

ACTIVIDAD FÍSICA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDADES

INTRODUCCIÓN

La existencia de un sector de la población con impedimentos para acceder a un desarrollo pleno de todas sus potencialidades es un hecho que no puede ser ignorado.

Potencialmente todos podemos sufrir en el futuro cualquier tipo de discapacidad; transitoria o definitiva; a causa de enfermedades o accidentes.

Por tanto las sociedades modernas y desarrolladas socialmente deben de velar por favorecer la integración de todas aquellas personas que sufran discapacidades, entre otros motivos porque como ejemplo, la supresión de barreras arquitectónicas o de comunicación finalmente acaba favoreciendo a toda la población, tanto discapacitados como no discapacitados.

El tratamiento que los discapacitados han tenido a lo largo de la historia ha sido dispar y tenemos desde sociedades que los han consideraron como enviados de los dioses, hasta sociedades en las que han sido ocultados, despreciados, maltratados y hasta eliminados.

En la actualidad y en las sociedades desarrolladas socialmente, las actividades físicas juegan un importante elemento preventivo, rehabilitador e integrador.

Se trata de sacar adelante lo positivo que toda persona posee.

Los términos que se han utilizado para denominar al sector de la población cuya situación común es la de poseer algún impedimento para acometer con normalidad las exigencias de la vida han variado mucho históricamente: Minusválido, impedido, subnormal, infradotado, discapacitado, lisiado, especial, atípico, deficiente, etc., son algunos de los términos que se han utilizado.

En la actualidad son de uso común e indistinto las denominaciones deficiente, minusválido o discapacitado, pero desde un punto de vista más profundo observamos diferencias entre dichos términos y que un profesional debe conocer y distinguir.

Deficiencia: se entiende por tal a la pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica.

Discapacidad: Es toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para el ser humano.

Minusvalía: Es la situación desventajosa para un individuo determinado, a consecuencia de una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (en función de la edad, sexo y factores sociales y culturales.)

El término más apropiado para referirnos a estas personas es: **personas con discapacidades**.

TERMINOLOGÍA BÁSICA

ADAPTACIÓN

Es el proceso integrador que implica promover las técnicas y los medios, tanto humanos como de infraestructurales y materiales, que persigue la normalización tanto desde una perspectiva psíquica como motriz.

Desde una perspectiva interdisciplinar se deben mejorar todos los aspectos dinámicos:

Biomecánicos: Adaptaciones de prótesis, barreras arquitectónicas y de comunicación, aparatos ortopédicos, materiales de juego y deporte,...

Biológicos: Adaptaciones de las técnicas de estimulación, aprendizajes tempranos, comunicaciones,...

Psicológicos: Adaptaciones de las conductas y procedimientos, modificaciones de hábitos y conductas,...

Sociológicos, culturales, antropológicos: Adaptaciones al entorno, a su situación en el mundo,...

AUTONOMÍA

La autonomía personal es la capacidad para actuar uno mismo con independencia de los otros y sin apoyos externos.

La interdependencia, muchas veces la sobreprotección, que tienen las personas con discapacidad desde los primeros años de su vida o a partir del momento en el que se produce la minusvalía, hace que este nivel sea fundamental en el proceso educativo. Ir incorporando progresivamente valores personales, esfuerzos individuales es función del educador, ya que conseguir una autonomía progresiva se va dando en la vida cotidiana, tanto en los niveles escolares, como en la propia vivienda como en su desenvolvimiento en su devenir diario. Llegar a niveles de consecución en las propias capacidades y destrezas, habilidades que impliquen una independencia en actos cotidianos, la capacidad de comer, vestirse, calzarse, asearse y en definitiva, el autocuidado personal son actos imprescindibles de todas las personas. Conseguir el máximo nivel de autonomía personal del discapacitado es objetivo necesario en todos los programas de adaptación, normalización e integración. Es posible que por las propias limitaciones un discapacitado no pueda llegar a asumir una autonomía plena, pero si puede

alcanzar ciertos grados en su consecución o cuando menos pueda aprender a demandar algunas ayudas a sus propias necesidades para sentirse mejor.

Lo mismo sucede en la autonomía en el devenir cotidiano por el medio urbano de los discapacitados. Salir de casa, ir de compras, al cine, a los entrenamientos, a actos sociales, etc., sirve como medida del grado de autonomía alcanzado y ha de ser uno de los objetivos a lograr por parte de los educadores implicados en el proceso formativo y de adaptación.

ADAPTACIONES CURRICULARES

La adaptación curricular está determinada por cada una de las circunstancias que se presentan en cada discapacitado, su trayectoria específica y su situación social-cultural-psicológica.

La respuesta educativa ante esa diversidad, necesariamente tiene que marcar una serie de pautas priorizadas y evaluables en el tiempo. Cada uno de los objetivos que nos propongamos tiene que ser mensurable.

Ante la diversidad de los usuarios, el equipo educativo tiene que satisfacer todas las necesidades que éstos usuarios puedan requerir, sino pudiera lograrse con éxito esa normalización y/o integración ese equipo ha de plantear lo que se denomina diversidad curricular. Lograr que el alumno progrese según sus necesidades según un diseño curricular especial que posibilite un trabajo adecuado a su nivel, independientemente de la programación global dirigida al resto de usuarios.

ACTIVIDADES FÍSICO-DEPORTIVAS Y RECREATIVAS.

Las actividades físicas; de manera genérica; pueden tener formas e intenciones muy diversas: Competitivas, recreativas, terapéuticas, educativas.

Los programas de actividades físico deportivas y recreativas para personas con discapacidades se plantean la consecución de los objetivos que siguen:

- Mejorar la capacidad motora.
- Favorecer la autoestima.
- Mejorar la capacidad de comunicación.
- Mejorarlas posibilidades de desenvolvimiento vital.
- Permitir el acceso al mundo laboral y al disfrute del ocio.

Los beneficios de la práctica deportiva en las personas con discapacidades los podemos agrupar en:

Beneficios Físicos y/o fisiológicos:

- Mejora el sistema cardio-respiratorio.
- Se incrementa la fuerza general.
- Mejora el control de los movimientos.
- Se incrementa la capacidad de desplazamiento.

Beneficios Psicológicos:

a) emocionalmente:

- Se sienten mejor y más satisfechos consigo mismo.
- Les produce placer y se divierten.
- Eliminan estrés y tensiones.

b) cognitivamente:

- Se incrementa la capacidad de adquirir conocimientos.
- Se desarrolla la creatividad.

b) conductualmente:

- Se incrementa la autonomía.
- Se incrementa la capacidad para manejar herramientas.
- Se mejora la destreza.

Sociales:

- Se mejora la capacidad de relación con los demás.
- Se hacen nuevas amistades.

Las actividades físicas por tanto son enriquecedoras para las personas impedidas, pero para llevar a cabo estas acciones y conseguir los objetivos previstos debe tenerse en cuenta varios aspectos:

1. El proceso de recuperación y/o rehabilitador debe estar controlado o superado. Lo que se ofrece puede no ser tan beneficioso como se esperaba si no se mantiene contacto estrecho con el profesional médico o psicológico.
2. Es necesario conocer las aptitudes y capacidades de las personas en cuestión. Un conocimiento profundo del impedimento, de los útiles de valoración y de las competencias de cada sujeto es imprescindible para una adecuada actuación.
3. Es necesario que la actividad pueda ser realizada por los sujetos. Debe evitarse el Síndrome del Fracaso por lo que se hace necesaria una pedagogía del éxito.

ADAPTACIÓN DE LAS ACTIVIDADES

La adaptación de las actividades pasa necesariamente por la modificación de alguno o más de los aspectos que a continuación se detallan:

- a. Reduciendo las dimensiones de los terrenos de juego.
- b. Modificando los materiales a utilizar.
- c. Modificando las técnicas y las tácticas.
- d. Modificando la duración o las distancias.
- e. Creando elementos mecánicos adecuados para favorecer la participación.
- f. Planificando las instalaciones para evitar todo tipo de barreras.

- g. Permitir la participación en la toma de decisiones de los verdaderos protagonistas.

En definitiva, haciendo que la propia actividad no sea el primer obstáculo a superar. De esta forma con sensibilidad y con el deseo y voluntad de llevarlo a cabo, los sordos, amputados, parapléjicos, deficientes mentales, paralíticos cerebrales, etc., pueden correr, nadar, practicar atletismo, jugar a los bolos, tirar con arco, pescar, practicar artes marciales, realizar excursiones y acampadas, jugar a badminton, tenis, montar a caballo, jugar al fútbol, baloncesto, bailar, expresarse corporalmente, etc.

Las actividades físicas, deportivas o recreativas son por tanto un medio muy eficaz para ayudar a conseguir que las sensaciones de angustia y frustración, que suelen apoderarse de las personas impedidas, desaparezcan y de esta forma elevar su autoconcepto, permitiendo que la persona discapacitada:

- Salga de un medio social restringido y se comunique.
- Sienta interés por ampliar el bagaje de actividades recreativas que conoce.
- Eleve su sensación de bienestar.
- Se sienta bien consigo mismo.

DEPORTE ADAPTADO. DEPORTE INTEGRACIÓN. DEPORTE NORMALIZADO.

Deporte adaptado: es aquel que es practicado por personas que presentan una determinada discapacidad.

Básicamente este deporte toma esta denominación por las adaptaciones de las reglas deportivas instalación, material, número de deportistas, etc, para que pueda ser practicado desde los niños hasta los ancianos pasando por las personas que padecen discapacidades.

El deporte adaptado pretende:

- **Sensibilizar** a la sociedad sobre los problemas de los discapacitados en general y sobre las dificultades de la práctica deportiva en particular.
- Utilizar el deporte adaptado como un proceso para **llegar al deporte integración** y utilizar este último proceso, para la normalización de las personas discapacitadas.
- **Suprimir las barreras arquitectónicas** pues son muchas las instalaciones deportivas que en la actualidad todavía presentan barreras que imposibilitan la práctica deportiva a personas con discapacidad.
- **Favorecer programas específicos** para grupos determinados de personas discapacitadas ofreciendo más posibilidades de práctica.

Deporte de integración: es aquel que se practica junto a personas que no presentan minusvalías aunque las discapacidades les imposibilitan realizar las actividades deportivas con

total plenitud. La palabra integración comenzó a utilizarse en los años 1960 y se consolida como término, hacia los años 1980.

El deporte integración es un proceso en el que se deben optimizar diversos factores, que faciliten que las personas discapacitadas inicien o bien desarrollen el deporte en términos próximos a la normalidad.

La optimización del proceso de integración tiene como finalidad la normalización. Este proceso es posible y necesario cuando la discapacidad es leve y difícilmente realizable cuando la discapacidad es grave.

Los procesos de deporte integración más significativos son los que culminan en la normalidad. Como ejemplos podemos citar a Wilma Rudolph, "la gacela negra" atleta norteamericana que a pesar de haber sufrido poliomielitis en su infancia y no caminar hasta los 7 años, fue campeona olímpica de los 100m. 200m. y 4x100m. lisos en la Olimpiada de Roma en 1960, batiendo el record del mundo femenino en las tres pruebas.

Deporte normalizado: es el deporte que se practica respetando las mismas reglas y en condiciones que no presentan adaptaciones. Es el deporte al que habitualmente se refiere la población, los medios de comunicación, etc.

El deporte adaptado y el deporte integración son procesos en definitiva para adquirir la normalización deportiva.

HISTORIA DE LA ACTIVIDAD FÍSICA PARA DISCAPACITADOS.

El concepto de actividad física adaptada o deporte adaptado nace después de la segunda guerra mundial en el Hospital para Lesionados Medulares de **Stoke Mandeville – Inglaterra**. El **Dr. Ludwing Guttmann** introdujo ciertas actividades deportivas alrededor de los programas rehabilitadores, terapéuticos y curativos desde perspectivas hospitalarias. Con posterioridad el deporte para discapacitados motores se generalizó dentro de los tratamientos hospitalarios dirigidos a otras deficiencias producidas por enfermedades, patologías diversas o accidentes.

En un principio el deporte adaptado tuvo en cuenta principalmente el aspecto rehabilitador. Con posterioridad y a lo largo de su breve historia se han incorporando nuevos conceptos como el de **adaptación al entorno, normalización, integración, autonomía, etc.**

Las actuales perspectivas a la hora de afrontar la actividad física adaptada han ido introduciendo aspectos como la **motivación, diversión, recreación y competición** que hacen más fácil la incorporación del discapacitado a la sociedad en un lenguaje similar al de los demás ciudadanos.

En la actualidad el concepto de adaptación engloba a sectores de población o personas que no tienen las mismas capacidades habitualmente reconocidas como "normales", así en la

actualidad se habla de deporte para tercera edad, para personas con enfermedades crónicas: cardio -vasculares, asmáticos, diabéticos,..., enfermedades mentales u otras.

La actividad física adaptada por tanto, recoge todos los ámbitos de intervención que no recoge la actividad física entendida habitualmente como "normal".

INTERVENCIÓN GLOBAL ANTE LAS DISCAPACIDADES.

La intervención ante las discapacidades no puede quedarse únicamente en el Contexto terapéutico. Los avances en las nuevas ideas sobre el concepto de Salud, como interrelación de los diversos elementos que inciden en la mejora del Bienestar Social Global, hace que sea necesario un tratamiento desde perspectivas funcionalistas y estructurales, donde los problemas interactúan en el medio social. Es decir, una sociedad sana implica que sus individuos están sanos o en vías de estarlo (cuando menos están en camino de soluciones válidas para una integración o normalización dentro del sistema).

Desde esta perspectiva, es cuando hablamos de ámbitos de intervención desde un modelo de Salud/Bienestar Social actuando a tres niveles:

PROGRAMAS DE PREVENCIÓN:

Tienen por objeto la adopción de medidas encaminadas a impedir que se produzcan deficiencias físicas, mentales y/o sensoriales o impedir en otros casos que si las deficiencias ya se han producido, tengan consecuencias físicas, psicológicas y/o sociales negativas.

Las políticas de prevención se pueden definir claramente pero no siempre son asumidas con la suficiente implicación presupuestaria:

- Campañas de vacunación dirigidas a erradicar ciertas enfermedades como la Poliomiélitis Infantil.
- Campañas de concienciación dirigidas a la población para prevenir accidentes de tráfico, laborales, aceptación de lo "diferente", necesidad de trabajo para discapacitados,...
- Campañas de investigación que contemplen la incorporación de suficientes medios para la investigación y el intercambio de experiencias ante ciertas enfermedades que producen secuelas.
- Campañas de hábitos saludables: antitabaco; fomentadoras de buenos hábitos alimenticios; fomentadoras de la realización de ejercicio; etc.

PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN:

Tienen por objeto el permitir que las personas con deficiencias alcancen un nivel físico, mental y/o social funcional y óptimo, proporcionándole así los medios para modificar su propia vida.

Son programas de duración limitada e indeterminada, dependiendo de la discapacidad y las personas.

Las políticas de tratamiento o rehabilitadoras para ser realmente eficaces no se deben circunscribir exclusivamente a la actividad hospitalaria o de los centros especializados en fisioterapia. Se debe intervenir mediante el establecimiento de protocolos de coordinación entre los técnicos implicados en el proceso, que den respuesta a diversa problemáticas desde una perspectiva interdisciplinar: Psicólogos, Médicos, Educadores Sociales, Pedagogos. De esta manera, los programas de intervención ganarán en riqueza global para el paciente-alumno-persona. Ejemplo, de lo anterior son algunos proyectos llevados a cabo por algunas federaciones de deporte adaptado como el desarrollado por FESA en la Comunidad Autónoma Valenciana. FESA está llevando a cabo el denominado "Programa Hospi—Esport" que tiene por objeto dar posibilidades al paciente que está en período hospitalario para que en el momento adecuado pueda salir del centro hospitalario para realizar algunas actividades deportivas en los centros que esta Federación tiene a su disposición, aunque necesariamente tenga que regresar al finalizar las mismas al centro hospitalario. Esto implica una progresiva integración en una serie de actividades rehabilitadoras, pero también recreativas, culturales y, algo fundamental, poder tener contacto con otros deportistas que ya han superado ese período hospitalario.

Haciendo una lectura más progresista, estos programa se podrían ampliar al ámbito educativo y laboral.

Con la aplicación de estos programas se espera:

- La aceleración en el proceso de rehabilitación.
- La aceleración en el proceso de integración o normalización vital.
- El establecimiento de vínculos con otras personas con discapacidad o con técnicos que en el futuro van a estar con él/ella.
- La superación de los problemas relacionados con su "shock" inicial, con depresiones, ansiedades, miedos que se producen en el momento de enfermedad, accidente,..., y que en definitiva suponen un cambio en su trayectoria vital y en su evolución personal.
- La implicación de la familia y su ayuda en los primeros tiempos tras su nueva forma de vida.

PROGRAMAS DE EQUIPARACIÓN DE OPORTUNIDADES:

Tienen por objeto el posibilitar que el sistema general de organización social se haga accesible para todos.

Las políticas de integración-normalización deben cristalizar las diversas acciones aplicadas, como son las preventivas, rehabilitadoras y educativas en una incorporación de la manera más autónoma y crítica posible de las personas discapacitadas hacia la comunidad que

les toca vivir. A la vez, esa comunidad ha de dar las respuestas necesarias para que el discapacitado pueda vivir desde perspectivas normalizadas y no estigmatizadoras para con él.

Las realizaciones se deben concretar en planes desde la Administración que permitan:

- La posibilidad de continuar su educación - formación, dentro del sistema de educación reglada y continua.
- Una accesibilidad a la cultura, el ocio y la recreación de forma normalizada.
- La puesta en marcha de las medidas de accesibilidad y/o de comunicación en las diversas ciudades y pueblos de forma plena.
- Un mayor impulso hacia el acceso al mundo laboral a través de convenios con las administraciones y empresas.
- Una integración en los recursos educativos normalizados, estableciendo para ello los medios adecuados en los Centros Escolares y profundizando en la preparación de los profesionales que en ellos desarrollan sus funciones: Profesores, educadores, personal no docente,...
- Posibilitar la realización de deporte por parte de las personas con discapacidad, esto conllevará la adecuación de las instalaciones deportivas y de las actividades físicas adaptadas allá donde sea necesario.