Universidad Nacional de Mar del Plata - Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

Repositorio Kimelü **http://kimelu.mdp.edu.ar/**

Licenciatura en Terapia Ocupacional Tesis de Terapia Ocupacional

2024

Terapia ocupacional y deporte : tenis adaptado, una actividad ocupacional que influye en la calidad de vida de personas ciegas o con baja visión

Fraysse, María Josefina

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/911

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

UNIVERSIDAD NACIONAL
de MAR DEL PLATA

Tesis presentada en la Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social para optar al título de Licenciatura en Terapia Ocupacional

"TERAPIA OCUPACIONAL Y DEPORTE: TENIS ADAPTADO, UNA ACTIVIDAD OCUPACIONAL QUE INFLUYE EN LA CALIDAD DE VIDA DE PERSONAS CIEGAS O CON BAJA VISIÓN".

MAR DEL PLATA, 2024

AUTORAS:

Fraysse, María Josefina- Menéndez, Marina- Valor, Jimena Micaela

AUTORAS:

Fraysse, Josefina

DNI: 39.349.122

Menéndez, Marina

DNI:27.879.506

Valor, Jimena Micaela

DNI 36.953.834

DIRECTORA:

Licenciada en Terapia Ocupacional Selis, María Belén

Firma:

MPO 134

CO-DIRECTORA:

Licenciada en Terapia Ocupacional Di Tulio, Mariana

Firma:

MPO 381

Asesora Metodológica: Cátedra de Taller de trabajo final.

AGRADECIMIENTOS:

Agradecemos a la Universidad Nacional de Mar del Plata, Pública, Gratuita y de Calidad, a la Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social, la cual nos formó como profesionales y personas.

A nuestra directora de tesis, Lic. Selis María Belén y a nuestra Codirectora, Lic. Di Tulio Mariana, por acompañarnos desde el inicio con sus aportes y contención.

A las docentes Mg. Gordillo Norma y Lic. Auzmendia Ana, por acompañarnos y guiarnos en el proceso metodológico.

A los miembros del jurado, Doctor en Psicología Rubén Ledesma Daniel y Esp. Cordonnier María José por aceptar evaluar nuestro trabajo con respeto y compromiso.

A Miyahira Claudio, presidente de la Asociación Nacional de Tenis para Ciegos y Personas con Disminución Visual, por su aporte del material y por autorizarnos a utilizar el Logo de nuestra portada.

A todas las personas que forman parte del “Rincón de Todos “y del “Instituto Román Rosell, quienes colaboraron desde el inicio con el objetivo de difundir el deporte que practican con tanto compromiso y pasión, aportando tiempo y experiencias enriquecedoras para nuestra investigación; sepan que los admiramos y son una parte fundamental de este trabajo.

Agradezco a mi madre por acompañarme siempre y darme la posibilidad de estudiar. A mis hermanos, sobrinos y Vane por darme amor en los momentos justos. Gracias Belén Demateis y Hernán Pobihuszka, sin ustedes esto no hubiera sido posible.

Agradezco a CIMFyR por permitirme realizar mis prácticas Clínicas, gracias Paz y Bettina por ser mis supervisoras. A mis compañeras de Tesis, porque no fue fácil trabajar a la distancia sin conocernos, pero lo logramos, otro gran aprendizaje de este proceso.

Agradezco a mis amigas que estuvieron desde el inicio de la carrera y aquellas que se sumaron con los años, siempre acompañándome y dándome fuerza para no abandonar. Gracias Majo por tu tiempo y acompañamiento. Agradezco también a aquellos que me dieron trabajo para poder continuar mis estudios.

En especial agradezco a Mauri, mi compañero de vida, por confiar en mí y acompañar cada instancia de este proceso. Por último, agradezco a mi perseverancia que no me permitió abandonar mi sueño cuando estuve a punto de hacerlo.

Marina Menéndez

Agradezco a mi papá que me grabó a fuego "Mica estudia, Mica estudia" y fue mi motor para llegar hasta acá.

Agradezco a mi mamá por darme la vida y mostrarme lo poderosas que somos las mujeres.

Agradezco a mi familia y amigas, que me acompañaron a lo largo de todo este camino. En especial a Salomé Salas y Ayelén Álvarez por compartir su pasión por la Terapia Ocupacional y el deporte.

Agradezco a Nicolás, por ser mi faro todos estos años y caminar a la par. A mis hijos de luz y a mi hijo arcoíris que me acompaña desde el útero en este momento tan maravilloso.

Agradezco a mi Panchis, por ser mi maestra y compañera incondicional.

Agradezco a la vida por mostrarme lo mágica e increíble que puede ser, con sus mares, lagos y montañas. Si sos estudiante y estás leyendo esto, Garra y Corazón, que todo llega.

Jimena Micaela Valor

En primer lugar, agradezco a mis compañeras de tesis por intentar siempre ponerse en mis zapatos por más incómodos que fueran.

En segundo lugar, agradezco a mi familia. A mi papá por ser mi ancla a tierra. Por impulsarme, acompañarme y darme ánimos cuando más lo necesite. A mi mamá por marcarme la importancia de un estudio y un futuro título, como persona y como mujer. A mi hermano por hacerme el aguante en cada mudanza. A mi madrina Laura por ser incondicional. A mi abuela Coca que aún la escucho decir “Jofita agarra bien el lápiz”. A Claudia por invitarme a mirar el mundo con otros ojos. Y en especial a mi hijo. Oliverio: ¡mi vida es mucho más linda desde que vos estás, que hasta parece un cuento!

Y en tercer lugar agradezco a mis amigas. A las amigas que me dio la facultad. A las que siempre confiaron en mí. A las que me secaron más de una lágrima y me sacaron a tomar más de una cerveza. A las que me vieron llegar con un gusano de colores de peluche y me ven irme con un niño en brazos y con el corazón rebalsado de amor y plena consciencia. A todos ustedes, ¡gracias!

Josefina Fraysse

ÍNDICE:

Portada……..…..…1

Hojas de Firmas…….…..…2

Agradecimientos……...…..……4

Índice……...6

Introducción……..…..10

Estado Actual de la Cuestión…….…..…13

Marco Teórico……..…21

Capítulo uno: Calidad de Vida…….……..22

Historia del término Calidad de Vida…….……..…..22

Definición de Calidad de Vida…….……..……23

Capítulo 2: Terapia Ocupacional y Calidad de Vida……..…..27

Capítulo 3: Deporte…….....33

Definición Deporte …….....33

Deporte Adaptado……..…35

Capítulo 4: Deporte y Terapia Ocupacional ……..…38

Capítulo 5: Tenis para ciegos …….……..43

Definición de Tenis para Ciegos ……..……43

Historia y actualidad del Tenis para personas ciegas y con baja visión ……..……..44

Capítulo 6: Discapacidad Visual……48

Definición de Visión…….…….48

Ceguera y baja visión…….……..……48

Discapacidad Visual Adquirida……..…….……..……...49

Discapacidad Visual Congénita……..…….……..…..51

Aspectos Metodológicos: 53

Tema…….……..54

Problema……..……..54

Objetivo general y objetivos específicos……..54

Variable principal de estudio…….……..55

Definición científica…….……..55

Definición operacional……..55

Dimensionamiento de la variable……..……65

Diseño Metodológico…….……..67

Enfoque de investigación…….……..67

Diseño de investigación…….……..67

Tipo de estudio……..……67

Muestra…….……67

Tamaño de la muestra…….……67

Criterios de selección del grupo de estudio……..……..……..68

Método de selección de la muestra……..……68

Técnicas e instrumentos de Recolección de Datos……68

Whoqol Bref……68

Cuestionario de elaboración propia……73

Procedimiento de recolección de datos……74

Análisis de datos……74

Resultados……75

Conclusión……92

Referencias Bibliografías……98

Anexos……105

Anexo I: Instrumentos: Cuestionario estandarizado Whoqol Bref……106

Cuestionario de elaboración propia……110

Consentimiento informado……113

Anexo II: Consentimiento de la OMS……114

Autorización de logo de imagen……115

Anexo III: Tabulación General……116

Pasos para verificar y limpiar datos y calcular puntuaciones de dominio para el Whoqol-Bref……117

Anexo IV: Reglamento de Tenis para Ciegos……118

INTRODUCCIÓN:

Salud, identidad, propósito, calidad de vida, significado, valor; estos conceptos no pertenecen a un campo de intervención en particular, son las bases de Terapia Ocupacional, son las bases de esta profesión; una disciplina holística dentro del campo de la salud que tiene como objetivo que las personas/ grupos/ poblaciones puedan alcanzar la plenitud, el bienestar y la participación en la vida a través del compromiso en ocupaciones significativas.

En el desarrollo de este trabajo se realiza un recorrido histórico sobre la transformación y evolución del concepto Calidad de Vida (CDV), hasta llegar a su carácter multidimensional y a la definición a la cual se adhiere. La misma, engloba el objetivo principal de esta investigación, analizar cómo el deporte adaptado influye en la percepción de la CDV Global y la Salud General de las personas ciegas y con baja visión que practican Tenis adaptado.

La elección del tema de investigación surge a partir de una experiencia de voluntariado que comenzó a principios del año 2021 y continúa actualmente en la “ONG El Rincón de Todos” de la ciudad de Santa Rosa, La Pampa; dirigida por el profesor de Educación Física, Sergio Manazzi. La ONG comenzó siendo una escuela deportiva en el año 2011 ante la falta de espacios físicos para que las personas en situación de discapacidad pudieran continuar realizando actividades deportivas/recreativas luego de finalizar el ciclo escolar.

Del mismo modo, en el año 1941 en la Provincia de Buenos Aires, por iniciativa del filántropo Román Rosell, se funda una Institución la cual lleva su nombre. La creación de este lugar tiene como objetivo principal que las personas ciegas o con baja visión puedan obtener todo lo necesario para desenvolverse de manera autónoma. Actualmente, Ocampos Norma y Pena Alejandro dirigen el área de Tenis adaptado. Dentro del Instituto también se desarrollan diferentes deportes como así también actividades relacionadas con el arte y la música.

Al realizar una exhaustiva revisión bibliográfica, se evidencia que existen pocos antecedentes que relacionan al Tenis adaptado y a la discapacidad visual (DV). Por consiguiente,

nace la motivación de estudiar y difundir espacios que propicien actividades significativas para dicha población haciendo hincapié en los múltiples beneficios que tiene la práctica deportiva en las personas, donde el motor es la motivación, el compromiso y la superación más allá de la condición de salud. Dicha práctica surge del Tenis convencional en donde las personas pueden desarrollar la actividad a partir de adaptaciones centradas en sus posibilidades, contribuyendo a la funcionalidad, a la autonomía y favoreciendo la participación activa.

Para finalizar, esta investigación tiene un alcance exploratorio descriptivo, con un enfoque metodológico cuantitativo y un diseño no experimental. Toma de referencia el Marco de Trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional que guía la intervención terapéutica y tiene un enfoque centrado en la ocupación; y el Modelo Social de discapacidad, el cual garantiza la inclusión, la participación social y el derecho a participar en ocupaciones y actividades significativas, teniendo las mismas posibilidades que el resto de las personas.

ESTADO ACTUAL DE LA CUESTIÓN:

La búsqueda bibliográfica se llevó a cabo en las siguientes bibliotecas/bases de datos: Biblioteca de la Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social, Universidad Nacional de Mar del Plata (UNMdP), Biblioteca del Centro Médico Mar Del Plata, Biblioteca de la Asociación Marplatense de Terapistas Ocupacionales, Biblioteca Virtual de la Asociación Argentina de Terapistas Ocupacionales, Google Académico, MedLine, SciELO y DianeLa.

Se realizó comunicación telefónica con Eduardo Raffetto, presidente de la Asociación Argentina de Tenis para Ciegos, impulsor del Tenis adaptado y autor del libro "Tenis para Ciegos, un sueño real"; con Claudio Miyahira, presidente de la Asociación Nacional de Ciegos y Disminuidos Visuales de la Argentina y con Roberto Mazzota, distinguido deportista de Tenis adaptado quienes enviaron vía mail material de lectura y el reglamento internacional de Tenis para ciegos. A nivel provincial se realizó entrevista informal presencial con Sergio Manazzi, referente del deporte en la Provincia de La Pampa, fundador de ONG "El Rincón de Todos" e integrante de la comisión directiva de la Asociación de Ciegos y Disminuidos Visuales de la Argentina.

La Terapista Ocupacional María José Cordonnier, realizó en el año 2002 su tesis de grado en la UNMdP titulada "Síndrome de Sobreuso en una Actividad Deportiva". Esta investigación sienta un precedente importante con respecto a la Terapia Ocupacional y deporte. Los objetivos de la misma fueron determinar el riesgo a sufrir el síndrome de sobreuso en miembros superiores; establecer la influencia de la edad, sexo, antigüedad, y dominancia lateral sobre la aparición del síndrome. La muestra se conformó por 50 nadadores competitivos de cabotaje de entre 9 y 21 años, utilizando como método una entrevista y evaluaciones para tendinitis de bíceps y manguito rotador. Los resultados arrojaron que el 20% presentó tendinitis bicipital y lesión del manguito rotador; a su vez, el 50% de ellos lo presentó del lado contralateral a la dominancia, el 30% del lado dominante y el 20% en ambos lados. Por lo tanto, se infiere que los nadadores competitivos de cabotaje presentan riesgos de sufrir Síndromes de Sobreuso. (Cordonnier, 2002).

Las Licenciadas en Terapia Ocupacional Cané Sofía, Di Tulio Mariana y Martínez Ana Julia, en el año 2011, presentaron su tesis de grado en UNMdP titulada “Calidad de Vida en niños y Adolescentes con Mielomeningocele”, cuyo objetivo principal fue investigar cómo era la Calidad de Vida (CDV) de niños de 2 a 18 años que concurren a centros educativos, asistenciales o deportivos de la ciudad de Mar del Plata, de acuerdo a su percepción y a la de sus padres o adulto responsable. La muestra estuvo constituida por 15 niños y se utilizó el instrumento PedsQL versión 4.0. El cuestionario permitió conocer diferentes áreas de la vida cotidiana de niños y adolescentes describiendo las dimensiones física, emocional, social y escolar. Además, también se llevó a cabo una entrevista cerrada.

Como resultado se obtuvo que la valoración asignada por los niños y los adolescentes es comparativamente superior a la de sus padres, evidenciando una mejor percepción de CDV. También se registró que a medida que aumenta la edad de los niños y adolescentes disminuye la valoración total asignada a la variable de estudio. Y por último haciendo referencia a las dimensiones física, emocional, social y escolar, según el reporte de los niños y adolescentes la dimensión más problemática fue la escolar y la menos problemática fue la social. En cambio, la percepción de los padres indica que la más problemática fue la física y la menos problemática fue la emocional.

Si bien no tiene relación directa con nuestro tema, consideramos que es un importante antecedente de investigación en la temática CDV.

En la Universidad Nacional de San Martín en el año 2013, las Licenciadas Lervasi, Suffardi y Torres Carbonell escribieron sobre la práctica del deporte adaptado de Básquet en silla de ruedas y su afectación sobre la CDV, desde un estudio cualitativo. Utilizaron la definición multidimensional de CDV, aplicaron un cuestionario semiestructurado y entrevistas con preguntas abiertas, a ocho participantes que practican dicho deporte en el Servicio Nacional de

Rehabilitación. Como resultado obtuvieron que todas las dimensiones de la CDV impactaron en forma positiva sobre el deporte, distinguiendo, por un lado, en mayor medida al bienestar emocional, físico y de relaciones interpersonales. Y en menor medida a la inclusión social. Finalmente concluyeron que es de gran importancia promocionar el deporte como una actividad beneficiosa para la CDV de las personas y, sobre todo, en destacar el rol de los terapistas ocupacionales dentro de un campo, en el cual hoy tienen muy poca intervención y participación.

La estudiante Miriam Isabel Arce Montaño, realizó un Trabajo Final de Grado de la Licenciatura de Psicología de la Universidad de la República, Uruguay, titulado “Ceguera y Calidad de Vida: bienestar subjetivo”, durante el año 2016. Cuyo objetivo fue indagar acerca de la temática de discapacidad, más específicamente la ceguera y su relación con la CDV. La finalidad del trabajo fue conocer cuál es la incidencia de la DV como determinante sobre la CDV de las personas. En relación a esto, se obtuvo como conclusión final que la CDV de las personas con ceguera no difiere de las que no tienen diversidad funcional, sino que deben enfrentarse a barreras no solo físicas, sino sobre todo sociales como el rechazo y discriminación en el ámbito social, laboral, formativo, lúdico, afectivo, etc., muchas veces derivadas del desconocimiento general de la población sobre la discapacidad. Es decir, se encuentran los obstáculos en las barreras arquitectónicas.

La Licenciada en Terapia Ocupacional Sullivan Mercedes, en el año 2017 presentó su tesis de grado en la UNMdP, titulada “Calidad de Vida en Madres de Niños y Adolescentes con Distrofia Muscular”, cuyo objetivo fue dimensionar la CDV y percepción global de salud de las madres por medio del instrumento WHOQOL BREF. Obteniendo en lo que respecta a CDV de “normal” a “buena” y percepción global de “buena” a “mala”. Concluyendo que los dominios Psicológico y Relaciones Sociales arrojaron valores más bajos, mientras que el Físico y Medio Ambiente arrojaron valores más altos.

En el año 2019, las Licenciadas Bustos, Agustina Belén y Salas, Salomé desarrollaron su tesis de grado en la UNMdP titulada “Calidad de Vida de deportistas que practican Boccia”. La misma tuvo como objetivo describir la percepción de la CDV de los deportistas con discapacidad motriz severa que practican Boccia en la provincia de Buenos Aires durante el respectivo año. La muestra finalmente quedó constituida por 30 personas, cuya edad estuvo comprendida entre 18 y 55 años. La recolección de datos se realizó utilizando un cuestionario de elaboración propia. Y también, la escala WHOQOL-BREF, cuya interpretación permitió arribar al conocimiento de la CDV de los deportistas. En cuanto a los resultados de cada uno de los dominios se puede decir que, aunque no hubo diferencias importantes entre ellos, se concluye que el dominio Psicológico fue el que arrojó valores más altos. El resto de los dominios: Físico, Relaciones Sociales y Medio Ambiente si bien no tuvieron valores bajos, fueron menores que al mencionado en un primer momento. Con respecto a la percepción de la CDV Global, se concluye que todos los deportistas tienen una percepción suficientemente positiva de la misma, siendo que el total de la muestra contestó que su CDV es de normal a Muy Buena.

En el año 2019, Alegre Ana, Mammi Mariana y Mansiello Antonella en su trabajo final de Licenciatura de la Universidad Nacional de San Martín, realizaron una investigación titulada “Terapia Ocupacional y Deporte Adaptado en la Ciudad de Bs As. Antecedentes y actualidad de una relación”, cuyo objetivo general fue indagar sobre el inicio y la actualidad del deporte adaptado en la ciudad de Bs As, explorando la participación de Terapia Ocupacional en ambos momentos.

Considerando los supuestos de los cuales partieron las investigadoras, encontraron en el recorrido bibliográfico que sí existió una relación cercana entre Deporte Adaptado y Terapia Ocupacional en los años 50´ en la Ciudad de Buenos Aires. A lo largo de la investigación, encontraron los deportistas que practicaban deporte adaptado, Terapistas Ocupacionales que se relacionaban de alguna forma con el deporte adaptado pero lo que no vieron es una interconexión

entre ellos. Así como en el recorrido histórico de la bibliografía tampoco encontraron material bibliográfico que especifique y detalle conceptos del rol en el deporte. Por último, entrevistaron Terapistas Ocupacionales que no encontraron la correlación e importancia de la profesión con el deporte adaptado. Concluyeron la importancia de repensar el ejercicio profesional dentro del deporte adaptado.

La tesis de la Licenciada Ferré Brunella Azul, de la UNMdP presentada en el año 2022 y titulada “Un mar de oportunidades: Surf adaptado en personas en situación de discapacidad”, tuvo como objetivos describir e indagar sobre la percepción de personas en situación de discapacidad respecto a los beneficios de la práctica del surf adaptado en su bienestar físico y psicosocial, y analizar los significados que le otorgan a dicha práctica a partir de su experiencia vivencial. Para su medición la autora utilizó como método de recolección de datos una entrevista semiestructurada elaborada ad hoc, la cual le permitió ahondar en las experiencias subjetivas de los mismos y alcanzar los objetivos propuestos. En la misma, se concluyó que a partir de los resultados expuestos y la interpretación de las entrevistas realizadas es posible concluir que estos parasurfistas, perciben múltiples beneficios de la práctica de surf adaptado sobre su bienestar físico y psicosocial. Los resultados obtenidos ponen de manifiesto que el deporte representa una ocupación significativa para las personas que lo practican, teniendo en cuenta, la visión de los propios deportistas y por lo tanto, un ámbito de competencia de Terapia Ocupacional para promover la salud, bienestar, interacción y participación social. Así como para favorecer el máximo nivel de independencia, autonomía personal y mejorar la CDV.

En el año 2022 las Licenciadas Cangini; Pirovano y Vattimo, realizaron su tesis de grado de la UNMdP; la misma fue titulada “Interrupción de tratamiento presencial durante el ASPO en contexto de Covid-19. Una mirada desde Terapia Ocupacional, sobre el impacto en la percepción de la Calidad de Vida (CDV) en pacientes con diagnóstico médico de tendinopatía del supraespinoso”. Teniendo como objetivo general, analizar el impacto que la interrupción del

tratamiento presencial de Terapia Ocupacional tuvo sobre la percepción de la CDV de pacientes con diagnóstico médico de Tendinopatía del Supraespinoso. En la misma, se utilizó para la recolección de datos el cuestionario estandarizado WHOQOL- BREF en su versión española-argentina, el cual evalúa la opinión subjetiva sobre la CDV del individuo. Luego de analizar los datos se concluyó que el 41,7% percibe su CDV Global como Buena, el 25% como Muy Buena y otro 25% como Normal. Tan sólo una persona (8,3%) percibió su CDV Global como Mala.

Por último, en el año 2022 las Licenciadas Arregui María Isabel, Cortés Daniela Carolina y Soto María Florencia, realizaron su tesis en la UNMdP titulada “Taller de iniciación a guía deportivo de personas en situación de discapacidad visual (DV)”. El objetivo principal fue sistematizar los talleres de iniciación a guía deportivo de personas en situación de DV dictados dentro de la Asociación Civil Guías a la Par Mar del Plata durante el año 2022. Lograron describir los efectos en las personas en situación de DV al desempeñarse como capacitadores; registrar el impacto generado en los aspirantes a guía deportivo y también delimitar las competencias del Terapia Ocupacional dentro del taller, alcanzando así sus objetivos propuestos. La recolección de datos se realizó por medio de observaciones, entrevistas, encuestas, testimonios y registros fotográficos y audiovisuales, en la realización de cada uno de los encuentros que conforman este trabajo y analizados teniendo en cuenta el Modelo Social de Discapacidad, el Marco de Trabajo de Terapia Ocupacional y los aportes de la Rehabilitación Basada en la Comunidad. Finalmente, concluyeron que, a través de la realización del taller, se difundió y promovió el uso correcto de la terminología de la DV, la importancia de concientizar a la población de la falta de los sentidos. Además, los participantes refirieron haber cambiado su mirada hacia la persona con discapacidad de forma positiva, siendo coincidentes de la importancia de ser portavoz hacia el resto de la comunidad.

Finalmente, luego de concretar la búsqueda bibliográfica, se concluye que la temática presentada ha sido escasamente investigada; si bien existen investigaciones que relacionan el

deporte adaptado con la CDV desde una mirada de Terapia Ocupacional, no existen evidencias de investigaciones en relación a la percepción de la CDV y de Salud General de personas Ciegas y con Baja Visión que practican Tenis.

MARCO TEÓRICO:

Capítulo 1: Calidad de Vida

Historia del término Calidad de Vida

El concepto “Calidad de Vida” (CDV) comienza a irrumpir con fuerza en la década de los 60 (sesenta), y se utiliza actualmente en ámbitos muy diversos, como son la Salud General, la salud mental, la educación, la economía, la política y en el día a día de la sociedad en general.

De acuerdo con Gómez-Vela (2014) en la década de los 50 y principio de los 60, el término CDV, aparece en un primer momento en los debates públicos en torno al medio ambiente y frente al debilitamiento de las condiciones de vida urbana. Posteriormente, surge el interés por conocer y medir aspectos más objetivos, como el nivel socioeconómico, el nivel educacional o los tipos de vivienda. (párr. 2). Según Salas y Garzón (2013), a mediado de los 70 y principio de los 80 se incorporan aspectos subjetivos a la definición de CDV como el bienestar emocional, las relaciones interpersonales, la autonomía y control sobre la propia vida, el sentido de pertenencia, la realización y el desarrollo personal; de forma tal que la expresión comienza a definirse como un concepto integrador que comprende todas las áreas de la vida, le da un carácter multidimensional y hace referencia tanto a condiciones objetivas y componentes subjetivos; marcando la década de los 80’ como el despegue definitivo de la investigación en torno al término (p.38).

De acuerdo a las autoras Gómez- Vela y Sabeh (2001), se puede distinguir a través del tiempo, cómo el término fue abordando diferentes colectivos sociales. Desde el campo de la psiquiatría y la psicología se utilizó dicho término con el fin de medir los resultados de programas y terapias para personas con enfermedades crónicas, en especial con diagnóstico de esquizofrenia y con depresión mayor. Desde un punto de vista médico, como un modo de referirse a la percepción que tiene el paciente sobre los efectos de una enfermedad determinada o de la aplicación de cierto tratamiento en diversos ámbitos de su vida, especialmente de las

consecuencias que provoca sobre su bienestar físico, emocional y social. Más tarde, el término prosperó hacia el terreno de la educación para conocer cómo los niños y jóvenes perciben los efectos de la educación sobre su CDV. En paralelo, se comienza a poner mayor atención en los alumnos con “necesidades educativas especiales”.

En la década de los 80, se adopta una nueva visión sobre las personas con discapacidad dándole lugar a este colectivo de participar activamente en su vida y por consiguiente en su CDV, brindándoles la posibilidad de tomar decisiones, expresar sus gustos, sus deseos, metas y aspiraciones. (párr.11-14).

En la actualidad, el término CDV está estrechamente relacionado con el acceso a servicios y recursos básicos, como la salud, la educación, el empleo y la vivienda. Además, incluye aspectos como la igualdad de género, el respeto al medio ambiente y la participación en la comunidad. La búsqueda de una mejor CDV es un objetivo constante y un indicador importante del progreso de la sociedad.

Definición de Calidad de Vida

Así como el concepto CDV fue variando a lo largo de los años, en la actualidad resulta complejo poder especificar una sola definición para el término, dado que cada individuo le arroja su propia significancia. Es un concepto que en el imaginario social parece resultar una obviedad y de fácil interpretación, pero, en efecto, es dificultoso poder expresar la carga de su significado y el sentido del término.

Es por ello, que luego de realizar una exhaustiva búsqueda bibliográfica se infiere que actualmente no hay una única definición, sin embargo, la mayoría de los autores coinciden en su multidimensionalidad y su subjetividad para definirla.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el término CDV se define como:

(...) es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas y sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno. (Cardona-Arias, Higuita-Gutiérrez, 2014, p. 3).

Esta definición, a la que adhiere este estudio, deja claro el carácter subjetivo y multidimensional de CDV. En esta búsqueda por incorporar un enfoque más holístico que contemple factores más subjetivos tales como aspectos sociales, psicológicos y educacionales, la OMS desarrolló una herramienta que permite evaluar la CDV, la cual considera la percepción de la persona respecto a la satisfacción de sus necesidades.

En un inicio se desarrolla el WHOQOL-100 (1991) y posteriormente una versión más abreviada, el WHOQOL-BREF (1994), instrumento internacional de la OMS de medición de calidad de vida, logrado con la colaboración y aporte de distintos grupos culturales. Esto hace posible considerar a la CDV como un constructo multidimensional, que considera la percepción del individuo determinada por cuatro dominios: Físico, Psicológico, Relaciones Sociales y Medio Ambiente.

Ampliando el aporte de la OMS sobre la definición de CDV, se considera importante mencionar, a los autores Schalock y Verdugo que

(…) conceptualizan o definen la calidad de vida individual desde una mirada más amplia; como un estado deseado de bienestar personal que: (a) es multidimensional; (b) tiene propiedades Etic[1] y Emic[2]; (c) tiene componentes objetivos y subjetivos; y (d) está influenciado por características personales y factores ambientales. (Verdugo, Crespo y Nieto, 2010, p.20).

[1] es el punto de vista del investigador
[2] es el punto de vista de los actores nativos

Estos autores consideran que la calidad de vida es un concepto que refleja las condiciones de vida deseadas por una persona en relación a ocho necesidades fundamentales que representan el núcleo de las dimensiones de la vida de las personas: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos. *(*Henao Lema y Gil Obando, 2009*).*

A continuación, se describen brevemente las dimensiones según el modelo de Schalock:

- Bienestar emocional: hace referencia a los sentimientos y sensaciones de placer con la vida, que a nivel personal permiten el autoconcepto de sí mismo, mediante sentimientos de confianza y la ausencia de estrés.

- Relaciones personales: participar en actividades, tener amigos estables, buena relación con familia, compañeros y vecinos.

- Bienestar material: se refiere a las condiciones económicas y materiales, a tener un lugar de trabajo y una vivienda.

- Desarrollo personal: implica el crecimiento, la adquisición de habilidades y la autorrealización de la persona.

- Bienestar físico: se refiere a la salud y el funcionamiento físico. Esto incluye aspectos como desarrollar actividades de la vida diaria desde las capacidades y el uso de ayudas técnicas, en caso de necesitarla.

- Autodeterminación: tener la posibilidad de decidir por sí mismo y la oportunidad de elegir cómo quiere que sea su vida, sus actividades de tiempo libre, su trabajo y las personas con las que comparte.

- Inclusión social: sentirse parte de la sociedad, sentido de pertenencia.

● Derecho: garantizar que todas las personas tengan igualdad de oportunidades, sin importar su origen, género, orientación sexual, discapacidad o cualquier otra característica y que tengan acceso a los mismos recursos, y servicios.

Finalmente se concluye que las diferentes miradas tienen en común la multidimensionalidad del concepto de CDV.

Capítulo 2: Terapia Ocupacional y Calidad de Vida

La Asociación Argentina de Terapistas Ocupacionales (AATO) define a la Terapia Ocupacional como una profesión que interviene en los ámbitos sanitario, educativo, laboral, judicial y social-comunitario. Los profesionales brindan servicios a personas de diferentes grupos etarios que, al presentar situaciones de estrés, enfermedad, discapacidad y/o disfunciones, ven afectado su desempeño ocupacional, su CDV Global, y por consiguiente su Salud General.

Se debe aclarar que la relación que existe entre la calidad de vida y salud es recíproca. No solo los procesos de salud influyen en la calidad de vida, sino que la calidad de vida influye en los niveles de salud. La salud no es solo un componente importante de la calidad de vida sino también un resultado de ella. Cuando otras dimensiones que integran la calidad de vida, como puede ser lo familiar, laboral, afectivo y social se deterioran, no implican únicamente una calidad de vida inadecuada, sino que pueden conducir a la aparición de enfermedades. Tener salud en su concepción más amplia, no solo implica sentirse bien físicamente, es además tener planes y proyectos futuros, involucrarse en ellos de manera activa para alcanzarlos y derivar de eso satisfacciones personales. (García y Rodríguez, 2007, p.3).

Los Terapistas Ocupacionales se apoyan en una amplia variedad de marcos de referencia que encuadran los servicios brindados. En el presente trabajo se adhiere al Marco de Trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional creado por la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (OTPF-4) (AOTA) 2020. Este consta de dos secciones: el Dominio, donde se describe el alcance de la profesión, las áreas en las cuales los Terapistas Ocupacionales implementan su conocimiento y experiencia; y el Proceso, el cual está centrado en la persona y en las ocupaciones. Ambos tienen una relación estrecha y sirven de guía a la profesión, tienen como objetivo principal centrarse en el desempeño de las ocupaciones que resultan de la interacción dinámica de la persona, el contexto, el ambiente y la ocupación. Es así que se busca

promover su independencia y participación en las actividades de la vida diaria, lo que a su vez mejora su bienestar emocional y su satisfacción general con la vida.

Durante el proceso interactúa la evaluación, la intervención y los resultados. Se establece una dialéctica, entre el Terapista Ocupacional y la persona. A diferencia de otras disciplinas, el Terapista Ocupacional es quién utiliza las ocupaciones como medio de intervención con el fin de promover la salud, el bienestar, la participación social y mejorar la calidad de vida.

Una parte integral del proceso de Terapia Ocupacional es el uso terapéutico de uno mismo, en el cual se interactúa con las y los usuarios de nuestro servicio a través del uso de razonamiento clínico, la empatía, el trabajo colaborativo y la modalidad de atención centrada en la persona. Son los ejes que guían nuestra práctica profesional. (Colombo, Haladjian, 2022 p. 99).

La Terapia Ocupacional es una disciplina que tiene como centro a la persona y a sus ocupaciones; entendiendo que el ser humano es un ser ocupacional y son las ocupaciones las que le dan sentido a su vida. Los Terapistas Ocupacionales poseen una formación extensa que les proporciona las habilidades y los conocimientos para trabajar con aquellos individuos o grupos de población que, por alguna razón, sufren una limitación en su desempeño ocupacional. Los Terapistas Ocupacionales establecen que la participación podría estar facilitada o restringida por entornos físicos, sociales, actitudinales y legislativos. Por ello la práctica de la Terapia Ocupacional, está dirigida a todos aquellos aspectos variables del entorno para mejorar la participación, comprende que existen diversas formas de llevar a cabo una actividad, cualquiera esta sea, respetando las capacidades y las dificultades propias de cada persona, así como también entiende y cumple los derechos y deberes que como personas cívicas se han de validar.

Tal como describe el Modelo Social de Discapacidad, desde el cual se posiciona éste trabajo de investigación, se comparte la premisa de que no son las limitaciones individuales las

raíces del problema, sino que la discapacidad es el resultado de las limitaciones de la propia sociedad que no se encuentra preparada ni diseñada para poder afrontar, para prestar servicios apropiados y para satisfacer las necesidades de todas las personas dentro de la organización social. Se toma como referente este modelo, para garantizar la inclusión de las personas ciegas y con baja visión que practican Tenis. Esto puede incluir la adaptación de las reglas, el uso de tecnologías asistivas, la creación de oportunidades de entrenamiento y competencia accesibles. Se entiende así al deporte adaptado como una forma de desarrollar estrategias personales que permitan a los deportistas, enfrentar de mejor manera la inclusión en la vida cotidiana, la cual va a estar intrínsecamente relacionada con su CDV Global.

En concordancia con el párrafo anterior, resulta importante realizar una descripción de los modelos que se han desarrollado en los diferentes momentos históricos para comprender cómo surge en la actualidad el Modelo Social. Palacios (2008) describe tres modelos en relación a la discapacidad y al trato que existía en torno a esta situación; que a lo largo de la historia ha cambiado y evolucionado.

El primer modelo denominado de *Prescindencia*, consideraba que la discapacidad se debía a una causa religiosa, y que las personas en situación de discapacidad eran consideradas como innecesarias para la sociedad. Se creía que las personas que no aportaran a la comunidad, eran consideradas una carga. Por lo tanto, en este modelo, la sociedad decidía prescindir de ellas a través de la aplicación de políticas eugenésicas o marginándolas y tratándolas como objetos de caridad y sujetos de asistencia.

Por otro lado, el segundo modelo denominado *Rehabilitador* proponía que las causas de la discapacidad eran científicas, donde el objetivo principal era “normalizar” a la persona. Ya no eran consideradas innecesarias o inútiles por no cubrir las necesidades de la comunidad, sino que se entendía que, en la medida que fuesen rehabilitadas o normalizadas, podían tener algo

para aportar a la sociedad. El problema cardinal pasa a ser la persona, con sus diversidades y dificultades, a quien es imprescindible rehabilitar psíquica, física, mental o sensorialmente.

El tercer modelo, denominado *Modelo Social,* es aquel que surge a partir de la lucha de personas con discapacidad, donde se considera que las causas que originan la discapacidad, no son religiosas ni científicas, sino que son sociales. Este modelo se relaciona de manera íntima con ciertos valores de los derechos humanos, y aspira a potenciar el respeto por la dignidad humana, la igualdad y la libertad personal, propicia la inclusión social, y sienta la base de determinados principios: autonomía personal, no-discriminación, accesibilidad universal, normalización del entorno, diálogo civil, entre otros.

El mismo hace hincapié principalmente en eliminar todo tipo de barreras que restrinjan la participación plena y brindar y asegurar la igualdad de oportunidades para todas las personas. La posibilidad de tomar decisiones sobre su propia vida y la igualdad de derechos, les permite a las personas vivir una vida de satisfacción y empoderamiento personal, es así que logra una mejora en la CDV Global y en la Salud General.

En la misma línea, el 13 de diciembre de 2006 en la sede de las Naciones Unidas, se estableció la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo. Este tratado internacional es el resultado de un proceso que involucró a gobiernos, organizaciones de la sociedad civil y personas con discapacidad de todo el mundo. El propósito de la Convención es promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales para las personas con discapacidad. Es un hito importante en el reconocimiento y la promoción de los derechos de las personas con discapacidad a nivel mundial.

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad refleja los supuestos teóricos del modelo social y establece que “la discapacidad es un concepto que

evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencia y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás" de este modo, reconoce la discapacidad cómo construcción social producida por la interacción del impedimento con las barreras sociales.

El mismo consta de 50 artículos que abordan una amplia gama de derechos y principios relacionados con las personas con discapacidad. Algunas de las generalidades de los artículos incluyen el reconocimiento del derecho a la igualdad y no discriminación, el respeto por la autonomía individual y la libertad de elección, el acceso a la justicia en igualdad de condiciones, el reconocimiento del derecho a la educación inclusiva, la accesibilidad, el respeto por la integridad personal y la protección contra la explotación, la violencia y el abuso, entre otros aspectos fundamentales para garantizar los derechos humanos de las personas con discapacidad. Cada artículo aborda un aspecto específico que contribuye a promover una sociedad más inclusiva y equitativa para todas las personas.

Se considera al deporte como un vehículo de inclusión e integración, mediante el cual las personas con discapacidad pueden acceder a las mismas posibilidades que el resto; se hace hincapié en el Artículo 30.5 de la Convención "Participación en la vida cultural, las actividades recreativas, el esparcimiento y el deporte". El mismo menciona que las personas con discapacidad puedan participar en igualdad de condiciones con las demás en actividades recreativas, de esparcimiento y deportivas, y señala las medidas pertinentes que los Estados Parte han de adoptar a fin de que las personas en situación de discapacidad puedan acceder a las mismas posibilidades que el resto:

"a) Alentar y promover la participación, en la mayor medida posible, de las personas con discapacidad en las actividades deportivas generales a todos los niveles;

b) Asegurar que las personas con discapacidad tengan la oportunidad de organizar y desarrollar actividades deportivas y recreativas específicas para dichas personas y de participar en dichas actividades y, a ese fin, alentar a que se les ofrezca, en igualdad de condiciones con las demás, instrucción, formación y recursos adecuados;

c) Asegurar que las personas con discapacidad tengan acceso a instalaciones deportivas, recreativas y turísticas;

d) Asegurar que los niños y las niñas con discapacidad tengan igual acceso con los demás niños y niñas a la participación en actividades lúdicas, recreativas, de esparcimiento y deportivas, incluidas las que se realicen dentro del sistema escolar;

e) Asegurar que las personas con discapacidad tengan acceso a los servicios de quienes participan en la organización de actividades recreativas, turísticas, de esparcimiento y deportivas". (Organización de las Naciones Unidas, 2008, p.33).

Para finalizar, cabe destacar que una sociedad que respeta el principio de igualdad es aquella que adopta un criterio inclusivo respecto de las diferencias humanas. Siendo así, que los Terapistas Ocupacionales pueden adoptar una posición activa como agentes de cambio social, modificando y adaptando el ambiente a las necesidades de todos, incluyendo a las personas con discapacidad y teniendo en cuenta su diversidad de manera positiva para potenciar su desarrollo y garantizar sus derechos.

Capítulo 3: Deporte

Definición de deporte:

El deporte se considera como una entidad multifuncional que incumbe diversos aspectos de la vida humana y social. En la actualidad, el término deporte es utilizado generalmente para designar a un tipo de actividad física que presenta características determinadas, aun así, no existe una definición única y universal (Bustos y Salas, 2019).

La Carta Europea del Deporte (Unisport, 1992) define éste como “todas las formas de actividades que, a través de una participación, organizada o no, tienen como objetivo la expresión o la mejora de la condición física o psíquica, el desarrollo de las relaciones sociales y la obtención de resultados en competición de todos los niveles”.

Es así que, aporta una definición muy amplia del término deporte: “Actividad física donde la persona elabora y manifiesta un conjunto de movimientos o un control voluntario de los movimientos, aprovechando sus características individuales y/o en cooperación con otro/s, de manera que pueda competir consigo mismo, con el medio o contra otro/s tratando de superar sus propios límites, asumiendo que existen unas normas que deben respetarse en todo momento y que también, en determinadas circunstancias, puede valerse de algún tipo de material para practicarlo”. (Castejón 2001 p.17)

De acuerdo a lo planteado por Cordonnier (2002), cuando el deporte se adapta a las necesidades y habilidades específicas de cada individuo, constituye una fuente de salud y equilibrio, da a las personas la oportunidad de conocerse, de expresarse y de superarse. Se reconoce que el deporte contribuye cada vez más a hacer realidad el desarrollo y la paz, promoviendo la tolerancia y el respeto, y que respalda también el empoderamiento de las mujeres y jóvenes, las personas y las comunidades, así como los objetivos en materia de salud, educación

e inclusión social (Danelli, 2016).

El deporte tiene una especial relevancia en el desarrollo personal y social de la persona que lo practica. La actividad física como ocupación; es un medio de participación en la comunidad, y también como ocio y tiempo libre, a través del cual; se adquieren diferentes e importantes roles en nuestra vida diaria. No sólo la práctica de actividad física y deporte mejora la salud y el bienestar del individuo, sino que también contribuye a favorecer y promover el desarrollo de comunidades inclusivas. (Ramírez, 2016, p 10).

El deporte tiene múltiples acepciones, los autores antes mencionados coinciden que es una actividad física que involucra habilidades y que puede practicarse de forma individual o grupal. Asimismo, tiene el propósito de mejorar la salud, la aptitud tanto física como psíquica, las relaciones sociales, la recreación y/o la competencia.

Según Ramírez (2016), la práctica deportiva y la actividad física, tienen múltiples beneficios que contribuyen a la CDV de las personas, promoviendo la independencia, la autonomía y generando transformaciones en los diferentes aspectos. En el físico, permite lograr modificaciones significativas en las condiciones físicas, aumentando el rendimiento deportivo, mejorando el control postural y el equilibrio, la capacidad cardiovascular, previene enfermedades. A través de la implementación de actividades graduadas, que permiten generar cambios, que luego se ven reflejados en el desempeño de las actividades de la vida diaria, descanso y en el nivel de energía disponible.

En lo psicológico, la actividad deportiva le brinda a quienes la practican un sentido de pertenencia, le da la posibilidad de participar y tomar decisiones sobre su propia vida, y así favorecer la CDV. También otorga un significado a la persona que realiza la práctica, siendo este, un puente, para el bienestar emocional y el autoconcepto de uno mismo en un contexto determinado. Además, previene la depresión y reduce los niveles de estrés.

En lo social, uno de los beneficios más importantes de practicar un deporte es la socialización, ha de contribuir significativamente a la construcción de relaciones sociales, fomenta la interacción entre pares, promueve el trabajo en equipo, mejora la comunicación y crea un sentido de pertenencia. Ser parte de un equipo deportivo es un abanico de oportunidades para conocerse y conectarse con otros. (p.11)

Y desde el aspecto medio ambiente, propicia el sentido de libertad de los deportistas, y así logran movilizarse con confianza por la comunidad en los medios de transporte y en la propia ciudad. Poder tener la independencia de concurrir a los encuentros de Tenis, tener la capacidad de socializar y percibir que pasa en su entorno; con el fin de disfrutar y participar en actividades de ocio.

Con el paso del tiempo, el estilo de vida de las personas se ha ido modificando, como así también el lugar que las personas le asignan al deporte. A partir de los cambios que la sociedad experimenta, a través de la prolongación de las jornadas de trabajo (sin pausas activas y estrategias ergonómicas), la invasión masiva del uso de la tecnología en diversas áreas, el aumento del uso de transporte como único medio de movilidad en la comunidad y la mecanización creciente de las herramientas, propician los desajustes en el equilibrio ocupacional, por lo cual, se considera indispensable mantener al deporte dentro de las áreas de la ocupación.

Deporte adaptado:

La historia de los inicios del deporte adaptado se remonta al año 1944, cuando a Ludwig Guttman, neurólogo británico, lo convocan para dirigir el Centro Nacional de Lesionados Medulares de Stoke Mandeville en Inglaterra. Fue entonces que decide implementar en el proceso de rehabilitación de los soldados, la práctica deportiva como actividad recreativa. En

este momento logra observar que, con dicha práctica, los ex combatientes obtenían beneficios psicológicos, afectivos y sociales.

Según el Comité Paralímpico Internacional (IPC), el 29 de julio de 1948, día de la ceremonia inaugural de los Juegos Olímpicos de Londres, se llevaron a cabo los primeros Juegos de Stoke Mandeville en el Hospital de Stoke Mandeville en Inglaterra. Fue el Dr. Ludwig Guttmann quien organizó la primera competencia deportiva para veteranos de guerra con lesiones medulares. Estos juegos se convirtieron más tarde en los Juegos Paralímpicos que tuvieron lugar por primera vez en Roma, Italia, en 1960 y contaron con 400 atletas de 23 países. Desde entonces se realizan cada cuatro años, se considera en la actualidad un evento deportivo global que celebra la habilidad atlética de personas con discapacidad.

Reina define el deporte adaptado como aquella modalidad deportiva que se adapta al colectivo de personas con discapacidad o condición especial de salud, ya sea porque se han realizado una serie de adaptaciones y/o modificaciones para facilitar la práctica de aquellos, o porque la propia estructura del deporte permite su práctica (Reina 2010).(Moya Cuevas, 2014, p.9).

Según Moya Cuevas (2014), normalmente un deporte dado se suele adaptar modificando:

- El reglamento (por ejemplo, permitiendo el doble regate en el baloncesto en silla de ruedas respecto de la versión a pie).
- El material (por ejemplo, el uso de un balón sonoro en modalidades deportivas para personas con discapacidad visual).
- Las adaptaciones técnico tácticas (que tendrán en cuenta las exigencias formales y funcionales del deporte adaptado de que se trate).

Según refiere Reina (2014), otro hecho importante que marca al deporte adaptado fue la creación de la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y la salud-CIF (OMS, 2001), dado que permitió avanzar desde una clasificación basada en el déficit a una fundada en las competencias de las personas, cambia así la manera en que se entiende la discapacidad. A su vez la CIF permite unificar el lenguaje a nivel mundial, lo cual es necesario cuando se organizan competencias o juegos internacionales (como por ejemplo los Juegos Paralímpicos). Asimismo, esta clasificación permite observar que en muchas circunstancias las limitaciones en la participación de una actividad pueden no estar dadas por la discapacidad en sí, sino por el ambiente qué actúa como barrera en vez de ser facilitador.

Finalmente, el deporte adaptado influye positivamente en las personas independientemente de su condición de Salud General. Participar en actividades físicas adaptadas, como lo es el Tenis, mejora la salud física, emocional y social, aumenta la autoestima y la confianza; proporciona oportunidades de socialización y genera un impacto sobre la CDV Global y la Salud General de cada persona. Sin embargo, las personas con discapacidad se tienen que topar con diferentes barreras tanto físicas como sociales, que limitan y dificultan su participación en estas ocupaciones. El deporte adaptado propicia a sensibilizar a la sociedad sobre las diferentes situaciones de diversidad funcional en general y la práctica deportiva en particular, elimina las barreras arquitectónicas, atiende las demandas de la diversidad y ofrece mayor posibilidad de oportunidades para su práctica.

Capítulo 4: Deporte y Terapia Ocupacional:

Según la AOTA, el Dominio de la Terapia Ocupacional tiene como núcleo esencial apoyar el bienestar, la salud y la participación en la vida, por intermedio de un compromiso con la ocupación. Todos los aspectos del dominio se relacionan entre sí y tienen el mismo valor e importancia. Los Terapistas Ocupacionales a través de sus habilidades, conocimientos y valores, contribuyen a que cada persona lleve a cabo las ocupaciones significativas de forma comprometida.

Los aspectos del Dominio incluyen: las áreas de ocupación, las características de las personas, las destrezas de ejecución, los patrones de ejecución, los contextos y entornos, y las demandas de la actividad.

Ocupaciones	Contextos	Patrones de Desempeño	Habilidades de Desempeño	Factores del Cliente
Actividades de la vida diaria (AVD) Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) Manejo de la salud Descanso y sueño Educación Trabajo Juego Ocio Participación social	Factores ambientales Factores personales	Hábitos Rutinas Roles Rituales	Habilidades motoras Habilidades de procesamiento Habilidades de interacción social	Valores, creencias y espiritualidad Funciones corporales Estructuras corporales

Cuadro 1
Aspectos del Dominio de la Terapia Ocupacional
Nota: AOTA (2020, p 6).

“Las ocupaciones son fundamentales para la salud, la identidad y el sentido de competencia de un cliente (persona, grupo o población) y tienen un significado y valor particulares para ese cliente”. (AOTA, 2020).

Si bien para la Terapia Ocupacional no existe una definición de ocupación única y universal, Simó Algado & Urbanowski (2006) la definen, como “grupos de actividades y tareas de

la vida diaria, nominadas, organizadas, y a las que se les da un valor y significado por los individuos y la cultura. Incluye los ámbitos de auto-cuidado, ocio y productividad" (pág. 12).

Este concepto se relaciona principalmente con la idea de que al participar e involucrarse en ocupaciones, la persona se ocupa de sí misma, le da un significado y toma el control de su propia vida. Es por esto que la ocupación es considerada como una necesidad humana básica, y las personas buscan naturalmente estar ocupadas en las diferentes facetas de su vida. De esta forma es que se relaciona el concepto de ocupación con el de salud, ya que, el concepto de salud actual de la OMS (2012) va más allá de la ausencia de enfermedad y comprende el tener oportunidades, poseer habilidades para involucrarse en patrones significativos para el cuidado de uno mismo, el disfrute de la vida y la participación en la comunidad (sentimientos de pertenencia, actividades socialmente valoradas, etc.).

Del mismo modo, los significados y sentidos que les otorgamos a las ocupaciones necesariamente cambian entre los individuos, e incluso pueden variar para la misma persona según el momento y el contexto en el que se encuentre. En ocasiones nos sumergimos en alguna de ellas como medio, en otras ocasiones como fin en sí mismo. No solo las gestionamos así en los tratamientos que acompañamos, sino que también las vivimos de esa manera en nuestro día a día como seres ocupacionales. No todos "estamos en las ocupaciones" de la misma manera: no les dedicamos el mismo tiempo, organizamos el espacio de diferentes formas, seleccionamos materiales o herramientas según nuestros gustos y posibilidades, incluimos antes, durante o después rituales personales, también puede que les dediquemos tiempos variados a los pasos que parecen preestablecidos y hasta que nos salteamos alguno... en síntesis: tamizamos la acción con nuestro estilo; estamos en las ocupaciones de manera singular. (Vieyra, 2022, p.149).

Se retoman los lineamientos que propone el Marco de trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional (MTPTO), el cual establece como forma de intervención del quehacer profesional, a las ocupaciones y también a las actividades. Define a estas últimas como componentes de las

ocupaciones que son objetivas y están separadas del compromiso o de los contextos del cliente. Las actividades como intervenciones son seleccionadas y diseñadas para apoyar el desarrollo de las habilidades de desempeño para mejorar el compromiso ocupacional. Son el instrumento propio y distintivo de la profesión. Es así, que se puede determinar que una no está separada de la otra, sino que se complementan.

Sánchez (2015) afirma que la ocupación y la actividad son el núcleo de la terapia ocupacional, en las múltiples situaciones que el ser humano atraviesa. Para los Terapistas Ocupacionales las actividades de la vida diaria pueden ser definidas de varias formas, pero las características en común que tienen, es su relevancia y el significado que le otorgan las personas. La identidad personal surge de nuestras acciones (ocupaciones) y en muchas ocasiones son las que nos definen". (González García, p.2).

Desde este enfoque, las actividades ocupacionales, se determinan como cualquier acción que una persona realiza en su vida diaria como parte de su ocupación. El deporte, está dentro de las áreas de ocupación del dominio de Terapia Ocupacional, forma parte principalmente de la ocupación de Ocio, definida en el (MTPTO) como "Actividades no obligatorias que está intrínsecamente motivada y se realiza durante un tiempo discrecional, es decir, tiempo no dedicado a ocupaciones obligatorias como el trabajo, el cuidado personal o el sueño (Parham & Fazio, 1979).

> Toda ocupación desplegada en el marco de un ocio de calidad nutre a quien la realiza de una forma subjetiva e íntima. Se sustenta en el deseo de su realización, puesto que ese deseo construye para la persona un contexto desde el que encontrarse con su propio bienestar y que genera experiencias, tanto individuales como colectivas, que trascienden en muchos casos el propio impulso inicial. Aunque toda ocupación conlleva en sus comienzos una motivación, un recorrido y un objetivo final, desde la perspectiva del ocio al que se refiere este libro su centralidad se dirige a la experiencia en sí misma, a su proceso de realización. (Ytarte, Cantero Garlito y Merino, 2017, p.34).

También, se puede pensar que el deporte contribuye en cada una de las siguientes áreas del desempeño ocupacional:

-Actividades de la Vida Diaria Básicas (AVD): una persona para hacer actividad física debe vestirse antes, ducharse y asearse después, moverse y arreglarse para la actividad.

-Actividades de la Vida Diaria Instrumentales (AIVD): también debe desplazarse por la comunidad al lugar de la actividad, relacionarse con las otras personas con las que participa. Además, de forma inherente, está participando en el mantenimiento de su salud y mejorando su calidad de vida.

-Descanso y Sueño: después de la actividad física se descansa mejor, favorece un mejor balance de actividad - descanso.

-Juego: se exploran y se participan en diversos juegos propuestos.

-Trabajo: Si bien a nivel mundial hay atletas paralímpicos que desarrollan el deporte como actividad de trabajo, en nuestro país no existe esta posibilidad dado que las becas que se otorgan son pocas y de bajo valor.

-Ocio y Tiempo Libre: se explora y participa en un ocio activo, flexible, personal.

-Participación social: participan en actividades físicas con sus compañeros, desarrollan sus habilidades sociales, su autorregulación al tener que aceptar derrotas de sus compañeros o al dar la enhorabuena a los compañeros. (Barrios Fernández,2012, p.3).

Por lo tanto, los Terapistas Ocupacionales deben centrar su intervención en el interés y en el significado que cada persona le otorga a cada actividad ocupacional, en este caso el deporte, sin perder de vista la multidimensionalidad, evaluar las capacidades y habilidades de la persona para desempeñarse y considerar el contexto. Poder tener la mirada del deporte como una actividad más, dentro de las ocupaciones y así determinar desde qué área abordarla es fundamental. Sin embargo, no se debe perder de vista que el objetivo es la independencia, la autonomía, promover la Salud General, el bienestar, la participación social y mejorar la CDV

Global por medio de la libre elección de la persona; para luego simplemente generar las estrategias y adaptaciones pertinentes para poder desempeñar la actividad propuesta.

Capítulo 5: Tenis para ciegos

Definición de Tenis para ciegos

Tenis para ciegos o Blind Tennis es el nombre que se le da a una adaptación del Tenis convencional practicado por personas Ciegas y con Baja Visión. La Asociación Internacional de Tenis para Ciegos (IBTA), es el organismo que coordina este deporte a nivel internacional, fue fundada en el año 2014 por las siguientes entidades:

- Federación Japonesa de Tenis para Ciegos.
- Federación Coreana de Tenis para Ciegos.
- Asociación Argentina de Tenis para Ciegos.
- Fundación Sound Tennis de España.

Federación Internacional de Deportes para Ciegos (International Blind Sports Federation (IBSA)

La IBSA clasifica a los atletas con discapacidad visual en tres niveles, con el objetivo de organizar competencias equilibradas y adaptar las reglas e instalaciones. Los tres niveles, denominados B1, B2 y B3 son:

- B1: Totalmente o casi totalmente ciego; desde no percepción de luz a percepción de luz, pero inhabilidad para reconocer la forma de una mano.
- B2: Parcialmente vidente; capaz de reconocer la forma de una mano hasta una agudeza visual de 2/60 o un campo visual de menos de 5 grados.
- B3: Parcialmente vidente; con agudeza visual desde 2/60 a 6/60 o un campo visual desde 5 a 20 grados.

En la actualidad, Blind Tennis suma la categoría B4: ceguera parcial, clasificación que se incorpora sólo a este deporte. Esto genera controversia entre los participantes ya que la clasificación depende de la agudeza visual o el campo visual, pudiendo el jugador desempeñarse tanto en la categoría B3 o B4.

Reglas generales:

Las modificaciones que se realizan para la práctica del Tenis son: la pelota, las mismas son oficiales JTAV, tienen un diámetro de 9cm, están recubierta de espuma con una pelota de tenis de mesa (con perdigones en su interior) en su centro que produce sonido, su color es amarillo o negro. La dimensión de la cancha y la altura de la red, varían según la categoría: para B1, las dimensiones son de 12,80 mts x 6,10 mts y la red a una altura de 83cm; para B2 y B3, las medidas son de 18,28 mts y la altura de la red de 90 cm. Las líneas perimetrales están marcadas con una soga de 3 mm de espesor, pegadas al piso, la cual les permite a los jugadores ubicarse y conocer los límites de la cancha. Las raquetas son juniors, la longitud debe ser inferior a 56 cm, debe estar aceptada por la Federación Internacional de tenis (ITF) y no está permitido el uso de una raqueta de tamaño adulto. Los rebotes permitidos son: para B1 tres piques; B2 y B3 dos piques y B4 un pique. Además, los jugadores tienen que decir "¿Listo?", "Sí" y "Juego" antes de que comience cada punto.

Historia y actualidad del Tenis para personas ciegas y con baja visión:

El Tenis para personas ciegas y con baja visión es un deporte relativamente nuevo en nuestro país. La historia de este deporte surge en Japón, a mediados de la década del 80, siendo Miyoshi Takei su mayor impulsor.

En aquel momento, según Raffetto (2021, p.16) Miyoshi Takei era un estudiante ciego de la escuela Municipal de Ciegos de la Prefectura de Saitama. En sus clases de Educación

Física Takei manifestó su interés por el Tenis, un deporte esencialmente visual que hasta el momento no era practicado por personas ciegas y con baja visión.

En consecuencia, Takei junto a su profesor de educación física idearon una pelota de un tamaño más grande y más blanda que la convencional, hecha de goma espuma con una bola de plástico más pequeña insertada en su interior y cuatro municiones de plomo que emiten sonidos. De esta manera, lograron a través del estímulo auditivo que produce la pelota al ser impactada en el suelo, poder localizarla en el espacio. A su vez, desarrollaron ejercicios técnicos de movilidad corporal, así una vez localizada, poder impactar. Es así que, para todas las prácticas y torneos se usa esta pelota japonesa. Finalmente, en el año 1990 se concretó el primer torneo Nacional disputado en Japón.

En el año 2011, en la Ciudad de Buenos Aires Eduardo Raffetto, profesor de Tenis; comienza a desarrollar el Tenis para personas ciegas y con baja visión, a raíz de la demanda de personas con esta condición, interesadas en poder practicarlo. A partir de este momento, logra contactar con la Federación Japonesa Blind Tennis, quienes le facilitan los materiales para poder comenzar con la actividad en nuestro país, dando inicio al Tenis adaptado.

Posteriormente, profundiza en el deporte en sí, en conocer la condición de la población, además de obtener material específico. En el año 2015 creó la Asociación Argentina de Tenis para ciegos, cuyo objetivo inicial fue promover la integración de las personas con discapacidad visual a la sociedad mediante la práctica deportiva de Tenis. De esta manera Eduardo Raffetto es considerado el impulsor del deporte en nuestro país.

En el año 2013, en la Provincia de Bs As en el Instituto Román Rosell, Roberto Mazzotta junto a su esposa Norma Ocampos y Alejandro Pena profesor de Tenis convocan a atletas ciegos para dar inicio a la actividad.

En el año 2018, Sergio Manazzi, profesor de Educación física y fundador de la ONG “El Rincón de todos”, realiza lo mismo en la Provincia de La Pampa, impulsando el deporte en la región y formando voluntarios que hasta el momento son referentes de la actividad.

En la actualidad en nuestro país hay un total de aproximadamente 80 atletas que practican el deporte, de los cuales 10 (diez) en la ONG “El rincón de todos” y 15 (quince) en el “Instituto Román Rosell”. Si bien el Tenis adaptado para Ciegos se encuentra en permanente crecimiento a nivel Nacional e internacional aún no se considera deporte paralímpico porque actualmente no cumple con todos los requisitos establecidos por el Comité Paralímpico Internacional (IPC). Esto se debe a escasez de practicantes en varios países, la falta de una estructura organizativa y reglas establecidas, o la ausencia de apoyo de Federaciones deportivas. Sin embargo, es importante destacar que este deporte para ciegos es practicado y disfrutado a nivel nacional e internacional en eventos y competiciones específicas para personas con discapacidad visual.

Cabe resaltar que un deporte se considera paralímpico cuando está adaptado para personas con discapacidad, se rige por las reglas y regulaciones establecidas por el Comité Paralímpico Internacional (IPC). Estos deportes ofrecen oportunidades de competencia a atletas con discapacidades físicas, visuales o intelectuales. Los mismo deben incluir:

- Un reglamento de juego, en la mayoría de los casos adaptado.
- Entes Internacionales y Nacionales que lo avalen.
- Un sistema de competición (local, nacional e internacional): Cada federación nacional organiza y regula el sistema de competencia local y nacional, a su vez, el IPC coordina, regula y supervisa las competiciones internacionales.

● Un sistema de clasificación: El cual se encarga de asegurar que las diferencias en los resultados deportivos se deban al entrenamiento, nivel personal y experiencia competitiva más que a la capacidad neurológica, motora o sensorial del atleta.

Capítulo 6: Discapacidad Visual

Definición de visión:

La visión es uno de los sentidos que permite percibir y entender el mundo que nos rodea, proporciona información sobre el entorno permitiendo reconocer imágenes, colores, formas, tamaños, profundidad y movimiento. Cuando la visión no está o se pierde, la información es percibida por el resto de los canales sensoriales.

Las personas con Discapacidad Visual (DV) pueden experimentar cambios o dificultades en su vida diaria al intentar realizar actividades como leer, cocinar, trasladarse, comunicarse, entre otras. Es importante ofrecer apoyo emocional y buscar recursos y servicios que puedan ayudar en la adaptación a esta situación de vida.

Además, es fundamental fomentar la inclusión y la accesibilidad en entornos educativos, laborales y sociales para garantizar que las personas con DV puedan participar plenamente en la sociedad.

Ceguera y baja visión:

La ceguera hace referencia a una agudeza visual desde 0.05 hasta la no percepción de la luz o una reducción del campo visual inferior a 10°; en tanto el término baja visión comprende una agudeza máxima inferior a 0.3 y mínima superior a 0.065.

Según la Organización Nacional de Ciegos Españoles (ONCE), la DV es la consideración a partir de la disminución total o parcial de la vista, se mide a través de diversos parámetros, como la capacidad lectora de cerca y de lejos, el campo visual o la agudeza visual.

La Clasificación Internacional de Enfermedades 11 (CIE11) (2018) caracteriza el deterioro de la visión en dos grupos: deterioro de la visión cercana y deterioro de la visión distante.

El deterioro de la visión distante incluye:

- Leve: agudeza visual inferior a 6/12 o igual o superior a 6/18.
- Moderado: agudeza visual inferior a 6/18 o igual o superior a 6/60.
- Grave: agudeza visual a 6/60 o igual o superior a 3/60
- Ceguera: agudeza visual inferior a 3/60

Por su parte el deterioro de la función cercana.

- Agudeza visual cercana inferior a N6 o M.08 a 40 cm.

Alarcón et al. (2020) en su tesis de grado refieren que “La ceguera legal es la pérdida de visión en uno o en los dos ojos. Cuando una persona tiene una visión por debajo de una agudeza visual de 20/200 (0,1), incluso tras una corrección con gafas o lentes de contacto, se considera una ceguera legal”. (p.60-61).

Discapacidad Visual adquirida:

Según Alarcón et al. (2020), representa la aparición de la DV secundaria a una patología o afección que puede acontecer en cualquier momento de la vida de una persona (p.61-). Cuando una persona adquiere una DV, puede enfrentar desafíos significativos para adaptarse a su nueva realidad, puede ocurrir que experimenten emociones como la frustración, la tristeza y la ansiedad. Además de requerir apoyo y entrenamiento para aprender técnicas de orientación y movilidad, de AVD, tiflotecnología, lectoescritura, entre otras. Es imprescindible que la información que anteriormente ingresaba por el sentido de la visión, ahora pueda ingresar por otros canales sensoriales para que la persona pueda adaptarse a las demandas del medio ambiente que le permitan realizar actividades cotidianas, participar de la sociedad y obtener un mejor desempeño ocupacional.

En nuestro País la normativa para la certificación de personas con Discapacidad Visual, Disp N°2230/2011 del Servicio Nacional de Rehabilitación dispone que “quien aún después de un tratamiento y/o refacción convencional tiene en su mejor ojo una agudeza visual menor a 1/10 (igual o menor a 0 o 5) hasta visión de luz y/o un campo visual menor o igual a 10°.

Enfermedades adquiridas que pueden causar Discapacidad Visual:

- Cataratas: Condición en la cual el cristalino del ojo se vuelve opaco, lo que afecta la visión. Puede causar visión borrosa, sensibilidad a la luz y dificultad para ver con poca luz. Las cataratas suelen desarrollarse gradualmente con el envejecimiento, pero también pueden ser causadas por lesiones o enfermedades oculares.
- Retinopatía diabética: complicación ocular causada por la diabetes, en la cual los vasos sanguíneos de la retina se dañan.

  Tipos de diabetes:

Tipo 1: Enfermedad crónica en la que el páncreas no produce insulina. Se puede presentar a cualquier edad, pero es más frecuente entre niños y jóvenes.

Tipo 2: Enfermedad crónica que afecta la forma en que el cuerpo procesa el azúcar en la sangre y se presenta como una resistencia a la insulina. Es frecuente en la adultez.

La retinopatía diabética puede provocar complicaciones graves en la visión. Las complicaciones más habituales son:

Hemorragias vítreas: Sangrado en la cavidad del ojo llamado vítreo, que es un gel transparente que llena el espacio entre el cristalino y la retina. Algunas de las posibles consecuencias pueden incluir disminución de la visión, visión borrosa, distorsión de la imagen, manchas flotantes en el campo visual y pérdida de visión en casos graves.

Desprendimientos de retina traccional: Ocurre cuando la capa sensible a la luz en la parte posterior del ojo (retina) se separa de su posición normal. Esto puede causar visión borrosa, pérdida de visión en áreas específicas, destellos de luz y la aparición de manchas flotantes.

Glaucoma neovascular: Forma de glaucoma que se desarrolla como resultado de la formación anormal de vasos sanguíneos en el ojo. Estos nuevos vasos sanguíneos pueden obstruir el drenaje del líquido ocular, lo que aumenta la presión dentro del ojo y daña el nervio óptico. Esto puede llevar a una pérdida de visión irreversible.

El desprendimiento de retina en personas diabéticas se produce cuando los vasos relacionados con la retinopatía diabética estimulan el crecimiento del tejido cicatricial y desprende la retina de la parte posterior del ojo, provocando manchas en la visión, destellos de luz y pérdida grave de visión.

- Glaucoma: Enfermedad ocular que daña el nervio óptico y puede causar pérdida de visión gradual e irreversible. Se caracteriza por un aumento de la presión intraocular, lo que afecta la circulación sanguínea en el ojo. Es importante detectarlo y tratarlo a tiempo para prevenir la pérdida de visión.

Discapacidad Visual Congénita:

A continuación, se describen las entidades congénitas con mayor prevalencia que pueden causar:

- Retinopatía del prematuro: Es una enfermedad ocular que afecta a los bebés prematuros y se caracteriza por el desarrollo anormal de los vasos sanguíneos en la retina, lo que puede llevar a la pérdida de visión.

- Glaucoma congénito: Es una enfermedad en la que la presión dentro del ojo es anormalmente alta, lo que puede dañar el nervio óptico y causar pérdida de visión. Puede estar presente desde el nacimiento o desarrollarse en los primeros años de vida.
- Cataratas congénitas: Son opacidades en el cristalino del ojo que están presentes desde el nacimiento. Las cataratas congénitas pueden afectar la visión si no se tratan adecuadamente.
- Anomalías del nervio óptico: Pueden incluir el subdesarrollo o ausencia del nervio óptico, lo cual puede resultar en una visión deficiente o ceguera parcial.
- Albinismo: es una condición genética en la cual hay una falta de pigmentación en la piel, el cabello y los ojos debido a la ausencia o deficiencia de melanina. Las personas con albinismo pueden tener problemas de visión (baja agudeza visual), sensibilidad a la luz y otros efectos en su salud visual.
- Microftalmia y anoftalmia: La anoftalmia es la ausencia completa del globo ocular. La microftalmia es un defecto de nacimiento en el cual uno o ambos ojos no se desarrollaron completamente, y por lo tanto son pequeños.

ASPECTOS

METODOLÓGICOS:

Tema:

Terapia Ocupacional y deporte: Tenis adaptado, una actividad ocupacional que influye en la CDV de personas ciegas o con baja visión.

Problema:

¿Cómo es la percepción de la CDV Global y Salud General de personas ciegas y con baja visión, que practican Tenis en la ONG El Rincón de Todos de la ciudad de Santa Rosa y en el Instituto Román Rosell de la ciudad de Buenos Aires, durante el año 2024?

Objetivo general:

Describir cómo es la percepción de la CDV Global y Salud General de las personas ciegas y con baja visión que practican Tenis, en la ONG El Rincón de Todos de la ciudad de Santa Rosa y en el Instituto Román Rosell de la ciudad de Buenos Aires, durante el año 2024.

Objetivos específicos:

Conocer la percepción de la CDV Global y Salud General de las personas ciegas y con baja visión que practican tenis en los siguientes dominios:

- Dominio físico, dominio psicológico, dominio de las relaciones sociales y dominio del medio ambiente.

Indagar la CDV Global y Salud General con respecto a las siguientes variables:

- Edad.
- Sexo.
- Estado civil.
- Diagnóstico.

- Ocupación actual.
- Nivel educativo.
- Participación en terapias.

Describir la CDV Global y Salud General con respecto a las siguientes variables deportivas:

- Categoría deportiva según su capacidad visual estipulada por la International Blind Sport Asociación (IBSA) a la que pertenecen.
- Antigüedad en la práctica de Tenis.
- Participación en otros deportes.

Variable principal de estudio:

CDV Global y Salud General.

Definición científica:

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1996) define a la CDV como “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de forma compleja por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno”. Y a la Salud, como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

Definición operacional:

La percepción de la CDV Global y Salud General se refiere al nivel de bienestar general que experimenta una persona en cuatro dominios de su vida, como la salud física, la salud

psicológica, las relaciones sociales y el medio ambiente que lo rodea. Es una medida subjetiva que varía de una persona a otra, ya que cada individuo tiene diferentes necesidades, valores y metas.

A su vez cada dominio se divide en 24 áreas específicas o facetas. Cada faceta puede ser caracterizada como una descripción de un comportamiento, un estado del ser, una capacidad o potencial, una percepción o una experiencia subjetiva. Se describe a continuación una definición para cada una de las facetas de la CDV cubierta por la evaluación de WHOQOL.

Calidad de Vida y Salud General

Estas preguntas examinan las formas en que una persona evalúa su CDV, salud y bienestar en general.

Dominio I: Físico.

1. Dolor y malestar.

Esta faceta explora las sensaciones físicas desagradables experimentadas por una persona y la medida en que estas sensaciones son angustiosas e interfieren con la vida. Esta faceta incluye el control que la persona tiene sobre el dolor y la facilidad con la que se puede lograr el alivio del dolor. Se reconoce que las personas responden al dolor de manera diferente, y es probable que la tolerancia y aceptación diferentes del dolor afecten su impacto en la calidad de vida. Se incluyen sensaciones físicas desagradables como rigidez, dolores, dolor a largo o corto plazo o picazón. Se considera que el dolor está presente si una persona lo informa así, incluso si no hay una razón médica para explicarlo.

2. Energía y fatiga.

Esta faceta explora la energía, el entusiasmo y la resistencia que tiene una persona para realizar las tareas necesarias de la vida diaria, así como otras actividades elegidas, como la

recreación. Esto se puede ampliar con informes, que pueden ir desde el cansancio incapacitante hasta el otro extremo, niveles adecuados de energía. El cansancio puede deberse a cualquiera de varias causas, por ejemplo, enfermedades, problemas como la depresión o el esfuerzo excesivo.

3. Dormir y descansar.

Esta faceta se refiere a la cantidad de sueño y descanso, y como los problemas en esta área afectan la calidad de vida de la persona. Los problemas para dormir pueden incluir: dificultad para dormir, despertarse durante la noche, levantarse temprano en la mañana sin poder volver a dormir y la falta de descanso al dormir. El enfoque de la faceta es si el sueño está perturbado o no. Esto puede ser por cualquier motivo, tanto relacionado con la persona como con el entorno.

4. Movilidad.

Esta faceta examina la opinión de la persona sobre su capacidad para ir de un lugar a otro, para moverse por la casa, moverse por el lugar de trabajo o hacia y desde los servicios de transporte. La atención se centra en la capacidad general de la persona para ir a donde quiera ir sin la ayuda de los demás, independientemente de los medios utilizados para hacerlo. Se asume que siempre que una persona dependa en gran medida de su movilidad de otra persona, es probable que esto afecte negativamente la calidad de vida.

5. Actividades de la vida diaria.

La faceta explora la capacidad de una persona para realizar las actividades cotidianas habituales. Esto incluye el cuidado propio y el cuidado apropiado de la casa. La atención se centra en la capacidad de una persona para llevar a cabo actividades. El grado en que las personas dependen de otras personas para ayudarlas en sus actividades diarias también puede afectar su calidad de vida.

6. Dependencia de medicamentos o tratamientos.

Esta faceta examina la dependencia de una persona de los medicamentos o las medicinas alternativas (como la acupuntura y los remedios a base de hierbas) para apoyar su bienestar físico y psicológico. En algunos casos, los medicamentos pueden afectar la calidad de vida de una persona de manera negativa (por ejemplo, los efectos secundarios de la quimioterapia), mientras que en otros casos puede mejorar la calidad de vida de la persona (por ejemplo, pacientes con cáncer que usan analgésicos). Esta faceta incluye intervenciones médicas que no son farmacológicas, pero de las cuales la persona todavía es dependiente, por ejemplo, un marcapasos, una prótesis o una bolsa de colostomía.

7. Capacidad de trabajo.

Esta faceta explora el uso que una persona hace de su energía para el trabajo. "Trabajo" se define como cualquier actividad importante en la que la persona está involucrada. Las principales actividades pueden incluir trabajo remunerado, no remunerado, comunitario voluntario, estudio a tiempo completo, cuidado de niños y tareas domésticas. La faceta se centra en la capacidad de una persona para realizar un trabajo, independientemente del tipo de trabajo, sin incluir cómo se sienten las personas acerca de la naturaleza del trabajo que realizan, ni la calidad de su entorno laboral.

Dominio II: Psicológico.

8. Sentimientos Positivos.

Esta faceta examina cuánto experimenta una persona sentimientos positivos de satisfacción, equilibrio, paz, felicidad, esperanza, alegría y disfrute de las cosas buenas de la vida. La visión de una persona y los sentimientos sobre el futuro son vistos como una parte importante de esta faceta.

9. Pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración.

Esta faceta explora el punto de vista de una persona sobre su pensamiento, aprendizaje, memoria, concentración y capacidad para tomar decisiones. Esto incorpora la velocidad de pensamiento y la claridad de pensamiento. Las preguntas no tienen en cuenta si una persona está alerta, consciente o despierta, a pesar de que éstas subyacen en el pensamiento, la memoria y la concentración. Se reconoce que algunas personas con dificultades cognitivas pueden no tener una idea de sus dificultades, y en estos casos, las evaluaciones de personas más cercanas pueden ser necesarias.

10. Autoestima.

Esta faceta examina cómo se sienten las personas acerca de sí mismas. Esto puede variar desde sentirse positivo hasta sentirse extremadamente negativo. Se explora la valoración que la persona tiene de sí misma. El aspecto de la autoestima relacionado con el sentimiento de autoeficacia, la satisfacción con uno mismo y el control de una persona también se incluye en el enfoque de esta faceta.

Es probable que las preguntas incluyan los sentimientos de las personas sobre sí mismas en una variedad de áreas: cómo pueden llevarse bien con otras personas; su educación, su evaluación de su capacidad para cambiar o realizar tareas o comportamientos particulares; sus relaciones familiares; y su sentido de dignidad y autoaceptación. Para algunas personas, la autoestima depende en gran medida de cómo funcionan, ya sea en el trabajo, en el hogar o en cómo son percibidas y tratadas por otros. En algunas culturas, la autoestima es la estima que se siente dentro de la familia en lugar de la autoestima individual. Se reconoce que a algunas personas les puede resultar difícil hablar de la autoestima y que las preguntas están enmarcadas para tratar de tener esto en cuenta.

11. Imagen corporal y apariencia.

Esta faceta examina la visión de la persona de su cuerpo. Se incluye si el aspecto de la persona es visto de una forma positiva o negativa. El enfoque está en la satisfacción de la persona con la forma en que se ve y el efecto que tiene en su autoconcepto. Esto incluye que se pueda corregir las deficiencias corporales "percibidas" o reales presentes (por ejemplo, mediante maquillaje, ropa, etc.).

Es probable que la forma en que otras personas responden a la apariencia de una persona afecte considerablemente su imagen corporal. El enunciado de las preguntas tiene como objetivo alentar a los encuestados a responder cómo realmente sienten, más que cómo sienten que deberían responder. Además, están redactados para poder incluir a una persona que está contenta con su aspecto, así como a una persona con discapacidad física grave.

12. Sentimientos Negativos.

Esta faceta se refiere a cuánto experimenta una persona los sentimientos negativos, incluido el desánimo, la culpa, tristeza, lágrimas, desesperación, nerviosismo, ansiedad y falta de placer en la vida. La faceta incluye una consideración de cuán angustiantes son los sentimientos negativos y su impacto en el funcionamiento diario de la persona. Las preguntas se enmarcan para incluir a personas con dificultades psicológicas, como depresión grave, manía o ataques de pánico.

13. Espiritualidad / religión / creencias personales.

Esta faceta examina las creencias personales de la persona y cómo éstas afectan la calidad de vida. Esta faceta se dirige a personas con diferentes creencias religiosas (por ejemplo, budistas, cristianos, hindúes, musulmanes), así como a personas con creencias personales y espirituales que no encajan dentro de una orientación religiosa particular. Para muchas personas, la religión, las creencias personales y la espiritualidad son una fuente de comodidad, bienestar,

seguridad, significado, sentido de pertenencia, propósito y fuerza. Sin embargo, algunas personas sienten que la religión tiene una influencia negativa en su vida.

Dominio III: Relaciones Sociales.

14. Relaciones personales.

Esta faceta examina hasta qué punto las personas sienten la compañía, el amor y el apoyo que desean de las relaciones íntimas en sus vidas. Esta faceta también aborda el compromiso y la experiencia actual de cuidar y brindar asistencia a otras personas. También incluye la capacidad y la oportunidad de amar, ser amado y tener intimidad con otros emocional y físicamente. Se incluye la medida en que las personas sienten que pueden compartir momentos de felicidad y angustia con sus seres queridos, y un sentido de amar y ser amado.

Los aspectos físicos de la intimidad, como los abrazos y el tacto también se incluyen. Sin embargo, se reconoce que es probable que esta faceta se superponga considerablemente con la intimidad del sexo que se cubre en la actividad sexual de la faceta.

Las preguntas incluyen cuánta satisfacción obtiene una persona, o los problemas que tiene para manejar las cargas de cuidar a los demás. La posibilidad de que esto sea una experiencia tanto positiva como negativa está implícita en la faceta. Aborda todos los tipos de relaciones amorosas, como las amistades cercanas, los matrimonios y las parejas heterosexuales y homosexuales.

15. Apoyo Social.

Esta faceta examina cuánto siente una persona el compromiso, la aprobación y la disponibilidad de asistencia práctica de familiares y amigos. El enfoque de la faceta se centra en cuánto siente la persona que tiene el apoyo de familiares y amigos, en particular en qué medida él o ella podría depender de este apoyo en una crisis. El papel potencialmente negativo de la

familia y los amigos en la vida de una persona se incluye en esta faceta y las preguntas se enmarcan para permitir que se registren los efectos negativos de la familia y los amigos, como el abuso verbal y físico.

16. Actividad Sexual.

Esta faceta se relaciona con la necesidad y el deseo sexual de una persona, y con la medida en que la persona puede expresar y disfrutar de su deseo sexual de manera apropiada. Dando relevancia a la actividad sexual para la calidad de vida de una persona. Por lo tanto, la orientación sexual y las prácticas sexuales de la persona no se consideran importantes en sí mismas, sino que son el deseo, la expresión, la oportunidad y la satisfacción del sexo lo que constituye el enfoque de esta faceta.

Se reconoce que es difícil preguntar sobre la actividad sexual, y es probable que las respuestas a estas preguntas en algunas culturas sean más cautelosas. Además, se anticipa que las personas de diferentes edades y diferentes géneros responderán estas preguntas de manera diferente. Algunos encuestados pueden reportar poco o ningún deseo de tener relaciones sexuales sin que esto tenga efectos adversos en su calidad de vida.

Dominio IV: Medio Ambiente.

17. Seguridad Física.

Esta faceta examina la sensación de seguridad de la persona frente al daño físico. Una amenaza a la seguridad puede surgir de cualquier fuente, como otras personas o la opresión política. Como tal, es probable que esta faceta se relacione directamente con el sentido de libertad de la persona. Por lo tanto, las preguntas se enmarcan para permitir respuestas que van desde una persona que tiene la oportunidad de vivir sin restricciones, hasta la persona que vive en un estado o vecindario opresivo y que se siente inseguro. Las preguntas se centran en el

propio sentimiento de seguridad de una persona / falta de seguridad / inseguridad en la medida en que afectan la calidad de vida.

18. Ambiente del hogar.

Esta faceta examina el lugar principal donde vive una persona (y, como mínimo, duerme y conserva la mayoría de sus posesiones), y la forma en que esto impacta en la vida de la persona. La calidad del hogar se evaluaría sobre la base de estar cómodo, así como ofrecerle a la persona un lugar seguro para residir. Otras áreas que se incluyen implícitamente son: aglomeración; la cantidad de espacio disponible; limpieza; oportunidades para la privacidad; instalaciones disponibles (tales como electricidad, inodoro, agua corriente); y la calidad de la construcción del edificio (como fugas en el techo y la humedad).

La calidad del vecindario inmediato alrededor del hogar es importante para la calidad de vida, y las preguntas incluyen referencias al vecindario inmediato.

19. Recursos Financieros.

Esta faceta explora la visión de la persona respecto a cómo y en qué medida sus recursos financieros (y otros recursos intercambiables) satisfacen las necesidades de un estilo de vida saludable y cómoda. La atención se centra en lo que la persona puede o no puede pagar, lo que podría afectar la calidad de vida.

Las preguntas incluyen un sentido de satisfacción / insatisfacción con aquellas cosas que el ingreso de la persona les permite obtener, también incluyen un sentido de la dependencia / independencia proporcionada por los recursos financieros de la persona (o recursos intercambiables) y la sensación de tener suficiente. Independientemente del estado de salud del encuestado o de si la persona está empleada o no.

20. Salud y asistencia social: disponibilidad y calidad.

La faceta examina cómo la persona ve la disponibilidad de servicios sociales y de salud, así como la calidad y la integridad de la atención que recibe o espera recibir en caso de que se requieran estos servicios. Incluye el apoyo comunitario voluntario (organizaciones benéficas religiosas, templos, etc.) que complementa o puede ser el único sistema de atención médica disponible en el entorno de la persona. También incluye qué tan fácil / difícil es llegar a los servicios sociales y de salud locales y llevar a amigos y familiares a estas instalaciones.

21. Oportunidades para adquirir nueva información y habilidades.

Esta faceta examina la oportunidad y el deseo de una persona de aprender nuevas habilidades, adquirir nuevos conocimientos y sentirse en contacto con lo que está sucediendo. Esto puede ser a través de programas de educación formal, clases de educación para adultos o actividades recreativas, ya sea en grupos o solos (por ejemplo, lectura).

Esta faceta incluye estar en contacto y tener noticias de lo que está sucediendo, lo que para algunas personas es amplio (las "noticias mundiales") y para otros es más limitado (chismes de las aldeas). Sin embargo, la sensación de estar en contacto con lo que sucede a su alrededor es importante para muchas personas y está incluida. La atención se centra en las posibilidades de una persona de satisfacer una necesidad de información y conocimiento, ya sea que se refiera a conocimiento en el sentido de la educación, o noticias locales, nacionales o internacionales que tengan alguna relevancia para la calidad de vida de la persona.

22. Participación y oportunidades de recreación y ocio.

Esta faceta explora la capacidad, las oportunidades y la inclinación de una persona para participar en actividades de ocio, pasatiempos y relajación. Las preguntas se centran en tres aspectos: la capacidad de la persona, las oportunidades y el disfrute de la recreación y la relajación.

23. Ambiente físico (contaminación / ruido / tráfico / clima).

Esta faceta examina la visión de la persona sobre su entorno. Esto incluye el ruido, la contaminación, el clima y la estética general del ambiente y si esto sirve para mejorar o afectar negativamente la calidad de vida. En algunas culturas, ciertos aspectos del medio ambiente pueden tener una relación muy particular con la CDV, como la naturaleza central de la disponibilidad de agua o la contaminación del aire.

24. Transporte.

Esta faceta examina la opinión de la persona de cuán disponible o fácil es encontrar y utilizar los servicios de transporte para desplazarse. Incluye cualquier medio de transporte que pueda estar disponible para la persona (bicicleta, automóvil, autobús). La atención se centra en cómo el transporte disponible permite a la persona realizar las tareas necesarias de la vida diaria, así como la libertad de realizar las actividades elegidas. WHOQOL User Manual (2012, p. 62-72).

Dimensionamiento de la variable:

CDV Global y Salud General de las personas Ciegas y con Baja Visión que practican Tenis.

Variable	Dominios	Facetas/Indicadores
PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA GLOBAL Y SALUD GENERAL	**Dominio I** FÍSICO	1. Dolor y Malestar. 2. Energía y Fatiga. 3. Dormir y descansar. 4. Movilidad. 5. Actividades de la Vida Diaria. 6. Dependencia de medicamentos o tratamiento. 7. Capacidad de trabajo.
	Dominio II PSICOLÓGICO	8. Sentimientos Positivos. 9. Pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración. 10. Autoestima. 11. Imagen corporal y apariencia. 12. Sentimientos Negativos. 13. Espiritualidad.
	Dominio III RELACIONES SOCIALES	14. Relaciones personales. 15. Apoyo Social. 16. Actividad Sexual.
	Dominio IV MEDIO AMBIENTE	17. Seguridad Física. 18. Ambiente del Hogar. 19. Recursos Financieros. 20. Salud y asistencia social: disponibilidad y calidad. 21. Oportunidades para adquirir nueva información y habilidades. 22. Participación y oportunidades de recreación y ocio. 23. Ambiente Físico. 24. Transporte.
Calidad de Vida Global y percepciones generales de la salud		

Diseño metodológico:

Enfoque de investigación:

Según Sampieri, Fernández- Collado y Baptista Lucio (6ta edición)**,** el enfoque metodológico es *cuantitativo.* Los datos cuantitativos arrojan resultados objetivos a la generalización, precisión y control de variables, es así que, el enfoque permite en la presente investigación conocer la percepción de la CDV Global y Salud General en las personas ciegas y con baja visión que practican tenis.

Diseño de investigación:

La presente investigación es un diseño *no experimental* debido a que la misma se llevó a cabo sin la manipulación de variables. No hay variables que se modifiquen en la realidad actual de los participantes que se investigan.

Tipo de estudio:

Es un estudio de alcance *exploratorio descriptivo. Es* exploratorio debido a que la propuesta de esta investigación está dirigida a un área escasamente abordada por Terapia Ocupacional. Es *descriptivo,* dado que pretende conocer y analizar la percepción de las personas ciegas y con baja visión acerca de su CDV Global actual, Salud General y los significados que le otorgan a la práctica de Tenis. Según su dimensión temporal, es un diseño transeccional, debido a que los datos se recolectan y analizan en un tiempo determinado.

Muestra:

La muestra está compuesta por 22 (veintidós) personas Ciegas y con Baja Visión que concurren a la ONG “El Rincón de Todos" en la ciudad de Santa Rosa y al Instituto Román Rosell de la Ciudad de Bs As que practican tenis durante el año 2024.

Criterios de selección del grupo de estudio:

Criterios de inclusión:

- Personas entre 18 y 56 años de edad.
- Los participantes que completen el consentimiento informado.
- Personas que asisten a la ONG “El Rincón de Todos” en la ciudad de Santa Rosa y al “Instituto Román Rosell” en la ciudad de Buenos Aires.

Criterios de exclusión:

- Personas que practican Tenis hace menos de un año.
- Personas cuya asistencia a la actividad sea menor al 20 %.
- Personas que se nieguen a participar del estudio.

Método de selección de la muestra:

El método de selección de la muestra es no probabilístico por conveniencia, donde la unidad de la muestra se selecciona en forma no aleatoria y cuya intencionalidad está dada por la disponibilidad y accesibilidad de los deportistas.

Técnicas e Instrumentos de recolección de datos:

Para la recolección de datos se utiliza el cuestionario estandarizado WHOQOL-BREF en su versión española-argentina (ver anexo I). El WHOQOL-BREF es un instrumento genérico derivado del WHOQOL-100, el cual evalúa la opinión subjetiva sobre la CDV Global del individuo.

Propósitos.

El WHOQOL ha sido desarrollado de manera transcultural centrándose en la calidad de vida percibida por la persona. Proporciona un perfil de CDV, dando una puntuación global de CDV, de las áreas y de las facetas que lo componen.

Descripción.

El WHOQOL- BREF contiene un total de 26 preguntas, una pregunta de cada una de las 24 facetas contenidas en el WHOQOL-100 y dos preguntas globales: calidad de vida global y salud general. Cada ítem tiene 5 opciones de respuesta ordinales tipo Likert y todos ellos producen un perfil de cuatro áreas: salud física, psicológica, relaciones sociales y ambiente.

Base conceptual.

Las preguntas que contiene el WHOQOL son autoevaluaciones de la calidad de vida de la persona. Las preguntas han sido obtenidas a partir de grupos de opinión compuestos por tres tipos de poblaciones: personas en contacto con los servicios sanitarios (pacientes), personal sanitario y personas de la población general. El WHOQOL-100 fue desarrollado por el grupo WHOQOL de forma paralela en 15 países, en un intento de desarrollar una evaluación de la CDV que se aplicará de manera intercultural. En la actualidad existe en más de treinta lenguas en casi 40 países. Después del análisis de unas 2000 preguntas generadas en los Centros iniciales, se desarrolló un primer instrumento de trabajo que contenía 236 preguntas; cubría seis áreas y 29 facetas de calidad de vida. A través de los trabajos de campo y el análisis de éstos, se desarrollaron las dos versiones existentes del WHOQOL. El WHOQOL-BREF es una versión abreviada del WHOQOL-100.

Administración.

El WHOQOL-BREF debe ser autoadministrado si los encuestados tienen suficiente

capacidad de lectura; de lo contrario, deben usarse formularios asistidos por el entrevistador o administrados por la entrevista. Las instrucciones estandarizadas deben leerse en voz alta a los encuestados en los casos en que la evaluación sea administrada por el entrevistador.

Puntuación.

El WHOQOL-BREF produce cuatro puntajes de dominio. También hay dos elementos que se examinan por separado: la pregunta 1 indaga sobre la percepción general de la calidad de vida de una persona y la pregunta 2 indaga sobre la percepción general de la salud de una persona. Las puntuaciones de los dominios se escalan en una dirección positiva (es decir, las puntuaciones más altas indican una calidad de vida más alta). La puntuación media de los elementos dentro de cada dominio se utiliza para calcular la puntuación del dominio. Luego, las puntuaciones medias se multiplican por 4. para hacer que las puntuaciones de los dominios sean comparables con las puntuaciones utilizadas en el WHOQOL-100.

DOMINIO 1

Puntaje Bruto	Puntaje Transformado	
	4-20	0-100
7	4	0
8	5	6
9	5	6
10	6	13
11	6	13
12	7	19
13	7	19
14	8	25
15	9	31
16	9	31
17	10	38
18	10	38
19	11	44
20	11	44
21	12	50
22	13	56
23	13	56
24	14	63
25	14	63
26	15	69
27	15	69
28	16	75
29	17	81
30	17	81
31	18	88
32	18	88
33	19	94
34	19	94
35	20	100

DOMINIO 2

Puntaje Bruto	Puntaje Transformado	
	4-20	0-100
6	4	0
7	5	6
8	5	6
9	6	13
10	7	19
11	7	19
12	8	25
13	9	31
14	9	31
15	10	38
16	11	44
17	11	44
18	12	50
19	13	56
20	13	56
21	14	63
22	15	69
23	15	69
24	16	75
25	17	81
26	17	81
27	18	88
28	19	94
29	19	94
30	20	100

DOMINIO 3

Puntaje Bruto	Puntaje Transformado	
	4-20	0-100
3	4	0
4	5	6
5	7	19
6	8	25
7	9	31
8	11	44
9	12	50
10	13	56
11	15	69
12	16	75
13	17	81
14	19	94
15	20	100

DOMINIO 4

Puntaje Bruto	Puntaje Transformado	
	4-20	0-100
8	4	0
9	5	6
10	5	6
11	6	13
12	6	13
13	7	19
14	7	19
15	8	25
16	8	25
17	9	31
18	9	31
19	10	38
20	10	38
21	11	44
22	11	44
23	12	50
24	12	50
25	13	56
26	13	56
27	14	63
28	14	63
29	15	69
30	15	69
31	16	75
32	16	75
33	17	81
34	17	81
35	18	88
36	18	88
37	19	94
38	19	94
39	20	100
40	20	100

Figura 1: Método para la conversión de las puntuaciones brutas a las puntuaciones transformadas.

Nota. WHOQOL User Manual (2012, p. 59).

El segundo método de transformación convierte los puntajes de dominio a una escala de 0 a 100, cuyo valor equivale a un porcentaje, siguiendo la siguiente fórmula:

PUNTAJE TRANSFORMADO = (PUNTAJE - 4) x (100/16)

0.00 %	25.00 %	50.00 %	75.00 %	100 %
MUY MAL	MAL	NORMAL	BUENO	MUY BUENO

Cuadro 2

Transformación de puntuaciones a escala 0-100

Nota. WHOQOL User Manual (2012, p. 58).

Cuando más del 20% de los datos faltan en una evaluación, la evaluación debe descartarse. Cuando faltan hasta dos elementos, se sustituye la media de otros elementos en el dominio. Cuando faltan más de dos elementos del dominio, la puntuación del dominio no se debe calcular (con la excepción del dominio 3, donde el dominio solo se debe calcular si falta un elemento).

Para calcular el puntaje de la Escala WHOQOL-BREF se seguirá el siguiente algoritmo:

1. Chequear los 26 ítems de la escala, que tienen un puntaje de 1 a 5.

2. Revertir 3 preguntas evaluadas negativamente: P3, P4 Y P26. Si Resp 1=5, 2=4, 3=3, 4=2, 5=1, o realizando la fórmula (6 - P).

3. Calcular puntaje por dominio de forma manual:

Dominio físico = ((6-P3) + (6-P4) + P10 + P15 + P16 + P17 + P18) x4. **Dominio psicológico** = (P5 + P6 + P7 + P11 + P19 + (6-P26)) x4.

Dominio de relaciones sociales = (P20 + P21 + P22) x4.

Dominio del entorno = (P8 + P9 + P12 + P13 + P14 + P23 + P24 + P25) x4.

4. Realizar la equivalencia con la tabla de equivalencias de puntaje bruto a puntajes transformados en la escala de 0 a 100 indicada en el WHOQOL-BREF que permite categorizar dependiendo del porcentaje en muy mal, mal, normal, bueno y muy bueno.

Escalas de respuesta.

Las preguntas que conforman el WHOQOL-BREF surgieron de un proceso diseñado para captar tanto la interpretación específica de la cultura de las facetas de la CDV como el lenguaje. Por lo tanto, hubo, por necesidad, cierta diversidad en la naturaleza y estructura de las preguntas. Para adaptarse a esto, se desarrollaron 4 escalas de respuesta de 5 puntos relacionadas con la intensidad, la capacidad, la frecuencia y la evaluación de estados o comportamientos.

La escala de respuesta de *intensidad* se refiere al grado o grado en que una persona experimenta un estado o situación, por ejemplo: la intensidad del dolor. Se supone que la experiencia de un estado más intenso se asocia con los cambios correspondientes en la CDV. La escala de respuesta para evaluar la intensidad tiene como extremo "Nada en absoluto" y “Extremadamente" o "Una cantidad extrema".

La escala de respuesta de *capacidad* se refiere a una capacidad para expresar un sentimiento, estado o comportamiento. El supuesto es que una capacidad más completa se asocia con los cambios correspondientes en la CDV. Los extremos son: "En absoluto" y "Completamente".

La escala de respuesta de *frecuencia* se refiere a la frecuencia de un estado o comportamiento. Se supone que un mayor número de apariciones del estado o comportamiento se asocia con los cambios correspondientes en la CDV. Los extremos son: "Nunca" y "Siempre".

Cuestionario de elaboración propia.

Cuestionario administrado en el contexto de entrevista, el mismo consta de 10 preguntas, con el objetivo de recabar información acerca de las siguientes variables intervinientes: Edad, Sexo, Estado Civil, Diagnostico, clasificación según su capacidad visual, Ocupación actual, Nivel educativo, Antigüedad en la práctica de Tenis, Participación en otros deportes y Participación en terapias. El tiempo de administración se estableció en aproximadamente 15 minutos y se garantizó el anonimato.

Procedimiento de Recolección de datos:

El cuestionario WHOQOL-BREF y el de elaboración propia, se administraron a través de llamadas telefónicas. Previamente se realizó contacto con cada participante, una vez que aceptó la participación, se envió el consentimiento informado vía WhatsApp. Se acordó un día y horario para realizar las entrevistas, garantizando anonimato y confidencialidad de los datos.

Análisis de datos:

Los datos se procesaron siguiendo las instrucciones suministradas por el manual del WHOQOL-BREF. Para tal fin se procede a la tabulación de los datos en el programa Microsoft Excel, se utilizó programa SPSS para verificar y limpiar datos y calcular puntuaciones de dominio para el instrumento utilizado. Y finalmente, se realizó elaboración de gráficos para facilitar la aplicación de estadística descriptiva.

RESULTADOS:

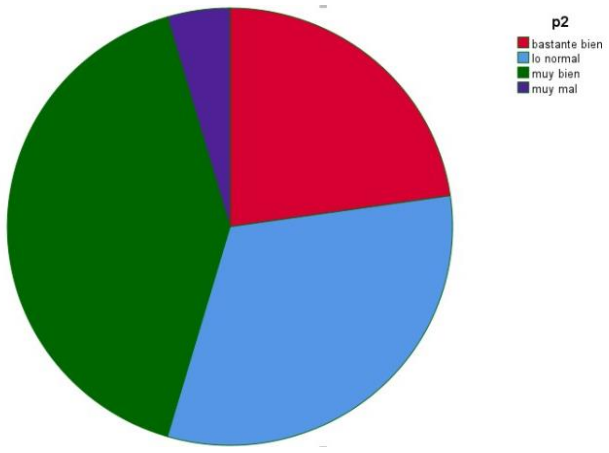
El análisis estadístico de la presente investigación permite conocer la percepción de la CDV Global y la percepción de Salud General de las personas ciegas y con baja visión que practican Tenis, con respecto a los cuatro dominios presentados en el instrumento WHOQOL-BREF: Físico, Psicológico, Relaciones Sociales, y Medio Ambiente y las variables mencionadas en el cuestionario de elaboración propia. El primer instrumento utilizado, creado por la OMS, se basa en la percepción que tiene cada persona sobre sí mismo, por lo que los resultados obtenidos dependen de la historia personal de cada deportista. Mientras que el cuestionario de elaboración propia, describe los indicadores sociodemográficos y deportivos que influyen en la percepción de CDV Global y Salud General: Edad, Sexo, Estado Civil, Ocupación Actual, Diagnóstico, Nivel Educativo, Participación en terapias, Categoría Deportiva, Antigüedad en la práctica y Participación en otros deportes.

Datos obtenidos respecto al objetivo general:

Los resultados obtenidos en esta investigación muestran que un alto porcentaje de deportistas tienen una percepción de CDV Global Muy Buena. Con respecto a la Salud General, el total de deportistas tienen una percepción Normal.

Gráfico N°1

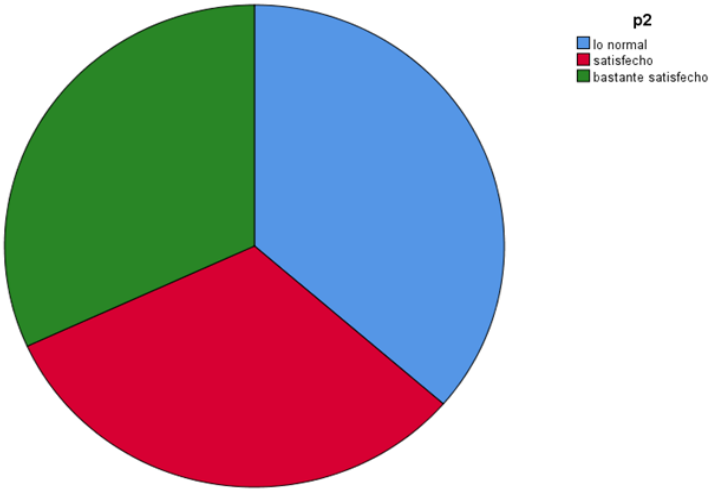
Percepción de Salud General de las personas ciegas y con baja visión que practican Tenis, durante el año 2024.



Nota: El gráfico muestra que un alto porcentaje de los participantes de este estudio tienen una percepción Muy Buena de su CDV Global, un solo deportista manifiesta una percepción de CDV Muy Mala.

Gráfico N°2

Percepción de Salud General de las personas ciegas y con baja visión que practican Tenis, durante el año 2024



Nota: El gráfico muestra que el total de los participantes de este estudio tienen una percepción Normal de su Salud General, ninguno manifiesta estar muy insatisfecho o insatisfecho. Es importante mencionar que cuanto mayor es la puntuación, mejor es la percepción que la persona tiene.

Datos obtenidos respecto a los objetivos específicos:

En cuanto a los resultados de cada uno de los dominios, se observa que la percepción de la CDV Global y Salud General de las personas entrevistadas es Normal de acuerdo con los varismos. Se ubica en primer lugar el Dominio Físico con un porcentaje cercano el Dominio Relaciones Sociales, seguido por el Dominio de Entorno y por último, el Dominio Psicológico.

Tabla N°1

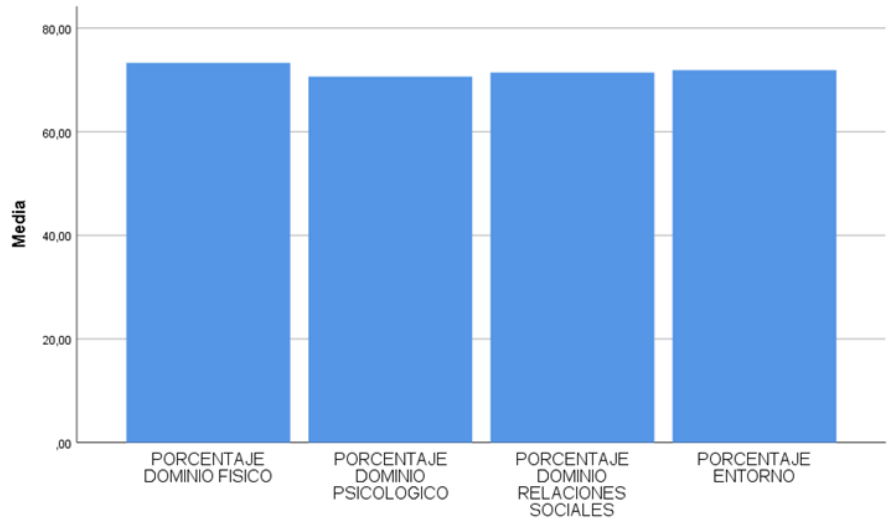
Percepción de la CDV Global de las personas ciegas y con baja visión que practican Tenis.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Desviación
PORCENTAJE DOMINIO FÍSICO	22	53,57	96,43	72,7273	14,68595
PORCENTAJE DOMINIO PSICOLÓGICO	22	41,67	95,83	70,4545	14,42855
PORCENTAJE DOMINIO RELACIONES SOCIALES	21	33,33	100,00	71,4286	19,46711
PORCENTAJE ENTORNO	22	43,75	93,75	70,5966	16,80539
N válido (por lista)	21				

Nota: Resultados de porcentajes con respecto a los Dominios.

Gráfico N°3

Percepción de la CDV Global de las personas ciegas y con baja visión que practican Tenis con respecto a los dominios, durante el año 2024.



Nota: Resultados de porcentajes con respecto a los Dominios.

Los datos obtenidos permiten observar que en general las medias son superiores a 50%, lo cual refleja buena CDV en los diferentes dominios; sin embargo, el dominio de Relaciones Sociales presenta más variabilidad en las respuestas dado que la desviación es 19,46.

Dominio físico:

El Dominio físico hace una descripción respecto al dolor, al malestar, a la energía y el sueño, a la movilidad, a las actividades de la vida diaria, a la capacidad para el trabajo y la necesidad de cualquier tratamiento médico. Los resultados presentes en este dominio están expresados en la Tabla 1. En una escala de 0% a 100% la media se sitúa en un 72,72%, es decir, entre Normal y Bueno.

Dominio psicológico:

El Dominio Psicológico se caracteriza por los interrogantes que reflejan el sentido y el disfrute de la vida, la concentración, la aceptación de la apariencia física, la autoestima y la frecuencia de sentimientos tanto negativos como positivos. Los resultados presentes de este dominio están expresados en la Tabla 1. En una escala del 0% a 100% la media se sitúa en un 70,45%, es decir, entre Normal y Bueno.

Dominio de las Relaciones sociales:

El dominio de Relaciones Sociales refleja las relaciones personales con la familia, grupo de amigos, y la vida sexual. Las respuestas presentes en este dominio se expresan en la Tabla 1. En una escala del 0% a 100% el promedio se sitúa en un 71,42%, es decir, entre Normal y Bueno.

Dominio del Medio Ambiente:

El Dominio del Medio Ambiente refleja la seguridad física, las condiciones físicas saludables, recursos financieros, disponibilidad de información, oportunidades de ocio y recreación y el acceso a los servicios de salud y medios de transporte. Las respuestas presentes

en este dominio se expresan en la Tabla 1. En una escala de 0% a 100% el promedio se sitúa en un 70,59%, es decir, entre Normal y Bueno.

Datos obtenidos de las variables sociodemográficas:

Los resultados que se obtienen de la muestra, se describe la Edad, la cual estuvo comprendida entre 18 y 56 años, donde el 54,5% corresponde al sexo Masculino y el 45,5% al sexo Femenino. El Estado Civil de los participantes se distribuye en Solteros/as 86,4%, Divorciados/as 9,1% y el restante 4,5% corresponde a Casados/as.

Además, el Diagnóstico se repartió entre DV adquirida 54,5% y Discapacidad visual congénita 45,5%.

En relación a la Categoría en la que los deportistas se desempeñan, los datos relevados determinan que el 63,6% participan en la categoría B1, el 31,8% en la categoría B2, 4,5% en la categoría B3 y 0% en la categoría B4.

Según la Ocupación actual, la muestra está comprendida por: estudiantes 22,7%, jubilados 22,7%, trabajo independiente 22,7%, trabajo dependiente 18,2% y desempleado 13,6%.

En lo que respecta al nivel educativo el 45,5% tiene secundario completo, el 27,3% universitario incompleto, el 18,2% universitario completo y el 9,1% secundario incompleto.

Con respecto a la práctica deportiva, el 45% no realizan otros deportes, el 20% practica Fútbol, el 20% Goalball, el 5% Atletismo, el 5% Natación y, por último, el 5% restante practica Yoga.

Por otra parte, en relación a la concurrencia a terapias, el 63,6% no concurre y el 36,4% concurre al Psicólogo/a.

Finalmente, el 40,9% de los entrevistados practican Tenis con una antigüedad de más de 3 años, el 40,9 % hace más de un año y el 18,2 % entre 2 y 3 años. De los cuales, un 63,6 % asiste al Instituto Román Rosell y el 36, 9% a la ONG El Rincón de Todos.

Los indicadores de los objetivos específicos que se destacan en sus respuestas son, en cuanto a lo sociodemográfico: Sexo, Diagnóstico y Nivel Universitario. Y en las variables deportivas: Categoría deportiva según su capacidad visual, Antigüedad en la práctica de Tenis y Participación en otros deportes.

EN FUNCION DE SEXO:

Tabla N°2

Percepción de la CDV Global de las personas ciegas y con baja visión que practican Tenis, según Sexo, durante el año 2024.

Sexo		N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Desviación
Femenino	PORCENTAJE DOMINIO FISICO	10	60,71	89,29	70,7143	10,35098
	PORCENTAJE DOMINIO PSICOLOGICO	10	41,67	91,67	68,7500	13,64367
	PORCENTAJE DOMINIO RELACIONES SOCIALES	9	50,00	100,00	70,3704	17,73215
	PORCENTAJE ENTORNO	10	43,75	93,75	70,3125	19,27787
	N válido (por lista)	9				
Masculino	PORCENTAJE DOMINIO FISICO	12	53,57	96,43	74,4048	17,81380
	PORCENTAJE DOMINIO PSICOLOGICO	12	50,00	95,83	71,8750	15,50141
	PORCENTAJE DOMINIO RELACIONES SOCIALES	12	33,33	100,00	72,2222	21,41855
	PORCENTAJE ENTORNO	12	43,75	87,50	70,8333	15,32863
	N válido (por lista)	12				

Nota: Los resultados obtenidos en los cuatro dominios con respecto al Sexo, detallan que los deportistas tienen una percepción de CDV Global Normal. En una escala del 0% a 100% la media se sitúa en un rango de un 70%.

El Sexo Masculino tiene valores mayores que las mujeres, con respecto a la media en todos los dominios. Se destaca el Dominio Físico y el Dominio de Relaciones sociales, pero con mayor variabilidad en sus respuestas.

Gráfico N°4

Percepción de Satisfacción de Salud General de las personas ciegas y con baja visión que practican Tenis, según Sexo Femenino, durante el año 2024.

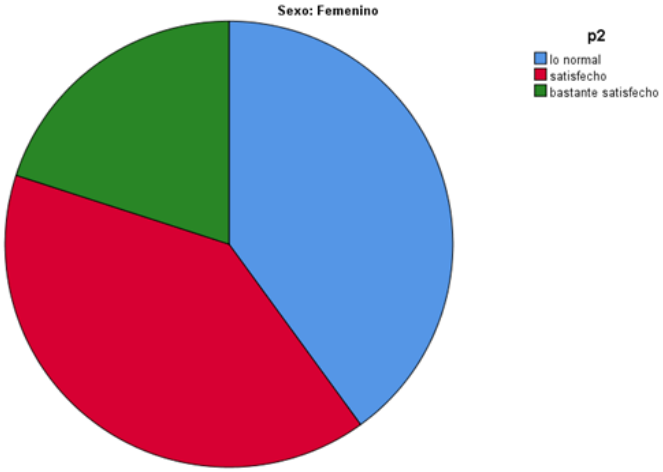
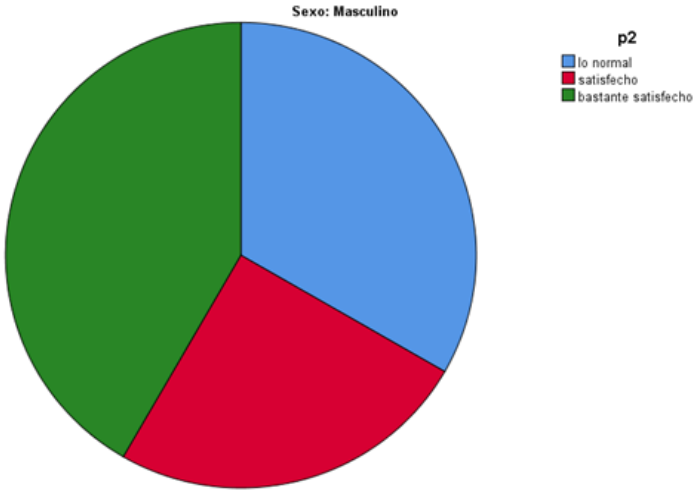


Gráfico N°5

Percepción de Satisfacción de Salud General de las personas ciegas y con baja visión que practican Tenis, según Sexo Masculino, durante el año 2024.



Nota: El total de los participantes de este estudio tienen una percepción de su Salud General, entre Normal y Bastante satisfecho, ninguno manifiesta estar muy insatisfecho o insatisfecho. El Sexo Masculino responde en su mayoría Bastante Satisfecho y el Sexo Femenino responde en su mayoría Normal.

EN FUNCIÓN DEL DIAGNÓSTICO:

TABLA N° 3

Percepción de la CDV Global de las personas ciegas y con baja visión que practican Tenis según Diagnóstico congénito o adquirido durante el año 2024.

Diagnóstico		N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Desviación
congénito	PORCENTAJE DOMINIO FÍSICO	10	57,14	85,71	67,8571	9,81692
	PORCENTAJE DOMINIO PSICOLÓGICO	10	50,00	91,67	69,5833	12,43036
	PORCENTAJE DOMINIO RELACIONES SOCIALES	10	50,00	100,00	76,6667	14,59325
	PORCENTAJE ENTORNO	10	53,13	93,75	75,0000	14,28261
	N válido (por lista)	10				
adquirido	PORCENTAJE DOMINIO FÍSICO	12	53,57	96,43	76,7857	17,12797
	PORCENTAJE DOMINIO PSICOLÓGICO	12	41,67	95,83	71,1806	16,42422
	PORCENTAJE DOMINIO RELACIONES SOCIALES	12	,00	100,00	61,1111	28,94032
	PORCENTAJE ENTORNO	12	43,75	87,50	66,9271	18,43766
	N válido (por lista)	12				

Nota: Los resultados obtenidos en los cuatro dominios con respecto al Diagnóstico, detallan que los deportistas tienen una percepción de CDV Global entre Normal y Buena. En una escala del 0% a 100% la media se sitúa en un rango entre 61% y 76%.

La categoría Diagnóstico Adquirido, evidencia una percepción alta en el Dominio Físico y una percepción baja en el Dominio de Relaciones Sociales, ambos con una variabilidad alta en sus respuestas. Sin embargo, los deportistas con diagnóstico Congénito tienen mejor percepción de su CVD Global en los Dominios del Entorno y de las Relaciones Sociales.

EN FUNCIÓN DE NIVEL EDUCATIVO:

TABLA N° 4

Percepción de la CDV Global de las personas ciegas y con baja visión que practican Tenis, según Nivel Educativo, durante el año 2024.

Nivel Educativo		N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Desviación
Secundario Completo	PORCENTAJE DOMINIO FÍSICO	10	57,14	96,43	79,6429	13,47396
	PORCENTAJE DOMINIO PSICOLÓGICO	10	41,67	91,67	70,8333	16,07755
	PORCENTAJE DOMINIO RELACIONES SOCIALES	10	50,00	100,00	76,6667	19,95365
	PORCENTAJE ENTORNO	10	43,75	93,75	73,7500	14,81952
	N válido (por lista)	10				
Secundario Incompleto	PORCENTAJE DOMINIO FÍSICO	2	57,14	71,43	64,2857	10,10153
	PORCENTAJE DOMINIO PSICOLÓGICO	2	66,67	79,17	72,9167	8,83883
	PORCENTAJE DOMINIO RELACIONES SOCIALES	2	50,00	58,33	54,1667	5,89256
	PORCENTAJE ENTORNO	2	81,25	93,75	87,5000	8,83883
	N válido (por lista)	2				
	PORCENTAJE DOMINIO FÍSICO	4	53,57	96,43	75,8929	20,28182

Universitario Completo	PORCENTAJE DOMINIO PSICOLÓGICO	4	58,33	95,83	76,0417	18,43878
	PORCENTAJE DOMINIO RELACIONES SOCIALES	4	50,00	100,00	72,9167	20,83333
	PORCENTAJE ENTORNO	4	50,00	87,50	69,5313	20,78771
	N válido (por lista)	4				
Universitario Incompleto	PORCENTAJE DOMINIO FÍSICO	6	53,57	71,43	61,9048	6,25425
	PORCENTAJE DOMINIO PSICOLÓGICO	6	50,00	83,33	65,2778	11,38550
	PORCENTAJE DOMINIO RELACIONES SOCIALES	5	33,33	83,33	66,6667	20,41241
	PORCENTAJE ENTORNO	6	43,75	84,38	60,4167	16,01594
	N válido (por lista)	5				

Nota: Los resultados obtenidos en los cuatro dominios con respecto al Nivel Educativo, detallan que los deportistas tienen una percepción de CDV Global entre Normal y Buena. En una escala del 0% a 100% la media se sitúa en un rango entre 60 % y 87%.

Los participantes que tienen Secundario Incompleto, presentan una percepción cercana a Muy Buena en el dominio del Entorno y una baja variabilidad en sus respuestas. Los que tienen Secundario Completo presentan una Buena percepción en el Dominio Físico y en el de las Relaciones Sociales, este último también presenta una alta variabilidad en sus respuestas. Por otro lado, los deportistas con nivel Universitario Completo presentan mejor percepción en el dominio psicológico. Mientras que los participantes con nivel Universitario incompleto son los que presentan porcentajes más bajos de percepción en los cuatro dominios.

Datos obtenidos de las de variables deportivas:

EN FUNCIÓN DE CATEGORÍA DEPORTIVA:

TABLA N° 5

Percepción de la CDV Global de las personas ciegas y con baja visión que practican Tenis, según Categoría Deportiva, durante el año 2024.

Categoría Deportiva		N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Desviación
B1. TOTALMENTE O CASI TOTALMENTE CIEGO	PORCENTAJE DOMINIO FÍSICO	14	53,57	96,43	74,7449	15,93897
	PORCENTAJE DOMINIO PSICOLÓGICO	14	41,67	91,67	70,2381	15,31865
	PORCENTAJE DOMINIO RELACIONES SOCIALES	14	50,00	100,00	72,0238	19,50431
	PORCENTAJE ENTORNO	14	43,75	93,75	72,0982	16,42035
	N válido (por lista)	14				
B2. PARCIALMENTE VIDENTE	PORCENTAJE DOMINIO FÍSICO	7	57,14	89,29	67,8571	12,71081
	PORCENTAJE DOMINIO PSICOLÓGICO	7	50,00	95,83	70,2381	14,71735
	PORCENTAJE DOMINIO RELACIONES SOCIALES	7	,00	100,00	59,5238	33,48181
	PORCENTAJE ENTORNO	7	43,75	87,50	65,6250	18,39950
	N válido (por lista)	7				
B3. PARCIALMENTE VIDENTE	PORCENTAJE DOMINIO FÍSICO	1	78,57	78,57	78,5714	.
	PORCENTAJE DOMINIO PSICOLÓGICO	1	75,00	75,00	75,0000	.
	PORCENTAJE DOMINIO RELACIONES SOCIALES	1	75,00	75,00	75,0000	.
	PORCENTAJE ENTORNO	1	84,38	84,38	84,3750	.
	N válido (por lista)	1				

Nota: Los resultados obtenidos en los cuatro dominios con respecto a la Categoría Deportiva,

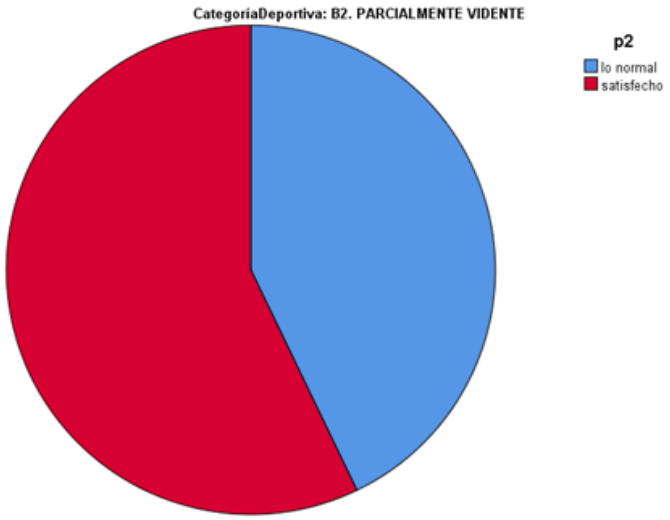
detallan que los deportistas tienen una percepción de CDV Global entre Normal y Buena. En una escala del 0% a 100% la media se sitúa en un rango de un 59 % y 84%.

Las categorías que se destacan son las de B1 y B2, siendo que B3 no tiene muestra representativa. B1 tiene mejor percepción en sus cuatro dominios con respecto a B2. Se destaca el Dominio Físico por sobre el resto.

Los participantes que forman parte de la categoría B2, tienen muy baja percepción en el Dominio de las Relaciones Sociales con un rango grande de variabilidad de respuestas. Dado que, hay un participante que arrojó valores de respuesta muy bajos. Es decir, desde un punto de vista cualitativo, la persona (V5) que puntuó 0 (ver anexo III) presenta las siguientes características: es de sexo Femenino, de más de 50 años, divorciada, con un nivel de estudios universitario incompleto, tiene entre dos y tres años de practica del Tenis, practica Natación y concurre a otras terapias.

Gráfico N° 6

Percepción de Satisfacción de Salud General de las personas ciegas y con baja visión que practican Tenis, según Categoría Deportiva, durante el año 2024.



Nota: El total de los participantes de este estudio tienen una percepción Normal de su Salud General. La categoría B1 **(**totalmente ciegos), la mayoría de los deportistas, están bastante

satisfechos con su percepción, mientras que la categoría B2 (parcialmente ciegos), están satisfechos.

EN FUNCIÓN DE ANTIGÜEDAD EN LA PRÁCTICA DEPORTIVA:

TABLA N° 6

Percepción de la CDV Global de las personas ciegas y con baja visión que practican Tenis, según Antigüedad en la Práctica, durante el año 2024.

Antigüedad En La Práctica De Tenis		N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Desviación
entre 2 y 3 años	PORCENTAJE DOMINIO FÍSICO	4	60,71	96,43	76,7857	17,12797
	PORCENTAJE DOMINIO PSICOLÓGICO	4	58,33	87,50	71,8750	12,44200
	PORCENTAJE DOMINIO RELACIONES SOCIALES	4	,00	91,67	54,1667	39,96526
	PORCENTAJE ENTORNO	4	43,75	87,50	64,8438	19,98942
	N válido (por lista)	4				
más de 1 año	PORCENTAJE DOMINIO FÍSICO	9	53,57	89,29	73,4127	13,37631
	PORCENTAJE DOMINIO PSICOLÓGICO	9	50,00	95,83	73,1481	14,89417
	PORCENTAJE DOMINIO RELACIONES SOCIALES	9	33,33	100,00	71,2963	23,24056
	PORCENTAJE ENTORNO	9	43,75	93,75	72,5694	19,93506
	N válido (por lista)	9				
más de 3 años	PORCENTAJE DOMINIO FÍSICO	9	53,57	96,43	70,2381	16,17033
	PORCENTAJE DOMINIO PSICOLÓGICO	9	41,67	91,67	67,1296	15,65198
	PORCENTAJE DOMINIO RELACIONES SOCIALES	9	50,00	100,00	71,2963	17,23566
	PORCENTAJE ENTORNO	9	43,75	87,50	71,1806	13,14524
	N válido (por lista)	9				

Nota: Los resultados obtenidos en los cuatro dominios con respecto a la Categoría Deportiva, detallan que los deportistas tienen una percepción de CDV Global entre Normal y Buena. En una escala del 0% a 100% la media se sitúa en un rango de un 54 % y 76%.

Los participantes que practican Tenis hace más de un año y los que practican entre 2 y 3 años tienen una mejor percepción en el Dominio Físico y una mayor variabilidad en respuestas en el Dominio de Relaciones Sociales.

Gráfico N° 7

Percepción de Satisfacción de Salud General de las personas ciegas y con baja visión que practican Tenis, según Antigüedad en la Práctica Deportiva (más de tres años), durante el año 2024.

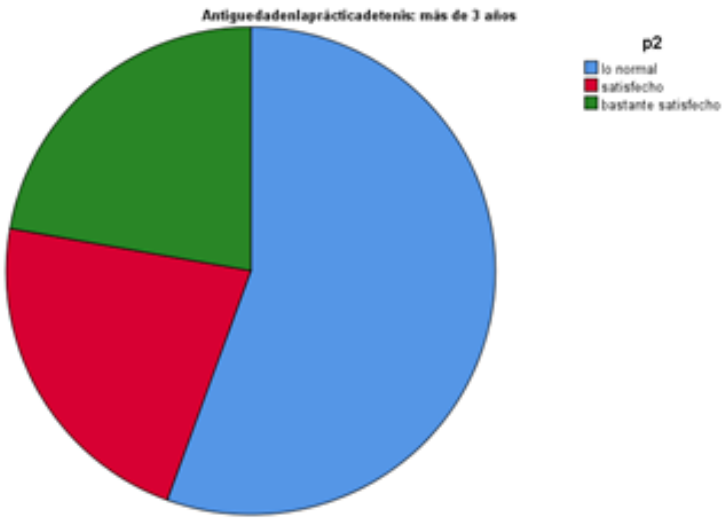


Gráfico N° 8

Percepción de Satisfacción de Salud General de las personas ciegas y con baja visión que practican Tenis, según Antigüedad en la Práctica Deportiva (entre dos y tres años) durante el año 2024.

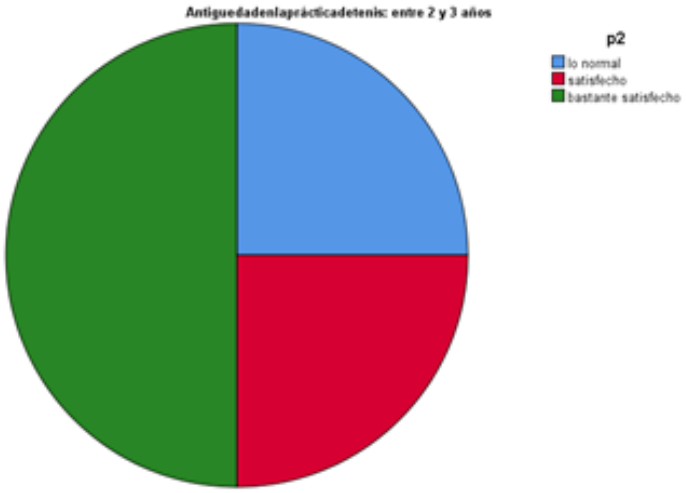
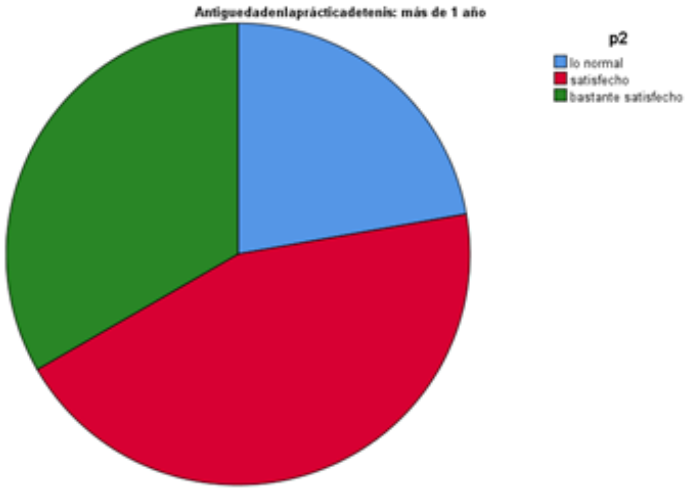


Gráfico N° 9

Percepción de Satisfacción de Salud General de las personas ciegas y con baja visión que practican Tenis, según Antigüedad en la Práctica Deportiva (más de un año) durante el año 2024.



Nota: El total de los participantes de este estudio tienen un nivel de percepción Bastante Satisfecho de su Salud General.

Las categorías “Más de un año” y “Dos y tres años” de antigüedad en la práctica de Tenis, tienen un nivel de percepción Bastante Satisfecho de su Salud General. Y “Más de tres años” tienen una percepción Normal.

EN FUNCIÓN DE LA PARTICIPACIÓN EN OTRO DEPORTE:

TABLA N° 7

Percepción de la CDV Global de las personas ciegas y con baja visión que practican Tenis, según la Participación en otro deporte, durante el año 2024.

Participaciones Otros Deportes		N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Desviación
NO	PORCENTAJE DOMINIO FÍSICO	11	53,57	96,43	70,4545	15,32729
	PORCENTAJE DOMINIO PSICOLÓGICO	11	41,67	91,67	66,6667	15,25250
	PORCENTAJE DOMINIO RELACIONES SOCIALES	11	33,33	100,00	65,1515	19,29960
	PORCENTAJE ENTORNO	11	43,75	87,50	64,7727	14,99290
	N válido (por lista)	11				
SI	PORCENTAJE DOMINIO FÍSICO	11	53,57	96,43	75,0000	14,37472
	PORCENTAJE DOMINIO PSICOLÓGICO	11	50,00	95,83	74,2424	13,15218
	PORCENTAJE DOMINIO RELACIONES SOCIALES	11	,00	100,00	71,2121	29,19371
	PORCENTAJE ENTORNO	11	43,75	93,75	76,4205	17,13706
	N válido (por lista)	11				

Nota: Los resultados obtenidos en los cuatro dominios con respecto a la Categoría Deportiva, detallan que los deportistas tienen una percepción de CDV Global entre Normal y Buena. En una escala del 0% a 100% la media se sitúa en un rango de un 64 % y 76%.

Los participantes que sí participan en otros deportes tienen resultados mayores en las medias correspondientes a cada dominio. Mientras que los que no practican, las medias son más bajas. En el dominio que más variabilidad de respuestas hay es en el Dominio de Relaciones Sociales, tanto de los que sí practican otro deporte, como de los que no practican.

Conclusión:

En esta investigación se logra describir la percepción de la Calidad de Vida Global (CDV) y Salud General de los deportistas con Discapacidad Visual (DV) que practican Tenis, siendo éste el objetivo principal del presente estudio.

Luego de un recorrido teórico y análisis de resultados, no se encontraron antecedentes previos que relacionen la DV, el Tenis adaptado y la Terapia Ocupacional. De modo que esta investigación aporta material actualizado en dicho tema. Sin embargo, el desarrollo de este deporte adaptado se encuentra en constante evolución.

De la misma forma, permite vislumbrar que el deporte adaptado es una incumbencia de los Terapistas Ocupacionales que, a partir de un análisis crítico y objetivo de la persona, lo utilizan como una herramienta multidimensional que abarca todas las áreas de ocupación. Poder pensar en la Terapia Ocupacional en deporte, implica innovar en un campo que aún se encuentra en desarrollo. El Terapista Ocupacional posee la capacidad de utilizar el deporte como un medio más que como un fin en sí mismo. A diferencia de otras disciplinas, no se limita únicamente en simples técnicas deportivas, sino que se enfoca en identificar el potencial de cada individuo. Su rol es fundamental para fomentar la autonomía y participación social de las personas con DV. Además, contribuye en el desempeño de las AVD y las AIVD con el objetivo de promover el bienestar, mejorar la CDV Global y la Salud General.

Por otra parte, a partir de las definiciones citadas en el Marco Teórico de esta investigación, según García y Rodríguez (2007) “la CDV Global y la Salud General son procesos de salud que influyen y repercuten simultáneamente, por tal razón, la salud no es solamente un componente de la CDV sino también un resultado de ella” (p.3). Los resultados cuantitativamente obtenidos en esta investigación muestran lo mencionado anteriormente; un alto porcentaje de deportistas tienen una percepción de CDV Global Muy Buena y una percepción Normal de su Salud General. Para respaldar los datos obtenidos se realiza un análisis de otras investigaciones que tienen como objetivo indagar la percepción de los deportistas sobre estas dos variables. Por

un lado, Según las autoras Bustos y Salas (2019, p.95) en su tesis titulada: “Calidad de vida de deportistas que practican Boccia”, arroja que el 97% tiene CDV Global y Salud General de Normal a Muy Buena. Asimismo, según el autor Pousa (2014, p.p 27-29) en su trabajo final de grado “Deporte y calidad de vida en personas con discapacidad física”, las personas que practican deporte perciben un estado de salud significativamente mejor de aquellos que no realizan y en cuanto a su CVD Global perciben que influye “mucho” en diferentes áreas de su vida (relaciones sociales, estado de ánimo y en su día a día). Estos datos ponen de manifiesto que el deporte es una ocupación muy significativa desde la visión de los participantes.

En referencia a los dominios analizados; en primer lugar, se ubica el Dominio Físico, el cual tiene valores más altos de respuesta respecto a los dominios anteriores. A pesar de que la DV no sea una condición motora en sí misma, puede impactar en el desempeño motor de las personas al generar dificultades y limitaciones en las Actividades de la Vida Diaria (AVD) y Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD). Sin embargo, es importante destacar que esta condición no actúa como un limitante para las personas ciegas y con baja visión que forman parte de este estudio. Los resultados demuestran que, con apoyo adecuado y oportunidades inclusivas, las personas ciegas y con baja visión pueden alcanzar logros significativos en el ámbito deportivo, promoviendo así la igualdad de oportunidades y el reconocimiento de sus capacidades más allá de su condición visual.

En segundo lugar, se ubica el Dominio de Relaciones Sociales, en donde la percepción de CDV Global y Salud General de los deportistas se ve favorecida por la contención y el acompañamiento que reciben de su familia, de sus amigos, entrenadores y compañeros. El sentimiento de pertenencia a un grupo, el desarrollo de amistades y el apoyo emocional proveniente de las relaciones sociales pueden tener un impacto positivo en la salud mental y emocional. Por lo que se ubica al deporte adaptado como lazo para crear vínculos significativos y redes de apoyo.

Desde un punto de vista cualitativo, se analizó un participante outlie, la persona (V13) presenta las siguientes características: es de sexo Masculino, de más de 50 años, soltero, desempleado, con un nivel de estudios universitario incompleto, practica hace más de un año Tenis, no asiste a otro deporte y tampoco concurre a terapias tradicionales, se deduce que los resultados concuerdan con los indicadores de este dominio.

En tercer lugar, el Dominio Medio Ambiente, en donde los participantes tienen su lugar de residencia en contextos muy diferentes, en cuánto a las distancias, el flujo de personas circulando en la vía pública y los medios de transporte disponibles, coinciden en su percepción de CDV Global y Salud General. Los deportistas tienen un rol activo dentro de la comunidad, logran movilizarse con confianza, eficacia, sentido de goce y libertad en concordancia con el propósito de la Convención sobre los Derechos de las personas con Discapacidad.

Por último, el Dominio Psicológico, que a pesar de haber tenido valores más bajos que el resto no presenta un margen importante de diferencia. El Tenis puede influir positivamente en aspectos tales como el ánimo, la autoestima, la espiritualidad, las creencias personales y la plenitud con uno mismo por lo cual el deporte adaptado brinda oportunidades para desarrollar habilidades, establecer metas y experimentar emociones positivas relacionadas con el logro personal y la superación de desafíos.

En cuanto a los resultados de los dominios podemos decir que éste deporte además de promover la actividad física y la mejora de habilidades motoras, fomenta la confianza, la autoestima y el bienestar emocional. Practicar deporte va más allá de simplemente ir a los entrenamientos. Implica el trayecto de ida y vuelta a la institución o club, preparar una mochila con los objetos necesarios, disfrutar de una comida nutritiva antes de la actividad, formar parte de un grupo y desenvolverse dentro de él. Incluye viajar a torneos, el manejo y la gestión del dinero, ausentarse de casa durante varios días, adaptarse a instalaciones (baños, habitaciones, aeropuertos) desconocidas y experimentar un sinfín de oportunidades que solo el deporte puede

brindar. De esta forma el deporte asegura la implementación del Modelo Social de Discapacidad, el cual promueve la igualdad de derechos, la accesibilidad y la participación activa.

En los datos que se obtienen del cuestionario de elaboración propia, se determina que: según las variables sociodemográficas y deportivas, la percepción de CDV Global que tienen los deportistas es entre “Normal y Buena” y su percepción de Salud General es “Normal.”

En función del sexo, el porcentaje de masculinos suele ser el más representativo en la participación de la práctica deportiva general y así también en el Tenis. En el caso de este estudio, se destaca el número de deportistas femeninas que lo practican. Siguiendo con el Diagnóstico, Congénito o Adquirido, se determina que no existen diferencias significativas en el desempeño para realizar la práctica del Tenis adaptado. De todas formas, se puede evidenciar que la percepción que tienen los deportistas sobre cada dominio concuerda con el diagnóstico y el momento de aparición del mismo. Cabe mencionar que los entrenamientos se realizan de manera grupal independientemente del origen del diagnóstico, en los mismos se llevan a cabo prácticas destinadas a lograr mayor eficacia en la interpretación de estímulos táctiles, sonoros y cinestésicos que serán la base para desarrollar la actividad. Por último, según la antigüedad en la práctica deportiva, los participantes que practican hace menos tiempo son los que se destacan, es así que se deduce la relación directa que existe entre la motivación, el interés y el paso del tiempo.

Resulta imperante, para finalizar, que la Terapia Ocupacional es una profesión enriquecedora que posibilita influir de manera significativa en la vida de las personas. A partir de esta experiencia, sostenemos con firmeza la posibilidad de ir más allá de lo puramente físico o de una dimensión en particular, sino ahondar en una visión más holística de los deportistas. La falta de visión o disminución de la misma es una invitación a valorar la diversidad con todas sus aristas y animarse a nuevas experiencias.

Esta investigación permite orientar y visibilizar hacia una comprensión más profunda sobre la intervención en el deporte desde el campo de la salud.

Limitaciones del estudio:

Según los criterios utilizados para determinar la muestra resultó compleja la búsqueda dada la distribución geográfica, las características clínicas y el escaso número de deportistas que practican Tenis adaptado en Argentina.

Para una futura investigación se sugiere utilizar una muestra más amplia y con un diseño Cualitativo, que permita una comprensión profunda y detallada del fenómeno estudiado, con la posibilidad de usar métodos de recolección de datos no estructurados, observaciones y grupos focales. La misma, permite obtener ajustes según el avance del estudio. Como así también, disponer de la opción de un grupo control para poder visibilizar con más precisión cómo influye el deporte en la CDV Global y Salud General de las personas con DV. Es una invitación a seguir fomentando y profundizando, en las incumbencias de la Terapia Ocupacional en deporte.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Agüero Sanhueza, J.C., Gutiérrez., Wolff F. A. Mardones Droguett G. A., Monje Gatica, D. A. (2016). Procesos de inclusiónen la vidacotidiana a través de la experiencia y práctica del deporteadaptado para personas ensituación de discapacidadfísica.(Tesis de Grado) Universidad Andrés Bellos.**https://repositorio.unab.cl/xmlui/bitstream/handle/ria/4300/a119086_Aguero_Sanhueza_J_Proceso_de_inclusion_en%20_la_vida_2017_Tesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y**

Apunte de cátedra de Discapacidades Físicas en adultos. Análisis de la actividad: Modelos para el análisis de la actividad. la graduación de la actividad. Elaborado por Julia González García Terapeuta ocupacional. (p.2)

Alarcón A., Pedroli D. G. y Selis M. B., (2020) *Participación familiar en el proceso de Rehabilitación Básica Funcional de personas adultas con discapacidad visual adquirida.* (Tesis de grado). Universidad Nacional de Mar del Plata.

Alegre, A., Mammi, M. y Masiello. A. (2019). *Terapia Ocupacional y Deporte Adaptado en la Ciudad de Bs As. Antecedentes y actualidad de una relación*. (Tesis de Grado). Universidad Nacional de San Martín.

Arce Montaño, M. (2016). Ceguera y calidad de vida : bienestar subjetivo. (Trabajo final de grado), Universidad de la República..https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/7767

Ardila, R., (2003). Calidad de vida: una definición integradora .*Revista Latinoamericana de Psicología, 35*(2), 161-164.https://www.redalyc.org/pdf/805/80535203.pdf

Arregui M,I. Cortés D,C. y Soto M. F. (2023). Taller de iniciación a guía deportivo de personas en situación de discapacidad visual (Tesis de grado). Universidad Nacional de Mar del Plata

Asociación Americana de Terapia Ocupacional (2020). *Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso. Cuarta Edición*

Asociación Argentina de Terapia Ocupacional. https://www.terapia-ocupacional.org.ar/

Asociación para la Defensa de la Discapacidad Visual, la Baja Visión y la Ceguera Legal. Discapacidad Visual D.O.C.E. (Discapacitados otros ciegos de España). *¿Qué es la ceguera legal?*https://asociaciondoce.com/que-es-la-ceguera-legal/

Basterrechea, P., Blocona, C., Echeverría, M., Lagrava, R., Matey, M., Reyes, D., ... & Vicente, M. (2011). Discapacidad visual y autonomía personal. Enfoque Práctico de la rehabilitación. http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO26230/discap_visual.pdf

Barrios Fernández, S. (2012). Un Programa de Actividad física en personas con Síndrome de Down. *Revista TOG.* 9(16) [17 p.]. https://www.revistatog.com/num16/pdfs/original3.pdf

Bustos, A. B. y Salas, S. (2019). *Calidad de vida de deportistas que practican Boccia*. (Tesis de Grado.) Universidad Nacional De Mar Del Plata.

Cagnini, F., Pirovano,C y Vattimo,A. (2022). *Interrupción de tratamiento presencial durante el ASPO en contexto de covid-19. Una mirada desde terapia, sobre el impacto en la percepción de la calidad de vida en pacientes con diagnóstico médico de tendinopatía del supraespinoso. (*Tesis de Grado). Universidad Nacional De Mar del Plata.

Cane, S., Di Tulio, M. y Martinez, A. (2011). *Calidad de Vida en niños y Adolescentes con Mielomeningocele*. (Tesis de Grado). Universidad Nacional de Mar del Plata.

Cantero Garlito, P., Vila Merino, E., y Ytarte, R. (2017). *Ocio, bienestar y calidad de vida en terapia ocupacional.* Editorial Síntesis. https://www.sintesis.com/data/indices/9788491710493.pdf

Castejón Oliva, F. J., (2015). La investigación en iniciación deportiva válida para el profesorado de educación física en ejercicio. RETOS. Nuevas Tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación, (28), 263-269. https://www.redalyc.org/pdf/3457/345741428046.pdf

Cardona-Arias, J. A., Higuita-Gutiérrez, L. F. (2014). Aplicaciones de un instrumento diseñado por la OMS para la evaluación de la calidad de vida. *Revista Cubana de Salud Pública*, *40*, 175-189. https://www.scielosp.org/pdf/rcsp/v40n2/spu03214.pdf

Cordonier, M.J. (2002). *Síndrome de Sobreuso en una actividad Deportiva. (*Tesis de Grado). Universidad Nacional De Mar Del Plata.

Correa,G y otros. (2023). Manual de rehabilitación para personas con discapacidad visual de América Latina. ICEVI Latinoamérica.Union Latinoamerica de ciegos -ULAC.

Comité Paralímpico Internacional lhttps://www.paralympic.org/paralympic-games

Cuevas, R. M. (2016). Deporte adaptado. (Documento PDF) http://riberdis.cedid.es/bitstream/handle/11181/5025/Deporte_adaptado.pdf?sequence=1&rd=00313125204889 93&rd=0031221511212244

Ferre, B. (2022). Un mar de oportunidades: Surf adaptado en personas en situación de discapacidad. (Tesis de Grado). Universidad Nacional de Mar del Plata.

Federación Argentina de Instituciones de Ciegos y Ambliopes.https://www.faica.org.ar/inicio.php

Federación Española de deportes para ciegos. (2022). http://bit.ly/3tMdNPa

Fundación ONCE https://www.once.es/

Fundación Once América Latina. https://www.foal.es/

ICEVI Latinoamerica. https://icevilatinoamerica.org/

Gil Obando, L.y Henao Lema, C. (2009). Calidad de vida y situación de discapacidad. Hacia Promoción Salud, 14.(2), 114-127 http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772009000

Haladjian, M y Colombo,A M. . (2022). El uso terapéutico de uno mismo en discapacidad visual. En Bello et al., Prácticas Bambú. (p.99)

Hernández-Sampieri, R., Fernández Collado, F., Baptista Lucio, P., (2014). Metodología de la investigación. McGraw-Hill.

International Blind Sports Federation. http://www.ibsasport.org/

García-Viniegras, V. y Rodriguez Lopez, G. (2007). Calidad de vida en enfermos crónicos. Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana (ISCH-M), (4) 3-9. https://revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/1356/1159

Lombo Gonzales, J., Duque Romero, C., Luna,J. (2022) Pared de Cristal: reflexiones sobre la discapacidad visual en el contexto colombiano. Psicología y Salud,32(2), 239-255 https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2745

Lopera Restrepo, G., Aguirre Patrone, A., Parada Ceballos, P. y Baquet Quiñones. J. R. (2000) Manual técnico de servicios de rehabilitación integral para personas ciegas o con baja visión en América Latina. Unión Latinoamericana de Ciego

Mañós et al., (2011) Modelo de calidad de vida aplicado a la atención residencial de personas con necesidades complejas de apoyo. https://infoautismo.usal.es/wp-content/uploads/2015/10/04._Libro.pdf

Organización Mundial de la Salud (2022). Ceguera y Discapacidad Visual. http://bit.ly/3Gfsv8Q

Organización Mundial de la Salud (1998). World Health Organization Quality of Life Work -Group: Programme on Mental Health WHOQOL User Manual.https://www.who.int/mental_health/publications/whoqol/en/

Organización Mundial de la Salud (1996). World Health Organization Quality of Life Work Group: WHOQOL-BRE Introduction, Administration, Scoring and Generic Version of the Assessment.https://www.who.int/mental_health/publications/whoqol/en/

Palacios, A. (2008). El modelo social de la discapacidad. Orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.Madrid: CINCA.

Organización de las Naciones Unidas (2006). Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

Raffetto,Eduardo N. (2021)Tenis para ciegos un sueño real, EPUB .

Reina, R. (2017). Inclusión Deporte Adaptado: dos caras de una misma moneda. Psychology, Society & Amp; Education, 6(1), 55–67. https://doi.org/10.25115/psye.v6i1.508

Sanchez Fuentes, E, P. (2020). Deporte adaptado en jóvenes con discapacidad física y visual. (Tesis de grado) Universidad Central del Ecuador.

Simó Algado, S., y Urbanowski, R. (2006). El modelo canadiense del proceso del desempeño ocupacional. http://www.revistatog.com/num3/pdfs/ExpertoI.pdf

Sullivan, M. (2017). Calidad de Vida en Madres de Niños y Adolescentes con Distrofia Muscular. (Tesis de grado). Universidad Nacional de Mar del Plata.

Valdes, M. S., Cabrera, Y. G., Quiroga, Y. C., Hernández, B. L., & Mazo, S. R. (2023). La ceguera y la baja visión en Cuba y en el mundo. Revista Cubana de Oftalmología, 36(1). - https://revoftalmologia.sld.cu/index.php/oftalmologia/article/view/1659/pdf

Verdugo, M. A., Crespo, M., Nieto, T. (2010). Aplicación del paradigma de calidad de vida. Salamanca-España: Imprenta KADMOS. http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO24653/Actas6.pdf

Zapata, C. S., & Duque, M. O. G. (2013). La noción de calidad de vida y su medición. Revista CES Salud Pública, 4(1), 36-46. https://revistas.ces.edu.co/index.php/ces_salud_publica/article/view/2751/1984

Zucchi, D, G. (2001). Deporte y Discapacidad. EF Deportes Revista digital 7 (43).https://www.efdeportes.com/efd43/discap.htm

ANEXOS:

INSTRUMENTOS:

ANEXO I: Cuestionario estandarizado WHOQOL-BREF en su versión española-argentina:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) no promociona ninguna empresa, productos o servicios específicos

WHO/MSA/MNH/PSF/97.6
Solo español
Distrib.: Limitado

WHOQOL-BREF

PROGRAMA DE SALUD MENTAL
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD
GINEBRA

Este documento no está a disposición del público en general y todos los derechos están reservados por la Organización Mundial de la Salud (OMS). El documento no puede ser revisado, resumido, citado, reproducido o traducido, en parte o en su totalidad, sin el consentimiento previo por escrito de la OMS. Ninguna parte de este documento puede ser almacenada en un sistema de recuperación o transmitida en cualquier forma o por cualquier medio, electrónico, mecánico ni de ningún otro tipo, sin el consentimiento previo por escrito de la OMS.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) no promociona ninguna empresa, productos o servicios específicos

Instrucciones

Esta evaluación sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud, y otras áreas de su vida. **Por favor conteste a todas las preguntas.** Si no está seguro/a sobre qué respuesta dará a una pregunta, **escoja** la que le parezca más apropiada. A veces, esta puede ser su primera respuesta.

Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida durante **las dos últimas semanas.** Por ejemplo, pensando en las dos últimas semanas, se puede preguntar:

		Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
	¿Obtiene de otros el apoyo que necesita?	1	2	3	4	5

Rodee con un círculo el número que mejor defina cuánto apoyo obtuvo de otros en las dos últimas semanas. Rodeará con un círculo el número 4 si obtuvo bastante apoyo de otros, como sigue:

		Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
	¿Obtiene de otros el apoyo que necesita?	1	2	3	4	5

Rodee con un círculo el número 1 si no obtuvo el apoyo que necesitaba de otros en las dos últimas semanas.

Lea cada pregunta, valore sus sentimientos y rodee con un círculo el número en la escala de cada pregunta que sea su mejor respuesta.

		Muy mal	Poco	Lo normal	Bastante bien	Muy bien
1(G1)	¿Cómo puntuaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5

		Muy insatisfecho/a	Insatisfecho/a	Lo normal	Satisfecho/a	Bastante satisfecho/a
2 (G4)	¿Cuán satisfecho/a está con su salud?	1	2	3	4	5

La Organización Mundial de la Salud (OMS) no promociona ninguna empresa, productos o servicios específicos

Las siguientes preguntas hacen referencia a **cuánto** ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3 (F1.4)	¿En qué medida piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4(F11.3)	¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5(F4.1)	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6(F24.2)	¿En qué medida siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
7(F5.3)	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8 (F16.1)	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9 (F22.1)	¿Cuán saludable es el ambiente físico de su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia sobre **hasta qué punto** usted experimentó o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas.

		Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
10 (F2.1)	¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	1	2	3	4	5
11 (F7.1)	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12 (F18.1)	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13 (F20.1)	¿Hasta qué punto está disponible la información que necesita en su vida diaria?	1	2	3	4	5
14 (F21.1)	¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5

		Muy mal	Poco	Lo normal	Bastante bien	Muy bien
15 (F9.1)	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

La Organización Mundial de la Salud (OMS) no promociona ninguna empresa, productos o servicios específicos

Las siguientes preguntas hacen referencia a cuán **satisfecho(a) o bien** se ha sentido en varios aspectos de su vida en las dos últimas semanas.

		Muy insatisfecho/a	Insatisfecho/a	Lo normal	Satisfecho/a	Bastante satisfecho/a
16 (F3.3)	¿Cuán satisfecho/a está con su sueño?	1	2	3	4	5
17 (F10.3)	¿Cuán satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18(F12.4)	¿Cuán satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19 (F6.3)	¿Cuán satisfecho/a está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20(F13.3)	¿Cuán satisfecho/a está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21(F15.3)	¿Cuán satisfecho/a está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22(F14.4)	¿Cuán satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos?	1	2	3	4	5
23(F17.3)	¿Cuán satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24(F19.3)	¿Cuán satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25(F23.3)	¿Cuán satisfecho/a está con su transporte?	1	2	3	4	5

La siguiente pregunta hace referencia a la **frecuencia** con que usted ha sentido o experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.

		Nunca	Raramente	Bastante a menudo	Muy a menudo	Siempre
26 (F8.1)	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos como melancolía, desesperación, ansiedad, depresión?	1	2	3	4	5

Gracias. Después de verificar que ha contestado todas las preguntas, firme y coloque la fecha debajo.

Firma del paciente:_____ Fecha:

DD (día, ej. 01) MMM (Mes, ej. Ene) AAAA (Año, ej. 2012)

Cuestionario de elaboración propia:

Terapia ocupacional y deporte: tenis adaptado, una actividad ocupacional que influye en la calidad de vida de personas ciegas o con baja visión.

Bienvenidos

* Indica que la pregunta es obligatoria

1. Correo *

2. **Edad:**

3. **Sexo:** *

Selecciona todos los que correspondan.

- [ ] Femenino
- [ ] Masculino

4. **Estado civil:**

Selecciona todos los que correspondan.

- [ ] Soltero/a
- [ ] Casado/a

5. **Diagnostico:**

Selecciona todos los que correspondan.

- [ ] Adquirido
- [ ] Congénito

5. **Diagnostico:**

Selecciona todos los que correspondan.

- [ ] Adquirido
- [ ] Congénito

6. **Categoría deportiva según su capacidad visual estipulada por la IBSA:**

Selecciona todos los que correspondan.

- [ ] B1
- [ ] B2
- [ ] B3
- [ ] B4

7. **Ocupación actual:**

_____

8. **Nivel educativo:**

Selecciona todos los que correspondan.

- [ ] Sin estudios
- [ ] Primario completo
- [ ] Primario Incompleto
- [ ] Secundario Completo
- [ ] Secundario Incompleto
- [ ] Terciario/ Universitario completo
- [ ] Terciario Universitario incompleto

9. **Antigüedad en la práctica de tenis:**

Selecciona todos los que correspondan.

- [ ] Más de un año.
- [ ] Entre 2 y 3 años.
- [ ] Más de 3 años.

10. **Participación en otros deportes :**

Selecciona todos los que correspondan.

- [ ] SI
- [ ] NO
- [ ] ¿Cual/cuales?

11. **¿Concurre a algún tipo de terapia?**

Selecciona todos los que correspondan.

- [ ] SI
- [ ] NO

12. **Muchas gracias por participar en este cuestionario y colaborar en esta investigación.**

Fraysse, Josefina; Menendez, Marina y Valor, Jimena Micaela

Consentimiento informado:

Título del trabajo de investigación: “Terapia ocupacional y deporte: Tenis adaptado, una actividad ocupacional que influye en la Calidad de Vida de personas ciegas o con baja visión".

Se me ha invitado a participar de la siguiente investigación y explicado que la misma consiste en un estudio sin fines de lucro, que se desarrolla en el marco de una Tesis de Grado, que forma parte de un requisito curricular para obtener el título de Licenciada en Terapia Ocupacional. Se me realizará una entrevista en profundidad con el objetivo de analizar la percepción de mi Calidad de Vida en relación a la práctica de Tenis.

Responderé preguntas al respecto. Toda información obtenida será considerada confidencial y usada sólo a efectos de investigación. Mi identidad será mantenida en anonimato.

Mi participación en el estudio es enteramente voluntaria y soy libre de rehusarme a tomar parte o a abandonar en cualquier momento.

Consiento participar en este estudio. He recibido una copia de este consentimiento y pude realizar preguntas al respecto.

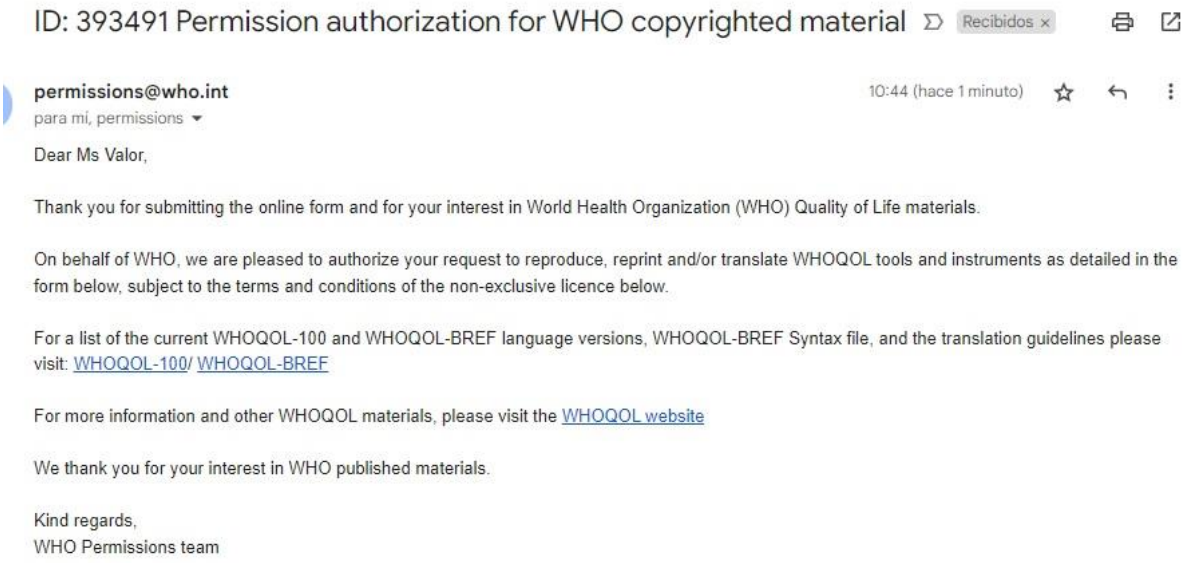
Investigadoras:

- Fraysse, Josefina. Estudiante avanzada de Lic. en Terapia Ocupacional U.N.M.D.P.
- Menéndez, Marina. Estudiante avanzada de Lic. en Terapia Ocupacional U.N.M.D.P.
- Valor, Jimena. Estudiante avanzada de Lic. en Terapia Ocupacional

Universidad Nacional de Mar del Plata. Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social. Licenciatura en Terapia Ocupacional.

Fecha:
Firma de los investigadores:
Nombre y Firma del participante

ANEXO II: Consentimiento de la OMS:



ID: 393491 Permission authorization for WHO copyrighted material Recibidos ×

permissions@who.int 10:44 (hace 1 minuto)
para mí, permissions

Dear Ms Valor,

Thank you for submitting the online form and for your interest in World Health Organization (WHO) Quality of Life materials.

On behalf of WHO, we are pleased to authorize your request to reproduce, reprint and/or translate WHOQOL tools and instruments as detailed in the form below, subject to the terms and conditions of the non-exclusive licence below.

For a list of the current WHOQOL-100 and WHOQOL-BREF language versions, WHOQOL-BREF Syntax file, and the translation guidelines please visit: WHOQOL-100/ WHOQOL-BREF

For more information and other WHOQOL materials, please visit the WHOQOL website

We thank you for your interest in WHO published materials.

Kind regards,
WHO Permissions team

Autorización de logo de imagen:

Asociación Nacional de Tenis para Ciegos y Personas con Disminución Visual.

Buenos Aires 6 de Mayo del 2024

Estimados,

La Asociacion Nacional de Tenis para Ciegos y Personas con Disminucion Visual (ANTCPDV), autoriza por medio de la Presente, el uso del Logo de nuestra Asociacion, a las estudiantes de la Carrera Lic. en Terapia Ocupacional, de la Universidad Nacional de Mar Del Plata:

Fraysse, Josefina,

Valor, Jimena Micaela

Menéndez, Marina

Miyahira Claudio

Presidente de la Asociacion Nacional de Tenis para Ciegos y Personas con Disminucion Visual (ANTCPDV)

asociaciontenisparaciegos@gmail.com / Asociación Nacional de Tenis para Ciegos y Personas con Disminución Visual. @tenisparaciegos.arg

Bulnes 841 | 11-6378-3036 | CP: C1176ABO | Ciudad Autónoma de Buenos aires | Argentina

ANEXO III:

Tabulación General. Valores de cada respuesta según WHOQOL-BREF:

V1	Edad	Sexo	Estadocivi	Diagr	Categoría	Depor	Ocupaciónact	Niveleducativo	Antiguedadenlapráctica	Participacionenotrosdep	Concurreaalgunate	InstitutoONG	Ciudad
V2	30-50	Masculino	Soltero/a	2	1	Trabajo indepe	Secundario Complet	entre 2 y 3 años	Goalball	Psicólogo/a	Instituto Roman Rose	Buenos Air
V3	18-30	Masculino	Soltero/a	2	1	Trabajo depen	Universitario Comple	entre 2 y 3 años	No	Psicólogo/a	Instituto Roman Rose	Buenos Air
V4	30-50	Femenino	Soltero/a	1	2	Estudiante	Universitario Comple	entre 2 y 3 años	No	Psicólogo/a	Instituto Roman Rose	Buenos Air
V5	Más de !	Femenino	Divorciado	2	2	Jubilado/a	Universitario Incomp	entre 2 y 3 años	Natación	Psicólogo/a	Instituto Roman Rose	Buenos Air
V6	30-50	Femenino	Soltero/a	1	1	Trabajo indepe	Secundario Incomple	más de 1 año	Goalball	No	Instituto Roman Rose	Buenos Air
V7	30-50	Femenino	Divorciado	1	1	Jubilado/a	Secundario Complet	más de 1 año	Yoga	No	Instituto Roman Rose	Buenos Air
V8	30-50	Femenino	Soltero/a	1	1	Desempleado/	Universitario Incomp	más de 1 año	Atletismo	No	Instituto Roman Rose	Buenos Air
V9	Más de !	Masculino	Soltero/a	1	1	Jubilado/a	Universitario Incomp	más de 1 año	No	No	ONG Rincón de todos	Santa Rosa
V10	30-50	Femenino	Soltero/a	2	1	Trabajo indepe	Secundario Complet	más de 1 año	No	No	ONG Rincón de todos	Santa Rosa
V11	18-30	Masculino	Soltero/a	2	1	Trabajo indepe	Universitario Comple	más de 1 año	Goalball	No	Instituto Roman Rose	Buenos Air
V12	30-50	Masculino	Soltero/a	2	2	Estudiante	Universitario Comple	más de 1 año	Goalball	Psicólogo/a	Instituto Roman Rose	Buenos Air
V13	Más de !	Masculino	Soltero/a	2	2	Desempleado/	Universitario Incomp	más de 1 año	No	No	Instituto Roman Rose	Buenos Air
V14	18-30	Femenino	Soltero/a	2	3	Estudiante	Secundario Complet	más de 1 año	Fútbol	No	ONG Rincón de todos	Santa Rosa
V15	18-30	Femenino	Soltero/a	1	1	Trabajo depen	Secundario Complet	más de 3 años	Fútbol	No	ONG Rincón de todos	Santa Rosa
V16	Más de !	Masculino	Casado/a	1	1	Jubilado/a	Secundario Complet	más de 3 años	Goalball	No	Instituto Roman Rose	Buenos Air
V17	30-50	Femenino	Soltero/a	2	1	Trabajo indepe	Secundario Complet	más de 3 años	No	No	ONG Rincón de todos	Santa Rosa
V18	30-50	Masculino	Soltero/a	2	1	Trabajo depen	Secundario Complet	más de 3 años	Goalball	Psicólogo/a	Instituto Roman Rose	Buenos Air
V19	30-50	Masculino	Soltero/a	2	1	Desempleado/	Secundario Complet	más de 3 años	Fútbol	Psicólogo/a	Instituto Roman Rose	Buenos Air
V20	30-50	Masculino	Soltero/a	2	1	Jubilado/a	Universitario Incomp	más de 3 años	No	Psicólogo/a	Instituto Roman Rose	Buenos Air
V21	18-30	Femenino	Soltero/a	1	2	Estudiante	Universitario Incomp	más de 3 años	No	No	ONG Rincón de todos	Santa Rosa
V22	18-30	Masculino	Soltero/a	1	2	Estudiante	Secundario Incomple	más de 3 años	No	No	ONG Rincón de todos	Santa Rosa
V23	18-30	Masculino	Soltero/a	1	2	Trabajo depen	Secundario Complet	más de 3 años	Fútbol	No	ONG Rincón de todos	Santa Rosa

p1	p2	p3	p4	p5	p6	p7	p8	p9	p10	p11	p12	p13	p14	p15	p16	p17	p18	p19	p20	p21	p22	p23	p24	p25	p26	d.fisico	d.psicol	d.R.S	d.entorno	p.fisico	p.PSICOLOGI	p.RELACI	p.ENTO
4	5	3	5	5	5	3	4	4	5	5	3	3	5	5	4	4	5	4	5	5	4	5	4	4	2	18	16	19	16	85,71	75,00	91,67	75,00
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	1	5	5	5	4	5	5	5	5	3	1	5	5	5	4	19	18	12	18	96,43	87,50	50,00	87,50
4	3	3	3	4	3	3	2	2	5	3	5	3	5	2	5	5	3	4	4	4	3	3	3	2	14	13	16	13	64,29	58,33	75,00	53,13
5	4	4	2	5	1	5	2	1	4	4	2	5	5	5	1	3	5	5	1	1	1	5	1	1	2	14	15	4	11	60,71	66,67	0,00	43,75
3	5	4	3	4	4	4	5	5	5	4	4	5	5	5	3	4	3	4	4	2	3	5	5	4	2	15	15	12	19	71,43	66,67	50,00	93,75
5	4	3	3	5	5	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	18	19	20	19	85,71	91,67	100,00	93,75
5	5	5	2	5	5	5	5	5	5	3	5	5	5	3	5	4	1	4	5	3	5	3	4	3	4	14	17	17	18	64,29	83,33	83,33	84,38
3	5	5	4	3	4	2	2	3	3	4	3	4	4	4	4	4	3	4	5	3	5	3	5	2	4	15	14	17	13	71,43	62,50	83,33	56,25
3	3	5	5	3	4	4	5	1	4	5	3	2	3	5	4	5	4	5	5	1	3	3	5	5	2	18	15	12	14	89,29	70,83	50,00	59,38
3	3	5	1	4	3	3	4	3	4	2	2	4	2	3	1	5	3	5	3	5	3	5	1	3	4	13	14	15	12	53,57	62,50	66,67	50,00
5	4	5	5	5	5	4	4	4	5	5	4	4	5	5	4	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	18	19	20	18	89,29	95,83	100,00	87,50
5	4	4	3	4	3	2	2	2	2	2	3	2	4	3	4	4	3	3	3	1	3	3	3	3	4	13	12	9	11	57,14	50,00	33,33	43,75
5	4	3	5	5	5	2	5	5	4	3	3	2	5	3	4	5	5	4	4	3	5	5	5	5	5	17	16	16	18	78,57	75,00	75,00	84,38
3	4	3	2	3	3	3	3	3	4	4	5	5	5	3	5	4	3	4	5	3	5	5	3	3	4	14	14	17	16	60,71	62,50	83,33	75,00
4	3	4	3	4	3	2	3	4	2	4	3	4	4	3	3	5	3	3	5	4	4	3	3	4	2	13	12	17	14	57,14	50,00	83,33	62,50
3	3	4	3	3	2	3	3	3	3	3	5	3	5	3	3	5	3	3	3	3	3	3	1	3	2	15	11	12	11	67,86	41,67	50,00	43,75
5	5	5	5	5	5	4	5	4	5	5	3	4	4	5	3	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	19	19	20	17	92,86	91,67	100,00	78,13
5	5	5	5	5	3	5	5	5	5	3	1	5	5	5	4	5	5	5	5	3	1	5	5	5	4	19	17	12	18	96,43	79,17	50,00	87,50
4	3	3	2	3	4	3	2	4	4	4	4	3	3	3	3	3	4	4	3	3	5	4	4	4	2	13	13	15	14	53,57	58,33	66,67	62,50
4	3	5	5	5	4	2	4	4	3	4	4	5	3	2	3	3	4	4	3	3	5	4	3	4	4	14	15	15	16	64,29	70,83	66,67	71,88
5	3	3	1	5	5	4	5	3	5	5	4	4	5	4	1	5	4	5	3	3	4	5	4	4	1	13	17	13	17	57,14	79,17	58,33	81,25
3	4	5	2	4	3	3	4	3	4	4	5	5	5	5	5	4	5	5	5	3	5	3	3	5	4	17	15	17	17	82,14	70,83	83,33	78,13

Pasos para verificar y limpiar datos y calcular puntuaciones de dominio para el Whoqol-Bref:

Pasos	Sintaxis de SPSS para llevar a cabo la verificación de datos, la limpieza y el cálculo de puntajes totales
Verifique los 26 elementos de la evaluación tiene un rango de 1-5	RECODIFICAR Q1 Q2 Q3 Q4 Q5 Q6 Q7 Q8 Q9 Q10 Q11 Q12 Q13 Q14 Q15 Q16 Q17 Q81 Q19 Q20 Q21 Q22 Q23 Q24 Q25 Q26 (1=1) (2=2) (3=3) (4=4) (5=5) (SINO=SISTEMA). (Esto recodifica todos los datos fuera del rango 1-5 como faltantes del sistema).
Invierta 3 elementos redactados negativamente	RECODIFICAR Q3 Q4 Q26 (1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1). (Esto transforma las preguntas enmarcadas negativamente en preguntas enmarcadas positivamente).
Calcular puntajes de dominio	CALCULAR FÍSICA=MEDIA.6(Q3,Q4,Q10,Q15,Q16,Q17,Q18)*4. CALCULAR PSYCH=MEDIA.5(Q5,Q6,Q7,Q11,Q19,Q26)*4. CALCULAR SOCIAL=MEDIA.2(Q20,Q21,Q22)*4. CALCULAR ENTORNO=MEDIA.6(Q8,Q9,Q12,Q13,Q14,Q23,Q24,Q25)*4. (Estas ecuaciones calculan los puntajes del dominio. Todos los puntajes se multiplican por 4 para que sean directamente comparables con los puntajes derivados del WHOQOL-100. El '.6' en 'mean.6' especifica que se deben respaldar 6 elementos para el dominio puntuación a calcular).
Transforma puntuaciones a una escala de 0-100	COMPUTAR FÍSICA=(FÍSICA-4)*(100/16). CALCULAR PSYCH=(PSYCH-4)*(100/16). CALCULE SOCIAL=(SOCIAL-4)*(100/16). CALCULAR ENTORNO=(ENVIR-4)*(100/16).
Eliminar casos con >20% de datos faltantes	CONTEO TOTAL=Q1 A Q26 (1 A 5). (Este comando crea una nueva columna 'total'. 'Total' contiene un recuento de los elementos WHOQOL-BREF con los valores 1-5 que han sido respaldados por cada sujeto. 'Q1 TO Q26' significa que las columnas consecutivas desde 'Q1 ', el primer elemento, hasta 'P26', el último elemento, se incluyen en el recuento. Por lo tanto, se supone que los datos se ingresan en el orden dado en la evaluación). SELECCIONE SI (TOTAL>=21). EJECUTAR. (Este segundo comando selecciona solo aquellos casos donde 'total', el número total de elementos completados, es mayor o igual al 80%. Elimina los casos restantes del conjunto de datos).

ANEXO IV:

Reglamento (Traducido al Inglés por Ayako Matsui, corregido por Philippe Azar, traducido al español por Rodrigo Ojeda Nahuelcura).

Notas Generales

(1) El Tenis de Ciegos se juega usando una raqueta de tenis junior y una pelota de esponja con sonajeros. La pelota de tenis de mesa con cuatro pequeñas bolas de hierro en el interior de la pelota de esponja.

(2) Los partidos de individuales y dobles pueden ser jugados con pelotas de ping pong con sonido. En dobles habitualmente consiste en jugar entre una persona con deficiencias visuales y un jugador con vista normal.

(3) Las reglas de juego de individuales se describen a continuación. Un organizador de cada evento decide las normas de dobles.

(4) Por favor refiérase a las normas publicadas por la Asociación de Tenis de Japón de las normas no mencionadas aquí sucesivamente.

Reglas Artículo 1: DIMENSIONES DE LA CANCHA

(1) Las dimensiones de la cancha son las mismas que la de una cancha de bádminton.

(2) Longitud: 13.40m. Anchura: 6.10m Dividido en dos mitades por una red a media altura de la longitud de la cancha.

(3) El total de área de juego fuera de las líneas de la cancha debe proporcionar suficiente espacio para tomar el examen de la seguridad de los jugadores. Por lo tanto, debe ser de al menos 3m de espacio libre detrás de la línea de base y 2 m en ambos márgenes. La altura del techo (si es aplicable) debe ser un mínimo de 8m.

(4) La línea de servicio es paralelo a la línea de base. Es 1.98m de la línea de base y se une a ambos márgenes.

(5) La línea lateral y la línea de servicio al servicio de sonido envolvente cajas. La línea central divide la zona en dos.

(6) El ancho de todas las líneas es de 5 cm. Se incluye dentro de las dimensiones de la cancha.

(7) cinta adhesiva pegada sobre la superficie de juego se va a utilizar para hacer las líneas. Cualquier color (además de transparente o de un color que es similar a la de la superficie de corte) se puede utilizar.

(8) Para permitir a los discapacitados visuales sentir las líneas, un cordel se coloca debajo de la línea. El cordel se coloca en el centro de la línea de cinta. El diámetro de la cuerda es de 2 mm. (En Japón, la cadena de volar cometas se usa.)

(9) Redes de minitenis pueden utilizarse con una altura no superior a 0.80m en el centro. (0,85 a ambos lados)

Artículo 2: LAS PELOTAS

(1) Se utilizan las pelotas oficiales JTAV. Es recubierta de espuma con una pelota de tenis de mesa en su centro, que emite un sonido cuando es sacudida o golpeada o devuelta, y un pedazo de cinta adhesiva en el exterior que une las dos mitades de la espuma juntos.

(2) El color de las bolas es de color amarillo y negro.

(3) El ancho de la cinta es de 2,5 cm. No hay ninguna reglamentación para el color de la cinta.

(4) El diámetro de la bola es de 9 cm.

Artículo 3: RAQUETAS

(1) Se utilizan Raquetas de minitenis o Junior. La longitud de la raqueta debe ser inferior a 56 cm. El uso de una raqueta de tamaño adulto no está permitido.

(2) No hay ningún reglamento para la determinación de la superficie de la raqueta.

Artículo 4: SERVICIO

El procedimiento a partir de un punto por el que actúa es la siguiente:

(1) Antes de que un jugador sirve, avisa ¿Listo?. El receptor responde con Si Después de decir Si, el servidor tiene 5 segundos para realizar su servicio. Si el servidor no dice Listo o el receptor no dice SI y el servidor saca su servicio, el servicio se repite

(2) Al mismo tiempo, tanto el servidor como el receptor puede preguntarle a un juez o al pasapelotas sus propias posiciones en la pista.

Artículo 5: FALTA DEL SERVICIO

Un servicio es una falta:

(1) Cuando la bola no de bote dentro de los límites del servicio de la cancha en su primer rebote.

(2) Cuando el servidor falla en contacto con la pelota después de haber iniciado su movimiento.

(3) Cuando el servidor comete una falta de pie antes de que haga contacto con la bola.

(4) Cuando una bola golpea a un receptor directamente sin rebotar en la zona de servicio (los pies del receptor deben colocarse de nuevo detrás de la línea de servicios).

(5) Cuando el servidor golpea una bola corriendo o caminando al mismo tiempo.

Artículo 6: PUNTOS PERDIDOS

Un jugador pierde un punto:

(1) Cuando el jugador no hace contacto con una pelota antes de que rebota por cuarta vez (B1), por tercera vez (B2. B3), por segunda vez (B4).

(2) Cuando realiza doble faltas.

(3) Cuando él es dirigido o ayudado en el transcurso de un partido.

(4) Cuando una bola lo golpea directamente. Tenga en cuenta que si un jugador está fuera de los límites de la corte y está directamente afectado por una pelota tocada por un oponente antes de que rebote en el suelo, el oponente que golpea la pelota pierde el punto.

(5) Cuando una pelota golpea la raqueta dos veces

(6) Cuando alcanza la red y hace contacto con el balón al lado del adversario.

(7) Cuando la raqueta o cualquier parte del cuerpo toca la red mientras la bola está en juego.

(8) Cuando una bola golpea a un juez.

Artículo 7: PUNTUACIÓN

(1) 6 juegos regulares, al mejor de 3 set: el que gana 2 set primero es el ganador. Si el organizador del evento desea cambiar el Sistema de puntuación, debe ser anunciado en el programa antes del comienzo del torneo o partido.

(2) El tie break se recomienda para la B1 (totales).

Artículo 8: OTRAS REGLAS

(1) Cuando los dos jugadores tienen ceguera parcial, el servidor puede elegir una bola de color amarillo o negro. Mantienen el color de la bola de juego para todos los que sirven posteriormente en que coinciden. Una bola de color amarillo se utiliza para los jugadores totalmente ciegos.

(2) Un jugador no se le permite ser dirigido durante el juego y pierde un punto si se observa que rompe esta regla.

(3) Un jugador puede preguntar al juez la naturaleza de su falta de servicio (es decir: en qué medida se fue ancho o largo, en qué dirección, etc) para que pueda rectificar su próximo intento.

(4) Cuando una bola se rompe en el curso de un punto, el punto se repite.

(5) Cuando una bola golpea un poste de la red y rebota en la cancha, es buena, pero cuando un servicio golpea en un poste de la red y rebota en el área de servicio, es una falta.

NOTAS: La vista y la opinión de tener preferencia en la determinación de la clasificación visual de un jugador. Jugadores B2, B3, B4 pueden jugar en B1 con los ojos vendados. Un jugador puede competir en una clase de nivel superior.

Artículo 9: CLASIFICACIONES DE DISCAPACIDAD VISUAL EN RELACIÓN A LA CANTIDAD

- B1 Totalmente ciego.

NB: Jugadores pueden estar con la vista vendada para el juego limpio 3 botes (piques).

- B2 Ceguera parcial: El movimiento de una mano en frente de sus ojos es visible. La visión baja 0,03 o visión baja 5 grados. 2 botes (piques).
- B3 Ceguera parcial: La visión sobre 0,03 o visión sobre 5 grados. 2 botes (piques).
- B4 Ceguera parcial. No bote.

Apéndice: REGLAS DE JUEGO DE DOBLES MIXTOS

Una reciente regla se aplica en algunos partidos de dobles, en que tiene que haber una persona con visión normal con uno que presente deficiencia visual o uno totalmente ciego. Se juega en forma similar al tenis de mesa, las personas con discapacidad visual y visión normal deben turnarse para golpear una pelota.

El jugador con visión completa que juega con un jugador B1 puede golpear una bola después

de dos rebotes. El jugador con visión completa que juega con un jugador B2 puede golpear una bola después de un rebote. Las siguientes son las normas para JTAV Copa del campeonato de dobles mixtos. Ellos son sólo para fines de referencia y no son vinculantes:

(1) Un jugador con discapacidad visual está emparejado con el jugador con visión normal. El objetivo es mejorar la comunicación entre las personas con discapacidad visual y el cuerpo en condiciones. Los jugadores tienen un sorteo para una pareja.

(2) El tamaño de la cancha es igual que un juego de individuales.

(3) La clasificación y las normas Clase D1: jugador B1 (3 rebotes) con un jugador con visión normal (2 rebotes) clase D2: un jugador de visión parcial (2 rebotes) y el con visión normal (1 rebote) Notas: D1 Al jugador con visión normal no se le permite más de tres golpes sucesivos (sin incluir el servicio). Después que el jugador B1 golpea una bola, el jugador con visión puede volver a golpear una pelota de nuevo. D2 Al jugador con visión normal sólo se permite 1 rebote y no puede golpear de volea. Cuando una bola golpea directamente al jugador de visión normal, él pierde un punto. Cuando una pelota toca al jugador con discapacidad visual y que tiene los dos pies fuera de los límites de la cancha, la oponente que golpeó la bola pierde un punto. Cuando no se utiliza ventaja de puntuación y hay punto decisivo (40-todos, el siguiente punto gana el juego), si le corresponde sacar al jugador con visión normal debe recibir el jugador con visión normal de la otra pareja, si le corresponde servir al jugador con discapacidad visual debe recibir en la otra pareja el jugador con discapacidad visual.