros (Froehlich-Grobe & Lollar, 2011 como se citó en Herrera Miranda, 2021).

6.5.1. Actividad física adaptada y rehabilitación en el contexto hospitalario

El proceso de rehabilitación busca entregar estrategias y herramientas a las personas para que puedan restablecer, mantener o desarrollar su función a lo largo del ciclo vital. En este contexto, la actividad física adaptada juega un papel muy importante dentro de dichos procesos (Herrera Miranda, 2021). Se ha descrito que los programas de kinesiología no logran incorporar y optimizar la mejora de la condición física de las personas con discapacidad en el transcurso de la rehabilitación. Debido a ello, se propone incorporar la actividad física adaptada durante y después de los mismos, como importante factor para alcanzar una mejor calidad de vida y éxito a lo largo de la rehabilitación (Verellen, Joeri & Molik, 2011 como se citó en Herrera Miranda, 2021).

6.6. Deporte adaptado

El Comité Paralímpico Argentino (COPAR) explica sucintamente que el deporte adaptado es “aquel en el cual las reglas han sido modificadas para que pueda ser practicado por personas que tengan una discapacidad física, intelectual, motora o sensorial” (Comité Paralímpico Argentino [COPAR], s.f.). El deporte adaptado practicado de forma sistemática comienza en 1818, cuando un grupo de veteranos de guerra encuentran en el mismo “una vía para superar las disputas”. En Inglaterra, a principios de 1944, se crea el Centro Nacional de Lesiones de Columna del Hospital Stoke Mandeville bajo el mando del neurólogo Dr. Guttmann, cuyos trabajos con lesionados medulares fueron pioneros logrando que, a través del deporte, sus pacientes superaran con creces la

expectativa de sobrevivencia que en ese momento llegaba solo a un 20%. (Ferrante, 2021) En 1948, el neurólogo Inglés, implementa el primer programa europeo de deporte organizado en silla de ruedas. En Estados Unidos, el Dr. Lipton creó la Fundación Norteamericana para los Deportes en Silla de Ruedas. A partir de este momento, el deporte adaptado se ha hecho presente en áreas como la educativa, la rehabilitadora, la competitiva y la recreacional (García Ferrando et al., 1998).

6.6.1. El deporte adaptado en el ámbito sanitario

A través del trabajo que desarrolló Guttmann en pos del desarrollo del deporte adaptado, el mismo se extendió alrededor del mundo y fue adoptado por diversos centros hospitalarios como una herramienta más en la rehabilitación de sus pacientes. Estas instituciones como así también, otros organismos públicos en España, Holanda, Francia, Noruega y otros países⁸ están contratando a profesionales de las Ciencias de la Actividad Física y el Deporte con el objetivo de complementar “la rehabilitación integral que realizan con sus usuarios” (García Ferrando et al., 1998).

6.6.2. Algunas cuestiones terminológicas

En algunos países se ha comenzado a utilizar el término de deporte paralímpico para referirse a todas las actividades deportivas, tanto competitivas como no, que involucran a personas con discapacidad. En este mismo sentido, se denomina deportistas paralímpicos a aquellos que los practican (Leardy Antolín et al., 2018). En el caso de nuestro país, el COPAR utiliza el término “para-atleta” y deporte adaptado (COPAR, s.f.). En este trabajo utilizaremos el término deporte adaptado ya que consideramos que refleja de manera más fehaciente la

⁸ En Argentina, el Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica del Sur “Dr. Juan Otimio Tesone”, cuenta con un programa de “Recreación y Deportes” donde las personas con discapacidad “son tratadas de manera individual, simultánea o por grupos” a través de actividades pre-deportivas y recreativas por un grupo de Licenciados en Educación Física que trabajan bajo la órbita del departamento de rehabilitación de la institución. Argentina.gob.ar. (s. f.). Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica del Sur “Dr. Juan Otimio Tesone”. <https://www.argentina.gob.ar/salud/inareps>

intervención realizada que se aleja, en cierta medida, de los cánones del deporte Paralímpico, sobre todo, de su espíritu netamente competitivo.

6.7. Rugby en silla de ruedas

Inicialmente conocido como Murderbal y más adelante Quadrugby, estas denominaciones fueron dando lugar al término actual de rugby en silla de ruedas. El mismo, es un deporte Paralímpico que forma parte de los Juegos Paralímpicos desde el año 2000 en Sídney. Es un deporte mixto para personas con discapacidad física por lesiones medulares o “afectaciones en al menos tres miembros del tronco y tren inferior” (United States Agency for International Development [USAID] y Fundación Arcángeles, 2016, p. 10). El organismo rector en este deporte a nivel mundial es la World Wheelchair Rugby (WWR, por sus siglas en inglés) (World Wheelchair Rugby, s.f.). Se considera que el tamaño de una cancha reglamentaria de básquet cumple los requisitos para una cancha de rugby en silla de ruedas, así como un balón reglamentario de vóley cumple los requisitos de una pelota de rugby en silla de ruedas. La dinámica del juego consiste en que el oponente intente cruzar la línea de gol demarcada por la línea final de la cancha y dos conos. Si el oponente logra cruzar esa línea con, al menos dos de las ruedas de su silla y en dominio de la pelota, convertirá un gol (o try). El equipo contrario debe evitar que el otro lo consiga. Cada gol tiene valor de un punto (USAID y Fundación Arcángeles, 2016, p. 10). Según el artículo 1 del reglamento, “La pelota puede ser pasada, lanzada, bateada, rodada, botada o llevada en cualquier dirección, teniendo en cuenta las restricciones mencionadas en las reglas. El equipo que anote la mayor cantidad de goles al final del partido es declarado ganador” (art. 1, World Wheelchair Rugby [WWR], 2021, p. 8). Una de las restricciones más importantes a las que alude el reglamento es que el balón debe ser picado o pasado una vez cada 10 segundos. Es decir, un jugador que retiene la pelota más allá de ese tiempo, comete una violación (art. 79, WWR, 2021, p. 41) por lo que su equipo perderá la posesión del balón y el mismo será entregado por el árbitro al equipo contrario (art. 72, WWR, 2021, p. 39). En el rugby en silla de ruedas se enfrentan “4 atletas en la

cancha por equipo y se puede tener un máximo de 8 sustitutos en el banco” (USAID y Fundación Arcángeles, 2016, p. 10). El juego “se divide en 4 cuartos de 8 minutos cada uno y si quedan empatados los equipos en ese tiempo reglamentario se juega un tiempo extra de tres minutos hasta que se defina un ganador” (USAID y Fundación Arcángeles, 2016, p. 10). Una de las características más vistosas del rugby en silla de ruedas es que el choque entre las sillas está permitido. Para que ello sea posible las sillas de ruedas deben estar preparadas con ruedas antivuelco colocadas en la parte posterior de la misma y “paragolpes” en la parte anterior que permiten el contacto, pero evitan que el jugador sufra algún tipo de lesión (USAID y Fundación Arcángeles, 2016, p. 18). De hecho, todo contacto con la silla de ruedas del oponente está permitido, no así el contacto con alguna parte del cuerpo del jugador que será penalizado (art. 85, 87 y 96, WWR, 2021, pp. 43 – 44; 47).

En Argentina el desarrollo de este deporte es incipiente y es escasa la información acerca de su historia y desarrollo. Según lo que hemos podido recabar, fueron dos lesionados medulares, Juan Foa e Ignacio Rizzi (ex jugador del San Isidro club) que, con la ayuda de la Unión Argentina de Rugby (UAR) y el Comité Paralímpico Americano, trajeron el deporte al país en 2005 (Entertainment and Sports Programming Network [ESPN], 2015). La selección argentina, llamada “los Ocelotes” ha disputado torneos nacionales e internacionales desde aquel momento a la actualidad (Confederación Argentina de Deportes [CAD], s. f.). En 2015, la Unión Argentina de Rugby (UAR) creó la Fundación de la Unión Argentina de Rugby (FUAR), una organización no gubernamental destinada a asistir a jugadores, jugadoras y árbitros que han sufrido lesiones graves durante la práctica del rugby, incluyendo aquellas que provocan discapacidades permanentes. Su misión es acompañar y mejorar la calidad de vida de estas personas desde el momento del accidente y a lo largo de toda su vida, brindando apoyo moral, social y económico. Entre sus acciones se destacan la provisión de equipamiento y adaptaciones específicas (como sillas de ruedas, almohadones antiescaras o dispositivos de comunicación), la cobertura de gastos médicos y de rehabilitación en ausencia de obra social, la

eliminación de barreras arquitectónicas en el hogar, la adaptación de vehículos y la facilitación de la participación en eventos deportivos. La FUAR fundamenta su labor en valores como la inclusión, el respeto, la lealtad, el esfuerzo y el sacrificio, financiándose mediante donaciones, aportes de clubes e instituciones, y la realización de eventos y campañas solidarias (Fundación Unión Argentina de Rugby [FUAR], s. f.).

6.8. Clasificación funcional y clase deportiva

La clase deportiva es un sistema de clasificación del Comité Paralímpico Internacional (IPC) que determina que atleta es elegible para competir en un deporte y cómo se agrupan los mismos para una competencia. El IPC proclama que, mediante este método, que es definido por los clasificadores funcionales de cada federación deportiva a través de una exhaustiva evaluación al deportista, se evitan “las diferencias de ventaja deportiva entre los para-atletas” (COPAR, s.f.).

Por otro lado, esta clasificación “condiciona el acceso al deporte de competencia a una modalidad deportiva cualquiera” (Leardy Antolín et al., 2018). Es decir, la persona con discapacidad que quiera acceder al deporte de alta competencia o federado deberá elegir aquel deporte “en las que lxs integrantes tienen limitaciones similares” (Leardy Antolín et al., 2018, p. 226).

Bajo el concepto de “discapacidad mínima”, que se define sobre la base de la investigación científica, los clasificadores funcionales pueden determinar si un atleta cumple los criterios de un deporte determinado o no. Estos parámetros mínimos de discapacidad son específicos de cada deporte, una persona con discapacidad puede cumplir los de uno, pero no los de otro (COPAR, s.f.). En resumidas cuentas, “cada deporte tiene un sistema propio de clasificación que detalla que tipos de deficiencias se admiten para competir” (Leardy Antolín et al., 2018, p. 227). Sumado a ello, cada federación de cada deporte Paralímpico está obligado a entrenar a sus clasificadores funcionales de acuerdo a las bases que estipula el IPC en el “Código de Clasificación de Deportistas”. En el mismo se detalla que “los sistemas de clasificación deben realizarse a través de investigaciones multidisciplinarias” agrupando a lxs deportistas en clases. Lo

antedicho, se establecería en aras de asegurar que “el impacto de la deficiencia/impedimento es minimizado y la excelencia deportiva es lo que determina el rendimiento o victoria de un deportista o equipo”. Se alega que estos sistemas de clasificación tratan de superar los tradicionales sistemas médicos y funcionales (Leardy Antolín et al., 2018). No obstante, no hacen más que perpetuarlos bajo el modelo médico-rehabilitador de la discapacidad, el cual declaran superar. Prueba de ello son las Reglas de clasificación y el Manual de clasificadores de la WWR que establecen que los clasificadores funcionales para el rugby en silla de ruedas -acreditados y capacitados por la misma WWR- debe ser un “profesional de la salud certificado en un campo relevante para las discapacidades físicas (...) como un médicx, fisioterapeuta o terapeuta ocupacional” (WWR, 2022a, p. 11) o poseer “una calificación académica reconocida y de buena reputación, que abarque un nivel requerido de experiencia anatómica, biomecánica” (WWR, 2022b, p. 14)

Son estos mismos clasificadores los que establecen puntajes a los deportistas que, en el rugby en silla de ruedas, va desde 0,5 hasta 3,5 dependiendo del rango de movilidad y funcionalidad que tienen los mismos, en la ejecución de diferentes acciones motrices (USAID y Fundación Arcángeles, 2016, p. 10).

Por otro lado, existen las “deficiencias elegibles” para poder comenzar a practicar cualquier deporte paralímpico. En el caso del rugby en silla de ruedas, las mismas son las “deficiencia de la potencia muscular, deficiencia de extremidades, deficiencia en el rango de movimiento pasivo, hipertonía, ataxia y atetosis” (Reina, 2021, p. 105). En nuestra intervención nos hemos propuesto alejarnos de toda clasificación funcional que entendemos, cercena la posibilidad de participación en el deporte a una gran mayoría de personas con discapacidad.

6.9. Enseñanza y enseñanza de la Educación Física

Es importante destacar tres momentos en el tiempo que, con teorías y perspectivas disímiles entre sí, explicaron, interpretaron y modelaron a la enseñanza y a la enseñanza de la Educación Física.

El primero de ellos, la época eficientista (1950-1970), producto de las teorías conductistas del aprendizaje donde se busca la eficacia y la eficiencia. El acto de enseñar constituye con el aprendizaje un único proceso. Las “actuaciones docentes” son neutrales. Las actividades se realizan en “entornos estables” con el objeto de obtener “logros observables” en lx alumnx a través de una “sucesión de estímulos”. Los grupos de clase son considerados homogéneos por lo que las tareas son planificadas de acuerdo a los estadios evolutivos de cada edad cronológica. Desde lo metodológico, “la explicación y demostración” se erigen como herramientas imprescindibles para alcanzar el modelo técnico ideal. Lx alumnx debe resolver actividades “conducidas y definidas” en el marco de una clase minuciosamente planificada de antemano. Las graduaciones de driles conforman la piedra angular desde la que se erige la enseñanza de los deportes (Gayol, 2015).

En un segundo momento, la psicología cognitiva (1970-1980), centra su atención en el “sujeto de aprendizaje” y en sus gustos e intereses promoviendo una participación activa del alumnx en su aprendizaje. Desde lo metodológico, se propone la exploración como recurso “ineludible” hacia el descubrimiento. Desde la Educación Física, se presentan tareas en torno a la estructuración espacial, la construcción de la imagen corporal y del propio cuerpo además de un creciente interés por lo vivencial del aprendiz. Sin embargo, la enseñanza de la misma mantiene las progresiones y secuencias. Para los deportes conserva el uso de driles e incorpora la visión de juegos de iniciación y predeportes donde todavía predomina el uso del modelo y la demostración (Gayol, 2015).

Durante la década de 1980 emergió una corriente socio-crítica en el ámbito educativo que puso en el centro tanto el proceso de enseñar como el de aprender, entendidos como interdependientes. Ambos procesos ocurren en tiempo real y en escenarios difíciles de anticipar. La enseñanza comenzó a concebirse como una práctica social con un carácter deliberado e intencional, aunque aún conserva rasgos propios de una actividad estructurada y organizada de manera sistemática (Davini, 1998; 2008, como se citó en Gayol, 2015).

En este enfoque, se reconoce que los estudiantes no sólo presentan diferencias individuales, sino que también traen consigo trayectorias culturales y sociales diversas. Esto impulsa a los docentes a diseñar propuestas pedagógicas particulares, adaptadas a cada contexto, con el propósito de despertar el interés y la motivación por aprender. Asimismo, la enseñanza asume un carácter pedagógico, social y político, ya que implica la transmisión de saberes culturalmente significativos. En este sentido, el docente actúa como mediador, ofreciendo herramientas culturales que permitan a sus estudiantes integrarse activamente en la sociedad a la que pertenecen. Para lograrlo, se recurre a estrategias pedagógicas que se alejan de soluciones estandarizadas, y se orientan hacia una comprensión de la enseñanza como una práctica compleja y creativa, más cercana al arte que a la mera aplicación técnica (Gvirtz y Palamidessi, 2006, pp. 145-147).

En este marco, las estrategias docentes buscan favorecer el descubrimiento, fomentar el intercambio de ideas y experiencias, estimular la reflexión crítica, y promover la expresión subjetiva y la creatividad. Estas acciones contribuyen a construir espacios donde las personas puedan desarrollar sus identidades y encontrar formas significativas de participación social (Gayol, 2015).

Debido a la limitada producción de investigaciones que aborden la enseñanza de la Educación Física desde esta perspectiva, es posible considerar estas prácticas como: a) expresiones sociales comprometidas con el conocimiento disciplinar desde una mirada contextualizada y política; b) propuestas innovadoras que, desde una base ética y reflexiva, contemplen los intereses y deseos de quienes aprenden; c) experiencias formativas que reconocen al estudiante como alguien cuyo cuerpo es producto de una construcción cultural, y cuya voz merece ser escuchada; y d) prácticas que, al respetar los ritmos de aprendizaje, las diferencias individuales y la diversidad cultural, presentan contenidos significativos con el propósito de promover la práctica corporal como parte de un proyecto de vida (Gayol, 2015).

Desde esta perspectiva, nuestra intervención se inscribe en el enfoque socio-crítico de la educación, valorando especialmente los aportes singulares que surgen de las trayectorias personales de quienes participan.

6.10. A modo de conclusión del marco teórico

El recorrido realizado busca poner en cuestión algunas de las ideas que todavía persisten en torno a la discapacidad, la actividad física y el deporte adaptado. En este sentido, es fundamental entender las lógicas subyacentes en la clasificación funcional, el uso de etiquetas como “paciente” o “enfermx”, o las representaciones que exaltan la figura del “super crip”. Todas ellas, de diversas maneras, terminan reproduciendo un mismo modelo: el que sitúa a la persona con discapacidad como alguien a quien “hay que corregir”, “reparar” o “superar”. Contrariamente a esto, nuestro enfoque busca propiciar otras formas de participación, donde el derecho al deporte, al juego y al disfrute no estén condicionados por el rendimiento, la funcionalidad o la cercanía a un ideal corporal. Lejos de ubicarnos en un lugar neutral, este marco teórico asume una posición. Una que entiende la enseñanza como una práctica situada, donde cada sujeto llega con una historia, una trayectoria, un recorrido que vale la pena escuchar y tener en cuenta. En concordancia con ello, se reconoce en el deporte la posibilidad de abrir espacios para el encuentro, el juego, la expresión y la construcción colectiva, más allá del rendimiento o la funcionalidad.

7. Antecedentes

Para la selección de los antecedentes nos circunscribimos a la literatura de habla hispana debido a que no poseemos experticia en otros idiomas. Hemos utilizado para ello, el repositorio institucional de acceso abierto de la Universidad Nacional de Avellaneda (Argentina), Google Académico y las bases de datos indexadas DIALNET, SCIELO y ResearchGate. Nos interesa conocer qué avance ha tenido el estudio de la temática de la enseñanza del rugby en silla de ruedas con especial atención a nuestro país. Finalizada esta búsqueda, hallamos que no había propuestas que trabajaran específicamente la enseñanza del rugby en silla de ruedas y mucho menos en un contexto hospitalario. Dado este panorama, tomamos la decisión de incorporar trabajos, investigaciones, artículos o estudios que abordaran de manera tangencial nuestro objetivo de trabajo.

En el trabajo final de intervención de la profesora Fabiana Wilensky (2017) para obtener el grado de magister en la Universidad Nacional de Avellaneda, titulado “Comprender, sentir, enseñar: La percepción sensorial en la formación docente en el ISFD N° 810, en la Ciudad de Comodoro Rivadavia”, la autora reflexiona sobre lo que se denomina “Barreras al aprendizaje y la participación (BAP)” (p. 14) las mismas están constituidas por una serie de dificultades a las que se enfrenta la persona con discapacidad que limitan o impiden la plena participación en situaciones de enseñanza y aprendizaje. Según el documento que analiza Wilensky, la Resolución del Consejo Federal de Educación N° 311/16, las BAP pueden ser de cuatro tipos:

Barreras de la comunicación; factores que impiden o dificultan la comunicación como el desconocimiento del lenguaje de señas. Barreras sociales/actitudinales; como la actitud de lxs docentes, de lxs demás estudiantes, de los familiares, carencias en la información, capacitación y conocimiento de los procesos inclusivos. Barreras didácticas; es decir, aquellas que refieren a la enseñanza, los modelos de enseñanza, dispositivos, tiempos destinados a las tareas, agrupamientos, falta de formación de lxs docentes, desconocimiento. Barreras acceso físico; que refiere a las características de los entornos educativos, que al interactuar con la singularidad de las personas se manifiestan. Como son las

formas de acceso, cartelería, iluminación, disposición de objetos, la temperatura de los lugares, el tipo de iluminación, la sonoridad, el tipo de piso, el color de las paredes, la información en las paredes o la falta de información, la disposición de determinados materiales, el tamaño del espacio etc. La autora considera de vital importancia que, en la formación de lxs futurxs formadorxs, puedan aprender a detectar estás barreras para sortearlas con la ayuda de la comunidad educativa en pos de una enseñanza comprometida con el derecho a la educación de lxs estudiantes con discapacidad (p. 4).

En el trabajo final de intervención del Licenciado Cadenini (2020), para graduarse en la maestría en la Universidad Nacional de Avellaneda, titulado Reflexionando sobre la clase de Educación Física: Concientizarse/concientizarnos, las discapacidades en la clase, se plantea la necesidad de implementar cambios en las clases de Educación Física de una escuela de educación primaria tradicional⁹ para incorporar a la extensa población de alumnxs con discapacidad que asisten a la misma y que complementan su educación en una escuela de educación especial. Esta situación, prevista en la Ley Nacional de Educación N° 26.061 y otras leyes provinciales, pretenden fomentar la progresiva inclusión del alumnado con discapacidad a la escuela tradicional con el apoyo de las aún llamadas escuelas de educación especial. El rol de estás últimas sería la de generar, en una tarea conjunta entre las dos instituciones, los apoyos a la inclusión. Es decir, las acciones, recursos y medidas que se deberían implementar para que lxs estudiantes con discapacidad puedan participar en el sistema educativo regular. El autor destaca que desde el proyecto institucional de la escuela no se explicita el trabajo mancomunado con la escuela especial ni la categorización de la primera como una escuela inclusiva. Esto redundaría en un gran déficit para una institución que, sin embargo, considera -en el mismo documento- a sus alumnxs como centro del proceso educativo.

⁹ Utilizamos la palabra tradicional para distinguirla de la escuela de educación especial. El Lic. Cadenini, no utiliza esta distinción.

El proyecto de intervención de Cadenini, se enmarca dentro del modelo social de la discapacidad y desde una perspectiva de los derechos humanos. El autor procura con esta intervención, producir una mejora de la calidad educativa a través de una mayor concientización, por parte de directivos y profesorxs de Educación Física; de la discapacidad: “promoviendo la igualdad de oportunidades de los sujetos de derecho al interior de la institución escolar” (p. 3). Esta concientización por parte de lxs profesionales de la Educación Física, traería aparejado una reflexión sobre sus propuestas pedagógicas y un cambio de paradigma hacia la discapacidad. El propósito último sería que lxs docentes pudieran generar “clases multidimensionales” donde se consiga la inclusión plena de lxs alumnos con discapacidad.

El objetivo general de nuestra propuesta de intervención encuentra puntos de contacto con los trabajos finales de intervención de Wilensky (2017) y Cadenini (2020). Ambos autores abordan la inclusión de personas con discapacidad promoviendo prácticas educativas que reconozcan las desigualdades estructurales y trabajen para revertirlas. Wilensky, al tratar las barreras al aprendizaje y la participación (BAP), nos invita a pensar cómo superar los obstáculos físicos, comunicacionales, actitudinales y didácticos que pueden presentarse en la enseñanza de un deporte adaptado. Por su parte, Cadenini propone una transformación profunda de las prácticas pedagógicas en Educación Física, orientada a generar clases inclusivas y conscientes de la diversidad.

La investigación de Camargo Rojas et al., (2023) titulada “Estado del arte de la investigación en discapacidad y actividad física en Sudamérica. Una Revisión Narrativa”, se realizó en diez países de América del Sur, entre los que se encuentra la Argentina. El propósito del estudio es determinar qué barreras o facilitadores encuentran las personas con discapacidad para acceder a la práctica de actividad física. Es de destacar que el estudio introduce el término de actividad física adaptada¹⁰ como una herramienta fundamental para la plena

¹⁰ Cómo definimos en el marco teórico, en este trabajo hemos decidido circunscribirnos al término deporte adaptado por la amplitud de actividades que abarca la actividad física adaptada

participación de las personas con discapacidad en la práctica de la actividad física y el deporte (p. 947). El estudio concluye que, efectivamente, existen artículos vinculados al área temática. Los mismos, han ido ganando más relevancia en la medida en que los países han ido abordando este tópico desde las necesidades de las políticas públicas en materia de actividad física y deportes para personas con discapacidad. Por otro lado, si bien existen investigaciones de las distintas categorías planteadas, la temática de la inclusión de las personas con discapacidad en el campo de la actividad física y el deporte es limitada y escasa en la región. En la mayoría de los estudios se considera que la actividad física y el deporte es un derecho que debe ser garantizado. Aun así, se siguen presentando barreras relacionadas con la accesibilidad física, la falta de conocimiento sobre la actividad física adaptada e inclusiva en lxs profesionales de programas, así como barreras actitudinales que influyen negativamente en la participación de las personas con discapacidad en el ámbito de la actividad física y el deporte. En cuanto a los facilitadores, el apoyo de familia, amigxs y algunas instancias del sector educativo juegan un papel importante para garantizar el acceso a la práctica de la actividad física y el deporte.

Entendemos que nuestro trabajo se relaciona con esta investigación, en tanto comparten la preocupación por garantizar el derecho a la actividad física y al deporte de las personas con discapacidad, así como por visibilizar y superar las barreras que dificultan su participación plena. Mientras el estudio identifica obstáculos estructurales, actitudinales y de formación profesional que limitan el acceso, nuestra propuesta busca intervenir sobre estas problemáticas mediante la enseñanza del rugby en silla de ruedas contemplando las necesidades, intereses y contextos de lxs participantes. De este modo, nuestra intervención se presenta como una respuesta a los desafíos que Camargo Rojas y colaboradores describen para la investigación en nuestra región.

El capítulo de Martínez Ferrer (2008) denominado “Hospi-Sport Cataluña: filosofía, estructura y aplicaciones”, nos detalla un programa que se viene desarrollando desde 1992 en la región de Cataluña y que, actualmente, se extendió a través de toda España. El mismo tiene como finalidad “favorecer el

proceso de readaptación funcional¹¹ y reinserción social de las personas con discapacidad física grave ingresadas en los hospitales, mediante la iniciación a la práctica deportiva” (p. 241). El autor destaca que el programa tiene como objetivo acercar las actividades físicas adaptadas a las personas con discapacidad contribuyendo a mantener un tiempo de ocio activo y propiciar la normalización¹² social de estos colectivos. Otros objetivos destacados son la conservación y mejora de las capacidades físicas que hayan sido restauradas mediante la rehabilitación médica, el fortalecimiento de la autoestima y la facilitación del proceso de socialización. El programa Hospi-Sport está dirigido fundamentalmente a aquellas personas que han adquirido una deficiencia en la juventud o la edad adulta. En este sentido las prácticas deportivas deben comenzar en los propios hospitales o en las salas de rehabilitación. Los diferentes niveles de iniciación a la actividad física adaptada están conformados por fases progresivas que incorporarán en el ejercicio terapéutico tradicional, los patrones fisiológicos de la actividad física. Seguidamente, la práctica deportiva va dirigida a mantener y mejorar el rendimiento físico y el nivel funcional obtenidos en la rehabilitación médica. Finalmente, se fomentará la práctica deportiva de competición, favoreciendo el desarrollo del deporte adaptado de competición como máximo exponente del espíritu de superación de las personas

¹¹ La readaptación funcional se refiere al proceso terapéutico y educativo dirigido a restaurar, mantener o mejorar las capacidades físicas, funcionales y psicológicas de una persona con discapacidad o tras una lesión. Su objetivo principal es que la persona logre la mayor autonomía posible en sus actividades diarias, sociales y laborales. Peña Hernández, P., Gómez Ramírez, E., Calvo Soto, A., Arias Alzate, C., Lotero Pereira, M., Giraldo Jiménez, C. F., y Perafán González, D. Y. (2021). *Fisioterapia y rehabilitación integral de personas con discapacidad: revisión narrativa*. <https://doi.org/10.5281/zenodo.5558857>.

¹² La normalización en discapacidad es un enfoque y un principio que busca garantizar que las personas con discapacidad puedan vivir una vida lo más normal posible dentro de la sociedad. Fue introducido por primera vez en la década de 1960 por Nirje (1990) y luego desarrollado por Wolfensberger (1998). La idea central es que las personas con discapacidad deben tener acceso a las mismas condiciones de vida, oportunidades y derechos que cualquier otra persona. Nirje, B. (1990). *El principio de normalización y sus implicaciones para los servicios*. En Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO) (Ed.), *Manual de servicios sociales para personas con discapacidad* (pp. 21-36). IMSERSO y Wolfensberger, W. (1998). *El principio de normalización: Hacia la humanización de los servicios para personas con discapacidad*. Editorial Siglo XXI. En cuanto a ello, los *Disability Studies* valoran la inclusión social y el enfoque de derechos humanos de la misma y reconocen que contribuyó a la desinstitucionalización y a evitar la segregación, especialmente en ámbitos como la educación y el empleo. Por otro lado, critican su conformidad forzada y enfoque capacitista.

con discapacidad. Esta fase ya no debería realizarse dentro del programa Hospi-Sport, sino en una institución deportiva específica o en un club deportivo.

Este programa se vincula con el objetivo de nuestro trabajo en tanto ambos enfoques reconocen el valor de la actividad física y el deporte en el contexto hospitalario, aunque desde diferentes perspectivas. Mientras Hospi-Sport pone énfasis en la readaptación funcional y la reinserción social mediante la práctica deportiva de competición como su *leitmotiv*, nuestra propuesta se focaliza particularmente en el proceso de enseñanza y aprendizaje del rugby en silla de ruedas, considerando no sólo la dimensión socializadora, sino también la posibilidad de propiciar la adopción de hábitos de vida saludables. Sin embargo, entendemos que algunos aspectos de Hospi-Sport, pueden ser recuperados y resignificados en el diseño de propuestas pedagógicas que promuevan la autonomía y la participación activa de las personas con discapacidad.

El trabajo de Pinilla y Barquero Sánchez (2011) titulado “Creación del 1° equipo de Quad-rugby en España para personas con tetraplejía” nos adentra en una experiencia que se desarrolló entre los años 2010 y 2011 con el impulso del centro de rehabilitación “Fundación del Lesionado Medular”. El mismo, atiende semanalmente a más de 300 personas que tienen una cuadriplejía (también conocida como tetraplejía), ello permite informar a los mismos acerca de nuevas actividades a realizar que de otro modo se haría más difícil debido a la dispersión geográfica de las personas que allí asisten. Todo ello, sumado a la posibilidad de la fundación de contar con medios de transporte propios y adaptados para sillas de ruedas propició que el comienzo de una nueva actividad deportiva, el Quad-rugby (actualmente llamado rugby en silla de ruedas), pudiera comenzar a desarrollarse rápidamente. En un primer momento, demostraron su interés 11 personas. La instalación deportiva fue encontrada en un polideportivo de las inmediaciones. Los horarios de práctica fueron fáciles de coordinar debido a la flexibilidad de tiempo de los participantes y al hecho que sus sesiones de fisioterapia se realizan en la misma fundación que fue la impulsora del proyecto. El transporte se realizó en las camionetas que, a tal efecto, dispuso la fundación. Sin embargo, los autores destacan que, de no haberse resuelto esta situación

del modo que detallamos anteriormente, tanto la lejanía de la fundación al polideportivo (unos 5km) como la falta de transporte público adaptado, hubieran desmotivado la participación. En cuanto al material deportivo, se recurrió a sillas de segunda mano reacondicionadas. La provisión de un técnico pudo ser posible gracias al apoyo del “Centro de estudios del Deporte inclusivo”. La sostenibilidad de la actividad se financió con el aporte de los jugadores y la obtención de subvenciones. Finalmente, el proyecto puesto en marcha permitió en el corto plazo crear el primer equipo de rugby en silla de ruedas de España. Los autores concluyen que la promoción de la actividad física desde los centros de rehabilitación permite una mayor divulgación de la información y la posibilidad de facilitar el ajuste entre la rehabilitación y el deporte.

De este modo, Pinilla y Barquero Sánchez, nos ofrecen una experiencia concreta que puede servir de referencia para nuestro trabajo. Los autores, destacan la relevancia del acceso al transporte, equipamiento y entrenadorxs especializados, además de estrategias de financiamiento sostenibles para garantizar la continuidad de un proyecto de estas características.

Muñoz Hinrichsen y Martínez Aros (2022) publican un trabajo bajo el título “Actividad física adaptada en el proceso de rehabilitación de personas con discapacidad: una propuesta desde la perspectiva social”. Según los autores la actividad física adaptada es una herramienta importante dentro de los procesos de rehabilitación de personas con discapacidad. En este contexto, la “Rehabilitación Basada en la Comunidad” busca abordar la discapacidad de manera amplia, incluyendo factores como la educación, la participación en el mundo laboral y el acceso a espacios de actividad física y deporte. Diversos centros de España y Chile han integrado la actividad física adaptada dentro de sus programas de rehabilitación terapéutica. Los beneficios de la actividad física adaptada en la rehabilitación son múltiples y abarcan distintas dimensiones. En lo físico, contribuye a la recuperación y optimización de las funciones motoras, promoviendo la independencia. En lo emocional, fortalece la autoestima, la seguridad y el bienestar mental, ayudando a reducir el estrés y la ansiedad. Desde lo social, permite desarrollar habilidades como la comunicación, el trabajo



en equipo y la cooperación, aspectos fundamentales para una inclusión efectiva en espacios educativos, laborales y comunitarios.

De este modo, Muñoz Hinrichsen y Martínez Aros nos recuerdan los beneficios de la actividad física adaptada, que hemos tratado en el marco teórico del presente trabajo, además de incorporar el concepto de “rehabilitación basada en la comunidad”. Según la misma, nuestra propuesta de enseñanza del rugby en silla de ruedas adquiere un sentido formativo que trasciende lo motor y apunta a la construcción de hábitos saludables y espacios de encuentro social.

8. Caso/institución

El Hospital Especializado en Rehabilitación “Dr. José M. Jorge”¹³ (figura 1) forma parte de una red de hospitales y centros primarios de la salud de lo que se denomina región VI (figura 17, figura 18 y figura 19) que abarca los partidos de Berazategui, Quilmes, Avellaneda, Lanús, Lomas de Zamora, Almirante Brown, Florencio Varela, Esteban Echeverría y Ezeiza. Está especializado en la rehabilitación neurológica, motora, cardiovascular y respiratoria y se encuentra en la localidad de Burzaco, partido de Almirante Brown, provincia de Buenos Aires, República Argentina (Hospital Subzonal Especializado en Rehabilitación Dr. José M. Jorge, 2022).

Figura 1

Entrada al hospital.



Fuente: adaptado de Hospital Dr. Jose M. Jorge [@htaldrjmjorge]. (19 de junio de 2024). En el día de hoy celebramos el aniversario N° 67 de nuestro hospital. Nos visitó el secretario de Gobierno [Fotografía]. Instagram.
https://www.instagram.com/p/C8aLp15Og2E/?utm_source=ig_web_copy_link&igsh=emRyMnQ3aGc4N3B0

¹³ Para conocer la historia del Dr. J. M. Jorge, pueden acceder al video disponible en <https://hospitaljorge.wixsite.com/hospitaljorge/info-general>

El hospital se encuentra ubicado entre las calles Presidente Juan Domingo Perón, Somellera, Juan B. Azopardo y Brasil (figura 2) se puede llegar a través del transporte público con tres líneas de colectivos (figura 20) y cuenta con amplias instalaciones como se pueden observar en las capturas de pantalla del video institucional¹⁴ (figuras 3, 21, 22 y 23) y en el mapa del complejo (figura 4).

Figura 2

Vista aérea del complejo hospitalario.



Fuente: adaptado de [Hospital de rehabilitación "Dr. J. M. Jorge"], de Google, s.f., https://www.google.com/maps/@-34.8122265,-58.3842173,304m/data=!3m1!1e3?authuser=0&entry=ttu&g_ep=EgoyMDI1MDcyOS4wIKXMDSoASAFQAw%3D%3D. Todos los derechos reservados 2025 por Google. Adaptado con permiso del autor.

¹⁴ El video institucional del hospital puede visualizarse en el siguiente link: <https://hospitaljorge.wixsite.com/hospitaljorge>

Figura 3

Vista aérea del complejo hospitalario.



Fuente: adaptado de [HSER Dr. J. M. Jorge], de <https://hospitaljorge.wixsite.com/hospitaljorge>

Figura 4

Plano de las instalaciones del hospital. Foto del autor



Fuente: cartel de orientación dentro del hospital.

La institución recibe derivaciones de todo el país y de países limítrofes. Atiende pacientes¹⁵ “crónicos y subagudos clínicamente estables” (Hospital Subzonal Especializado en Rehabilitación Dr. José M. Jorge, 2022).

Esto es así porque, aunque cuenta con internación, no está equipado ni tiene los especialistas adecuados para atender situaciones clínicas. De esta forma, toda consulta médica o estudio de cualquier tipo, debe ser realizada por el participante de forma particular.

De acuerdo al manual de bienvenida de la institución “las modalidades de atención son: consultorios externos, hospital de día e internación (esta última exclusivamente de adultos)” (Hospital Subzonal Especializado en Rehabilitación Dr. José M. Jorge, 2022). De hecho, todos los participantes de nuestra intervención son, principalmente internos y, en menor medida, asistentes de “hospital de día”. Según Alazraqui (2002), el hospital de día implica un “tratamiento ambulatorio de cuatro a ocho horas diarias” que tendría entre algunos de sus beneficios “evitar la desinserción del paciente de su contexto social” (p. 1). Mediante esta modalidad, se evitarían las “internaciones y reinternaciones que pueden volverse crónicas, favoreciendo la rehabilitación social del participante” (p. 2).

Es importante destacar que este hospital es uno de los únicos cuatro especializados en rehabilitación neuromotora y de gestión pública de toda la provincia de Buenos Aires. Los otros tres son, el hospital “El Dique” en el partido de Ensenada, el Centro de Rehabilitación Integral de Bolívar en San Carlos Bolívar (Red Federal de Rehabilitación, s. f.) y el Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica del Sur “Dr. Juan Otimio Tesone” de la ciudad de Mar del Plata (Argentina.gob.ar, s. f.).

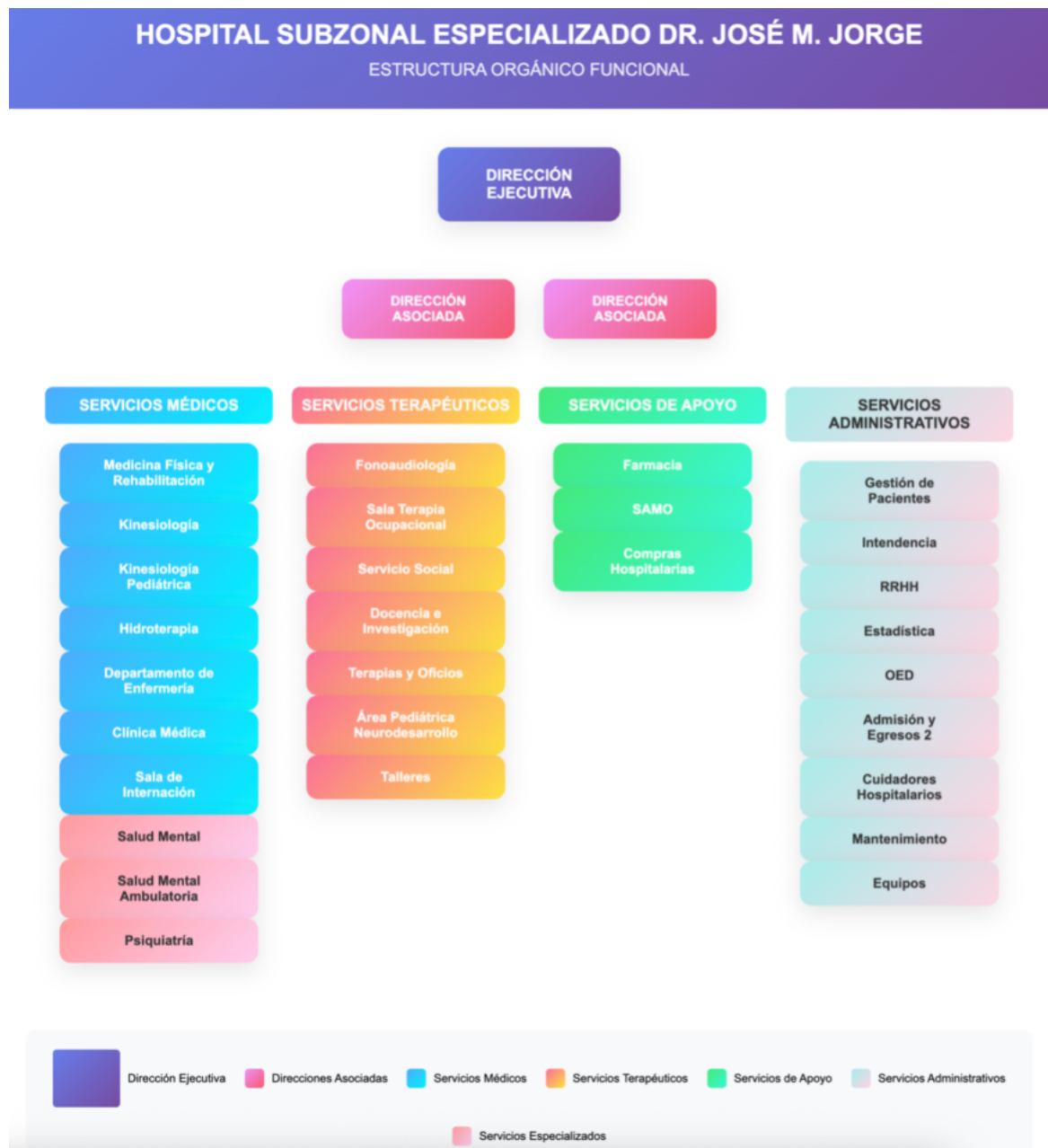
Nuestra propuesta se desarrollará dentro de lo que el hospital denomina servicio de “Kinesiología”. Según la “Estructura orgánico funcional” de la Figura 5, la misma se encuentra en la primera línea de “servicios” de la institución, con

¹⁵ A lo largo de este apartado no sustituimos la palabra pacientes debido a que es así como se los denomina en el documento que estamos consultando titulado Manual de Bienvenida del Hospital Subzonal Especializado en Rehabilitación Dr. José M. Jorge (2022).

relación directa de la dirección ejecutiva y la asociada (Hospital Subzonal Especializado en Rehabilitación Dr. José M. Jorge, 2022).

Figura 5

Estructura Orgánico Funcional. Ilustración del autor



Fuente: elaboración del autor en base a “planta orgánico – funcional de Hospital Subzonal Especializado en Rehabilitación Dr. José M. Jorge. (2022). Manual de Bienvenida. Estructura Orgánico Funcional [Fotografía]. <https://hospitaljorge.wixsite.com/hospitaljorge/info-general>



Dentro del servicio de kinesiología, nos encontramos ejerciendo nuestra función en el área de “Deporte Adaptado” trabajo que los kinesiólogos vienen desarrollando hace 10 años aproximadamente, pero hasta este momento, sin el aporte de un profesional de la Educación Física.

En síntesis, el caso del Hospital “Dr. José M. Jorge” resulta representativo de una estructura institucional que, si bien reconoce la importancia de las actividades físicas en los procesos de rehabilitación, se encuentra atravesada por un enfoque biomédico que en ocasiones tiende a limitar el acceso pleno a prácticas pedagógicas y deportivas inclusivas. La intervención aquí presentada intenta aportar a la construcción de otro horizonte posible, en el que el deporte adaptado sea concebido como un derecho y una herramienta pedagógica capaz de habilitar la participación activa, la autonomía y la apropiación crítica del propio cuerpo y del movimiento en contextos institucionales no escolares.

9. Propuesta de intervención

9.1. Objetivo específico N° 1

Enseñar las habilidades y destrezas básicas del rugby en silla de ruedas y sus aspectos reglamentarios atendiendo a las posibilidades de lxs participantes.

9.1.1. Introducción al desarrollo de las actividades del objetivo específico N° 1

El desarrollo de las siguientes actividades se enmarca dentro del primero de los objetivos específicos de este trabajo. Partimos desde un enfoque pedagógico centrado en la persona, reconociendo tanto sus potencialidades como las barreras personales, emocionales, físicas y contextuales que puedan incidir en su participación activa y sostenida. Trabajamos con un grupo de participantes adultxs con una discapacidad reciente y con un alto grado de heterogeneidad en cuanto a su capacidad funcional, antecedentes deportivos y estado emocional. Muchxs presentan secuelas neurológicas como hemiplejía, dificultades en la prensión, movimientos involuntarios o alteraciones cognitivas, emocionales y de la comunicación. A esto se suman condicionantes externos como la rotación constante de participantes, el uso de sillas de ruedas del hospital (inadecuadas para realizar deporte por ser pesadas y lentas), y limitaciones económicas, geográficas o de transporte que inciden en la continuidad del proceso. En este contexto, el diseño de las actividades prioriza la simplicidad en las consignas, así como de las actividades. Se parte desde lo más elemental -como el manejo de la silla de ruedas- y se avanza gradualmente hacia habilidades más complejas como el pase, la recepción y el dribling, siempre contemplando que cada participante pueda experimentar el juego y sentirse parte del mismo. El componente lúdico es un eje transversal a toda la intervención, al igual que la intención de fortalecer el sentido de pertenencia y reconocer tanto los logros individuales como grupales. Al mismo tiempo, hicimos especial hincapié en preservar la integridad física y emocional de los participantes, razón por la cual se han excluido o modificado aspectos reglamentarios y se han flexibilizado otras

reglas para asegurar una participación dinámica y significativa. El desarrollo de las actividades culmina, en cada clase, con una instancia de juego deportivo. Ello permite a lxs participantes aplicar de manera integrada las habilidades trabajadas, los aspectos reglamentarios y vivenciar el deporte en el marco de una experiencia placentera. En la figura 6 hemos graficado lo descrito anteriormente:

Figura 6

Enfoque pedagógico centrado en la persona. Elaboración del autor.



Fuente: elaboración original del autor

9.1.2. Desarrollo de las actividades

9.1.2.1. Manejo de la silla

La destreza con la silla de rugby es la primera habilidad fundamental a desarrollar para la posterior desenvolvimiento en el campo de juego y en el resto de las actividades diarias. Sienta, además, las bases para la adquisición de otras destrezas estrechamente relacionadas como el pase, la recepción y control del balón -en movimiento y en situación de juego-, dribling, fintas, cortinas y choque entre las sillas (USAID y Fundación Arcángeles, 2016, p. 22). En esta situación particular solo contamos con 2 sillas de rugby y las sillas del hospital que usa cada uno de nuestros participantes. Optamos, por lo tanto, en usar solo las sillas diarias en todas las actividades. Es importante destacar, que las sillas diarias de la institución son lentas para el desplazamiento en cualquier superficie y, sobre todo, pesadas. Además, los participantes se encuentran en la etapa aguda o subaguda de “haberse discapacitado” (Ferrante, 2014, p. 78) por lo que no todos tienen la misma fuerza y habilidad -tanto emocional como física- para desenvolverse de manera constante a lo largo de las actividades. Nos encontramos con pacientes de edad adulta, secuelas de accidente cerebro – vascular (ACV) recientes, historial deportivo escaso o nulo, sobre medicación psiquiátrica que los adormece o los excita, llantos espontáneos, dificultad en la audición y en la comprensión de algunas de las actividades, sobre todo cuando implican destrezas combinadas o explicaciones demasiado complejas por parte del docente. En este último apartado, por lo tanto, hemos tomado la decisión de plantear tareas simples y concisas, acercarnos y elevar el volumen de la voz a los participantes con disminución auditiva y alentar constantemente el trabajo y los logros realizados, por pequeños que ellos fueran, con especial atención a los participantes que advertimos más vulnerables a los altibajos emocionales. El cierre de cada clase se realiza con un aplauso grupal y un saludo uno por uno a los participantes de la clase. Llegado este punto, es preciso comentar que la rotación de los mismos es constante, esto se debe a varias situaciones que en ocasiones confluyen, el alta médica del hospital, la imposibilidad de seguir la rehabilitación por motivos económicos, la distancia y/o falta de accesibilidad en

el transporte para aquellos que realizan “hospital de día” (aquellos que asisten a la institución de 8 a 16hs y luego vuelven a sus hogares). Estos factores que podemos denominar como situaciones personales, ambientales, etc. se han identificado en la literatura (Jaarsma et al., 2014 como se citó en Herrera Miranda, 2021).

9.1.2.2. Pase y recepción

El pase debe realizarse apuntando al pecho del compañerx y lanzando la pelota con “a) pase de pecho; b) pase por encima de la cabeza; c) pase de látigo; d) pase con una mano; e) pase de pique” (USAID y Fundación Arcángeles, 2016, p. 23) y la postura básica de la recepción es con los dos brazos flexionados a los lados del tronco formando entre los brazos y el tronco una doble v (W). De esta forma, cuando la pelota rebota en el pecho, los brazos amortiguan el mismo y evitan que la pelota caiga al suelo. Ahora bien, la mayoría de lxs agentes de esta intervención tienen una hemiplejía lo que compromete un hemicuerpo, es decir, una mitad de su cuerpo -generalmente desde la cabeza hasta los pies-. Por lo antedicho se ha tenido que adaptar la técnica de pase y recepción antes descripta a las posibilidades de lxs participantes. Por lo tanto, el pase se hace con una mano, y la recepción se realiza formando un v corta (V) con el brazo hábil flexionado al nivel del codo y el tronco. El brazo comprometido¹⁶ por la hemiplejía reposa en el regazo.

9.1.2.3. El dribling

El mismo implica el avance en la cancha con el balón en “control” (art. 67, WWR, 2021, p. 37) y, fundamentalmente, la habilidad de picar el mismo al costado o

¹⁶ En este trabajo entendemos por “comprometido” o “compromiso motor” cuando nos referimos a alguna parte del cuerpo que, al haber sido afectada por algún tipo de lesión del sistema nervioso central o cerebral, tiene disminuida o afectada totalmente su movilidad. Alessandro, L., Olmos, L., Bonamico, L., Muzio, D., Ahumada, M., Russo, M., Allegri, R., Gianella, M., Cámpora, H., Delorme, R., Vescovo, M., Lado, V., Mastroberti, L., Butus, A., Galluzzi, H., Décima, G. y Ameriso, S. (2020). *Rehabilitación multidisciplinaria para pacientes adultos con accidente cerebrovascular*. Medicina (Buenos Aires), 80(1), 54-68. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802020000100008&lng=es&tlng=es.

delante de la silla de ruedas cada 10 segundos. De no hacer esto último o de no pasar la pelota a otrx compañerx antes de los 10 segundos (art. 69, WWR, 2021, p. 41), se considera que xl jugadrx ha cometido una violación y, por lo tanto, se sanciona con la pérdida de posesión del balón para ese equipo y la concesión del mismo al equipo contrario para que realice un saque (art. 72, WWR, 2021, p. 39). Por estar dentro del reglamento de juego, la habilidad del dribling, se considera como “uno de los fundamentos técnicos más importantes del deporte” (USAID y Fundación Arcángeles, 2016, p. 23). No obstante, lxs participantes de nuestra intervención se desplazan en sillas de ruedas de la institución y en su gran mayoría lo hacen utilizando su brazo hábil para impulsar uno de los aros de la rueda, en ocasiones, ayudándose al apoyar un pie en el suelo y empujando sobre el mismo. De esta forma pueden avanzar con cierta velocidad. La pelota es trasladada entre las piernas, sobre la falda o debajo del brazo comprometido por lo que al intentar pasarla o picarla deben detener la silla completamente, tomar la pelota con la mano hábil y, entonces sí, realizar el movimiento. Otros de nuestrxs participantes, poseen problemas en la prensión de la pelota (el agarre de la misma con la mano) o movimientos involuntarios que les dificultan tanto el desplazamiento en la silla como la toma y posterior lanzamiento de la misma. Por estos motivos, en muchas de las actividades y en ocasiones de los partidos, hemos tomado la decisión de relajar esta norma priorizando un juego más dinámico y evitando así, la continua alternancia de la pelota entre equipos en el afán de respetar el reglamento de juego de forma acérrima (art. 62, WWR, 2021, p. 35).

9.1.2.4. El choque entre sillas

Una de las particularidades que el rugby en silla de ruedas no comparte con ningún otro deporte de personas con discapacidad y que lo hace sumamente vistoso es el hecho de que el choque entre las sillas de ruedas está permitido y es legal. Tal como se desprende de los artículos 85, 86 y 87 del reglamento de juego internacional de la WWR (2021, pp. 43-44). No obstante, es preciso señalar que en nuestra intervención sólo contamos con 2 sillas diseñadas

específicamente para este deporte y, por consiguiente, para que el choque entre ellas sea seguro para lxs participantes y no afecte la integridad de lxs mismas. Sumado a lo anterior, nuestros participantes se encuentran en etapas agudas o subagudas de su discapacidad por lo que debemos evitar a toda costa situaciones bruscas que puedan repercutir de forma negativa en su bienestar. En adición a lo expuesto, las demás sillas con las que contamos, son las que el hospital provee a sus asistentes (sean aquellxs con internación o lxs que asisten en modo de hospital de día) y las mismas no poseen las características de diseño que permitan los choques. Por todo lo expuesto, este apartado del deporte ha sido completamente eliminado de nuestro plan de trabajo.

9.1.2.5. El deporte reducido

Es aquel que nos permite acercarnos de la forma más parecida a la dinámica del “juego de referencia” (en este caso el 4 vs 4) favoreciendo, además, la participación y el aprendizaje (Scarnatto, como se citó en Carballo, 2015, p. 327). De esta forma, planteamos con lxs participantes situaciones de 1 vs 1 o 2 vs 2 de manera tal de que lxs mismos puedan estar en movimiento lo más posible - evitando esperas para recibir la pelota-.

Estás dinámicas, además favorecen que lxs participantes con más dificultad para desplazarse puedan participar de forma más activa ya que de la misma manera que se reduce el número de jugadorxs, también lo hace el tamaño de la cancha. Se plantean entonces variaciones del espacio donde en el tamaño que ocuparía una cancha regular de rugby en silla de ruedas, se pueden ubicar 2 o hasta 3 de ellas con diferentes situaciones de juego (2 vs 1, 4 vs 2, etc.) dependiendo de si se intenta “un desequilibrio a favor del ataque o la defensa” (Scarnatto, como se citó en Carballo, 2015, p. 328).

9.1.2.6. Juego de rugby en silla de ruedas

Nada tendría mucho sentido en esta intervención si, más allá de todas las habilidades básicas que puedan aprender nuestrxs participantes, no hubiera un momento en cada clase donde pudieran aplicarlas dentro del juego del rugby

propiamente dicho (figura 7). Es decir, aquel juego lo más cercano al deporte de referencia donde cuatro participantes se puedan enfrentar a otros 4 aprendiendo de forma progresiva las reglas básicas del juego. Estas reglas se van incorporando en la medida en que el devenir del juego así lo amerite de forma de no abrumar a lxs jugadorxs con aspectos reglamentarios descontextualizados de la realidad del juego. Por ejemplo, si en un momento dado la pelota sale fuera del campo de juego, se explicará cómo se realiza el saque de banda, quién debe realizarlo, de qué forma, que movimientos están permitidos antes del saque y cuales no (art. 69 y 81, WWR, 2021, p. 37; 41).

Figura 7

Juego de rugby en silla de ruedas. Foto del autor.



Fuente: foto del autor.

9.1.3. Desarrollo de una unidad didáctica

En la Tabla 1 hemos desarrollado una unidad didáctica de enseñanza del rugby en silla de ruedas.

Tabla 1

Ejemplo de una unidad didáctica de introducción al rugby en silla de ruedas.

Elaboración del autor.

Unidad didáctica: Introducción al Rugby en silla de ruedas
Objetivo General de la Unidad
Enseñar las habilidades y destrezas básicas del rugby en silla de ruedas y sus aspectos reglamentarios atendiendo a las posibilidades de lxs participantes, promoviendo su participación activa, la apropiación lúdica del deporte y el reconocimiento de sus propuestas en el desarrollo del proceso.
Destinatarios
Adultos recientemente discapacitados, con diversas secuelas funcionales (hemiplejías, trastornos motores, cognitivos, emocionales o de comunicación), internados o en modalidad hospital de día.
Duración
8 encuentros de 60 minutos. Frecuencia de dos veces por semana. Carácter abierto, con ingreso rotativo de participantes.
Criterios pedagógicos
• Simplicidad de consignas. • Actividades con variantes accesibles y adaptaciones funcionales. • Enfoque centrado en xl participante y en la experiencia compartida. • Énfasis en el componente lúdico y el reconocimiento emocional. • Atención a las propuestas de lxs participantes para ajustar la dinámica de clase. • Uso exclusivo de sillas de ruedas diarias del hospital. • Flexibilización de normas para favorecer la continuidad del juego. • Cierre afectivo de cada clase con valoración individual y grupal.

Secuencia de Clases
Clase 1. Primer contacto: acercamiento a la silla y al grupo
Contenidos:
• Reconocimiento corporal y postural en la silla. • Maniobras básicas: avanzar, frenar, girar. • Juegos de desplazamiento individual y en parejas.
Propuesta participativa: Se consulta qué juegos conocen que impliquen desplazamiento y se adaptan al espacio.
Cierre: Juego de “la pista” (slalom con conos y música). Aplauso y ronda de nombres.

Clase 2. Pasar y recibir: una cuestión de encuentro
Contenidos:
• Pase con una mano (distintas trayectorias). • Recepción adaptada (formando “v” con brazo hábil). • Juegos de pase por equipo.
Propuesta participativa: Se los invita a inventar “su” pase con nombre propio.
Cierre: “Todos pasan, nunca se cae la pelota”: juego cooperativo que tiene como objetivo que la pelota pase por todxs los participantes al menos una vez y que no caiga al suelo.

Clase 3. El desafío del control: driblar sin perder <i>la pelota</i> .
Contenidos:
• Dribbling con pelota en regazo o entre piernas. • Picar y frenar. • Juegos de avance y control del balón.

Propuesta participativa: Quienes puedan, muestran cómo llevan la pelota y enseñan a otrxs.

Cierre: Juego 2 vs. 2 con pase libre y sin límite de tiempo por posesión.

Clase 4. Vamos sumando: combinaciones simples

Contenidos:

- Desplazamiento + pase.
- Pase + recepción + avance.
- Juego reducido 1 vs. 1 con apoyo externo.

Propuesta participativa: Un grupo en ataque y otro en defensa. ¿Qué grupo pasa a la defensa de manera más original e intenta convertir un gol? Lxs participantes en ataque proponen estrategias para pasar la defensa. Coordinar entre ellxs gestos, señas o palabras para lograrlo sin que la defensa lo sepa.

Cierre: “Mi mejor jugada”: cada uno nombra qué le salió mejor.

Clase 5. Construir el juego: lo táctico aparece

Contenidos:

- Posicionamiento en ataque y defensa.
- Juego reducido 2 vs. 2 con consignas tácticas básicas.

Propuesta participativa: Eligen roles (ataque, defensa) y sugieren variantes del espacio.

Cierre: Asamblea rápida: “¿Qué te gustaría intentar la próxima clase?”.

Clase 6. Juego de rugby: reglamento en contexto

Contenidos:

- Aplicación gradual de reglas (límites, saque, avance, pase).
- Juego 3 vs. 3 o 4 vs. 4.

Propuesta participativa: Se decide colectivamente qué regla incorporar y cómo.

Cierre: Ronda de devolución: lo que más disfrutaron y lo que menos.

Clase 7. A nuestro ritmo: partidos con adaptación propia

Contenidos:

- Juego de referencia simplificado (sin conteo estricto de dribling, sin choques).
- Rotación de equipos.

Propuesta participativa: Se elige entre todos cómo formar los equipos.

Cierre: “Premio simbólico” al esfuerzo, la risa, la jugada inesperada.

Clase 8. Cierre de la unidad: lo vivido y lo que queda

Contenidos:

- Juego libre supervisado.
- Espacio para compartir aprendizajes, dudas, sensaciones.

Propuesta participativa: Se arma un mural con frases, dibujos, palabras de los participantes en relación a lo aprendido en las 8 clases.

Cierre: Ronda de agradecimientos y entrega simbólica de “reconocimientos” a cada uno.

Evaluación de la unidad

Modalidad:

- Observación directa de la participación, el involucramiento emocional y las adaptaciones espontáneas realizadas.
- Registro de propuestas surgidas en clase.
- Recuperación de la voz de los participantes en cada cierre.
- Apreciación del desarrollo motor y del disfrute subjetivo.

9.1.4. Respecto a la puesta en práctica de las actividades del objetivo específico N° 1

La progresión de las actividades propuestas busca enseñar las habilidades básicas del rugby en silla de ruedas, desde una perspectiva inclusiva y respetuosa de las trayectorias individuales. Entendemos que el valor asociado a esta intervención radica en generar un espacio de descubrimiento, donde cada participante pueda moverse dentro de sus posibilidades, enfrentarse a sus propios límites y superarlos progresivamente. Hemos diseñado esta propuesta de trabajo con una estructura que combine seguridad, estímulo y gradualidad, permitiendo una apropiación significativa del juego. La posibilidad de aplicar las habilidades en dinámicas reducidas o en situaciones de juego real, promueve no solo la adquisición de destrezas motoras, sino también la socialización, la autoestima, la motivación y el sentido de logro. Finalmente, el cierre de cada clase con un gesto de reconocimiento colectivo y personal refuerza los lazos dentro del grupo, crea una atmósfera positiva y ayuda a construir un rol activo: el de jugador de rugby en silla de ruedas.

9.2. Objetivo específico N° 2

Impulsar entre lxs asistentes la adopción de estilos de vida saludables tendientes al logro de la autonomía e independencia que contribuyan al bienestar general durante todo el curso vital

9.2.1. Introducción al desarrollo de la actividad del objetivo específico N° 2

Las acciones que se detallan a continuación fueron pensadas como parte de un proceso participativo, situado y colaborativo, enmarcado en el cumplimiento del Objetivo Específico N.º 2. Lejos de funcionar como intervenciones prescriptivas o aisladas, las propuestas se diseñaron recuperando saberes previos, prácticas cotidianas y necesidades concretas de lxs propios participantes.

En ese proceso de construcción conjunta, elaboramos junto a los participantes estrategias orientadas a favorecer la toma de decisiones informadas y la incorporación de hábitos saludables que puedan sostenerse en el tiempo. Lo que

sigue da cuenta de una de esas estrategias, cuyo propósito es ofrecer herramientas concretas y accesibles, capaces de ser apropiadas y adaptadas por cada participante según sus posibilidades y contexto.

9.2.2. Desarrollo de las actividades

Una de las acciones implementadas consiste en construir con los participantes un folleto que en forma conjunta decidimos titular consejos para mantenerte activo/a (figura 16). El mismo contiene recomendaciones para realizar actividad física en el hogar y/o en la comunidad, junto con un listado de hábitos saludables expresados de forma clara y accesible.

Este material fue producido colectivamente, en diálogo con lxs participantes, lxs kinesiólogxs del taller de deporte adaptado y nosotros. No se trata de un recurso unilateral, sino de una producción compartida que busca visibilizar y potenciar saberes colectivos mediante estrategias accesibles para promover una vida activa. Luego de este proceso de construcción nosotros nos encargamos de diseñarlo con un formato amigable e imprimirlo para facilitárselos a los participantes. Esta actividad se articula con un taller que se realiza semestralmente denominado “pasándola bien en familia” (vinculado al objetivo específico N.º 3), con el objetivo de acercar herramientas prácticas que ayuden a mejorar la calidad de vida cotidiana. A través de estos consejos para mantenerte activo/a, se busca acompañar la toma de decisiones informadas, el armado de rutinas posibles y la construcción de mayores niveles de autonomía, sin depender exclusivamente de estructuras formales o externas. En definitiva, el folleto constituye un recurso más para acompañar una vida activa, autónoma y saludable a lo largo del curso vital.

9.2.3. Respecto a la puesta en práctica de la actividad del objetivo específico N° 2

La propuesta busca ser una herramienta concreta y accesible que acompañe a lxs participantes en la construcción de hábitos saludables, entendidos como parte de un proceso colectivo y situado. El folleto consejos para mantenerte activo/a no es un material cerrado ni impuesto, sino el resultado de un trabajo

compartido con lxs participantes, con el objetivo de ofrecer orientaciones simples, posibles y adaptables a cada realidad.

Consideramos que estas acciones cobran valor no solo por el contenido que transmiten, sino por el modo en que se gestan: desde la escucha, el respeto y el intercambio. Promover estilos de vida saludables implica algo más que brindar información; supone habilitar espacios donde lxs participantes puedan apropiarse de herramientas que les resulten útiles en su vida cotidiana, de manera autónoma y sostenida en el tiempo.

En esa línea, entendemos que este material aporta al objetivo de favorecer una vida más activa, independiente y cuidada, no como una meta cerrada, sino como un proceso continuo, que se fortalece cuando se construye con otrxs.

9.3. Objetivo específico N° 3

Propiciar el intercambio de experiencias devenidas de esta propuesta entre lxs participantes de la misma y otrxs actores de la institución.

9.3.1. Introducción al desarrollo de las actividades del objetivo específico N° 3

En el marco de este objetivo específico, desarrollamos una serie de actividades que buscan abrir espacios de encuentro donde circule la experiencia vivida a lo largo de nuestra intervención. Partimos de una idea sencilla: lo que ocurre durante el proceso de nuestro trabajo no siempre es visible para quienes no lo transitan de manera directa. Por eso, generar instancias que permitan compartir lo recorrido —lo aprendido, lo logrado, lo intentado— con otrxs, nos pareció no solo necesario, sino enriquecedor. Estos espacios, lejos de ser eventos aislados, fueron pensados como parte integral de nuestra intervención, con el propósito de favorecer vínculos más horizontales, fortalecer el sentido de pertenencia y habilitar intercambios genuinos entre quienes forman parte del hospital desde distintos lugares. A través de actividades recreativas, deportivas, lúdicas y conversacionales, buscamos que este intercambio se dé de forma natural, sin forzamientos. En todas ellas, los protagonistas son lxs propios participantes, que

desde sus recorridos personales comparten lo vivido con familiares, profesionales y otrxs actores institucionales. En algunos casos, el juego y el movimiento se vuelven lenguajes comunes que permiten romper jerarquías y barreras simbólicas. En otros, la palabra y la escucha construyen un espacio de reflexión colectiva. En lo que sigue, se detalla el desarrollo de cada una de estas propuestas: el taller semestral con familias y amigos, el partido mensual rengos versus kine, la charla institucional de intercambio de experiencias, y el taller de Takkyu Volley.

9.3.2. Desarrollo de las actividades

9.3.2.1. Taller Pasándola bien en familia

Hemos desarrollado este taller como una actividad semestral con las familias y/o amigxs.¹⁷ En ella, lxs mismos podrán participar de actividades físicas, recreativas y deportivas junto con sus parientes internados o en hospital de día. Sumado a ello, podrán vivenciar junto a lxs participantes, el aprendizaje del rugby en silla de ruedas que hemos desarrollado a lo largo de nuestra intervención en un clima distendido y agradable (figura 8).

¹⁷ Debido a la heterogeneidad de relaciones familiares y/o amistosas, de aquí en más, utilizaremos la palabra “familia” y “pariente” o su plural para agrupar las diversas situaciones relacionales.

Figura 8

Taller “Pasándola bien en familia”. Foto del autor.



Fuente: foto del autor.

A continuación, desarrollaremos las actividades de una de estas jornadas a modo de ejemplo en la Tabla 2:

Tabla 2

Actividades de la jornada pasándola bien en familia. Elaboración del autor.

1. Recepción y bienvenida
Se da inicio a la jornada con una instancia de encuentro informal, en la que se recibe a lxs asistentes con una breve presentación del equipo organizador, una descripción general de la propuesta del día y la invitación a participar activamente.
2. Activación corporal conjunta
Se propone una entrada en calor suave, a través de juegos de presentación, dinámicas de movimiento y actividades recreativas en la que todxs puedan

participar más allá de sus condiciones físicas. El objetivo es romper el hielo, distender el cuerpo y generar conexión entre los grupos familiares.

3. Juegos recreativos por estaciones

Se organizan diferentes postas o estaciones con propuestas lúdicas de baja complejidad, que combinan coordinación, estrategia grupal y trabajo en equipo. Estas pueden incluir:

- Mini desafíos cooperativos (carreras con obstáculos, búsqueda del tesoro, juegos con pelotas).
- Juegos con relevos y roles rotativos, fomentando el apoyo mutuo.

4. Muestra abierta: Rugby en silla de ruedas

En este momento central de la jornada, se ofrece una demostración participativa del proceso de aprendizaje del rugby en silla de ruedas, tal como se viene desarrollando durante el año.

Las familias pueden observar y también involucrarse, aprendiendo aspectos básicos del deporte, probando las sillas deportivas y jugando en equipos mixtos. El foco no está puesto en la competencia, sino en el disfrute compartido, el reconocimiento del esfuerzo de cada participante y la resignificación de las posibilidades de juego y movimiento.

5. Cierre colectivo y devolución

Se finaliza la jornada con una ronda grupal donde se comparten impresiones, anécdotas del día y sensaciones. También se entregan pequeños reconocimientos simbólicos o recuerdos del encuentro, como forma de fortalecer la pertenencia y agradecer la participación. Esta instancia se acompaña con una foto grupal y un aplauso final compartido.

Es importante destacar en este momento que, aunque lxs participantes van a sus domicilios los sábados, domingos y feriados; muchas de las habilidades y destrezas que han adquirido a través de nuestra intervención, no se replican en sus hogares por diferentes circunstancias que exceden el alcance de este trabajo. Por dicho motivo, es común que los familiares sean ajenos a ello y se sorprendan gratamente en el desarrollo de estas jornadas al constatar las

destrezas alcanzadas y aún más con la participación deportiva de sus parientes. Esto último suele allanar el camino para que lxs participantes sigan asistiendo al taller de deporte adaptado luego del alta de la institución ya que la externación no impide a lxs participantes continuar asistiendo al mismo. De hecho, son alentados a hacerlo. De todos modos, como ya hemos tratado anteriormente, las posibilidades de seguir asistiendo luego de la externación son exiguas. Los factores que condicionan esta posibilidad son numerosos, pero a modo de ejemplo podemos nombrar: la lejanía, la imposibilidad de conseguir traslados gratuitos y/o accesibles, la falta de apoyo familiar, etc.

9.3.2.1.1. A modo de reflexión final de este taller

Este taller se organiza de forma semestral no de manera azarosa; ese es el tiempo promedio que, a lo largo de nuestra intervención, pudimos constatar que lxs participantes completan su tratamiento de rehabilitación. El alta del hospital se produce cuando los diversos servicios y unidades de la institución coinciden en que el “paciente” está listo para regresar a su domicilio. Debe haber unanimidad entre los profesionales, de otro modo, el tratamiento continúa. Se evalúa no solo la rehabilitación física, sino también la salud mental, la nutrición, el tratamiento de terapia ocupacional y fonoaudiología y el informe de la trabajadora social. Es importante aclarar que, en algunos casos, dicho tratamiento prosigue en formato de “hospital de día” o “ambulatorio” términos estos, que ya describimos en el apartado de definición del problema de este trabajo.

A lo largo de nuestra intervención hemos notado que en este periodo de tiempo de cinco a seis meses el grupo se conoce y se consolida. Independientemente de la heterogeneidad de sus discapacidades, cada unx va siendo progresivamente más consciente de las habilidades y dificultades del otrx y la de ellxs mismxs. El taller fomenta que se produzca un sentido de camaradería, que propicia que cada uno ayude al otro en su dificultad y aliente su esfuerzo. Ahora bien, entendemos que esto se produce por una cantidad de factores que van más allá del fruto de nuestra intervención.

Es así que, el objetivo específico N° 3¹⁸ se ve materializado en la realización del taller semestral con las familias y/o amigos. A través de esta jornada, se busca generar un espacio en el que no solo lxs participantes puedan compartir con sus allegados un momento de encuentro y disfrute, sino también propiciar, de manera natural, el intercambio de experiencias surgidas durante el proceso que hemos llevado adelante. En nuestra práctica cotidiana, hemos observado que muchas veces las familias no logran dimensionar lo transitado por sus parientes dentro del espacio institucional. Esto no solo favorece el reconocimiento del recorrido individual de cada participante, sino que también permite tender puentes con otrxs actxres de la institución, que se hacen presentes o se ven atravesados por esta propuesta. Entendemos que este tipo de intercambios enriquece la experiencia colectiva, refuerza el sentido de pertenencia al grupo y, en muchos casos, actúa como motor para que los participantes continúen vinculados al espacio deportivo.

9.3.2.2. Taller rengos¹⁹ versus kine

Este taller que denominamos rengos versus kine”, donde “kine” es la apócope de kinesiólogx, se trata de un partido amistoso de rugby en silla de ruedas entre los kinesiólogxs del hospital y lxs participantes de nuestra intervención. El mismo se desarrolla mensualmente de forma tal de generar un incentivo a lxs participantes. Uno de los objetivos de este taller es que lxs participantes se concentren en el aprendizaje del deporte con especial atención al juego y a la incorporación de las reglas básicas. La previsión de una disputa futura con los kinesiólogxs genera un aliciente para concentrarse en mejorar sus habilidades e incorporar las reglas del deporte. De la misma forma, lxs kinesiólogxs deberán empaparse de las destrezas del deporte y de las reglas del mismo porque

¹⁸ Propiciar el intercambio de experiencias devenidas de esta propuesta entre los participantes de la misma y otros actores de la institución.

¹⁹ Ferrante (2014) plantea que “el uso del término “rengo”, inicialmente desconcertante para observadores externos por su asociación a una marcha defectuosa y no a la falta de movilidad, no refleja una identidad devaluada en quienes lo emplean. Más bien, constituye una construcción identitaria positiva, gestada en el marco del surgimiento del deporte para personas con discapacidad motriz en Buenos Aires a finales de la década de 1940”. Ferrante, C. (2014). *Renguear el estigma: cuerpo, deporte y discapacidad motriz (Buenos Aires, 1950-2010)*. Biblos.

cuando se desarrolle el taller tendrán que desenvolverse con esos conocimientos al igual que lxs participantes de nuestro proyecto. Por supuesto que las diferencias de dominio motriz, habilidad y velocidad serán mayores debido al simple hecho de que los kinesiólogxs no tienen una discapacidad. Sin embargo, hemos observado que determinadas técnicas y tácticas dentro del desarrollo de los partidos son superiores en el caso de nuestros participantes.

9.3.2.2.1. A modo de reflexión final de este taller

Destacamos el componente lúdico y socializador, intrínseco a esta actividad, que permite que todxs lxs participantes conozcan e interactúen con todxs lxs kinesiólogxs y viceversa. Esto es especialmente importante dado que, en las sesiones específicamente kinesiológicas, cada profesional está asignado a un número reducido de “pacientes”. Este taller funciona como una vía concreta para alcanzar el objetivo específico N° 3 de este trabajo. En este caso, dicho intercambio se da entre lxs participantes de la intervención y lxs kinesiólogxs del hospital, en el marco de un partido amistoso de rugby en silla de ruedas.

La lógica del juego, con su dinámica lúdica y compartida, permite que se genere un espacio diferente al que se da habitualmente en las sesiones kinesiológicas. Este partido mensual abre la posibilidad de encuentros más amplios y desestructurados, donde todxs se relacionan con todxs. Durante el desarrollo del taller, tanto lxs kinesiólogxs como lxs participantes comparten el mismo rol: el de jugador. Esto habilita que las interacciones se den de forma más horizontal, rompiendo momentáneamente con las jerarquías y los lugares preestablecidos dentro del hospital. En este contexto, lxs kinesiólogxs deben incorporar las reglas del juego, ensayar movimientos y adaptarse al uso de la silla de ruedas, lo cual permite que experimenten corporalmente situaciones que los participantes conocen de primera mano. Por su parte, lxs “rengos” despliegan habilidades y conocimientos propios del deporte, mostrando fortalezas que en otros espacios quedan menos visibles. Este cruce de experiencias, sostenido en la repetición mensual del taller, habilita la construcción de nuevos vínculos, el reconocimiento mutuo y el surgimiento de vivencias compartidas. De esta manera, el objetivo de

generar intercambios se realiza no como consigna abstracta, sino como experiencia concreta que circula entre pases, choques y carcajadas en cada nuevo partido.

9.3.2.3. Taller charla de intercambio de experiencias²⁰

La directora de la Unidad de Docencia e Investigación del hospital invita a los autores de este trabajo a lo que la institución denomina taller de intercambio de experiencias. El mismo implica de la presentación de algún ex paciente que se haya rehabilitado en la institución para dar una charla a otrxs “pacientes” residentes o no, y a sus familias sobre las experiencias vividas durante el proceso de rehabilitación en la institución y la situación previa y posterior a la misma. Para el caso de los autores de este trabajo harían una excepción ya que no se han rehabilitado allí, pero la directora considera importante la participación. Finalmente, la Charla de intercambio de experiencias, se realiza el 1 de noviembre de 2023 en el comedor de la institución a las 15hs. Asistieron varios de lxs participantes de nuestro programa, con familiares y amigxs, kinesiólogxs y enfermerxs (figura 9). La charla estuvo moderada por la directora de la Unidad de Docencia e Investigación, y nosotros respondimos unas preguntas que previamente se habían acordado para darle más especificidad al intercambio (ver en Anexo I). Luego de esas preguntas se permitió que tanto familiares como participantes hicieran preguntas de forma abierta.

²⁰ Se puede acceder a la visualización completa de la misma en el canal de YouTube de la institución accediendo al siguiente link: <https://www.youtube.com/watch?v=OU1JC0H13ls>

Figura 9

Taller “Charla de intercambio de experiencias”. Foto del autor.



Fuente: foto del autor.

9.3.2.3.1. A modo de reflexión final de este taller

Entendemos que el objetivo específico N° 3²¹ se encuentra claramente vinculado al taller desarrollado. Durante el encuentro, se fomentó activamente el intercambio de experiencias, no solo mediante la exposición organizada a partir de una guía de preguntas específicas, sino también a través de un espacio abierto de diálogo posterior, donde lxs asistentes pudieron realizar preguntas y compartir reflexiones propias. Esto permitió socializar experiencias personales y generar aprendizajes colectivos entre lxs diversos actorxs presentes (“pacientes”, familiares, equipo de salud y los expositores). Por lo tanto, entendemos que este taller, no solo cumplió con el objetivo de propiciar el intercambio, sino que también enriqueció el proceso de nuestra intervención

²¹ Objetivo específico N° 3: Propiciar el intercambio de experiencias devenidas de esta propuesta entre los participantes de la misma y otros actores de la institución.

aportando a lxs participantes de la misma nuevas perspectivas de desarrollo personal.

9.3.2.4. Taller de Takkyu Volley

El Takkyu Volley es un deporte adaptado y no convencional de origen japonés que se juega sobre una mesa de tenis de mesa, con equipos de 6 jugadxs sentados. El objetivo es pasar una pelota sonora bajo la red, usando una raqueta rectangular pequeña y golpeando la pelota al ras de la mesa. Se juega con un máximo de tres toques por equipo antes de pasar la pelota al otro lado. El juego se basa en el principio de mantener la pelota en movimiento sobre la mesa, pasando por debajo de la red. Se puntúa al igual que en el voleibol, ganando un punto por set el equipo que primero llega a 25 puntos en un set con una ventaja mínima de 2 puntos. Nos propusimos realizar un taller, dictado por un entrenador e instructor de la Federación Japonesa de Takkyu Volley (JTVF) de Argentina, Sr. José Bordón. Para ello se presentó ante las autoridades de la institución como una actividad a desarrollarse en marco del Día Mundial de la Actividad Física²². Una vez aprobado por la dirección del hospital, acordamos un día y horario con el expositor y fue llevado a cabo. En el desarrollo del mismo participaron lxs asistentes a nuestro programa, kinesiólogxs, y otros servicios y unidades del hospital; además de las autoridades del mismo. Lxs participantes de nuestra intervención tuvieron la oportunidad de jugar al mismo y vivenciar el deporte de primera mano (figura 10). Las repercusiones, luego de la finalización del taller, fueron muy buenas tanto para los participantes como para los kinesiólogxs y las autoridades de la institución.

²² El día mundial de la Actividad Física se conmemora todos los 6 de abril. En esta ocasión, el mismo se desarrollaría, según la Organización Mundial de la Salud, bajo el lema: “Día Mundial del Deporte para el Desarrollo y la Paz: el deporte como instrumento para promover sociedades pacíficas e inclusivas”

Figura 10

Taller de Takkyu Volley. Foto del autor.



Fuente: foto del autor.

Posteriormente al mismo, se pudo presentar un convenio marco, de nuestra autoría, de intercambio recíproco entre el hospital y la Federación Japonesa de Takkyu Volley (JTVF) Argentina con el objetivo de seguir desarrollando este deporte en el hospital (ver Anexo II).

9.3.2.4.1. A modo de reflexión final de este taller

La relación entre el objetivo específico N° 3 de nuestro trabajo y el desarrollo del este taller se manifiesta de manera concreta tanto en la planificación como en la ejecución de la actividad. El hecho de haber convocado no sólo a lxs participantes de nuestro programa, sino también a kinesiólogxs, integrantes de otros servicios y unidades del hospital, así como a las propias autoridades de la institución, generó un espacio de intercambio genuino y enriquecedor entre distintos actorxs. La experiencia compartida del juego, la posibilidad de vivenciar una propuesta innovadora y las repercusiones positivas que se registraron luego

del taller, reflejan cómo esta actividad se transformó en una instancia concreta para el cumplimiento de dicho objetivo. Además, la elaboración y presentación de un convenio marco con la Federación Japonesa de Takkyu Volley (JTVF) Argentina, impulsado tras el taller, no solo fortalece los vínculos institucionales, sino que abre nuevas oportunidades para el desarrollo conjunto de futuras acciones, ampliando así el impacto de la experiencia inicial.

La incorporación de un nuevo deporte adaptado abre las puertas a una mayor posibilidad de elección en cuanto al desarrollo de actividades durante las clases de este proyecto y fundamentalmente, a futuro. Entendemos que a través de actividades físicas nuevas y variadas nuestros participantes podrán descubrir nuevas habilidades y potencialidades. Sumado a ello, este deporte está dirigido a aquellas personas que por su alto compromiso motor no podrían desenvolverse en otros deportes -como el básquet en silla de ruedas- quedando así, relegadas.

9.3.3. Respecto a la puesta en práctica de las actividades del objetivo específico N° 3

En cada uno de los talleres propuestos, el intercambio de experiencias no aparece como algo impuesto, sino como una consecuencia lógica del tipo de propuestas que venimos desarrollando. Ya sea a través del juego, del movimiento o de la conversación, se van generando condiciones para que lo vivido circule, se comparta, se escuche. Y ese intercambio, lejos de ser algo accesorio, resulta muchas veces transformador, tanto para quienes forman parte del grupo como para quienes se acercan desde otros espacios del hospital.

La participación de familiares, profesionales y personal de distintas áreas amplía el alcance del trabajo. En más de una oportunidad, los allegados se mostraron sorprendidos al ver lo que los participantes eran capaces de hacer. Esa visibilidad —que muchas veces no se da por fuera del ámbito institucional— funciona como un reconocimiento que refuerza el recorrido realizado. Por otro lado, estos espacios también permitieron que profesionales del hospital conozcan de cerca lo que sucede al interior de nuestra propuesta de intervención. En muchos casos, se encontraron compartiendo roles, tiempo y



juego con lxs mismos participantes a los que, en otros contextos, ven desde un lugar más estructurado. Esta dinámica de horizontalidad, aunque momentánea, contribuye a generar vínculos distintos, más próximos, más humanos. En síntesis, entendemos que este objetivo se materializa cuando lo que hacemos deja de pertenecer únicamente al ámbito de los talleres o de la intervención como totalidad y empieza a ser apropiado, compartido y resignificado por otrxs. Cuando lo que parecía estrictamente individual se vuelve colectivo.

10. Cronograma de trabajo

La conformación de lo que aquí denominamos 1º grupo, 2º grupo, etc. (referencias al pie de este cronograma de trabajo) se estructuran en este cuadro de manera semestral. Esto es así porque a lo largo de esta intervención hemos detectado que este es el tiempo promedio que lxs participantes permanecen en proceso de rehabilitación. Durante ese lapso se observa que el grupo logra conocerse, fortalecerse y consolidarse como tal. Aun con la diversidad de discapacidades presentes, se genera un proceso de reconocimiento progresivo tanto de las propias posibilidades y limitaciones como de las de los demás integrantes.

Tabla 3

Cronograma de trabajo. Elaboración del autor.

CRONOGRAMA																																	
N°	Objetivos	Actividad	2023												2024												2025						
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7
1		Contacto, comunicación, diálogo con profesionales y autoridades.				X			X																								
2	Objetivo específico N° 1: Enseñar las habilidades y destrezas básicas del rugby en silla de ruedas y sus aspectos reglamentarios atendiendo a las posibilidades de lxs participantes.	Se implementa el programa de enseñanza del rugby en silla de ruedas con lxs participantes internados y ambulatorios del hospital								X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
3	Objetivo específico N° 2: impulsar entre lxs asistentes la adopción de estilos de vida saludables tendientes al logro de la autonomía e independencia que contribuyan al bienestar general durante todo el curso vital.	Folleto de hábitos saludables y de consejos para realizar actividad física en sus casas y/o comunidad.													X					X							X						
4	Objetivo específico N° 3: propiciar el intercambio de experiencias de esta propuesta entre lxs participantes de la misma y otrxs actores de la institución.	Taller: Charla de intercambio de experiencias										X																					
		Taller: pasándola bien en familia												X					X								X						
		Taller: Rengos versus kine							X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
		Taller de Takkyu Volley																															
		Firma del convenio entre la Federación Japonesa de Takkyu Volley (JTVF) Argentina y el Hospital																															X

Referencias:
1° grupo
2° grupo
3° grupo
4° grupo

11. Metas y factibilidad

11.1. Factibilidad

11.1.1. Recursos humanos

Desde el inicio de la propuesta de intervención contamos con la participación de los autores de este trabajo y la colaboración asistemática de un novel graduado de la carrera de Educación Física que, además ejerce de guardavidas en la pileta de la institución. En la misma, lxs kinesiólogxs realizan las sesiones de Hidroterapia con algunos de lxs participantes de nuestro proyecto. Ocasionalmente tenemos la asistencia de algxn estudiante de la carrera de kinesiología que realizan sus pasantías en el hospital dado que el mismo tiene convenios de capacitación, pasantías y residencias con la Universidad Nacional de Buenos Aires y la Universidad Nacional Arturo Jauretche, entre otras. Recordamos aquí que nuestra intervención se implementó dentro de los días y horarios en los que históricamente el servicio de kinesiología desarrolla el “taller de deporte adaptado” dirigido hasta nuestra llegada, exclusivamente por estxs profesionales. La necesidad de recursos humanos a lo largo de esta propuesta cumple la función de ayudar a aquellos participantes que, debido a un alto grado de compromiso motor, no pueden desplazarse de manera autónoma en sus sillas de ruedas. Estos últimos han representado la minoría a lo largo de los años del proyecto.

Lxs enfermerxs de la institución cumplen el rol de acompañar a lxs participantes desde los dormitorios, comedor, terapia ocupacional, psicología u otros servicios hacia el lugar en donde estemos realizando la actividad. Finalizada la misma, lxs vienen a buscar.

11.1.2. Recursos materiales

Al comienzo de la intervención llevamos dos sillas para rugby que la Fundación Rugby Amistad²³ nos ha facilitado en calidad de préstamo para desarrollar el deporte. Llevamos también una pelota de vóley de nuestra propiedad que como ya habíamos adelantado en este trabajo, es apropiada para el juego de este deporte (USAID y Fundación Arcángeles, 2016, p. 10). En el gimnasio del servicio de kinesiología se cuenta con pelotas “pulpito”, palos de hockey, aros, pelotas de fútbol y básquet, *fitballs*, bastones, conos y otros materiales deportivos que nos han ayudado enormemente al desarrollo de todas y cada una de las clases en qué consistió la intervención y que transportamos de un lugar a otro de las instalaciones sobre una silla de rugby y dentro de uno o dos cestos de plástico (figura 11). No obstante, hemos escrito una carta a las autoridades de la institución solicitando más materiales para la efectiva continuidad del proyecto (ver Anexo III). En el mismo sentido, está previsto solicitar a la Fundación Rugby Amistad, gestión mediante ante las autoridades del hospital, la provisión de dos sillas más de rugby debido a la necesidad de proveer sillas deportivas a nuevos ingresos a la institución con secuelas de cuadriplejia.

Tabla 4

Material deportivo de trabajo. Elaboración del autor.

MATERIAL DEPORTIVO EXISTENTE
4 pelotas “pulpito”
1 pelota de fútbol
1 pelota de vóley
1 pelota de básquet
10 palos de Hockey

²³ La Fundación Rugby Amistad es una organización sin fines de lucro que promueve el rugby en silla de ruedas en Argentina. Está afiliada a la World Wheelchair Rugby y es miembro del Comité Paralímpico Argentino. Fundación Rugby Amistad [@fundacionrugbyamistad]. (26 de agosto de 2024). La Fundación Rugby Amistad (FRA) [Foto]. https://www.instagram.com/p/C_Id6ERxUD4/?utm_source=ig_web_copy_link&igsh=MzRIODBiNWFIZA==

10 raquetas de tenis
10 paletas de tenis de mesa, red y pelotas
10 bastones
10 conos
10 aros de cartón de color rojo y azul
4 aros plásticos

Figura 11

Material deportivo y forma de trasladarlo sobre una silla de ruedas. Foto del autor.



Fuente: foto del autor.

11.1.3. Infraestructura

El Hospital cuenta para la realización de las actividades propuestas en esta intervención con diferentes espacios por los que hemos ido transitando a lo largo de la misma. La disponibilidad de los mismos está sujeta a diversas variables; las condiciones climáticas, la utilización o no de los mismos por otras áreas o servicios de la institución, la cantidad de participantes en cada uno de los grupos y la rotación de los mismos al igual que la presencia o ausencia por cuestiones

de salud o transporte. Esto último merece una explicación más detallada; como hemos adelantado, los grupos rotan en relación estrecha al promedio de tiempo que dura su tratamiento de rehabilitación. Sin embargo, otra variable que determina la cantidad de participantes que tendremos en nuestro programa semana tras semana es la posibilidad de los participantes de acceder al transporte que los lleve al hospital. Por directiva del Hospital, todos los viernes y feriados los participantes salen para pasar el fin de semana con sus familiares - independientemente de si están internados o en la modalidad de hospital de día- y deberían volver los lunes para continuar su tratamiento. No obstante, no todos tienen familiares y/o cuentan con una obra social que se encargue de realizar los viajes de ida y vuelta y costear los montos que dicho traslado acarrea. Sumado a ello, el transporte público accesible es escaso o nulo por lo que en algunas ocasiones los participantes vuelven al hospital cuando han podido resolver esta situación de alguna manera; en ocasiones ya entrada la semana. Las ausencias por cuestiones de salud pueden darse en cualquier momento porque, aunque el hospital cuenta con internación, no posee ningún servicio para tratamiento o estudios clínicos. Es así que, ante cualquier problemática de salud o necesidad de estudios, deberán ausentarse para asistir a los lugares que la cobertura médica (en caso de poseerla) de cada participante les indique.

Retomando la cuestión de la infraestructura, podemos decir que básicamente hay tres lugares en donde hemos estado trabajando, cada uno de ellos con sus pros y sus contras. El primero de ellos es el gimnasio del servicio de kinesiología; aquí desarrollan las sesiones de kinesiología y rehabilitación los kinesiólogos de la institución. Allí contamos con un lugar que se utiliza para sesiones de postura en donde guardamos las sillas de rugby y el material didáctico para las clases. Estos últimos se guardan en dos grandes tachos plásticos de residuos los cuales tienen inscripto en su lateral la frase “deporte adaptado” (figura 11) para no ser utilizado por el resto de los profesionales. Por lo expuesto, se desprende que no poseemos un espacio de guardado propio. Debido a que el gimnasio no es un espacio exclusivo para nuestra tarea, antes de realizar nuestra intervención debemos despejar el lugar de unas diez bicicletas fijas y dos máquinas

específicas de rehabilitación que se hallan en el centro del gimnasio. Las mismas son acomodadas a los laterales por lo que, el espacio no es muy amplio. Por otro lado, contamos con calefacción y refrigeración durante todo el año, lo cual nos permite trabajar cómodamente independientemente de los factores climáticos. El segundo lugar en que, en ocasiones, realizamos las actividades es el comedor del hospital. Allí lo hacemos cuando por algún motivo climático no se puede usar el playón exterior ni el gimnasio de kinesiología. El comedor cuenta con calefacción, pero no con refrigeración central. Solo un ventilador industrial que muchas veces no da abasto; sobre todo en los meses de verano. Otro de los inconvenientes de trabajar allí es que hay aproximadamente unas ocho pesadas mesas para seis personas de madera las cuales debemos trasladar a los costados del salón para tener el espacio central lo más libre posible. Luego de realizada la actividad de la jornada, debemos reubicar las mesas en su lugar porque una vez que salimos de allí lxs enfermerxs llevan a lxs participantes desde sus habitaciones a almorzar a ese mismo lugar y hemos tenido quejas de lxs mismxs por olvidarnos acomodarlas. Sumado a lo anterior, debemos trasladar todo el material didáctico desde el salón que tenemos dispuesto a tal fin en el gimnasio de kinesiología hasta el comedor de ida y de vuelta. Usualmente ponemos los tachos con los materiales encima de una silla de ruedas, debido al peso de los mismos. Finalmente, uno de los lugares que utilizamos para realizar las actividades de la intervención es el playón de la institución. El mismo merece una descripción detallada. Se encuentra a unos 100 metros del gimnasio de kinesiología rodeado de pasto y una gran arboleda. Está conectado al edificio principal del hospital por una angosta vereda de cemento -del ancho aproximado de una silla de ruedas-. El playón se encuentra a la intemperie sin reparo de ningún tipo ni camino cercano y accesible a baños ni bebederos. Cuando llegamos a la institución en 2023 el playón estaba semi abandonado con la vereda rota, las juntas de dilatación abiertas y llenas de pasto, las líneas de los dibujos de las multi canchas borrados y lleno de hojas de la arboles aledaños (figuras 12 y 13).

Figura 12

Camino de acceso al playón deportivo. Foto del autor.



Fuente: foto del autor.

Figura 13

Pasto en las juntas de dilatación. Foto del autor.



Fuente: foto del autor.

De todos modos, cuando el clima era propicio, comenzamos a utilizar una fracción de la misma que no estaba tan deteriorada. El motivo de esta decisión fue el de fomentar que los asistentes salieran de las paredes del edificio principal y pudieran tomar aire fresco y sol en el marco de una actividad deportiva al aire libre. Para el éxito de trasladar la propuesta a este playón hemos tenido que tener en cuenta también, la exposición que el mismo tiene a la presencia de sol

y sombra, el uso de productos y vestimenta para la protección solar y repelentes para los mosquitos. La temperatura que perciben los participantes también es un papel determinante dado que muchas discapacidades traen aparejados problemas de termorregulación.²⁴ También aquí es imprescindible contar con la ayuda del personal de enfermería para que puedan trasladar a los participantes desde sus habitaciones y otras instalaciones y servicios del hospital y viceversa. Poco a poco, con la predisposición y ayuda de las autoridades del hospital, logramos que se desmalezan las juntas y se rellenan con brea, se pintaran las líneas de canchas de básquet, vóley, handball y rugby en silla de ruedas (figuras 14 y 15), se mejorara la vereda de acceso a la misma mediante un alisado y se programaran días y horarios de corte de pasto y limpieza de hojas alrededor y sobre el playón que no interfirieran con los de las clases.

²⁴ La termorregulación, o el proceso de mantener una temperatura corporal estable, puede verse afectada en personas con lesiones medulares, especialmente en aquellos con lesiones de alto nivel (por encima de T6). La capacidad de regular la temperatura corporal se reduce debido a la interrupción de las vías neuronales que van y vienen del hipotálamo, centro de control de la temperatura del cuerpo. Schmidt, K. y Chan, C. (1992). Thermoregulation and Fever in Normal Persons and in Those With Spinal Cord Injuries. *Mayo Clinic Proceedings*, Volume 67, Issue 5, 469 - 475

Figura 14

Puesta en valor del playón 1. Desmalezado, relleno de juntas. Foto del autor.



Fuente: foto del autor.

Figura 15

Puesta en valor del playón 2. Pintura de la cancha de rugby. Foto del autor.



Fuente: foto del autor.

11.1.4. Obstáculos

De lo expuesto en los apartados anteriores se desprenden los siguientes obstáculos que procedemos a enumerar:

Obstáculo 1 – Dificultad o imposibilidad de lxs participantes de contar con transporte accesible y de bajo coste para trasladarse hacia y desde sus domicilios particulares y la institución.

Obstáculo 2 – Frecuentes ausencias de lxs participantes al no contar en la institución con equipamiento y profesionales para análisis y tratamientos clínicos. Los mismos dependen para ello del acceso al sistema de salud que le provea su prestador médico; en caso de contar con uno.

Obstáculo 3 – No poseer un espacio de guardado propio para las sillas de ruedas de rugby y el material deportivo.

Obstáculo 4 – Al no poseer un espacio de trabajo propio debemos ordenar mesas en el comedor, acomodar bicicletas fijas y maquinaria en el gimnasio de kinesiología y trasladar material didáctico de un lugar a otro. Todo esto tanto antes como después de las actividades.

11.1.5. Infraestructura y obstáculos: síntesis del apartado

El análisis de la factibilidad de la presente intervención evidencia que, si bien el desarrollo del proyecto se ha llevado a cabo en un contexto de recursos limitados y frente a múltiples obstáculos logísticos (figuras 11, 12 y 13), la propuesta resulta viable gracias a la articulación entre actores institucionales, la disponibilidad relativa de infraestructura y materiales, y nuestro compromiso con el proyecto. La presencia de dificultades estructurales, como la falta de transporte accesible, la ausencia de espacios físicos exclusivos para la actividad, y la necesidad de adaptar continuamente los lugares de trabajo, no ha impedido la implementación del programa, aunque sí ha condicionado su dinámica a lo largo de la propuesta. Llegado este punto, importa destacar lo imperioso de abordar este tipo de prácticas entendiendo tanto las condiciones materiales



MAESTRÍA EN EDUCACIÓN FÍSICA Y DEPORTE

como las barreras sociales que inciden en la participación de las personas con discapacidad.

12. Evaluación y monitoreo

El monitoreo y la evaluación son procesos interrelacionados pero distintos: el monitoreo es continuo y se enfoca en la ejecución, mientras que la evaluación es periódica y valora los resultados e impactos. Ambos son vitales para verificar el cumplimiento de los objetivos, realizar ajustes y asegurar el uso eficiente de los recursos. La presente propuesta de intervención contempla una estrategia integral de monitoreo y evaluación, la cual se alinea con las recomendaciones de la planificación de políticas, programas y proyectos sociales. El objetivo es asegurar que las actividades planificadas se ejecuten de manera eficiente y efectiva, y que contribuyan significativamente a los objetivos generales y específicos propuestos. Esto permitirá realizar ajustes en tiempo real (monitoreo) y valorar el impacto final de la intervención (evaluación), generando lecciones aprendidas para futuras iniciativas (Fernández Arroyo y Schejtman, 2012).

12.1. Marco Conceptual del Monitoreo y la Evaluación

- Monitoreo (seguimiento): Será un proceso continuo y sistemático durante la ejecución de la propuesta (2023-2025). Su finalidad será verificar la eficiencia y efectividad del proceso, identificar logros y debilidades, y recomendar medidas correctivas proactivas. Se enfocará en indicadores de insumos, procesos y productos.
- Evaluación: Se realizará en períodos preestablecidos, de forma regular pero espaciada (evaluación concurrente y ex-post), para valorar sistemáticamente el diseño, la ejecución, la eficiencia, la efectividad y los resultados/impacto de la intervención. Se enfocará en indicadores de resultado e impacto.

12.1.1. Establecimiento de la línea de base y contexto

Para medir el cambio y el impacto de la intervención, es crucial establecer una línea de base.

- Contexto institucional inicial: La propuesta se inserta en un hospital especializado en rehabilitación neuromotora, con modalidades de atención que incluyen hospital de día e internación, atendiendo a pacientes crónicos y subagudos clínicamente estables. Históricamente, el servicio de Kinesiología desarrollaba deporte adaptado sin la intervención de un profesional de Educación Física. Existía una carencia de espacio propio y adecuado para actividades deportivas, y limitaciones infraestructurales como la necesidad de mover mobiliario y un playón exterior deteriorado. Lxs participantes presentaban alta heterogeneidad funcional, edades variadas, y problemas de transporte y ausencias por cuestiones clínicas.
- Estado inicial de los participantes: Se utilizará la información recabada en las dinámicas 1 y 2 (ver anexo IV y V) como línea de base inicial sobre las percepciones de lxs participantes, sus experiencias deportivas previas, el agrado por las actividades y las dificultades o deseos de aprendizaje. Por ejemplo, algunos participantes manifestaron cansancio "para bien" o relajación, mientras otros expresaron el deseo de "aprender más juegos" durante la dinámica del ovillo de hilo (figura 25). Esto permitirá evaluar si la propuesta está satisfaciendo sus expectativas y necesidades.

12.1.2. Monitoreo continuo

El monitoreo se llevará a cabo de forma permanente utilizando los siguientes elementos:

- Registro de actividades y sesiones
 - Cuaderno de campo: El cuaderno de campo será una herramienta fundamental para registrar nuestras observaciones diarias. Se documentará la adaptación de tareas a las posibilidades de lxs

participantes, la gestión de la heterogeneidad funcional, las incidencias emocionales (ej. llantos, sedación) y la respuesta a los estímulos.

- Planilla de asistencia: Se utilizará la planilla de asistencia (Anexo VII, Planillas 1 y 2) para registrar la participación de lxs asistentes a lo largo del tiempo, identificando patrones de asistencia, rotación de grupos debido a altas médicas o problemas de transporte y la incorporación de nuevos participantes. Esto proveerá datos cuantitativos sobre el alcance y la continuidad de la intervención.
- Monitoreo de recursos y obstáculos
 - Infraestructura y materiales: se hará seguimiento de la disponibilidad y adecuación de los espacios (gimnasio, comedor, playón) y materiales (sillas, pelotas). Se registrarán los desafíos logísticos (mover mobiliario, adaptar espacios) y los avances en las mejoras de infraestructura (ej. playón exterior) como el alisado de la vereda o la pintura de líneas, que ya se han comenzado a gestionar. Esto permitirá evaluar la "eficiencia técnica" en el uso de recursos.
 - Recursos humanos: se registrará la participación del personal de apoyo (guardavidas, estudiantes de kinesiología) y la colaboración de lxs kinesiólogxs y enfermerxs en el desarrollo de las actividades.
- Retroalimentación del equipo y participantes
 - Interacciones informales: se mantendrá un registro de los comentarios espontáneos de lxs participantes y del personal, como los "gracias profe" o "que lindo la pasamos hoy", que indican el nivel de satisfacción y el ambiente generado.
 - Reuniones con personal del hospital: se documentarán las coordinaciones con la jefa de Kinesiología y otros servicios, incluyendo discusiones sobre horarios, ausencias de "pacientes" y la integración del programa en las rutinas hospitalarias. Esto permitirá monitorear la articulación intersectorial.

12.2. Evaluación periódica (Concurrente)

Se realizarán evaluaciones periódicas y al finalizar la intervención, con foco en los objetivos específicos:

- Objetivo Específico N° 1: enseñar las habilidades y destrezas básicas del rugby en silla de ruedas y sus aspectos reglamentarios atendiendo a las posibilidades de lxs participantes.
 - Indicadores:
 - Cuantitativos: porcentaje de participantes que demuestran manejo autónomo de la silla de ruedas. Porcentaje de participantes que realizan pases y recepciones con una mano/brazo hábil. Frecuencia de uso del dribbling adaptado en situaciones de juego.
 - Cualitativos: observación de la mejora en la fluidez del juego colectivo en dinámicas reducidas. Percepción de los participantes sobre su progreso en el aprendizaje de habilidades y reglas (ej. nivel de adopción de las nociones de ataque y defensa).
 - Medios de verificación: registros del cuaderno de campo, observaciones directas y entrevistas informales a participantes al final de cada ciclo de actividades.
- Objetivo Específico N° 2: Impulsar entre lxs asistentes la adopción de estilos de vida saludables tendientes al logro de la autonomía e independencia que contribuyan al bienestar general durante todo el curso vital.
 - Indicadores:
 - Cuantitativos: Número de folletos "Consejos para mantenerte activo/a" entregados. Número de participantes

- que asisten regularmente a los talleres "Pasándola bien en familia".
- Cualitativos: reporte de los participantes sobre la incorporación de hábitos saludables en su vida diaria y de aumento o no, de la actividad física fuera del hospital.
 - Medios de Verificación: Listado de distribución de folletos y registros de asistencia al taller "Pasándola bien en familia".
-
- Objetivo Específico N° 3: Propiciar el intercambio de experiencias devenidas de esta propuesta entre los participantes de la misma y otrxs actores de la institución.
 - Indicadores:
 - Cuantitativos: Número de ediciones de los talleres "Pasándola bien en familia" y "Rengos versus kine". Número de familiares, kinesiólogos, enfermeros y autoridades que participan en estos talleres/eventos.
 - Cualitativos: Documentación de acuerdos institucionales, como el convenio con la Federación Japonesa de Takkyu Volley.
 - Medios de Verificación: Registros de asistencia a los talleres y archivo de la documentación del convenio establecido.

12.3. Análisis de eficiencia y efectividad

- Análisis de eficiencia: Se evaluará la relación entre los recursos utilizados (tiempo del profesional, uso de espacios, materiales) y los resultados obtenidos (número de clases impartidas, participantes atendidos). Por ejemplo, cuantificar el tiempo dedicado a adecuar los espacios (mover mesas, bicicletas) frente al tiempo efectivo de actividad deportiva. Esto permitirá identificar áreas donde se pueda optimizar el uso de los recursos del hospital.
- Análisis de efectividad: Se medirá el grado en que se alcanzaron los objetivos propuestos. Los indicadores definidos para cada objetivo específico servirán como base para este análisis. Por ejemplo, la "capacidad para cubrir la demanda actual" de actividad física adaptada dentro del hospital, y si se está llegando a la "población objetivo" de forma adecuada, considerando la rotación y las ausencias.

12.4. Integración de los valores institucionales y aprendizaje

La evaluación no solo medirá resultados, sino que también reflexionará sobre cómo la propuesta contribuye a los valores y la visión del Hospital Dr. José M. Jorge.

- Se evaluará si la intervención efectivamente "aporta al desarrollo de una cultura que incorpore prácticas de inclusión de las personas con discapacidad en la comunidad" y si se alinea con el "desafío vanguardista de igualdad del modelo transdisciplinario frente a las barreras del modelo médico hegemónico" (Hospital Subzonal Especializado en Rehabilitación Dr. José M. Jorge, 2022).
- El proceso de monitoreo y evaluación será una oportunidad de "aprendizaje" y "reflexión" constante para nosotros. El carácter "subjetivo" del nuestro rol, al ser parte activa del proceso, permitirá una comprensión más profunda de la realidad y una adaptación continua de la propuesta. Las dificultades y obstáculos encontrados (ej. transporte, ausencias) y las

soluciones implementadas (ej. mejoras en el playón) se documentarán como "lecciones aprendidas" que pueden beneficiar futuros diseños.

12.5. Herramientas de gestión para el monitoreo futuro

Se propondrá la posibilidad de desarrollar un "Tablero de Gestión" simplificado. Este tablero podría centralizar datos clave de asistencia, progresión de habilidades, participación en talleres y retroalimentación cualitativa. Su implementación facilitaría el monitoreo periódico y la toma de decisiones informadas por parte de la dirección del hospital y el servicio de kinesiología.

12.6. Evaluación Final (Ex Post)

Para diseñar una herramienta de evaluación ex-post para el proyecto de enseñanza de rugby en silla de ruedas en el Hospital de Rehabilitación "Dr. José M. Jorge", es fundamental considerar los objetivos del proyecto y los principios de una evaluación posterior a la implementación.

12.6.1. Herramienta de Evaluación Ex-Post: Encuesta de impacto y sostenibilidad del programa de enseñanza del rugby en silla de ruedas

Descripción de la Herramienta: Esta herramienta se concibe como una encuesta estructurada con componentes cualitativos, dirigida a diversos actores clave una vez que el período de intervención principal del proyecto (2023-2025) haya concluido. Su objetivo es valorar y reflexionar sistemáticamente sobre el diseño, la ejecución, la eficiencia, la efectividad y, crucialmente, los resultados e impactos a largo plazo del programa.

La encuesta se aplicaría a:

- Participantes del programa (actuales y aquellos que hayan egresado del hospital o del programa).
- Familiares y/o allegados de lxs participantes.
- Profesionales del hospital (kinesiólogxs, enfermerxs, terapeutas ocupacionales, fonoaudiólogxs, personal de servicio social, servicio de salud mental, guardavidas, practicantes de carreras de kinesiología y enfermería, unidad de docencia e investigación y directivos) involucrados o que hayan interactuado con el programa.

La herramienta se estructuraría en las siguientes secciones para abordar los diferentes aspectos del proyecto y sus objetivos:

Sección 1: Datos Generales y de Participación

- Tipo de actor (participante, familiar, kinesiólogx, etc.).
- Tiempo de participación en el programa de rugby en silla de ruedas.
- Modalidad de asistencia al hospital (interno, hospital de día, egresado).

Sección 2: logro de habilidades y destrezas (relacionado con objetivo específico N° 1)

- Para participantes:
 - Grado percibido de mejora en el manejo de la silla de ruedas, pases, recepciones y dribling (escala Likert²⁵).
 - Comprensión y aplicación de las reglas básicas del rugby en silla de ruedas.
 - Capacidad de aplicar las habilidades aprendidas en otros contextos (si aplica, por ejemplo, actividades informales).
 - Nivel de disfrute y motivación generado por la práctica del deporte.
- Para profesionales/familiares:

²⁵ “Las llamadas ‘escalas Likert’ son instrumentos psicométricos donde el encuestado debe indicar su acuerdo o desacuerdo sobre una afirmación, ítem o reactivo, lo que se realiza a través de una escala ordenada y unidimensional” Matas, A. (2018). Diseño del formato de escalas tipo Likert: un estado de la cuestión. *Revista electrónica de investigación educativa*, 20(1), 38-47. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1607-40412018000100038&lng=es&tlng=es

- Observación de la mejora en las habilidades motoras y coordinación de lxs participantes.
- Percepción sobre la comprensión de las reglas por parte de lxs participantes.

Sección 3: adopción de estilos de vida saludables y autonomía (relacionado con objetivo específico N° 2)

- Para participantes:
 - Cambios en la frecuencia y tipo de actividad física realizada después de la participación en el programa.
 - Aplicación de los "Consejos para mantenerte activo/a".
 - Impacto percibido del programa en su autonomía e independencia en actividades diarias.
 - Percepción de mejora en el bienestar general (físico y emocional).
- Para profesionales/familiares:
 - Observación de cambios en los hábitos de vida de lxs participantes.
 - Percepción del aumento de autonomía y bienestar.

Sección 4: intercambio de experiencias y vínculos (relacionado con objetivo específico N° 3)

- Para todos los actores:
 - Valoración de los talleres como "Pasándola bien en familia" y "Rengos versus kine" para fomentar la interacción y el compañerismo.
 - Nivel de integración y camaradería percibido entre lxs participantes.
 - Calidad de la interacción entre participantes, familias y personal del hospital.
 - Impacto del programa en la percepción general de la discapacidad dentro de la institución y en la comunidad.

Sección 5: evaluación general del programa y recomendaciones

- Relevancia del programa en el desarrollo personal de lxs participantes.
- Adecuación de los recursos (sillas, materiales, espacios).

- Percepción sobre la sostenibilidad del programa a largo plazo.
- Principales desafíos enfrentados durante la implementación.
- Sugerencias y recomendaciones para futuras intervenciones o mejoras del programa.
- Aportes del programa a la cultura institucional del hospital en relación con el deporte adaptado y la discapacidad.

Las respuestas se recabarían mediante preguntas cerradas (escalas Likert, sí/no, opciones múltiples) para facilitar la cuantificación de algunos datos, y preguntas abiertas para obtener información cualitativa detallada y matices en las percepciones de los entrevistados.

12.7. Justificación de la herramienta

1. Naturaleza Ex-Post: la evaluación se lleva a cabo una vez concluido el proyecto, lo que permite evaluar los resultados finales de su ejecución, su impacto y su efecto a lo largo del tiempo. Esto es crucial para un programa que busca fomentar cambios a largo plazo, como la adopción de estilos de vida saludables y la autonomía.
2. Evaluación de Impacto y Resultados: a diferencia del monitoreo continuo, que verifica la ejecución, esta herramienta se enfoca en los indicadores de resultado e impacto. Permite verificar si se lograron los objetivos planteados y si se generaron los efectos esperados, incluyendo aquellos no planificados. Por ejemplo, más allá de enseñar las habilidades, se busca entender si los participantes mantuvieron la actividad física y si ello contribuyó a su autonomía post-rehabilitación.
3. Perspectiva Multifacética: Al involucrar a participantes, familiares y personal hospitalario, la encuesta permite recoger un amplio espectro de percepciones y validar los resultados desde diversas perspectivas. Esto es vital en el contexto de políticas sociales complejas que involucran a múltiples actores, donde las opiniones pueden diferir. La "Lógica horizontal" (Fernández Arroyo y Schejtman, 2012, pp. 105-106) de la Matriz de Marco Lógico, que relaciona objetivos, indicadores y medios de

verificación, se aplica al considerar las diferentes fuentes de información para validar los logros.

4. Aprendizaje y Diseño Futuro: La evaluación ex-post es una oportunidad clave para identificar "lecciones aprendidas" (p. 70) que beneficiarán el diseño de próximos proyectos o la modificación del actual. Permite determinar qué funcionó, qué no y por qué.
5. Alineación con el Paradigma Crítico: El diseño de las preguntas, especialmente en las secciones de autonomía y calidad de vida, busca trascender una mirada puramente médica o de superación, y alinearse con la perspectiva crítica del deporte adaptado y el modelo social de discapacidad que el proyecto busca promover. Se busca indagar si el programa contribuyó a una mayor participación activa y empoderamiento de las personas con discapacidad, en lugar de solo enfocarse en la normalización.
6. Viabilidad y Flexibilidad: Aunque es una evaluación final, puede adaptarse para incluir elementos que verifiquen la sostenibilidad y la posibilidad de replicación del programa, considerando los recursos humanos, materiales e infraestructura con los que cuenta el hospital y las dificultades identificadas.

En síntesis, esta herramienta de evaluación ex-post nos permitirá comprender de manera integral el impacto del programa, identificar áreas de mejora y consolidar aprendizajes para futuras intervenciones.

Para poner en práctica esta herramienta de evaluación diseñamos tres encuestas; una para lxs participantes, otra para lxs familiares y/o allegados y una última para lxs profesionales y personal de la institución. Las mismas son accesibles a través de internet por medio de un código QR que los destinatarios de la misma pueden escanear con sus teléfonos celulares y completar cuando y donde quisieran. El mismo código podrá ser encontrado en carteleras dispuestas a tales efectos, en diversas partes del hospital (ejemplo de cartel con QR para participantes en figura 26). Dado el caso en que lxs futuros encuestadxs no tuvieran acceso a un *smartphone*, computadora, *tablet* o similar o no tuvieran

acceso a Internet, se prevé la entrega de la encuesta correspondiente en formato impreso.

12.8. Encuestas

A modo de ejemplo, transcribimos en el Anexo VII las preguntas que se hallan en la encuesta a los participantes de la intervención²⁶

12.8.1. Implementación y publicación de las encuestas

Es importante destacar que las encuestas diseñadas no se han podido llevar a cabo. Esto es así debido a que la Unidad de Docencia e Investigación (UDEI) del hospital exige que para que se pueda publicar un trabajo de investigación -o un trabajo final de intervención como es nuestro caso- se deben cumplir ciertas formalidades. Esto significa que, si se pretende utilizar datos recabados de “pacientes”, familiares y/o personal de la institución, se debe atravesar un circuito administrativo que, eventualmente, permitiría que ello fuera posible. Debajo detallamos cada uno de los pasos del mismo:

- Ingreso y Evaluación Inicial:
 - El proyecto de investigación ingresa a evaluación de la Comisión de Docencia e Investigación (CODEI).
 - Simultáneamente, se comunica a la Dirección del Hospital.
- Evaluación por la Subcomisión de Investigación:
 - El proyecto pasa a la subcomisión de investigación.
 - La subcomisión emite un dictamen.
- Aprobación de la Dirección:
 - El proyecto pasa a la dirección para su aprobación.

²⁶ Es posible acceder a esta encuesta y las otras dos a través de estos enlaces:

Participantes:

<https://forms.gle/AfAcGqgZ5tCFW3zh7>

Familiares:

<https://forms.gle/5JcxuLDSsNRcoMCd8>

Profesionales y personal del Hospital:

<https://forms.gle/uXTiRBoxtzuheehr9>

- Evaluación del Comité de Ética:
 - Una vez aprobado por la dirección, se subroga al comité de ética con una nota del director.
 - El Comité de Ética emite un dictamen.
- Inicio Formal del Estudio:
 - Con el dictamen de la Comisión de Investigación y el dictamen del comité de ética, la dirección firma el inicio del estudio.
- Registro y Numeración del Expediente:
 - El investigador registra el estudio en la Comisión Conjunta de Investigación en Salud (CCIS).
 - Se emite un número de expediente.
 - Este número de expediente se presenta a CODEI.

Dado que cumplimentar este circuito requeriría alargar exponencialmente los tiempos para la entrega de este trabajo final de intervención, Nos vimos compelidos a desistir de su ejecución.

De todos modos, entendemos de suma importancia incorporar a esta producción las voces de los participantes de la intervención. Revisando el cuaderno de campo y las actividades realizadas en las dinámicas 1 y 2 (anexo IV y V respectivamente) hemos recuperado algunas de las palabras de sus protagonistas las cuales abordaremos en el siguiente apartado.

13. Conclusiones y recomendaciones

Este trabajo de intervención final se propuso desarrollar una propuesta de enseñanza del rugby en silla de ruedas desde una perspectiva crítica del deporte adaptado en el Hospital de Rehabilitación Dr. José M. Jorge, durante el período 2023-2025. La intervención se fundamentó en el paradigma social de la discapacidad y la didáctica crítica de la Educación Física, buscando trascender los enfoques tradicionales centrados en el rendimiento motor; para promover una perspectiva basada en los derechos humanos, la autonomía y la participación social.

El proyecto se posicionó rechazando términos como "paciente" o "enfermo" y prefiriendo el término "participantes". Asimismo, se distanció de la figura del "super crip" o "súper lisiado", que exalta la sobre adaptación individual y perpetúa la ideología de la normalidad, priorizando en cambio el derecho al deporte, al juego y al disfrute sin estar condicionado por el rendimiento o la funcionalidad. Esta filosofía se refleja en los comentarios de los participantes. Los hemos denominado P1, P2, etc., para preservar su anonimato (donde "P" es participante) quienes expresaron:

- P1 comentó que "es muy importante la hora de deporte porque estamos todo el día, todos los días con la rehabilitación y eso cansa mucho. 'Cansa la mente y el cuerpo'. En cambio, en esta hora 'me relajo, veo algo de verde'".
- P2 afirmó que "termino muy cansado pero muy contento".
- P3 expresó que "le divierte hacer deporte".
- P4 manifestó que "le gusta hacer todas las actividades de las clases". También se emocionó al hablar del rugby que jugaba antes de su hospitalización. Ante sus palabras nosotros le comentamos: "la casualidad de que ahora podrá volver a jugar al Rugby", a lo que P4 sonrió. Este momento subraya cómo la intervención tiene el potencial de fomentar el derecho al deporte y a la identidad deportiva.

- P5 señaló que le "ayuda no estar prestándole atención todo el tiempo a los dolores", indicando un beneficio que va más allá del mero rendimiento físico.
- P8 valoró "el compartir, conocerse de forma diferente, jugar al rugby (aunque soy un queso con la pelota)", lo que destaca la importancia de la participación sobre la habilidad.
- En general, los participantes "se divierten enormemente con las actividades y, particularmente, con el rugby", y al finalizar las clases, es común escuchar "gracias profe", "nos vemos la semana que viene", "qué lindo la pasamos hoy" (extracto del cuaderno de campo, 12/12/2023). Esto nos advierte de las sensaciones placenteras que recorren las actividades que proponemos y como son esperadas con ansias por lxs participantes.

La propuesta también se opuso a la clasificación funcional inherente al deporte paralímpico, que subordina a las personas a categorías médicas y cercena la posibilidad de participación a una gran mayoría.

Esta intervención didáctica, encuentra sustento y correspondencia con varios artículos de la Carta Internacional de la Educación Física, la Actividad Física y el Deporte (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura [UNESCO], 2015), en particular con aquellos artículos que reconocen el derecho fundamental de todas las personas a participar de la educación física y el deporte sin discriminación, con propuestas inclusivas, adaptadas y seguras, que promuevan el desarrollo del bienestar y las capacidades personales en función de sus intereses, más allá del rendimiento físico o la funcionalidad. En este mismo sentido, el deporte se entiende como herramienta para promover la inclusión social, la participación activa, la equidad y los derechos humanos.

Entendemos que la articulación de nuestra intervención con la Carta Internacional de la Educación Física, la Actividad Física y el Deporte fortalece la validez ética, política y pedagógica de nuestra propuesta, al evidenciar su consonancia con marcos internacionales que defienden una Educación Física y un Deporte para todos, inclusivo, diverso, y centrado en la dignidad humana.

13.1. Implementación y Logros

A pesar de desarrollarse en un contexto hospitalario no diseñado originariamente para la enseñanza deportiva y con recursos limitados, la propuesta demostró su viabilidad y efectividad. La intervención logró:

- Enseñar habilidades y destrezas básicas del rugby en silla de ruedas. Se abordaron de manera progresiva el manejo de la silla, el pase, la recepción y el dribling, adaptando las técnicas a la alta heterogeneidad funcional de los participantes. Se priorizó la simplicidad en las consignas y el componente lúdico, asegurando la participación y el sentido de pertenencia de cada uno. La flexibilidad en la aplicación de las reglas permitió un juego más dinámico y placentero, evitando la frustración de las constantes violaciones que implicaría la aplicación acérrima del reglamento oficial.
 - P6, con hemiplejía, "aprovecha una mesa pesada cerca de él y se empuja en ella para ir hacia atrás y girar, con la pelota en posesión. Además, comienza a usar el brazo comprometido para llevar la pelota mientras con el brazo hábil impulsa la silla", mostrando una notable adaptación y progreso en el manejo de la silla (extracto del cuaderno de campo, 28/11/2023).
 - P2, también con hemiplejía, "aprendió muy rápido las técnicas y tácticas del Rugby en silla de ruedas" (dinámica 1).
 - Los participantes, "sin mayores o ninguna explicación están captando las nociones de ataque y defensa, de pase y recepción, de no sobrepasar los 10 segundos, de pasar los arcos con la pelota dominada" (extracto del cuaderno de campo, 05/12/2023).
 - P5, inicialmente "aterrada y lloraba constantemente" con miedo a caerse, después de una clase "ahora está tranquila y se incorpora a las actividades" (extracto del cuaderno de campo, 20/02/2024).
 - En palabras de P4, uno de los participantes, "me gusta jugar a la pelota, aprendí a coordinar mejor" , mientras que P7 expresó:

“Aprendí a pasar y recibir la pelota” (dinámica 2). Estas devoluciones dan cuenta de aprendizajes concretos y valorados.

- Impulsar la adopción de estilos de vida saludables y la autonomía. Mediante la escritura colectiva entre lxs participantes y nosotros de los “Consejos para mantenerte activo/a” y la promoción de la toma de decisiones informadas, se brindaron herramientas para que lxs participantes pudieran integrar hábitos beneficiosos en su vida diaria, fomentando su autonomía e independencia más allá del ámbito hospitalario. Algunxs participantes manifestaron espontáneamente que “se divierten enormemente con las actividades y, particularmente, con el rugby” (extracto del cuaderno de campo, 05/12/2023), lo cual potencia su adhesión a la propuesta y contribuye a su bienestar.
- Propiciar el intercambio de experiencias y fortalecer vínculos. Los talleres semestrales “Pasándola bien en familia” y los encuentros mensuales “Rengos versus Kine” fueron espacios clave para generar interacciones horizontales y desestructuradas entre participantes, sus familiares, y el personal de kinesiología y otras áreas del hospital. Estos encuentros permitieron que las familias dimensionaran los avances de sus parientes y que lxs kinesiólogxs experimentaran el deporte desde el rol de jugadrx, rompiendo jerarquías y construyendo nuevos lazos. La “Charla de intercambio de experiencias” y el taller de Takkyu Volley también enriquecieron este objetivo, promoviendo el conocimiento mutuo y la construcción colectiva.
 - P8 consideró “muy importante el compartir, conocerse de forma diferente” (dinámica 2).
 - P9 y P10, entre otros, también valoraron “compartir con los compañeros” (dinámica 2).
 - La “dinámica del ovillo de hilo” fue muy “movilizadora para todos”, y los participantes reconocieron que “todos estamos interconectados, en este caso, por el deporte, el juego, la actividad física” (extracto del cuaderno de campo, 23/01/2024).

- P1 incluso "extraña a PX y PZ que se fueron de alta hace un tiempo" (dinámica 1), lo que evidencia los lazos afectivos formados.

13.2. Desafíos y lecciones aprendidas

La intervención enfrentó obstáculos como las frecuentes ausencias de lxs participantes por cuestiones de salud o la dificultad de lxs mismos para acceder a transporte accesible y de bajo coste, la falta de un espacio propio de guardado de materiales y la necesidad de adaptar continuamente los espacios de trabajo (gimnasio, comedor, playón). Todo ello sumado a que a lo largo del año 2024 tuve que hospitalizarme en cinco oportunidades por repetidas infecciones que debían ser tratadas con antibióticos por vía endovenosa. Estos desafíos, si bien condicionaron la dinámica, no impidieron la implementación del programa, evidenciando la importancia de una gestión flexible y un compromiso continuo con lxs participantes.

La apropiación del espacio por parte de lxs participantes fue una de las lecciones más significativas. Tal como se relató en el cuaderno de campo, "los alumnos se han apropiado de un espacio que se encontraba en desuso y en estado ruinoso" (05/12/2023).

Un punto crucial a destacar es la imposibilidad de aplicar las encuestas de evaluación ex-post debido a los extensos procesos administrativos exigidos por la institución, lo que resalta la necesidad de simplificar estos circuitos para facilitar futuras intervenciones e investigaciones.

13.3. Aportes y contribuciones al campo de la Educación Física y el Deporte

Entendemos que esta intervención representa una contribución al campo de la Educación Física y el Deporte por varias razones:

- Educación Física en contextos hospitalarios: propone un modelo de enseñanza deportiva del rugby en silla de ruedas para personas con discapacidad dentro de una institución hospitalaria de rehabilitación.
- Transformación de la mirada sobre la discapacidad y el deporte adaptado: al posicionarse desde el modelo social de la discapacidad y la didáctica crítica, el trabajo cuestiona el enfoque biomédico hegemónico en la

rehabilitación y en el deporte adaptado. Demuestra cómo la Educación Física puede ser una herramienta de empoderamiento, participación activa y construcción crítica del propio cuerpo, superando la mera readaptación funcional o la búsqueda de "normalización".

- Nuestro comentario a P10, que estaba llorando: "Tranqui P10, de a poco, esto es lento, pero vas a salir adelante. Te lo dice uno que tiene 24 años de rengó", generó que P10 "se ríe, se anima, y empieza a moverse" (extracto del cuaderno de campo, 30/01/2024). Este tipo de intervención personal y empática demuestra la capacidad de la Educación Física para modificar - aunque sea momentáneamente- el estado emocional y la participación.
- La actividad permitió a lxs participantes "olvidarnos un rato del mundo, de peleas con obras sociales, recursos de amparo", lo que subraya el papel liberador del deporte (extracto del cuaderno de campo, 12/12/2023).
- Desarrollo pedagógico y didáctico: se pusieron en práctica estrategias de enseñanza adaptadas a las realidades de lxs participantes considerando la heterogeneidad funcional y las condiciones emocionales de lxs mismos. De esta forma se demuestra la capacidad de la Educación Física crítica para diseñar propuestas únicas, singulares y provisorias que respondan a las necesidades específicas de lxs sujetos.
 - La adaptación de la actividad para P11 y P12, con menor destreza, donde nosotros "nos movemos mucho por la cancha, tratamos de ayudar a nuestros alumnxs a tomar la pelota y llevarla a la línea de gol" (extracto del cuaderno de campo, 21/11/2023), muestra la flexibilidad didáctica.
 - La observación de que "algunxs jugadores que en un principio parecían dormidos o reticentes, ahora juegan poniendo todo su entusiasmo y energía y se despiertan de cualquier letargo"

(extracto del cuaderno de campo, 05/12/2023) evidencia el éxito de las estrategias para involucrar a todxs.

- Se ajustaron las actividades en tiempo real, por ejemplo, "mato el juego antes que muera" o "juego muy lento, se aburren". Nunca más relevos", (extracto del cuaderno de campo, 30/12/2024) reflejando una didáctica adaptable y centrada en la experiencia del participante.
- Desarrollo de infraestructura específica: la pintura y diagramación de una cancha de rugby en silla de ruedas de forma permanente es un legado tangible que facilitará futuras prácticas deportivas inclusivas.
- Promoción de la colaboración intersectorial: el proyecto mostró cómo la Educación Física puede integrarse y articularse eficazmente con otros servicios hospitalarios, como kinesiología, enfermería y docencia e investigación, enriqueciendo las prácticas existentes y generando nuevos espacios de interacción profesional.
 - Los encuentros "Rengos versus Kine" permitieron que "los kinesiólogxs experimentaran el deporte desde el rol de jugadrx, rompiendo jerarquías y construyendo nuevos lazos".
 - Se coordinó con servicios sociales para invitar a las familias a los talleres
- Generación de conocimiento situado: Al ser el maestrando un actor activo de la intervención y una persona con discapacidad, el trabajo ofrece una perspectiva subjetiva y profundamente arraigada en la realidad, lo que enriquece el proceso de construcción social del conocimiento.

A partir del desarrollo de esta intervención, consideramos importante señalar algunas sugerencias que podrían fortalecer futuras experiencias en contextos similares.

En primer lugar, sería importante que las instituciones de salud incorporen profesionales de la Educación Física²⁷ como parte de sus equipos de trabajo, no sólo para acompañar actividades recreativas, sino para aportar una mirada pedagógica, con aportes propios de nuestro campo.

Que haya presencia real, sostenida y reconocida permitiría ampliar las posibilidades de intervención en clave educativa y no sólo rehabilitadora.

En segundo lugar, creemos necesario revisar el modo en que se planifican y desarrollan las propuestas deportivas en estos contextos. Muchas veces, las prácticas que se ofrecen reproducen modelos tradicionales centrados en la competencia, el rendimiento o la imitación del deporte adaptado Paralímpico. Resulta entonces importante, promover enfoques que valoren el proceso más que el resultado, y que piensen al deporte como un derecho y una práctica cultural, no como una forma de corrección o superación individual.

En tercer lugar, generar espacios de formación y reflexión entre los distintos equipos profesionales que trabajan en estos ámbitos se vislumbra imperioso. La manera en que se concibe la discapacidad, el rol de lxs participantes, el valor del cuerpo y del movimiento, son cuestiones que atraviesan todas las prácticas, más allá de las disciplinas. Promover instancias de intercambio, formación continua y revisión crítica podría favorecer el desarrollo de propuestas más inclusivas y comprometidas. Como expresó una participante en el cierre de una clase: “Qué lindo la pasamos hoy” (extracto del cuaderno de campo, 09/01/2024). Que ese sea siempre el horizonte de nuestro trabajo.

13.4. Una reflexión personal

Llevar adelante esta propuesta de intervención fue, para nosotros, una oportunidad de seguir aprendiendo. No se trató solo de organizar actividades, juegos, planes de clase ni unidades didácticas sino de estar presentes, escuchar y acompañar a cada participante, a sus familias y al equipo del hospital. Muchas

²⁷ Se están dando pasos en este sentido. La ley 15.433 de la provincia de Buenos Aires prevé en su artículo número tres el ingreso de “profesores/as y licenciados/as en educación física” a la carrera hospitalaria. Ley 15.433 de 2023. Estableciendo un nuevo régimen para la carrera profesional hospitalaria. Boletín Oficial de la provincia de Buenos Aires, 8 de mayo de 2023.

veces, lo más valioso no estuvo en los avances de lo enseñado, sino en pequeños gestos, en la confianza que se fue construyendo y en el sentido de pertenencia que se generó al interior de cada uno de los grupos que se fueron sucediendo a lo largo de estos tres años. Comprendimos que coordinar en este contexto no es poner en práctica planificaciones cerradas y rigurosas sino muy por el contrario, abrir espacios para que las voces de todxs tengan lugar y para que las propuestas también nazcan desde ellxs. Esta experiencia nos confirmó que las prácticas corporales pueden ser un medio para incluir, fortalecer y encontrarnos, y que vale la pena seguir buscando caminos que integren el juego, la enseñanza y el respeto por las historias y posibilidades de cada persona.

14. Referencias

- Acuña, C. y Bulit Goñi, L. (Eds.) (2010) *Políticas Sobre La Discapacidad En La Argentina. El desafío de hacer realidad los derechos*. Siglo Veintiuno Editores.
- Alessandro, L., Olmos, L., Bonamico, L., Muzio, D., Ahumada, M., Russo, M., Allegri, R., Gianella, M., Cámpora, H., Delorme, R., Vescovo, M., Lado, V., Mastroberti, L., Butus, A., Galluzzi, H., Décima, G., y Ameriso, S. (2020). *Rehabilitación multidisciplinaria para pacientes adultos con accidente cerebrovascular*. Medicina (Buenos Aires), 80(1), 54-68. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802020000100008&lng=es&tlng=es.
- Alonso, A. y Cuenya, H. (2015). *Los Rengos de Perón. Crónica de un militante del Frente de Lisiados Peronista*. Colihue.
- Alvarez-Uría, F. y Varela, J. (1986). *Materiales de sociología crítica*. Las Ediciones de La Piqueta.
- Argentina.gob.ar. (s. f.). *Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica del Sur "Dr. Juan Otimio Tesone"*. <https://www.argentina.gob.ar/salud/inareps>
- Asamblea Mundial de la Salud, 67. (2014). *Discapacidad: Proyecto de acción mundial de la OMS sobre discapacidad 2014-2021: Mejor salud para todas las personas con discapacidad*. Informe de la Secretaría. <https://iris.who.int/handle/10665/170540>
- Barton, L. (Ed.). (1998). *Discapacidad y sociedad*. Ediciones Morata.
- Berger, P. L., & Luckmann, T. (2006). *La construcción social de la realidad: Un tratado en sociología del conocimiento* (21.^a ed., A. G. Tapia, Trad.). Amorrortu. (Obra original publicada en 1966)
- Bourdieu, P. (1990). Algunas propiedades de los campos. Capítulo 7. En *Sociología y cultura*. Editorial Grijalbo.
- Cadenini, J. (2020). *Reflexionando sobre la clase de Educación Física: Concientizarse/concientizarnos, las discapacidades en la clase*. [Trabajo

- final de intervención de maestría, Universidad Nacional de Avellaneda].
Repositorio Institucional - Universidad Nacional de Avellaneda.
- Camargo Rojas, D. A. C., Castrillon, J. V. D., Cabrera, V. G., González, L. M. E., Garzón, P. M. M., Hinrichsen, F. M., & Paz, L. E. T. (2023). Estado del arte de la investigación en discapacidad y actividad física en Sudamérica: Una Revisión Narrativa. *Retos: nuevas tendencias en Educación Física, deporte y recreación*, (48), 945-968.
- Carballo, C. (2003). *Proponer y negociar*. El ocaso de las tradiciones autoritarias en las prácticas de la Educación Física. Al Margen.
- Carballo, C. (Ed.). (2015). *Educación Física. Diccionario Crítico de la Educación Física Académica: rastreo y análisis de los debates y tensiones del campo académico de la Educación Física en Argentina*. Prometeo Libros.
- Comité Paralímpico Argentino. (s.f.). *Quiénes somos*. <https://www.coparg.org.ar/>
- Comité Paralímpico Argentino. (s.f.). *Sobre clasificación funcional*. <https://www.coparg.org.ar/>
- Confederación Argentina de Deportes. (S.f.). *Los Ocelotes suben al podio en el cuatro naciones de Brasil*. <https://cad.org.ar/los-ocelotes-se-suben-al-podio-en-el-cuatro-naciones-de-brasil/>
- Dirección General de Cultura y Educación. (2023). Guía de orientación para la intervención en situaciones conflictivas y de vulneración de derechos en el escenario escolar Actualización 2022/2023. <https://drive.google.com/file/d/1Pm-EJpG6s7RTGAeQ5qE6Ts5VZfy1fgrl/view>
- Entertainment and Sports Programming Network. (3 de agosto de 2015). *Jugar al rugby en silla de ruedas en busca de una medalla*. https://www.espn.com.ar/noticias/nota/_id/2438468/jugar-al-rugby-en-silla-de-ruedas-en-busca-de-una-medalla
- Fernández Arroyo, N. y Schejtman, L. (2012). *Planificación de políticas, programas y proyectos sociales*. CIPPEC y UNICEF.
- Ferrante C. y Venturiello P. (2014). Discapacidad como asunto político. *Revista chilena de terapia ocupacional*, 14(2), 45-59.

- Ferrante, C. (2013) *Cuerpo, deporte y discapacidad motriz en la Ciudad de Buenos Aires. Tensiones entre la reproducción y el cuestionamiento a la dominación*, Revista Española de Discapacidad, 1 (1): 159-178.
<http://dx.doi.org/10.5569/2340-5104.01.01.08>
- Ferrante, C. (2014). *Renguear el estigma: cuerpo, deporte y discapacidad motriz (Buenos Aires, 1950-2010)*. Biblos.
- Ferrante, C. (2021). Rising Phoenix y la filosofía del “deporte para discapacitados” de Ludwig Guttman. ¿Un legado para romper prejuicios? *Lecturas: Educación Física y Deportes*, 26(275), 2-34.
<https://doi.org/10.46642/efd.v26i275.2793>
- Ferreira, A. (Ed.). (2015) *Pensando la Educación Física como área de conocimiento*. Miño y Dávila editores.
- Foucault, M. (2007). *Los anormales*. Fondo de Cultura Económica.
- Fundación Rugby Amistad [@fundacionrugbyamistad]. (26 de agosto de 2024). La Fundación Rugby Amistad (FRA) es una organización sin fines de lucro que promueve el rugby en silla de ruedas en Argentina. Está afiliada a la World Wheelchair Rugby (WWR) y es miembro del Comité Paraolímpico Argentino (Copar) [Foto].
https://www.instagram.com/p/C_Id6ERxUD4/?utm_source=ig_web_copy_link&igsh=MzRIODBiNWFIZA==
- Fundación Unión Argentina de Rugby. (s. f.). *Somos FUAR*.
<https://www.fuar.org.ar/>
- García Ferrando, M., Puig Barata, N., Lagardera Otero, F., Llopis Goig, R., Vilanova Soler, A. (Eds.) (1998) *Sociología del deporte*. Alianza Editorial.
- Gayol, M. L., (2015). Enseñanza, enseñanza de la Educación Física. En Carballo, C. (Ed.). *Educación Física. Diccionario Crítico de la Educación Física Académica: rastreo y análisis de los debates y tensiones del campo académico de la Educación Física en Argentina* (pp. 198-203). Prometeo Libros.
- Goffman, E. (2006) *Estigma: la identidad deteriorada*. Amorrortu.

- Google. (s.f.-a). [Hospital de rehabilitación "Dr. J. M. Jorge"]. Recuperado el 1 de agosto de 2025 de https://www.google.com/maps/@-34.8122265,-58.3842173,304m/data=!3m1!1e3?authuser=0&entry=ttu&g_ep=EgoyMDI1MDcyOS4wIKXMDSOASAFQAw%3D%3D
- Gvirtz y Palamidessi. (2006). *El ABC de la tarea docente*. Aique Grupo Editor.
- Herrera Miranda, F (Ed.). (2021). *Inclusión y Discapacidad: Ámbitos para la acción*. Ediciones UVM. <https://hdl.handle.net/20.500.12536/1586>
- Hospital Subzonal Especializado en Rehabilitación Dr. José M. Jorge. (2022). *Manual de Bienvenida*. <https://hospitaljorge.wixsite.com/hospitaljorge/info-general>
- Hospital Subzonal Especializado en Rehabilitación Dr. José M. Jorge. (2022). *Manual de Bienvenida. Estructura Orgánico Funcional [Fotografía]*. <https://hospitaljorge.wixsite.com/hospitaljorge/info-general>
- Hugo Alazraqui. (2002). Hospital de día. Un enfoque multidisciplinario. *Perspectivas Metodológicas*. 2(2). DOI: <https://doi.org/10.18294/pm.2002.599>
- Juliano, D. (1997). Universal/particular. Un falso dilema. En Bayardo, R. y Lacarrieu, M. (Eds.), *Globalización e identidad cultural*. (pp. 35-37). Ediciones Ciccus.
- Katz S. (2015). Capaz, no saber de la discapacidad y preguntarle cómo se llama, es un buen comienzo. En Ferreira, A. (2015). *Pensando la Educación Física como área de conocimiento: problematizaciones pedagógicas del sujeto y el cuerpo*. (pp. 211-224). Miño y Dávila. <https://elibro.net/es/ereader/uflo/44171?page=211>
- Le Breton, D. (1990). *Antropología Del Cuerpo Y Modernidad*. Ediciones Nueva Visión.
- Leardy Antolín, L., Mendoza Laiz, N., Reina Vaillo, R., Sanz Rivas, D., y Pérez Tejero, J. (Eds.) (2018). *Libro blanco del deporte de personas con discapacidad en España*. Grupo Editorial Cinca.

- Ley 26.378 de 2008. *Apruébese la Convención sobre los Derechos de las Personas con discapacidad y su protocolo facultativo*. Boletín Oficial de la República Argentina, 06 de junio de 2008.
- Ley 27.044 de 2014. *Otórgase jerarquía constitucional a la Convención sobre los Derechos de las Personas con discapacidad*. Boletín Oficial de la República Argentina, 22 de diciembre de 2014.
- Martínez Ferrer, J.O. (2008) Hospi-Sport Cataluña: filosofía, estructura y aplicaciones. En Pérez (Eds.) *Discapacidad, calidad de vida y actividad físico deportiva: la situación actual mirando hacia el futuro*. Plan de Formación. Comunidad de Madrid (pp 239-250).
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=830219>
- Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. (s. f.). *Hospitales provinciales y Nacionales*.
<https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/media/files/2021/10/hospitales-pciales-y-nac.pdf>
- Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. (s.f.). Hospitales Nacionales y Provinciales [Fotografía].
<https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/media/files/2021/10/hospitales-pciales-y-nac.pdf>
- Muñoz Hinrichsen, F. y Martínez Aros, A. (2022). Actividad física adaptada en el proceso de rehabilitación de personas con discapacidad: una propuesta desde la perspectiva social. *Pensar en Movimiento. Revista de Ciencias del Ejercicio y la Salud*, 20(1), 1-11.
<https://doi.org/10.15517/pensarmov.v20i1.47007>
- Naranjo, E. (2014). *Malestar de Educador*. Circulo de pájaros.
- Nirje, B. (1990). *El principio de normalización y sus implicaciones para los servicios*. En Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO) (Ed.), *Manual de servicios sociales para personas con discapacidad* (pp. 21-36). IMSERSO

- Organización de las Naciones Unidas (2006). *Convención Sobre Los Derechos De Las Personas con discapacidad y su Protocolo facultativo*.
<https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. (2015). *Carta Internacional de la Educación física, la actividad física y el Deporte*. https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000235409_spa
- Palacios, A. (2008). *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Grupo editorial CINCA.
- Palacios, A. (2015). Una introducción al modelo social de discapacidad y su reflejo en la convención internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad. En Salmón, E. y Bregaglio, R. (Eds.), *Nueve conceptos claves para entender la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad* (p. 19) Pontifica Universidad Católica de Perú.
- Palacios, A. y Romañach, J. (2006) *El modelo de la diversidad. La Bioética y los Derechos Humanos como herramientas para alcanzar la plena dignidad en la diversidad funcional*. Ediciones Diversitas.
- Peña Hernández, P., Gómez Ramírez, E., Calvo Soto, A., Arias Alzate, C., Lotero Pereira, M., Giraldo Jiménez, C. F., y Perafán González, D. Y. (2021). *Fisioterapia y rehabilitación integral de personas con discapacidad: revisión narrativa*. <https://doi.org/10.5281/zenodo.5558857>
- Pinilla, J. y Barquero Sánchez, Y. (2011). *Creación del I equipo de Quad-Rugby en España para personas con tetraplejía*.
https://www.researchgate.net/publication/284029733_creacion_del_i_equipo_de_quad-rugby_en_espana_para_personas_con_tetraplejia
- Red Federal de Rehabilitación. (s. f.). *Efectores en Buenos Aires*.
<https://www.redfederalrehab.com.ar/buenos-aires/>
- Reina Vailló, R. y Vilanova Périz, N. (2016). *Guía sobre clasificación de la discapacidad en deporte paralímpico*. Comité Paralímpico Español.
- Reina, R., Vivaracho, I., García-Alaguero, J. y Roldán, A. (2021). *Guía sobre clasificación de la discapacidad en deporte paralímpico*. Limencop SL.

Resolución 1049/2021 [Ministerio de Salud de la Nación] Manual sobre los Derechos de los/as Pacientes para el Equipo de Salud, 21 de abril de 2021.

<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-1049-2021-348998>

Ron, O. y Paiva, F. (2003). El campo de la Educación Física. En V. Bracht y R. Crisorio (Eds.), *La Educación Física en Argentina y en Brasil: Identidad, desafíos y perspectivas*. Al margen.

Rosato, A. y Angelino, M. A. (Ed.) (2017). *Discapacidad e ideología de la normalidad*. Noveduc.

Rosato, A., Angelino, A., Almeida, M. E., Angelino, C., Kippen, E., Sánchez, C., Spadillero, A., Vallejos, I., Zuttió, B. y Priolo, M. (2009). *El papel de la ideología de la normalidad en la producción de discapacidad*. Ciencia, Docencia y Tecnología, 20 (39), pp. 87-105.

United States Agency for International Development [USAID] y Fundación Arcángeles. (2016). *Maximus Project 2: manual para entrenadores de Rugby en silla de ruedas o Quadrugby*. <https://www.arcangeles.org/experiencia-deportes/>

Wilensky, F. (2017). *Comprender, sentir, enseñar: La percepción sensorial en la formación docente en el ISFD N° 810, en la Ciudad de Comodoro Rivadavia* [Trabajo final de intervención de maestría, Universidad Nacional de Avellaneda]. Repositorio Institucional - Universidad Nacional de Avellaneda.

Wolfensberger, W. (1998). *El principio de normalización: Hacia la humanización de los servicios para personas con discapacidad*. Editorial Siglo XXI.

World Wheelchair Rugby. (2021). *Reglas Internacionales para el Deporte del Rugby en Silla de Ruedas*. <https://www.feddf.es/archivos/tmd-1223-1223.pdf>

World Wheelchair Rugby. (2022a). *Classifier Handbook 2022*. <https://worldwheelchair.rugby/wp-content/uploads/2021/12/WWR-Classifier-Handbook-2022.pdf>



- World Wheelchair Rugby. (2022b). *Classification Rules 2022*.
<https://worldwheelchair.rugby/wp-content/uploads/2021/12/WWR-Classification-Rules-2022.pdf>
- World Wheelchair Rugby. (s.f.). *About WWR*.
<https://worldwheelchair.rugby/about-wwr/>

15. Anexos

15.1. Anexo I

Taller: Charla de intercambio de experiencias”	
Guía de preguntas para el expositor destinado a conformar preguntas a guías para los intercambios. Cuenta con un entrevistador, quien hace a su vez de coordinador.	
Guía de preguntas:	
1)	¿Cómo se presentaría?
2)	¿Contamos cómo te sentiste en el primer momento después del accidente?
3)	A partir de ese momento ¿Qué cambió en tu vida?
4)	¿Qué fue importante para vos al ingresar a la Rehabilitación?
5)	¿Qué encontraste durante la rehabilitación?
6)	¿Qué sentiste cuando te comunicaron el alta
7)	¿Cómo siguió tu vida después del alta?
8)	¿Qué consejos le darías a familiares y amigos de personas internadas?
9)	Si tuvieras que elegir un consejo para las personas que atraviesan el mismo camino que vos. ¿Cuál les darías?

15.2. Anexo II

Proyecto Convenio Marco entre la Federación Japonesa de Takkyu Volley (JTVF) Argentina y Hospital Subzonal especializado en Rehabilitación “Dr. José M. Jorge”.

1. ¿Qué es el Takkyu Volley?

Consiste en la práctica de un juego cuyas reglas están fusionadas con las del tenis de mesa y el vóley.

2. ¿Cómo se juega?

El Takkyu Volley es un deporte inclusivo y adaptado que se juega sobre una mesa de tenis de mesa, con equipos de 6 jugadorxs sentados. El objetivo es pasar una pelota sonora bajo la red, usando una raqueta rectangular pequeña y golpeando la pelota al ras de la mesa. Se juega con un máximo de tres toques por equipo antes de pasar la pelota al otro lado. El juego se basa en el principio de mantener la pelota en movimiento sobre la mesa, pasando por debajo de la red. Se puntúa al igual que en el voleibol, con el equipo que primero llega a 25 puntos en un set con una ventaja mínima de 2 puntos.

3. ¿Qué se necesita?

1. **Mesa:** se juega en una tabla de tenis de mesa tradicional.
2. **Pelota:** se utilizan pelotas con un diámetro de 4cm que en su interior tienen 4 bolitas metálicas que ofrecen el sonido de campana. Esto permite la participación por personas con ceguera o disminución visual.
3. **Red:** se utiliza la misma red que el tenis de mesa con la diferencia de que la separación a la mesa es de 5,7cm para que la pelota pueda pasar por debajo.
4. **Paletas:** las paletas deben ser de madera rígida de 30 cm de largo por 6 cm de ancho y espesor chanfleado para facilitar el agarre.
5. **Sillas o sillas de rueda:** lxs jugadorxs deben jugar sentados. Juegan de forma simultánea 6 jugadorxs en cada equipo. 1 equipo por lado de la red.

4. Historia y evolución:

Fue creado y desarrollado por un profesor japonés en 1970 destinado a niñxs con distrofia muscular. Desde entonces el Takkyu Volley se ha difundido y



desarrollado en Japón creando La Federación Japonesa de Takkyu Volley (FJTV) extendiéndose progresivamente por Latinoamérica y el mundo.

5. Características principales:

- **Es universal**
- Se trata de una actividad con característica de universal porque puede desarrollarse por cualquier interesadx, no posee limitaciones de edad, desarrollo físico, intelectual ni psíquico.
- **Es inclusivo - normalizador**
- Es un deporte inclusivo social, porque permite la adaptación de cada una de sus reglas y procedimientos con el fin de que sea accesible para todxs lxs personas.
- **Es económico en espacios y recursos**
- Este juego NO requiere espacios grandes, puede realizarse en salas, aulas, lugar de reuniones, entre otros. Con una mesa de ping-pong, es posible la participación de 12 personas, 6 vs 6. Además, puede realizarse un juego reducido de 3 vs 3 según el contexto. El juego se desarrolla con integrantes sentados alrededor de la mesa para facilitar la participación de personas con condiciones motoras reducidas.

6. Propósito del convenio

El propósito del convenio con la Federación Japonesa de Takkyu Volley (JTVF) Argentina es comenzar a desarrollar este deporte adaptado tanto con “pacientes” adultos, pediátricos y con la unidad residencial del hospital.

Entendemos que los múltiples beneficios físicos, psíquicos y sociales que genera este deporte, sumado a la relativamente económica necesidad de espacio y recursos lo convierten es una propuesta ideal para desarrollar.

7. Características del convenio

7.1. La Federación Japonesa de Takkyu Volley (JTVF) Argentina se compromete a:

- a. Orientar sobre la implementación y promoción del deporte en las instalaciones designadas.



b. Proporcionar apoyo técnico y logístico en la primera etapa de implementación del deporte, incluyendo capacitación y formación para el personal que estará a cargo de las actividades.

7.2. El Hospital Subzonal especializado en Rehabilitación “Dr. José M. Jorge” se compromete a:

a. Facilitar las instalaciones para encuentros deportivos, capacitaciones, conferencias, talleres y otras necesidades de infraestructura de la Federación Japonesa de Takkyu Volley (JTVF) Argentina, previa autorización de las autoridades del hospital. Las mismas se podrán desarrollar siempre y cuando no interrumpan el normal funcionamiento del hospital y sus servicios.



15.3. Anexo III

Burzaco, 31 de marzo de 2025

Sra. XXXX

Jefa de Kinesiología

Hospital Subzonal de Rehabilitación José M. Jorge

De mi mayor consideración

Por medio de la presente, me dirijo a Ud. en calidad de Lic. En Actividad Física y Deportes, miembro de la planta permanente de esta institución y bajo la órbita del Servicio de Kinesiología del mismo.

Mi incumbencia como profesional de la Educación física y el Deporte en este hospital lleva ya tres años, si bien he ingresado a la planta permanente del mismo en noviembre de 2024.

Dentro de mis tareas, a la actualidad, se encuentra el dictado de actividades deportivas, recreativas y físicas en estos grupos:

1. Lxs asistentes adultos al programa previamente existente denominado “Deporte adaptado” que se desarrolla dos veces por semana en el transcurso de una hora cada vez en el servicio de Kinesiología.
2. Lxs asistentes pediátricos en un programa que se desarrolla una vez por semana en el transcurso de una hora en el servicio de Kinesiología.
3. Lxs asistentes a la Unidad Residencial perteneciente al sector de consumo problemático de sustancias dos veces por semana en el transcurso de una hora cada vez.



Para poder ejercer mi tarea, y las que se creen con posterioridad, me es de suma importancia contar con el material didáctico para el desarrollo de cada una de estas propuestas. Los mismos serían:

- 1 carrito plegable para transportar materiales
- 2 pelotas de voleibol
- 2 pelotas de básquet
- 2 juegos de Teraband de diferentes colores.
- 10 pelotas Púlpito N 2
- 10 pelotas Púlpito N 3
- 4 cubiertas de auto
- 1 juego de 10 Pecheras color rojo
- 1 juego de 10 pecheras color amarillo
- 1 inflador con pico para pelotas y para sillas de ruedas
- 2 conos con base cuadrada
- 2 sillas pediátricas
- 2 sillas de adultos
- Cajas plásticas para guardar los materiales

Sin otro particular. Saludo a Ud. muy atte.

Lic. Prof. José María Bacchi

15.4. Anexo IV

Dinámica 1

DINÁMICA 1 "EL OVILLO DE HILO"								
N°	Nombre	Edad:	Género:	Localidad de residencia	Nacionalidad	¿Hicieron algo similar antes? ¿Algún deporte? ¿Cuál/les?	¿Aprendieron algo en el trabajo semanal de este programa? ¿Qué sienten cuando estamos jugando? Y ¿Después?	Observaciones
			M/F/Otro	(Adrogué, Mármol, Quilmes, etc.)				
1	P1	55	M	Guernica	Argentino/a	Fútbol y Vóley	Los juegos que dio el profe	P1 hace varias clases que asiste. Se desenvuelve muy bien en los esquemas de ataque y defensa. No tiene problema de agarre con ninguno de las dos manos y utiliza uno de los pies para ayudar a los brazos a desplazar la silla. Se involucra mucho en cualquier tarea.
2	P2	53	M	Glew	Argentino/a	Fútbol y Paddle	-	P2 es la 1° vez que viene. De hecho uno de los kinesiólogos se acercó para informarle que trabajarían juntos en la rehabilitación. Comenta que trabajaba de cocinero.
3	P3	-	F	-	Argentino/a	-	-	Vino y se fue antes de que pudiera recibir el ovillo. Tenía que ir a T.O. (Terapia Ocupacional)
4	P4	53	M	José Mármol	Argentino/a	Fútbol	¡Me canso un montón! A mi pregunta ¿pero te cansas para bien o para mal? Responde "para bien".	
5	P5	62	M	Adrogué	Argentino/a	Rugby, Natación y Fútbol	Le gusta hacer todas las actividades de las clases.	P5 es la 2° clase que asiste. Sin saberlo, en la 1° clase Mateo le ofreció sentarse en la silla de Rugby y estaba muy contento. Comentaba "¡Que liviana que es!". En esta dinámica me entero que jugó al Rugby anteriormente a la hospitalización. Se emociona mucho cuando habla del deporte que había hecho anteriormente y solloza. Le comento la casualidad de que ahora podrá volver a jugar al Rugby. Sonríe. Además hacía natación en el club Burzaco y llegó a estar en 3° división de rugby en Pucará

Dinámica 1. Continuación

6	P6	49	M	Claypole	Argentino/a	Fútbol	Le divierte hacer deporte	P6 es la 2ª clase que asiste. Tiene bastante funcionalidad. Aparentemente es una hemiplejía. Es el típico "calentón" quiere que los otros no sean lentos para desplazarse y así poder jugar más. Cuando tiene posibilidad, comanda las jugadas. Tiene muy buena visión del espacio de juego y de los compañeros y atacantes. En oportunidad de una clase en la que sus compañeros tardaban en moverse se fue del gimnasio de kinesiología antes de terminar la clase enojado.
7	P7	48	F	Avellaneda	Argentino/a	Musculación en gimnasio con amigas	Comenta que para ella es muy importante la hora de deporte porque están todo el día, todos los días con la rehabilitación y eso cansa mucho. "Cansa la mente y el cuerpo". En cambio, en esta hora "me relajo, veo algo de verde" (estábamos haciendo la actividad en la cancha) "Aunque no soy muy competitiva y me tengo que comer los pelotazos de Abel y de Mario" Se ríen todos.	P7 es muy recatada. Hace varias clases que viene pero se siente más cómoda cuando hay otras mujeres haciendo las actividades junto con ella. Si bien tiene nuevas compañeras, dice que: "extraña a X y XX" que se fueron de alta hace un tiempo.
8	P8	53	M	Florencio Varela	Argentino/a	Carrera de motos (Enduro) y Fútbol	Le gusta mucho la actividad	Esta es la 2ª clase que lo veo, entro hace muy poco. Relata mientras cuenta que deporte/s hacia antes que fue en el contexto de las carreras de motos que tuvo el accidente que lo llevó al hospital
9	P9	59	M	Valentín Alsina	Argentino/a	Fútbol, bicicleta y moto	Le gusta mucho la actividad. Comenta que: "Termino muy cansado pero muy contento". Abel se enojaba cuando nadie le pasaba la pelota porque es muy competitivo. Cuando detecté esa queja cambiamos la dinámica de las actividades para que el también participara activamente de las mismas.	P9 hace varias clases que asiste. Es muy locuaz. Tiene un modo muy positivo de ver la vida. Es muy activo en las clases y pese a su hemiplejía aprendió muy rápido las técnicas y tácticas del Rugby en silla de ruedas. En esta actividad comenta, entre otras cosas, que aprendió a manejar una moto en un trabajo como guardia de seguridad.
10	P10	56	M		Argentino/a			Fue el último en participar. Como tiene el habla comprometida le pregunté si se animaba a escribir las respuestas de las preguntas. Solo puso su nombre, apellido, edad y profesión (pintor de autos)

15.5. Anexo V

Dinámica 2

DINÁMICA 2 "En la clase aprendí/Me hubiera gustado aprender"						
N°	Nombre	Edad:	Género: M/F/Otro	En clase aprendí...	Me hubiera gustado aprender...	Comentarios
1	P1	55	M	Coordinación y jugar a la pelota	Le gustaría aprender más juegos	Medico pediatra. Vive a pocas cuadras. Ojo operado. 2° clase. Comenta que de chico jugaba al Handball y al básquet.
2	P2	33	F	Le parece muy importante el compartir, conocerse de forma diferente, jugar al rugby (aunque soy un queso con la pelota)	Le gusta que la sorprendan con los juegos y actividades	
3	P3	45	M	Compartir con los compañeros. Le gustan los juegos.	Aprender nuevos juegos	
4	P4	50	F	Le gusta compartir con los compañeros. Le ayuda no estar prestándole atención todo el tiempo a los dolores.	Aprender nuevos juegos	Señora de más de 80 años. Comenzó hace 3 clases. Mucho miedo a caerse de la silla.
5	P5	34	M	Compartir con los compañeros.	Aprender nuevos juegos	
6	P6	32	M	A pasar y recibir la pelota	Aprender a jugar al vóley	Huego es la 1° clase que participa. Se internó ayer. Jugaba anteriormente al vóley
7	P7	83	M		Aprender y compartir con los compañeros	Serapio es el 1° día que participa

15.6. Anexo VI

Planilla de asistencia 1

N°	NOMBRE	FECHA									
		30/01/24	06/02/24	20/02/24	27/02/24	05/03/24	14/03/24	19/03/24	21/03/24	26/03/24	14/05/24
1	P1	P	P	P	P	-	P	P		P	
2	P2	P	P	P	De alta						
3	P3	P		De alta							
4	P4	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
5	P5	P	P	P	P	COVID	P	P	P	P	P
6	P6	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
7	P7	P	P	-	P	-	-	P	-	-	
8	P8	P	P	P	-	-	P	P	P	P	
9	P9	P	De alta	De alta							
10	P10		P	P	P	P	P	P	P	P	
11	P11			P (nuevo)	P	P	P	P	P	P	P
13	P12				P (nuevo)	P	P	P	P	-	
14	P13			P (nuevo)	P	-	P	P	P	-	
15	P14					P (nuevo)	P	P	P	P	
16	P15					P (nuevo)	P	P	P	P	P
18	P16							P (nueva)		P	
19	P17							P (nueva)		P	
20	P18										P
21	P19										P
22	P20										P
23	P21										P
24	P22										P

Planilla de asistencia 2

N°	NOMBRE	FECHA								
		11/06/24	13/06/24	18/06/24	FERIADO	25/06/24	04/07/24	16/07/24	25/07/24	06/08/24
1	P1									
2	P2									
3	P3									
4	P4									
5	P5									
0	P6									
7	P7									
8	P8									
9	P9									
10	P10									
11	P11	P	P	P		P			P	
13	P12			P			P	P	P	
14	P13									
15	P14									
16	P15		P			P	P	P	P	
18	P16		P	P		P	P			
19	P17		P			P				
20	P18		P			P	P			
21	P19	P	P	P		P	P		P	P
22	P20	P	P				P		P	P
23	P21	P		P		P			P	P
24	P22									P
25	P23	P	P							
26	P24	P	P	P						
27	P25	P	P							
28	P26	P	P							
29	P27					P	P	P	P	P
30	P28						P	P	P	P
31	P29						P	P	P	
32	P30							P		
33	P31									P
34	P32									P
35	P33									P

15.7. Anexo VII

Encuesta – Participantes²⁸

Encuesta de impacto y sostenibilidad de la propuesta de enseñanza del rugby en silla de ruedas – Participantes

Esta encuesta está dirigida a personas como vos, que participaron de la propuesta de enseñanza de rugby en silla de ruedas entre los años 2023 y 2025. El objetivo de estas preguntas es conocer tu experiencia, evaluar el impacto del mismo y recoger sugerencias para fortalecer futuras iniciativas.

TENÉ EN CUENTA QUE ESTA PROPUESTA SE DESARROLLÓ Y DESARROLLA DENTRO DE LO QUE EL HOSPITAL LLAMA "DEPORTE ADAPTADO"

Tus respuestas son confidenciales. No se recolectará ningún dato vinculado con tu identidad.

01. Edad.

02. Género:

Masculino, femenino, Otro, Prefiero no decirlo

03. Año en que comenzaste a participar de la propuesta de "Enseñanza del rugby en silla de ruedas"

2023, 2024, 2025

04. ¿Seguís participando actualmente de la propuesta "Enseñanza del rugby en silla de ruedas"?

Si, No

05. Modalidad de atención en el hospital durante tu participación

Internación, Hospital de día, Egresado/a

²⁸ Recuerde que es posible acceder a esta encuesta y las otras dos a través de estos enlaces:

Participantes:

<https://forms.gle/AfAcGqgZ5tCFW3zh7>

Familiares:

<https://forms.gle/5JcxuLDSsNRcoMCd8>

Profesionales y personal del Hospital:

<https://forms.gle/uXTiRBoxtzuheehr9>

06. Frecuencia con la que asistías a la propuesta
Una vez por semana, Dos veces por semana, ocasionalmente, Nunca
En las preguntas y afirmaciones siguientes te pedimos que respondas siguiendo una escala del 1 al 5 - Utiliza las escalas intermedias si lo consideras necesario.
07. Grado percibido de mejora en el manejo de la silla de ruedas
1 - Nada, 2, 3, 4, 5 - Mucho
08. Grado percibido de mejora en los pases y recepciones
1 - Nada, 2, 3, 4, 5 - Mucho
09. Grado percibido de mejora en la comprensión y aplicación de las reglas del rugby
1 - Nada, 2, 3, 4, 5 - Mucho
10. Nivel de disfrute y motivación
1 - Nada, 2, 3, 4, 5 - Mucho
11. Aplicación de habilidades obtenidas en el la propuesta de rugby en otros contextos (por ejemplo, en tu casa o en la calle)
1 - Nada, 2, 3, 4, 5 - Mucho
Responde estas preguntas y/o afirmaciones teniendo en cuenta lo aprendido en el la propuesta de Rugby en silla de ruedas y en el folleto con los consejos para mantenerte activo/a.
Te pedimos que respondas siguiendo una escala del 1 al 5, donde 1 es totalmente en desacuerdo y 5 es totalmente de acuerdo. Utiliza las escalas intermedias si lo consideras necesario.
12. Hago más actividad física ahora que antes
1 - Totalmente en desacuerdo, 2, 3, 4, 5 - Totalmente de acuerdo
13. Incorporé consejos útiles del programa
1 - Totalmente en desacuerdo, 2, 3, 4, 5 - Totalmente de acuerdo
14. Me siento más autónomx
1 - Totalmente en desacuerdo, 2, 3, 4, 5 - Totalmente de acuerdo

15. Mi bienestar general mejoró

1 - Totalmente en desacuerdo, 2, 3, 4, 5 - Totalmente de acuerdo

En esta sección te vamos a preguntar por dos de los talleres que hicimos a lo largo de estos 3 años y que también forman parte de la GRAN propuesta de rugby en silla de ruedas. Uno se llama "Pasándola bien en familia" donde invitamos a los familiares y/o allegados a acompañarnos en una jornada donde compartimos juegos y actividades recreativas entre todxs y el otro taller se llama "Rengos versus Kine" donde hicimos un partido de rugby en silla de ruedas contra lxs kinesiólogxs del hospital

16. En general, ¿te gustaron los talleres "Pasándola bien en familia" y "Rengos versus kine"?

1 - Totalmente en desacuerdo, 2, 3, 4, 5 - Totalmente de acuerdo

17. Sentí integración y compañerismo

1 - Totalmente en desacuerdo, 2, 3, 4, 5 - Totalmente de acuerdo

18. ¿Las relaciones con el personal del hospital fueron positivas?

1 - Totalmente en desacuerdo, 2, 3, 4, 5 - Totalmente de acuerdo

19. ¿Crees que hubo un cambio de mirada sobre discapacidad en el hospital al ver la participación en estas actividades y en la enseñanza y juego del Rugby en silla de ruedas?

1 - Totalmente en desacuerdo, 2, 3, 4, 5 - Totalmente de acuerdo

20. ¿Los recursos materiales (pelotas, aros, conos, etc.) fueron adecuados?

Si, No, Parcialmente

21. ¿Pensás que la propuesta "Enseñanza del rugby en silla de ruedas" puede sostenerse a largo plazo?

Sí, No, No sé

22. ¿Qué dificultades notaste durante el desarrollo de la propuesta "Enseñanza del rugby en silla de ruedas"?

Pregunta abierta



23. ¿Qué sugerencias o mejoras propondrías a la propuesta "Enseñanza del rugby en silla de ruedas"?

Pregunta abierta

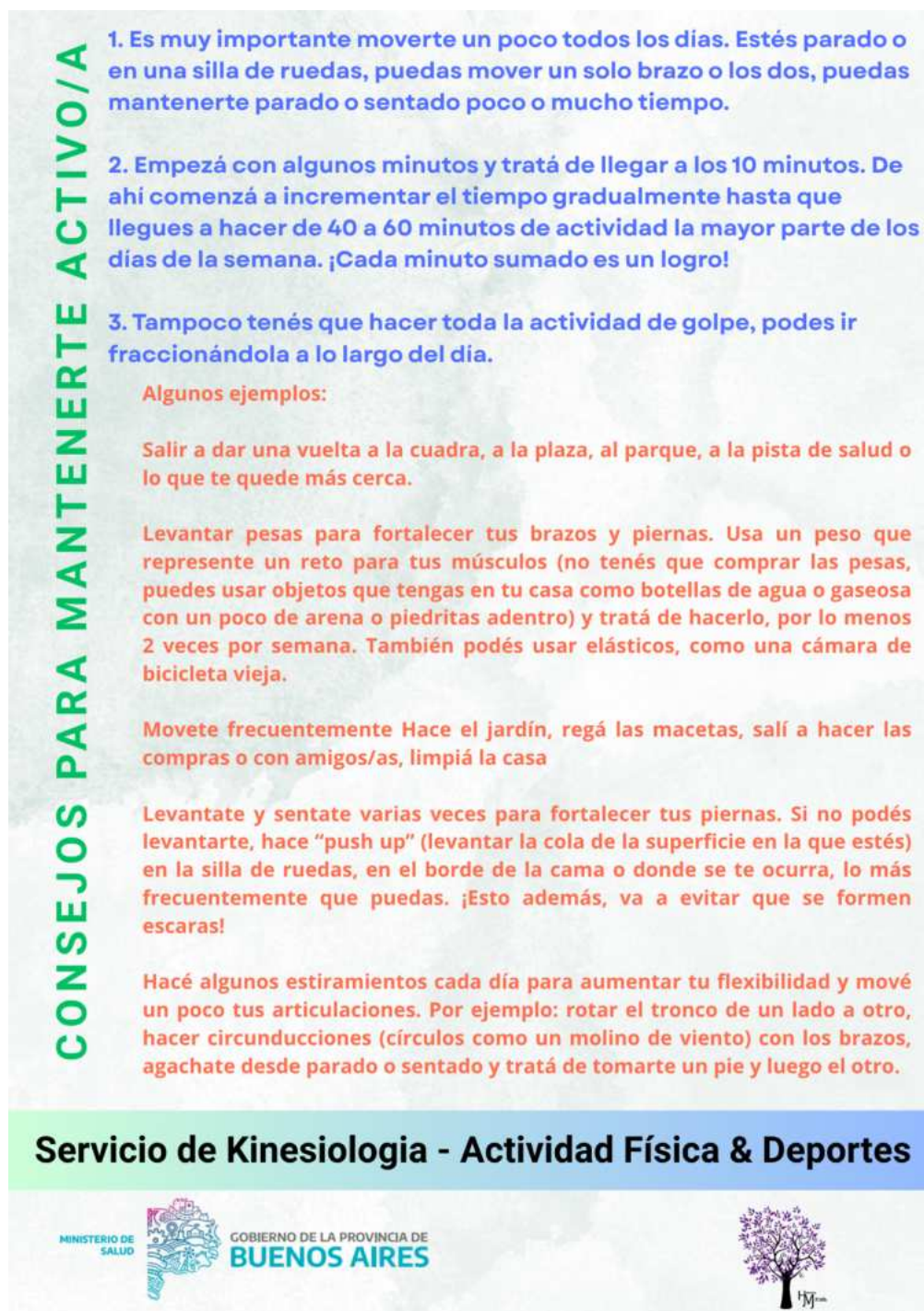
24. ¿Crees que esta propuesta de "Enseñanza del rugby en silla de ruedas" aporta a una cultura institucional más inclusiva?

Sí, No, No sé

15.9. Figuras

Figura 16

Folleto. Consejos para mantenerte activo/a. Diseño del autor.



CONSEJOS PARA MANTENERTE ACTIVO/A

1. Es muy importante moverte un poco todos los días. Estés parado o en una silla de ruedas, puedas mover un solo brazo o los dos, puedas mantenerte parado o sentado poco o mucho tiempo.
2. Empezá con algunos minutos y tratá de llegar a los 10 minutos. De ahí comenzá a incrementar el tiempo gradualmente hasta que llegues a hacer de 40 a 60 minutos de actividad la mayor parte de los días de la semana. ¡Cada minuto sumado es un logro!
3. Tampoco tenés que hacer toda la actividad de golpe, podés ir fraccionándola a lo largo del día.

Algunos ejemplos:

Salir a dar una vuelta a la cuadra, a la plaza, al parque, a la pista de salud o lo que te quede más cerca.

Levantar pesas para fortalecer tus brazos y piernas. Usa un peso que represente un reto para tus músculos (no tenés que comprar las pesas, puedes usar objetos que tengas en tu casa como botellas de agua o gaseosa con un poco de arena o piedritas adentro) y tratá de hacerlo, por lo menos 2 veces por semana. También podés usar elásticos, como una cámara de bicicleta vieja.

Movete frecuentemente Hacer el jardín, regá las macetas, salí a hacer las compras o con amigos/as, limpiá la casa

Levantate y sentate varias veces para fortalecer tus piernas. Si no podés levantarte, hace "push up" (levantar la cola de la superficie en la que estés) en la silla de ruedas, en el borde de la cama o donde se te ocurra, lo más frecuentemente que puedas. ¡Esto además, va a evitar que se formen escaras!

Hacé algunos estiramientos cada día para aumentar tu flexibilidad y mové un poco tus articulaciones. Por ejemplo: rotar el tronco de un lado a otro, hacer circunducciones (círculos como un molino de viento) con los brazos, agachate desde parado o sentado y tratá de tomarte un pie y luego el otro.

Servicio de Kinesiología - Actividad Física & Deportes

MINISTERIO DE SALUD GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES



Fuente: ilustración y diseño del autor.

Figura 17

Mapa de la región VI de la Provincia de Buenos Aires



Fuente: adaptado de *Hospitales Nacionales y Provinciales* [Fotografía], por Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, s. f., <https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/media/files/2021/10/hospitales-pciales-y-nac.pdf>

Figura 18

Referencias para Mapa de los Hospitales Nacionales y Provinciales de la Provincia de Buenos Aires

- ☆ Sede Región
- Nivel Interzonal
- Nivel Zonal
- Nivel Subzonal
- ◆ Nivel Local Y Vecinal
- Servicios Regionales
- ▲ Servicio de Atención Médica Integral para la Comunidad (S.A.M.I.C.)
- Hospitales Nacionales

Fuente: adaptado de *Hospitales Nacionales y Provinciales* [Fotografía], por Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, s. f., <https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/media/files/2021/10/hospitales-pciales-y-nac.pdf>

Figura 19

Hospitales Nacionales y Provinciales de la región VI de la Provincia de Buenos Aires

Región VI	☆ Lomas de Zamora
• Hospitales Nacionales: - Hospital del Bicentenario (Esteban Echeverría) - Hospital Penitenciario Central (Ezeiza) • Hospitales Provinciales: - Hospital Zonal General de Agudos Dr. Lucio Meléndez (Almirante Brown) - HSE Esp. en Rehabilitación Dr. José María Jorge (Almirante Brown) - Hospital Zonal General de Agudos Dr. Arturo Oñativía (Almirante Brown) - UPA 24 (5) - Unidad de Pronto Atención (Long Champs-Alte. Brown) - Hospital Materno Infantil Ana Goitia (Avellaneda) - Hospital Interzonal General de Agudos Presidente Perón (Avellaneda) - Hospital Zonal General de Agudos Dr. E. Wilde (Avellaneda) - UPA 24 (2) - Unidad de Pronto Atención (Wilde-Avellaneda) - Hospital Zonal Gral. de Agudos Descentralizado Evita Pueblo (Berazategui) - UPA 24 (10) - Unidad de Pronto Atención (Berazategui) - Hospital Zonal General de Agudos Alberto Eurnekian (Ezeiza) - HSAMIC "El Cruce" (Florencio Varela) - Hospital Zonal General de Agudos Mi Pueblo (Florencio Varela) - UPA 24 (11) - Unidad de Pronto Atención (Florencio Varela) - Hospital Interzonal General de Agudos Evita (Lanús) - HZE en Oncología de Lanús (Lanús) - HZGA "Dr. Narciso López" (Lanús) - Hospital Local General de Agudos Dr. Arturo Melo (Lanús) - UPA 24 (3) - Unidad de Pronto Atención (Lanús Oeste) - HIGA "Luisa C. Gandulfo" (Lomas de Zamora) - Hospital Interzonal José A. Estéves (Temperley - Lomas de Zamora) - Hospital IOMA Gabriela Carriquiriborde (Temperley - Lomas de Zamora)	

Fuente: adaptado de *Hospitales Nacionales y Provinciales* [Fotografía], por Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, s. f., <https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/media/files/2021/10/hospitales-pciales-y-nac.pdf>

Figura 20

Líneas de colectivo que llegan hasta el hospital



LINEA 506

X HOSPITAL, ADROGUE
TE DEJA EN LA PUERTA DEL
HOSPITAL



LINEA 160

TE DEJA SOBRE AVENIDA ESPORA A 3
CUADRAS DEL HOSPITAL



LINEA 79

TE DEJA SOBRE AVENIDA ESPORA A 3
CUADRAS DEL HOSPITAL

Fuente: adaptado de *Que colectivos pasan* [Fotografía], por Hospital Subzonal Especializado en Rehabilitación Dr. José M. Jorge. (s. f.). <https://hospitaljorge.wixsite.com/hospitaljorge/about-us>

Figura 21

Vista aérea del complejo hospitalario.



Fuente: adaptado de [HSER Dr. J. M. Jorge], de <https://hospitaljorge.wixsite.com/hospitaljorge>

Figura 22

Vista aérea del complejo hospitalario.



Fuente: adaptado de [HSER Dr. J. M. Jorge], de <https://hospitaljorge.wixsite.com/hospitaljorge>

Figura 23

Vista aérea del complejo hospitalario.



Fuente: adaptado de [HSER Dr. J. M. Jorge], de <https://hospitaljorge.wixsite.com/hospitaljorge>

Figura 24

Folleto de Taller de Takkyu Volley. Diseño del autor.

6 de abril - Día mundial de la Actividad Física
El deporte como instrumento para promover sociedades pacíficas e inclusivas

 **1° Taller deportivo** 

Organiza Servicio de Kinesiología y Actividad Física del
Hospital de Rehabilitación Dr. José María Jorge

 **MARTES 8/04
10HS**

 **Invitado
José Bordón**


Instructor de la
Federación Japonesa
de Takkyu Volley en
Argentina.

Lugar: comedor - Abierto a toda la comunidad

Takkyu Volley
Deporte universal.

Fuente: ilustración y diseño del autor.

Figura 25

*Realización de la técnica del “ovillo de hilo” con los participantes del hospital.
Foto del autor.*



Fuente: foto del autor.

Figura 26

Cartel con QR para completar la encuesta a participantes. Diseño del autor.

**¡Hola!, ya me
conoces**

**Soy el Lic. Prof. José Bacchi, con el
que haces rugby en silla de ruedas**

<https://forms.gle/AfAcGqqZ5tCFW3zh7>

**¿Podrás tomarte un rato para completar una
encuesta? Podes ingresar escaneando el QR de
arriba o entrando al enlace que está debajo del
mismo. ¡GRACIAS!**

Servicio de Kinesiología - Actividad Física & Deportes

MINISTERIO DE
SALUD

GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE
BUENOS AIRES

HJM

Fuente: ilustración y diseño del autor.