



UNIVERSIDAD
DE LA REPUBLICA
URUGUAY



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

TRABAJO FINAL DE GRADO

***BENEFICIOS DE LAS ACTIVIDADES FÍSICAS ADAPTADAS EN
PERSONAS CON DISCAPACIDAD MOTRIZ DE ORIGEN CEREBRAL***

Claudio Borrelli

45935907

Tutor: Patricia Domínguez

Montevideo, Uruguay

Febrero 2017

ÍNDICE

Resumen	1
Introducción	2
1. Conceptualizaciones	4
1.1. Discapacidad	4
1.1.1. Discapacidad en Uruguay	6
1.1.2. Discapacidad Motriz	7
1.1.3. Discapacidad Motriz de Origen Cerebral	9
1.2. Psicología, Actividad Física y Deporte	12
1.3. Actividades Físicas y Deportes Adaptados	14
1.3.1. Actividades Físicas Adaptadas	14
1.3.2. Deportes Adaptados	15
2. Beneficios de las Actividad Físicas Adaptadas en personas con Discapacidad Motriz de Origen Cerebral	17
2.1. Rehabilitación y Reinserción	18
2.1.1. Beneficios Fisiológicos	18
2.1.2. Beneficios Psicosociales	19
2.2. Inclusión Social	22
2.3. Ejemplo de Actividades Físicas Adaptadas	24
2.3.1. Equinoterapia	25
2.3.2. Actividades Acuáticas	28
3. Consideraciones finales	29
4. Referencias Bibliográficas	31

Resumen

El presente trabajo se enmarca dentro del campo de estudio de la Psicología de la Actividad Física y el deporte. Pretende mediante una exploración teórica, dar cuenta de los beneficios que las actividades físicas adaptadas pueden aportar a aquellas personas que conviven con una particular discapacidad motriz.

A lo largo de la historia han coexistido distintas maneras de pensar, entender e intervenir sobre la discapacidad. Antes era sinónimo de imposibilidad y las personas con ella objeto de lástima, ayuda y protección solidaria. En la actualidad, se concibe como una característica más de la diversidad humana. Un producto social que resulta de la interacción entre el estado de salud de una persona y los factores contextuales, que limitan la actividad y restringen la participación.

Se aborda una particular condición de existencia, denominada aquí Discapacidad Motriz de Origen Cerebral, en la que la persona ve alterada -principalmente- su funcionalidad motora. Se parte de la máxima de que toda persona tiene capacidad y potencial de desarrollo, y que la existencia de limitaciones iniciales no debe determinar el punto al que puedan llegar. Como actividades físicas adaptadas para trabajar con personas con Discapacidad Motriz se describen la equinoterapia y actividades acuáticas, que por sus características se muestran como las más adecuadas para contribuir a la calidad de vida de estas personas.

Se sostiene al final, que practicadas en forma adecuada, las actividades físicas adaptadas son una buena herramienta para el desarrollo de la persona. Útiles en cuanto a la rehabilitación, ideales para la integración e inclusión, y en definitiva, un buen medio para mejorar la calidad de vida.

Palabras Claves: Psicología, Discapacidad Motriz de Origen Cerebral, Actividades Físicas Adaptadas.

Introducción

Este trabajo se enmarca dentro del campo de estudio de la Psicología de la Actividad física y el Deporte. Pretende mediante una exploración teórica, dar cuenta de los beneficios que las actividades físicas adaptadas pueden aportar a aquellas personas que conviven con una particular discapacidad motriz. Para esto será conveniente, en primer lugar, delimitar lo que se entiende por algunos conceptos como discapacidad, discapacidad motriz, actividades físicas y deportes adaptados, para en última instancia reflexionar sobre tales aportes.

Hace poco tiempo tuve la suerte de conocer a alguien muy especial que motivó este trabajo. Especial en el estricto sentido de la palabra, una persona que escapa a la media. No es fácil imaginar lo que significa nacer con dificultad para controlar el cuerpo. Una dificultad que le impide incorporarse por sí mismo, que le exige el doble de esfuerzo para mantenerse sentado sin accesorios que lo sostengan, manipular objetos, que le sea imposible andar sin ayuda y que cada estímulo exterior inesperado, o fuerte emoción acompañada de excitación, expectativa o entusiasmo, le provoque movimientos no controlados en sus miembros. Estas características no le impiden ser una persona tranquila, alegre, curiosa y observadora, con excelente memoria, y una inteligencia que sorprende prejuicios. Hoy tiene cuatro años y es un niño muy feliz. Le pone una sonrisa a la vida todos los días, disfruta del jardín y de sus compañeros, de aprender, trabajar, escuchar y cantar canciones, oír cuentos, ir al patio, subirse a un tren y jugar que viaja a España o Francia para conocer a Suárez y Cavani, de meter un gol y que la gente coree su nombre.

Pero le deparan difíciles barreras a superar, barreras más complicadas que a la mayoría, en su camino a un desarrollo satisfactorio. Poco a poco irá creciendo, y si para nadie es fácil adaptarse y acomodarse en el mundo, menos lo será para él. Sobre todo, si tenemos en cuenta que el mundo en que vivimos se construye y funciona al ritmo de las personas convencionales.

Muchas de las barreras a las que se enfrentará son más producto de la sociedad que de sus propias características. Nacemos como nos toca nacer, con fortalezas, dificultades y

singularidades. Todos con potencial de desarrollo y capacidad de aprendizaje. Cada uno se adapta al entorno como puede y con las herramientas que tiene. Eso nunca debe merecer lástima y mucho menos discriminación. Simplemente merece aceptación y trato igualitario. Incluso un mayor reconocimiento porque estas personas afrontan la realidad con desventajas. Si tenemos en cuenta que ser gregarios nos hace depender de otros para vivir, deberíamos procurar reducir esas desventajas y no agrandarlas.

Cuando se me brindó la oportunidad y encomendó la responsabilidad de acompañar y participar en la educación de la persona de la que vengo hablando, no imaginé lo mucho que él me educaría a mí. Él motivó la elección del tema e inspiró este trabajo.

1. Conceptualizaciones

1.1. Discapacidad

A lo largo de la historia han coexistido distintas maneras de pensar, entender e intervenir sobre la discapacidad. De las lecturas realizadas se desprenden tres paradigmas

- Paradigma Tradicional: Las personas con discapacidad son miradas como inferiores, no normales e incapacitadas para hacer las cosas que hacen los demás. Personas que son más objeto de lástima que sujeto de derechos.
- Paradigma Médico-Biológico: Entiende a la discapacidad como un problema de la persona. Adquiere connotación de síntoma, una desviación observable de la normalidad funcional del cuerpo y/o mente producto de una enfermedad o trauma. La persona es vista como paciente que para adaptarse al medio debe someterse a la intervención de los profesionales en rehabilitación. La intervención desde este foco está centrada en la compensación del déficit mediante la cura médica y el logro de una mejor adaptación del sujeto en la sociedad.
- Paradigma de Derechos Humanos: Se centra en la dignidad de cualquier persona por el simple hecho de serla, independientemente de sus singularidades. La discapacidad es aquí una característica más de la diversidad humana. Un producto social que resulta de la interacción entre las personas con limitaciones funcionales y las barreras actitudinales del entorno, que condicionan el desarrollo satisfactorio y la participación plena de estas personas en la sociedad.

Antes la discapacidad era sinónimo de imposibilidad y las personas con ella objetos de lástima, ayuda y protección solidaria. Esta mirada se mantiene hoy presente en algunas instituciones destinadas a la rehabilitación, lo que contribuye muchas veces a la mantención del estigma y la exclusión del sujeto.

En 1980 la Organización Mundial de la Salud (OMS) crea la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM) con la intención de clasificar las consecuencias de las enfermedades y la repercusión de las mismas en la vida de los individuos. En la experiencia de enfermedad o discapacidad para la CIDDM se relaciona tres conceptos independientes.

- Deficiencia: desviación de la norma en el estado biomédico corporal y/o mental.
- Discapacidad: consecuencia de las deficiencias funcionales en el desempeño de actividades.
- Minusvalía: distancia que separa lo que el individuo es de lo que se espera de él; es la socialización de la enfermedad, las desventajas culturales, sociales, económicas y ambientales resultantes de las deficiencias y discapacidades.

Esta secuencia lineal y causalista desde la enfermedad hasta la minusvalía, pasando por la deficiencia y la discapacidad, demuestra de cierta manera la adhesión de esta clasificación al paradigma médico-biológico de discapacidad. Gira está en torno a la enfermedad y en la dificultad que supone para el desempeño de actividades y obligaciones en la sociedad.

Sin embargo, la especie humana no puede ser entendida sino como el resultado de una permanente interacción entre factores biológicos, psicológicos y condicionamientos sociales, por lo tanto la discapacidad tampoco puede ser entendida de otra manera. Lo biológico, lo personal y lo social hacen a la discapacidad y de ahí su complejidad. Surge así el modelo bio-psico-social de discapacidad, para el que es fundamental minimizar las diferencias y potenciar lo común, luchar por la igualdad y la des-estigmatización. Este modelo es por el que apuesta la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la discapacidad y de la salud (CIF).

La CIF creada por la OMS en el año 2001, toma, revisa y modifica la CIDDM del año 1980. La nueva clasificación no se centra en la enfermedad sino en la salud y adopta un modelo universal del funcionamiento humano en el que, según Pantano (2003) la discapacidad es más una posibilidad que una etiqueta. Esta posibilidad, entendida como situación y proceso, indica los aspectos negativos de la interacción entre el estado de salud de una persona y los factores contextuales, aspectos que limitan la actividad y restringe la participación. La experiencia de discapacidad de cada uno es única y las políticas de bienestar e intervenciones deben centrarse en la persona, teniendo en cuenta sus aspiraciones, necesidades y aspirando siempre al logro del mayor nivel de calidad de vida posible.

Siguiendo esta línea, se aprueba en el 2006 la convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (CDPD), con la que se consagra una definición social de la discapacidad. Con esta concepción la discapacidad es un hecho inherente a la diversidad

humana y las políticas inclusivas son un aporte útil no solo para las personas que conviven con discapacidad y sus familias, sino también para la construcción de una sociedad que pueda responder a las necesidades y posibilidades de todos (Meresman, 2013).

1.1.1. Discapacidad en Uruguay

Según aportes de UNICEF (2013), más de medio millón de uruguayos conviven con discapacidad y la mayoría de ellos lo hacen en una situación de exclusión social, lo que refleja las dificultades que han tenido las distintas sociedades para garantizar la igualdad de oportunidades. Esta situación que afecta a las personas con discapacidad y sus familias “ha dejado como herencia un fuerte estigma social que naturaliza la desventaja y la existencia de barreras en el acceso a la educación, al empleo y a la posibilidad de contribuir al desarrollo y lograr una vida plena” (Sergio Meresman; 2013: 9).

En el año 2008 se ratifica en nuestro país, por medio de la ley 18418, la CDPD ya mencionada. En su primer artículo expresa la necesidad de “promover, proteger y asegurar el goce pleno y en igualdad de condiciones de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente” (CDPC, Art.1). Las intervenciones se proponen en dos ejes. Por un lado, principios que refieren a la persona, como los de autodeterminación, empoderamiento, productividad, integralidad y unión familiar. Por otro, principios referidos al sistema, como lo son el acceso a servicios y apoyos, colaboración, solidaridad e inclusión.

Para la Licenciada María José Bagnato el hecho que el Programa Nacional de Discapacidad (PRONADIS) esté bajo la órbita del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) responde al ya mencionado cambio conceptual con respecto a la discapacidad, entendida principalmente como un tema social más allá de su vinculación con la salud. Si bien esto significa un cambio histórico y una orientación para el actuar, las leyes y convenciones no implican por sí mismas un cambio en la realidad. El hecho de que exista un marco legal que pretende el respeto por los derechos sin discriminación, no significa que no existan fuertes barreras actitudinales y sociales que restringen las posibilidades, y Uruguay no es la excepción.

Un estudio sobre la discapacidad y los derechos humanos en Uruguay demostró que existe discriminación, agresividad y malos tratos a niños con discapacidad, y que estas conductas están muy arraigadas en nuestra sociedad (Meresman, 2013).

1.1.2. Discapacidad Motriz

Expuesto el concepto discapacidad y los distintos paradigmas que aún conviven, nos centramos ahora en la discapacidad motriz. Situémonos primero en el proceso que le da lugar: El Desarrollo Psicomotor (DPM).

Las autoras Vericat, A. y Orden, A. (2013), explican al DPM como el proceso mediante el cual la persona va adquiriendo, en forma gradual y continua, nuevas habilidades que le permiten realizar actividades cada vez más complejas. Resulta en la interacción de factores individuales-biológicos y psicosociales. Los últimos refieren al entorno que rodea a la persona, son fundamentales y determinantes en el proceso. Favorablemente generando factores de protección y resiliencia, o desfavorablemente construyendo factores de riesgo.

El desarrollo humano es moldeado por una interacción dinámica y continua entre la biología y la experiencia. La cultura influye en cada uno de los aspectos del desarrollo y esto se ve reflejado en las prácticas de crianza y creencias, diseñadas para una saludable adaptación. (Young ME y Fujimoto G. en Vericat, A. y Orden, A; 2013)

Siendo muchos y variados los factores que atraviesan este desarrollo¹, es lógico que sea distinto en cada persona. Existen similitudes pero ninguno es igual a otro. La adquisición de habilidades comunicacionales, motrices y comportamentales, no sigue un patrón lineal rígido, sino que presenta continuidades y discontinuidades. Tanto en el tiempo que requiere el logro de una nueva habilidad, como en la edad que se adquiere determinado logro según lo esperado. Al ser el desarrollo un fenómeno variable complica establecer los límites entre lo que es un desarrollo psicomotor normal y uno “patológico”. Se habla de retraso psicomotor, cuando la adquisición de habilidades se da en forma lenta o cualitativamente alterada, respecto a lo esperado en los tres primeros años de edad. Este retraso bien puede normalizarse antes de alcanzar el niño la edad escolar, tratándose entonces de una variable normal del desarrollo, o bien puede significar un verdadero retraso psicomotor debido a:

¹ Desarrollo: Se entiende aquí como un proceso que dura toda la vida, aún en fases biológicas involutivas se generan cambios evolutivos en los comportamientos (Amorín,D.2010)

- Déficit en la estimulación por parte del entorno
- Enfermedad crónica extraneurológica: cardiopatía congénita, enfermedad respiratoria, desnutrición, entre otras.
- Déficit sensorial aislado
- Inicio de un trastorno global del desarrollo, trastorno del tipo autista
- Primera manifestación de una futura deficiencia mental
- Primera manifestación de una futura torpeza selectiva de la psicomotricidad fina o gruesa
- Primera manifestación de una encefalopatía crónica no evolutiva².

Así planteado, el desarrollo psicomotor depende de la interacción de aspectos individuales y contextuales. Cuando la interacción de personas con capacidades psicomotrices³ diferentes y el entorno, resultan en una restricción de las actividades y la participación, hablamos de discapacidad motriz.

El Consejo Nacional de Fomento Educativo (CONAFRE, 2010)⁴ define discapacidad motriz como:

Una alteración de la capacidad del movimiento que afecta, en distinto nivel, las funciones de desplazamiento, manipulación o respiración, y que limita a la persona en su desarrollo personal y social. Ocurre cuando hay alteración en músculos, huesos o articulaciones, o bien, cuando hay daño en el cerebro que afecta el área motriz y que le impide a la persona moverse de forma adecuada o realizar movimientos finos con precisión (pág. 18).

Así planteada, esta definición esclarece lo que sucede en la persona a nivel del cuerpo. Desde la perspectiva de derechos humanos, falta agregarle a esta definición los aspectos

² Para este trabajo discapacidad motriz de origen cerebral

³ Psicomotricidad: Cuando un movimiento tiene una finalidad, se emplea el término psicomotricidad, puesto que trabajan en conjunto aspectos cognitivos, afectivos y sensoriales (DGEI, 2012)

⁴ En *Discapacidad motriz. Guía didáctica para la inclusión en educación inicial y básica*

contextuales que la atraviesan. Se cita para esto las palabras de La Dirección General de Educación Indígena (DGEI)⁵:

Más allá de las limitaciones o dificultades físicas efectivas de un sujeto, las barreras de un entorno hecho por y para personas sin discapacidad condicionarán en las personas una percepción alterada de sus posibilidades reales y una dependencia absoluta de los demás (pág. 20).

Definida la discapacidad motriz, podemos ahora ver sus variables. Según una de las categorías clasificatorias, pueden diferenciarse los trastornos físicos periféricos y los neurológicos. Los trastornos neurológicos aquí referidos, implican un daño originado en la corteza motora cerebral, área del cerebro encargada de procesar y enviar la información del movimiento al cuerpo. Entre los trastornos más comunes de este tipo se encuentran: los traumatismos craneoencefálicos, los tumores localizados en el cerebro y la parálisis cerebral⁶.

1.1.3. Discapacidad Motriz de Origen Cerebral

Se entiende Discapacidad Motriz de Origen Cerebral⁷ como una condición de existencia compleja y poco homogénea. En las lecturas realizadas se la denomina de muchas maneras, entre otras: Enfermedad de Little, incapacidad motora cerebral, discapacidad en el desarrollo, parálisis cerebral. Esta última es la comúnmente más utilizada.

Si bien no es el propósito de este trabajo ahondar en la historia del concepto, resulta conveniente una revisión de la misma que genere visibilidad sobre las muchas diferencias que han existido. Para esto se recurre a los aportes de García et al (1993).

El primero en escribir sobre el tema fue el médico William Little en 1844, quien dio cuenta sobre la influencia del parto anormal en un cuadro clínico en el que se daban alteraciones de la marcha, aumento del tono muscular en miembros inferiores y babeo. Así, durante mucho tiempo, se habló de "enfermedad de Little". En 1889 Osler introduce el Término Parálisis Cerebral y casi diez años después, Freud, la describiría como el resultado de encefalitis, aportando la idea de que frecuentemente se debía a factores congénitos y

⁵ En *Guía-Cuaderno 4: Atención educativa de alumnos y alumnas con discapacidad motriz*

⁶ Al igual que para encefalopatía crónica no evolutiva, en este trabajo se entiende discapacidad motriz de origen cerebral.

⁷ De ahora en más DMOC.

complicaciones perinatales. Durante el siglo XX, y sobre todo después de la segunda guerra mundial, se incrementan considerablemente los estudios sobre esta condición. La definición más difundida por ese entonces es la desarrollada en el Congreso sobre Parálisis Cerebral de Berlín en 1996, en el que se la describe como "desorden permanente y no inmutable de la postura y del movimiento, debido a una disfunción del cerebro antes de completarse su crecimiento y su desarrollo" (Cahuzac en García et al: 29). En Francia, prefieren usar el término enfermedad motriz de origen cerebral (IMOC, por su sigla en francés), restringiendo el mismo a aquellas personas con niveles mentales normales y refiriendo a todas las lesiones cerebrales anteriores a los seis años. A partir de la década del '70 surge en la Legislación federal americana una nueva denominación: discapacidad en el desarrollo. La misma lo define como entidad que incluye: retardo mental, epilepsia, parálisis cerebral, afasia y similares problemas clínicos (Cruickshank en García et al: 31). Sin embargo, tal concepción no escapa a críticas. Por un lado, hablar de desarrollo genera la confusión de aludir a la infancia -esta condición se mantiene a lo largo de la vida- y por otro, un problema de delimitación. El término no llega a definirse, más bien se establece como una lista de categorías de problemas clínicos, asociados a un grupo de incapacidades relacionadas con el sistema neurológico (García et al, 1993).

Este breve repaso permite destacar dos aspectos. El primero es que si bien se coincide en que se trata de una alteración principalmente motora, no todos los que se han dedicado al tema coinciden en cuanto al conjunto de personas que incluirían dentro del concepto. El segundo, es la predominante tendencia de entender esta condición de existencia como una enfermedad. Podría decirse que estos aspectos guardan relación con el problema que para el mencionado autor toda clasificación conlleva. Según este, las clasificaciones tienen distintos fines. Para los profesionales, investigación y tratamiento; Para los políticos, determinar quiénes son susceptibles de recibir ciertas ayudas; Para los educadores, determinar escolaridad más conveniente. El problema es que sea cual sea el fin, las clasificaciones repercuten de tal manera en la sociedad que la mayoría de las veces representan etiquetas deshumanizantes y/o simplistas de colectivos minoritarios.

En la actualidad, según Javier Martín Betanzos, la definición más aceptada de Parálisis Cerebral es la de Rosebaum. Paneth, Levinton, Goldstein y Bax (2007) que la definen como:

Un grupo de trastornos permanentes del desarrollo del movimiento y de la postura, que causan limitaciones en la actividad y que son atribuidos a alteraciones no progresivas

ocurridas en el desarrollo cerebral del feto o del lactante. Los trastornos motores de la parálisis cerebral están a menudo acompañados por alteraciones de la sensación, percepción cognición, comunicación y conducta, por epilepsia y por problemas musculoesqueléticos secundarios. (En Betanzos, s/f)

Siguiendo la línea del autor, el término Parálisis Cerebral resulta desafortunado porque no corresponde a una entidad homogénea, bien definida y que presenta contradicciones. Un ejemplo es que si bien se habla de parálisis, estas personas no carecen de movimiento sino que él mismo es disfuncional. Resulta conveniente entonces cerrar este apartado con un intento de delimitación y reflexión sobre el concepto en cuestión.

Se considera más apropiado denominar DMOC a lo que comúnmente se llama parálisis cerebral. De todas maneras, la forma en que se denomina a esta condición de existencia debería de ser reducida a su valor científico, en tanto conocimiento que orienta las posibles formas de actuar. Fuera de ese ámbito la denominación pierde significado, antes que cualquier diagnóstico somos personas.

Ahora bien, considerar a la persona por sobre el diagnóstico no implica negar la existencia de limitaciones individuales que condicionan el desarrollo, el funcionamiento psicológico y social, y que provocan angustia tanto en las personas como en su entorno más cercano. La causa de las limitaciones individuales en las personas con DMOC, se halla en una lesión que sufre el cerebro estando inmaduro, sea antes, durante o en los primeros años después del nacimiento.

La lesión es permanente, no progresiva, y las complicaciones que genera son principalmente motoras: dificultando el movimiento, el control de la postura y del tono muscular. Muchas veces implica consecuencias en otras áreas como el lenguaje, la percepción, cognición y el aprendizaje. Esto se debe no solo al temprano momento en que acontece la lesión y a la influencia de lo motor en lo cognitivo intelectual y viceversa, sino también a la falta de herramientas educativas específicas para las distintas necesidades de estas personas.

Si bien la alteración es permanente, las consecuencias son susceptibles de cambio. Deben tenerse en cuenta en este aspecto la maduración cerebral, la plasticidad cerebral - capacidad del cerebro de reorganizar sus funciones ante un cambio en su estructura- y la intensidad/calidad de estímulos que la persona recibe del ambiente.

Es entonces fundamental e imprescindible, considerar que toda persona tiene potencial de desarrollo y que la existencia de limitaciones iniciales no determina el punto al que pueden llegar. En este sentido, el Dr. Josep Roca Balasch (1994) señala los peligros que

conllevan los diagnósticos y pronósticos. Una cosa es saber lo que pasa comúnmente, y otra muy distinta es saber lo que pasa y pasará en el caso de un sujeto concreto. Según el autor, ninguna previsión genérica puede predecir la evolución específica de un sujeto. Resulta menester tener una actitud abierta ante cualquier persona con discapacidad. Más aún, sabiendo las grandes posibilidades de adaptación con la que cuentan los organismos humanos bajo cualquier condición y exigencia. Posibilidades más ligadas a múltiples factores y condicionantes, que determinadas por la organización biológica.

1.2. Psicología, Actividad Física y Deporte

La Psicología de la Actividad física y el Deporte es una rama de la psicología general que cuenta con varios ámbitos de aplicación e investigación. En sus comienzos los objetivos estaban centrados en el logro del rendimiento deportivo. En la actualidad, busca también comprender y dar cuenta de cómo afectan dichas prácticas al desarrollo, la salud, el bienestar, y en definitiva a la calidad de vida de quienes las practican. Así, las investigaciones se dirigen hacia el desarrollo psicomotor, la psicología para la salud y la psicología social (Ferres Rial, 2007).

Esta rama de la Psicología recibe diferentes nombres. Se considera aquí la denominación Psicología de la Actividad física y el Deporte como la más adecuada, porque los términos no son reductibles uno al otro. Si bien el deporte es una actividad física, no toda actividad física es un deporte.

Actividad física según José González (2004), alude al movimiento corporal de cualquier tipo producido por la contracción muscular y que conduce al incremento del gasto energético. Dentro de estas se encuentran: actividades cotidianas como caminar y subir escaleras, actividades cíclicas como salir a correr, nadar o andar en bicicleta, actividades al aire libre, juegos y deportes.

Por su parte, el *deporte*, consiste en aquella actividad física de naturaleza competitiva, ya sea individual o grupal, y gobernada por reglas (Blasco en Gutiérrez, 2004).

Pretendiendo dar cuenta sobre los beneficios de la actividad física y el deporte en personas con una particular discapacidad motriz, cabe plantearse en primer lugar si toda actividad física y todo deporte son siempre beneficiosos. Está demostrado que las actividades físicas -incluidas en ellas las deportivas- practicadas adecuada y regularmente, resultan beneficiosas para la salud. En ese sentido Gutiérrez (2004) destaca:

Así, viene resaltándose su valor formativo desde los primeros días de nacimiento del individuo, favoreciendo su desarrollo motor y psicomotor; pasando por el proceso de socialización del período dedicado al deporte y actividad física en el medio escolar; siguiendo con la práctica física y deportiva a lo largo de la juventud y madurez, unas veces como medio de relajación del estrés cotidiano, otras como complemento de ocio; hasta ser considerado útil, finalmente, como medio de estimulación del ánimo de vida y de activación psicosocial en la vejez, sin olvidar otros muchos beneficios para la salud física y mental, aspectos destacados por autores como Biddle (1993a, b), Berger (1996), Berger y McInman (1993), Blázquez (1995), Cruz (2003, 2004), Gutiérrez (1995, 2003), Pejenaute (2001) y Sánchez (1996, 2001), entre otros. (pág. 106)

Sin embargo, debe tenerse en cuenta que no toda actividad física ni todo deporte son positivos por sí mismos. Cuando la Actividad física se practica en forma descontrolada, puede ocasionar efectos negativos en la salud. Sobre todo cuando no se adaptan a las características individuales o se sobre exigen. Así pueden ocasionarse lesiones musculares, complicaciones cardíacas, vasculares o alteraciones inmunológicas. (González, 2004)

Con respecto al deporte, existen dos concepciones muy distintas:

En la concepción americana, deporte refiere a aquella «actividad física vigorosa que es comprendida en una búsqueda de placeres tales como la interacción social, animación, competición, peligro y estimulación vertiginosa» mientras que en la concepción europea, deporte alude a «todas las actividades físicas recreativas, no sólo los juegos competitivos, sino también las actividades individuales relacionadas con la salud y la condición aeróbica» (Oja 91). Según Sánchez (2001), tal noción coincide más con la definición que la Carta Europea del Deporte (vinculada a la idea de deporte para todos) propone: «toda forma de actividad física que, a través de una participación, organizada o no, tiene por objetivo la expresión o la mejora de la condición física y psíquica, el desarrollo de las relaciones sociales y la obtención de resultados en competición de todos los niveles». (Gutiérrez; 2004: 108)

Coexisten en la actualidad diferentes formas de entender y practicar el deporte. Por un lado deportes de alto rendimiento, enfocados principalmente en la obtención de resultados, y por otro, aquellas prácticas orientadas a la promoción de salud. Gutiérrez (2004) plantea, y se adhiere a él, que al día de hoy existe una permanente invasión del deporte profesionalizado adulto, deporte espectáculo, en aquellos ámbitos deportivos encaminados

a convertir el deporte en un estilo de vida activo y saludable. Es por esto que el deporte será beneficioso o no dependiendo de la manera y ámbito en el que se practique.

1.3. Actividades Físicas y Deportes Adaptados

Goldberg (en Gutiérrez e i Pertegaz, 2006) plantea que los beneficios del deporte⁸ son comunes a toda la población, pero potencialmente mayores en el colectivo de personas con discapacidad. Abordar la problemática de la discapacidad conjuntamente a la actividad física y el deporte, implica necesariamente hacer referencia a las actividades físicas adaptadas.

1.3.1. Actividades Físicas Adaptadas

El término *Actividad Física Adaptada* (AFA) comienza a utilizarse a partir de una reunión de expertos en la temática por el año 1977 en Quebec, y aun en la actualidad carece de consenso. Algunos lo entienden como disciplina y otros como campo de estudio e investigación.

Para Sherrill (en Reina y Sanz, 2012), es un término global al servicio de la promoción de un estilo de vida activo y saludable, con el fin de mitigar problemas psicomotores que interfieren en el desarrollo personal del ser humano. Siguiendo la línea del autor:

La AFA se define como un cuerpo de conocimiento multidisciplinario dirigido a la identificación y solución de las diferencias individuales en la actividad física. Es una profesión de prestación de servicios y un cuerpo académico de estudio que apoya una actitud de aceptación de las diferencias individuales, aboga por mejorar el acceso a estilos de vida y al deporte, y potencia la innovación y la cooperación, en la prestación de servicios y la adaptación de las normativas. La AFA incluye, además de otros aspectos, la Educación Física, el deporte, la recreación, las danzas y las artes creativas, la nutrición, la medicina y la rehabilitación (pág.23)

La AFA aporta beneficios -mediante el mejoramiento de estructuras y funciones corporales- a nivel físico, psicológico y social, y en definitiva, contribuyen a una mayor calidad de vida. Para la consecución de tales beneficios son varias las disciplinas que

⁸ Se incluye aquí a la actividad física, puesto que el deporte es una de sus formas.

participan, según Doll Tepper y De Paw (en Reina y Sanz, 2012): la pedagogía, psicología, medicina, arquitectura, sociología, fisioterapia, entre otras.

AFA es un término amplio, que incluye todos los ámbitos de la actividad física - educativo, deportivo, terapéutico, recreativo- y no está destinado únicamente a personas con discapacidad, sino también a otros sectores minoritarios de la población. A su vez, del término AFA derivan otros: Educación Física Adaptada, Juegos Adaptados, y Deportes Adaptados.

1.3.2. Deportes Adaptados

El *Deporte adaptado* (DA) encuentra sus orígenes después de la segunda guerra mundial, situación que dejó a una gran cantidad de personas con lesiones de diversa índole. En ese entonces el Dr. Ludwing Guttman, neurólogo y neurocirujano del Hospital de Stoke Mandeville, implementó el deporte en silla de ruedas. Buscaba a través del deporte, restablecer el bienestar psicológico mediante el buen uso del tiempo libre del paciente. Notó a su vez que tal actividad, mejoraba el sistema neuromuscular al mismo tiempo que ayudaba a la reinserción de la persona en la sociedad (Martínez, 2011).

Al día de hoy, se entiende por DA 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, o porque la propia estructura del deporte la permite (Reina en Moya Cuevas, 2014).

Al decir de Hernández (2000), lo que caracteriza al deporte adaptado es el hecho de trascender el mero hecho deportivo para convertirse en un fenómeno social. A través de él, pueden superarse barreras arquitectónicas y sensibilizar a toda la población sobre la problemática de las personas con discapacidad.

Raquel Moya (2014) nos dice que existe a nivel internacional una justificación plena del disfrute y la práctica del deporte adaptado por parte de personas con discapacidad. Refiere a dos hitos importantes: la Carta Europea del Deporte para Todos de 1986, y la Convención de la Organización de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de 2006. La autora destaca a la última en su artículo 30.5 sobre "Participación en la vida cultural, las actividades recreativas, el esparcimiento y el deporte":

A fin de que las personas con discapacidad puedan participar en igualdad de condiciones con las demás en actividades recreativas, de esparcimiento y deportivas, los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para:

- 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.

Martin Vicente (1988) describe distintos niveles de integración a través del deporte adaptado. En un primer nivel -el más bajo en cuanto a integración- la persona con discapacidad practica el deporte junto a otras personas con discapacidad. El segundo nivel representa a aquellos clubes deportivos que siendo convencionales, tienen una sección para los deportes adaptados. En el tercer nivel -la forma más avanzada de integración a través del deporte- personas con y sin discapacidad practican la actividad conjuntamente.

Para Zucchi (2001) los deportes encuadrables en los primeros dos niveles son exclusivos, mientras que los del tercer nivel son inclusivos. Dice también que estos niveles de integración no aluden a un proceso secuencial, sino que dependen del ámbito -deportivo, recreativo, educativo, terapéutico- en que se desarrollen.

2. Beneficios de las Actividades Físicas Adaptadas en personas con Discapacidad Motriz de Origen Cerebral

Previo al abordaje de los beneficios resulta conveniente tener en cuenta algunas consideraciones. Cuando una persona presenta una deficiencia motriz y/o neurológica, siempre hay un componente orgánico que condiciona su desarrollo. Reconocer e identificar las desventajas que provoca tal componente debe ser el primer paso tanto para la elección de las actividades convenientes, como para la construcción de adaptaciones.

Según Nelson y Harris (en Reina y Sanz, 2012) a la hora de realizar actividades físicas, las dificultades motrices ocasionan una ineficaz economía en los movimientos y una menor duración de las actividades debido al mayor gasto energético que tales dificultades conllevan. Plantean a su vez que estos aspectos son mejorables, para ello, las actividades deben siempre ser planteadas en función de las capacidades -tras la evaluación de fortalezas y debilidades- y deseos de cada persona.

Dentro de las estrategias que se recomiendan a la hora de plantear actividades físicas para las personas que presentan esta discapacidad motriz, se toman las de Reina y Sanz (2012):

- *Crear entornos seguros, de confianza.* Muchas veces el miedo o rechazo está presente, sea por la sobreprotección que puede existir en los entornos próximos, o por la experiencia de haber sufrido algún accidente.
- *Utilizar técnicas de relajación, masajes o rutinas de estiramiento previos a la actividad,* con el fin de ir poco a poco mejorando la flexibilidad y reduciendo las contracciones involuntarias.
- *Proponer metas realistas, utilizar elementos ligeros, evitar juegos de eliminación, resaltar los aspectos lúdicos de las actividades y dejar de lado los aspectos competitivos.* Las personas con capacidades motrices alteradas no cuentan con las mismas bases materiales que las demás, estén reducidas o impedidas seriamente. Hay que tener en cuenta los efectos que pueden tener estas dificultades al encontrarse con las exigencias propias de las prácticas físico deportivas.

- *Estimular siempre las relaciones interpersonales.* Las personas con DMOC pueden presentar dificultades para las relaciones interpersonales. Se considera importante animar la interacción con sus compañeros, en pequeños grupos e incluir actividades enfocadas en el fomento de la participación, siempre en un clima positivo.

Dichas las consideraciones, se darán cuenta a continuación los beneficios que las personas con DMOC pueden obtener en la práctica de Actividades físicas Adaptadas.

2.1. Rehabilitación y Reinserción

La rehabilitación y la habilitación son procesos destinados a permitir que las personas con discapacidad alcancen y mantengan un nivel óptimo de desempeño físico, sensorial, intelectual, psicológico y/o social. La rehabilitación abarca un amplio abanico de actividades, como atención médica de rehabilitación, fisioterapia, psicoterapia, terapia del lenguaje, terapia ocupacional y servicios de apoyo (OMS, 2015).

2.1.1. Beneficios Fisiológicos

Las Actividades físicas, además de ser útiles en la prevención de enfermedades y aportar a la salud e higiene corporal, son un demostrado medio eficaz en la mejora de la movilidad de personas con DMOC⁹ (Aidar FJ, et al. 2007) y por ende, una buena herramienta para el mejoramiento funcional. En este sentido, las AFA pueden aportar a la rehabilitación física y funcional, como una actividad alternativa a la atención médica, la fisioterapia, terapia ocupacional y demás.

Si bien es cierto que la lesión que acontece en el sistema nervioso es permanente, es posible mediante la rehabilitación trabajar sobre las consecuencias que dicha lesión genera. Esto se debe en gran parte a la plasticidad del sistema nervioso central. La plasticidad cerebral es la adaptación funcional del sistema nervioso central (SNC) para minimizar los efectos de las alteraciones estructurales o fisiológicas sea cual sea la causa originaria (Pascual-Castroviejo, 1996). Se ha demostrado, por ejemplo, que algunas estructuras cerebrales asumen funciones que antes realizaban las estructuras dañadas. Vale la pena

⁹ Los autores utilizan la denominación Parálisis Cerebral.

mencionar también, que si bien la capacidad de la plasticidad o de la recuperación es mayor cuanto más joven es la persona, en todas las edades existe la posibilidad.

En lo que respecta a este trabajo, resulta de particular interés el planteo de Thayer: "Una vez que se ha demostrado la capacidad del cerebro...la denominada plasticidad...era importante conocer el papel exacto del ejercicio en la mejora de las funciones cerebrales" (en Ramírez, s/f). Se descubre entonces que la actividad física provoca que los músculos segreguen IGF-1, un factor de crecimiento similar a la insulina, que entra en la corriente sanguínea, llega al cerebro y estimula la producción de un factor neurotrófico cerebral denominado BDNF (Brain-derived neurotrophic factor), una proteína que mejora la supervivencia de las neuronas y favorece la transmisión sináptica. Sin la intención de extenderse en explicaciones científicas -que no son posibles para este trabajo-, lo que se extrae o interpreta de estos datos es que las actividades físicas aportan a la plasticidad cerebral, ayudando a la conservación y mejoramiento de las funciones -cognitivas y sensoriales- del sistema nervioso central.

De esta manera, las actividades físicas se muestran herramientas útiles en el mejoramiento fisiológico de la persona. Ahora bien, para sostener que aportan a la rehabilitación y habilitación que la OMS propone, es necesario que contribuyan al funcionamiento psicológico y social.

2.1.2. Beneficios Psicosociales

Las actividades físicas adaptadas propician bienestar. El bienestar psicológico expresa el sentir positivo y el pensar constructivo del ser humano acerca de sí mismo. Se define por su naturaleza subjetiva vivencial, y se relaciona con el funcionamiento físico, psicológico y social. Se conforma por elementos transitorios de dimensión afectiva -reacción emocional inmediata, estados de ánimo- y elementos estables de dimensión valorativa. Surge de la satisfacción en las áreas de mayor interés para la persona: familia, relaciones afectivas, salud, entre otras. (García y González, 2000)

Los beneficios psicológicos de las actividades físicas incluyen: cambios positivos en las autopercepciones y bienestar, mejora de la autoconfianza y la conciencia, cambios positivos en los estados de emocionales, alivios de la tensión premenstrual,

incremento del bienestar mental, la alerta y claridad de pensamientos, incremento de la energía y la habilidad para enfrentarse a la vida diaria, incremento de la diversión a partir del ejercicio y los contactos sociales, así como el desarrollo de estrategias de enfrentamiento positivo. (Stephens en Márquez; 1995: 191)

Se pueden apreciar una gran cantidad de beneficios psicológicos que se obtienen mediante la práctica de actividades físicas. Teniendo en cuenta el objetivo de este trabajo, nos concentramos en algunos de ellos.

Autoestima:

“autoestima” es la valoración que hacemos de nosotros mismos sobre la base de las sensaciones y experiencias que hemos ido incorporando a lo largo de la vida. Nos sentimos listos o tontos, capaces o incapaces, nos gustamos o no. Esta autovaloración es muy importante, dado que de ella dependen en gran parte la realización de nuestro potencial personal y nuestros logros en la vida. De este modo, las personas que se sienten bien consigo mismas, que tienen una buena autoestima, son capaces de enfrentarse y resolver los retos y las responsabilidades que la vida plantea. Por el contrario, los que tienen una autoestima baja suelen autolimitarse y fracasar (Marcuello, s/f).

Quien convive con una limitación en sus capacidades, se enfrenta diariamente a referencias que remarcan la diferencia con los demás. Verse y sentirse diferente en sentido negativo provoca sentimientos de inferioridad. Las actividades adaptadas, al ser plausibles de practicar, aumentan la seguridad de la persona puesto que se siente capaz de realizar lo mismo que el resto (Calvo y Zarceño, 2003). A demás; crean un ambiente ideal para la autosuperación y el desarrollo; se acrecienta la voluntad, se descubren capacidades ignoradas, se eleva el autoestima, se siente el placer por el progreso y se temple el carácter (Hurga, P. 2013).

El deporte es una herramienta poderosa para promover la igualdad. Contribuye a que los niños y las niñas con discapacidades adquieran confianza en sí mismos, que luego pueden aplicar a otros aspectos de su vida. A la hora de encestar o de anotar un gol, lo que cuenta son las habilidades y no las discapacidades. UNICEF (2004)

Diversión: Si de beneficios psicológicos se trata, lo lúdico no puede quedar por fuera. Principalmente en sus modalidades deportiva y recreativa, las actividades físicas adaptadas presentan las cualidades del juego.

Amorin, D. (2009) describe al juego como conducta y herramienta humana que contiene componentes afectivos, cognitivos y socioculturales. El jugar, por su parte, lo entiende como red donde se ensamblan capacidades, habilidades, disposiciones y logros. Destaca la *creatividad*, reordenamiento de los componentes y elementos cognitivos, afectivos y sociales; *el aprendizaje*, jugar habilita a aprender distintos componentes; la combinación de una *práctica y acción socio-afectiva* con una *autonomía e independencia personal*, intercambio subjetivo y afianzamiento singular a la vez; *emociones, afectos y sentimientos*; *expresividad, comunicación y lenguaje*, de los cuales se vale toda acción de jugar; *alegría y placer*, sin dejar de lado las frustraciones que a veces conlleva; y *actividad libre*, no obligatoria, espontánea, diferente a lo habitual (Pág.: 43,44)

Lo cierto es que el juego es importante a toda edad.

Proporciona al pequeño la estimulación y la actividad física que su cerebro necesita para desarrollarse y poder aprender en el futuro. El niño en edad escolar adquiere nuevas habilidades y perfecciona las que ya tiene. Los juegos basados en reglas y el trabajo formal en equipo desempeñan un papel crucial en el desarrollo de las habilidades físicas, el sentido de la colaboración, la empatía y el pensamiento lógico del pequeño, que aprende a observar las reglas, a compartir, a respetar a sus compañeros y a esperar su turno.

El deporte organizado y la recreación física proporcionan al adolescente la oportunidad de expresarse, un aspecto esencial del proceso de descubrimiento. La razón es que esas actividades ayudan a desarrollar habilidades de comunicación, negociación y liderazgo, y ponen a prueba las aptitudes del joven, que mejoran al igual que la confianza en sí mismo. El deporte organizado y la actividad física ayudan a los jóvenes a establecer vínculos afectivos con sus compañeros y con los adultos, lo que genera sentido de comunidad y pertenencia. UNICEF (2004)

En definitiva, las actividades físicas adaptadas brindan la diversión y el placer que el jugar conlleva, contribuyendo así al bienestar psicológico, la salud mental y la calidad de vida.

Incremento de relaciones sociales: Los autores Gutiérrez, Melchor y Caus i Pertegáz, Núria (2006) dan cuenta de que si bien los beneficios de las prácticas físico deportivas tienen un mayor potencial en las personas con discapacidad, estas personas suelen practicar en menor medida tales actividades. Dicen también que la principal causa de esto, junto al desconocimiento de los beneficios, se encuentra en la percepción social que reciben. Sea por motivos propios o ajenos, o más bien por la interacción de ambos, las personas con capacidades disminuidas tienden a un mayor aislamiento.

La participación en actividades físicas -deportivas, recreativas y terapéuticas- es un excelente medio para el aumento de las relaciones sociales, puesto que posibilitan un mayor acercamiento entre las personas con discapacidad y la sociedad en general. Permiten vivir experiencias de solidaridad y confianza, al tiempo que aportan valores de desarrollo personal, afán de superación, integración, respeto, tolerancia y trabajo en equipo (Martínez, 2011).

2.2. Inclusión Social

Cuando una persona convive con alguna disminución en sus capacidades, debe enfrentarse una sociedad que está construida sobre parámetros normales, parámetros que en la mayoría de las veces ofician de barreras. Por esta razón las Naciones Unidas en su “Informe Sobre la Desigualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad” plantea que:

Las sociedades tienen la obligación de hacer que su medio ambiente físico en general, sus servicios sociales y de salud, sus oportunidades educativas y laborales, incluidos los deportes, sean totalmente accesibles a los impedidos. Esto no solo los beneficia a ellos, sino a la sociedad en su conjunto. Los impedidos no deben ser considerados como un grupo especial con necesidades diferentes de las del resto de la comunidad, sino como ciudadanos corrientes que experimentan dificultades especiales para la satisfacción de sus necesidades humanas ordinarias. No se debe tratar por separado las actividades para mejorar las condiciones de los impedidos, sino que deben formar parte integrante de la política y la planificación general en cada sector de la sociedad. (En Hueriga, 2013: 346).

Para Patricio Hueriga (2013) cuando se habla de la necesidad de encarar acciones para que las personas con discapacidad participen plenamente en la sociedad, no siempre se reflexiona sobre los fundamentos éticos de tal orientación. Y el fundamento mayor es que el hombre complementa al hombre, está mutilado sin la relación con los otros (pág. 346).

Siguiendo la línea del autor, define a la integración como el esfuerzo que hacen las personas con discapacidad y sus familias para que la sociedad les dé un lugar; y a la inclusión como el esfuerzo y cambio que la sociedad realiza para que la persona con discapacidad y sus familias tengan un lugar en ella.

Con respecto a la integración¹⁰ ya vimos que las actividades físicas adaptadas pueden ser una manera distinta y más placentera de aportar a la rehabilitación y normalización de la persona, así como también un medio para aumentar las relaciones sociales. En el sentido de la inclusión, las actividades físicas y deportivas adaptadas son una manera de desinstitucionalizar (del ámbito hospitalario) a las personas con discapacidad (Ross en Gutiérrez y Caus i Pertegáz, 2006).

Las personas con discapacidad comienzan a practicar un deporte como medio terapéutico (por derivación médica) tanto en la clínica, en los Institutos de rehabilitación, en los hospitales; para que luego el poder médico logre extender esta terapia deportiva a las instituciones que se encuentran fuera del ámbito clínico. Aquí es donde se encuentra el quiebre, aquí se evidencia la emergencia a la que debemos prestar atención. La persona con discapacidad que comienza a realizar un deporte fuera del ámbito hospitalario debería realizarlo bajo los mismos intereses, necesidades y gustos que la persona convencional (Hueriga; 2013: 363).

Al mismo tiempo, contribuyen a sensibilizar a la sociedad sobre la problemática de las personas con discapacidad y sobre las prácticas físico-deportivas en particular, generando conciencia sobre la posibilidad de toda persona de practicarlas.

En lo que respecta a la inclusión, la importancia de tomar conciencia sobre la mencionada posibilidad, radica en la construcción de una “mirada” distinta a la tradicional - aún presente en nuestros días- que percibe a las personas con discapacidad como pasivas e incapaces de hacer las mismas cosas que el resto.

Para profundizar en esta cuestión de la “mirada” sirven los aportes de Tzvetan Todorov (2008), quien demuestra la necesidad de reconocimiento de toda persona, y la dependencia con respecto a los otros.

Nos dice el autor que el hombre en primer lugar es un objeto material, y comparte con los animales los rasgos característicos de todo ser vivo. Al mismo tiempo, el ser humano no

¹⁰ En el sentido que Hueriga plantea

se asemeja a ningún otro ser, existe en sociedad. Para Todorov nacemos dos veces, en la naturaleza y en la sociedad. La frontera que separa la especie humana de los animales es la misma que distingue vivir de existir. No significa esto que los hombres no vivan y los animales no existan, sino que las prioridades para ambos son opuestas.

Cuando se plantea de dónde surge la existencia, recurre a las disciplinas psicológicas. Afirma que lo único seguro es que el niño nace con la necesidad de los otros y con la predisposición a contactarse con ellos. En esa necesidad de los otros, que también es biológica -de vida- está la necesidad social de existir. En la evolución del niño, después de dominados los ciclos biológicos fundamentales, empieza a ocuparse del mundo que lo rodea. Esto es entre los dos y cinco meses. A este periodo lo denomina estadio de la mirada. Aquí, el niño ya no mira por mirar, sino que busca la mirada del otro, quiere ser mirado. La mirada de la madre o padre es el espejo a través del cual el niño se ve. Este momento marca el nacimiento de la conciencia del otro y de sí mismo. Aunque no pueda decirlo, el niño sabe que si lo miran es porque existe. De ahí en más la búsqueda de reconocimiento será permanente y en todas las áreas de nuestra vida; en el trabajo, en las relaciones, en el amor, en la amistad

. Para terminar con estos aportes, destaquemos una última cuestión. El reconocimiento tiene dos etapas: en la primera, pedimos que se nos reconozca en nuestra existencia. En la segunda, pedimos que confirmen nuestro valor.

El reconocimiento de nuestro ser y la confirmación de nuestro valor son el oxígeno de nuestra existencia (Todorov; 2008: pág. 131)

A Través de este autor podemos fundamentar el valor de las actividades físicas adaptadas, sobre todo las de carácter deportivo -por el valor y repercusión que tienen en nuestra sociedad actual- en cuanto a la construcción de una nueva mirada. Ya vimos que la mirada social que estas personas perciben es muchas veces causa de exclusión.

2.3. Ejemplo de Actividades Físicas Adaptadas

Se presentan a continuación dos ejemplos de actividades físicas adaptadas que tras la exploración bibliográfica, resultan oportunas a la hora de abordar la problemática de las personas en cuestión.

2.3.1. Equinoterapia

Se recurre a una articulación de los trabajos finales de grado de María Orozco (2015) y Victoria González (2015) para introducirnos en esta actividad y contextualizarla en nuestro país.

La equinoterapia empieza a practicarse en Uruguay a mediados de los años '90. En el año 2001 se aprueban los estatutos de la Asociación Nacional de Rehabilitación Ecuestre (ANRE), asociación sin fines de lucro, con el objetivo de difundir la equinoterapia como herramienta de rehabilitación integral. En el 2003 se crea el Centro Nacional de Fomento y Rehabilitación Ecuestre (CENAFRE). En la actualidad existen equipos interdisciplinarios conformados por profesionales de la salud y educación, de la equitación, instructores, psicólogos, fisioterapeutas, etc. y más de 30 centros, públicos y privados distribuidos en el territorio nacional, de los cuales la mayoría están asociados al CENAFRE y brindan equinoterapia en forma gratuita a más de 1500 personas.

Para la ANRE (1999) la equinoterapia es:

Una técnica que basada en el aprovechamiento de las cualidades naturales del caballo y empleada en una perspectiva de habilitación o rehabilitación integral del individuo -esto es, concibiéndolo como un ser biopsicosocial, portador de una o múltiples discapacidades- integra de manera armónica elementos vinculados a las áreas de salud, educación y equitación, en un abordaje necesariamente multidisciplinario y procurando su máxima eficacia terapéutica. (En González 2015)

Con respecto a los actores sociales que participan en esta actividad se encuentra la persona, la familia y el equipo técnico, conformando estos un proceso colectivo que se retroalimenta continuamente (González 2015). Si bien el caballo cumple un rol central, son los profesionales de la salud y la equinoterapia los que elaboran las estrategias adecuadas a cada persona. El caballo es la herramienta primordial -transmite tranquilidad y seguridad, además de que dirigir semejante animal gratifica, genera afecto y respeto- pero es el equipo interdisciplinario el que define las estrategias (Orozco 2015).

El caballo es caballo, no educa ni rehabilita, lo que lo convierte en una herramienta terapéutica, educadora y socio recreativa, son el propósito y el sentido que le otorgan las personas que intervienen en la actividad realizada en interacción con el caballo (Vasen en González 2015).

Beneficios fisiológicos

- *Transmisiones rítmicas.* a través de la transmisión de impulsos rítmicos al jinete se proporcionan estímulos fisiológicos que son útiles para regularizar el tono muscular y desarrollar el movimiento. Favorecen la postura, el equilibrio y la relajación.
- *Movimiento tridimensional del caballo.* Basado en la teoría de neuroplasticidad cerebral, hace referencia a los beneficios del patrón de marcha del caballo al paso (Orozco 2015). Muy similar a la marcha humana, probé a la persona -durante la monta- de un patrón de movimiento en el cerebro que se automatiza. Una sensación similar al caminar, que posibilita la transferencia a la marcha pedestre (Strauss en González 2015). Este movimiento del caballo estimula la sensibilidad neuromotora y sensorial de la persona. Contribuye a mejorar el equilibrio tanto estático como dinámico, ayudando así al control de la postura y el tono muscular, la coordinación neuromotora y la orientación, la estimulación perceptiva, la atención y concentración.
- *Transmisión de calor.* La temperatura del caballo, mayor a la de la persona, es insumo para la relajación de la musculatura y estimular la sensopercepción táctil. Algunos autores afirman que el calor del caballo puede evocar la calidez materna y significar sentimientos de confianza, protección y seguridad (Orozco 2015).

Beneficios Psicológicos

Los posibles progresos de los factores físicos de equilibrio, coordinación, fortalecimiento muscular, elasticidad y demás, pueden a su vez ser favorables a nivel psicológico en cuanto aumentan la autonomía y la persona percibe una mejora en sus capacidades. (Orozco, 2015).

A su vez, montar a caballo y/o interactuar con él brinda sensaciones visuales, auditivas, olfativas y táctiles nuevas y diferentes que pueden ser muy valiosas en personas con actividades restringidas. Montar implica una mayor altura, cambios en la percepción del entorno y del propio cuerpo, el mundo resulta más dominable, menos inmediato y agresivo. En personas con dificultades en la movilidad implican una satisfacción muy significativa.

Además, el caballo traslada a un hábitat de constante interacción con la naturaleza, lo que proporciona una distinta apreciación de la realidad (Ernst y De la Fuente en González 2015).

En esta actividad el juego aparece como un elemento clave que hace al disfrute de las sesiones y que, fundamentalmente en niños, permite que no lo perciban como una terapia más, sino como un espacio recreativo de placer. Se cambia a un ambiente distinto al tradicional donde se realizan las terapias médicas (Fernández en Gonzales 2015).

Beneficios relacionales

Fomenta el desarrollo del lenguaje y la mejora de habilidades sociales como el respeto por las normas, la cooperación en equipo, la empatía -al aprender reconocer distintos signos emocionales en los demás- y el respeto, entre otras.

El caballo es un ser vivo ideal para la comunicación tanto lingüística como paraverbal. Permite crear un vínculo afectivo distinto al de las personas, sirviendo esta comunicación a combatir la discriminación y el estigma. El caballo no emite juicios de valor y la persona se siente aceptada tal cual es. La relación afectiva que se desarrolla con el equino ayuda a la adaptación social y a la disminución de los conflictos (Ernst y De la Fuente en Orozco 2015).

Con el caballo se da mejor la comunicación no verbal puesto que se expresa mediante gestos corporales. En personas con dificultades en el habla la interacción con el animal es más profunda y de a poco la persona irá proveyendo significados a los gestos y emociones del caballo, pudiendo poner en palabras tales sensaciones (Gross en González, 2015)

Se desarrolla también en esta actividad una triada instructor-jinete-jinete-caballo, lo que permite realizar juegos en equipo y por turnos, tanto con el instructor como con compañeros. Se aprende a esperar, respetar los espacios y tiempos de los demás. Se fomenta la cooperación, manejar la frustración y a controlar el comportamiento impulsivo. Esta triple interacción genera estímulos para el desarrollo de habilidades físicas, del lenguaje y de personalidad (Uribe, Restrepo, Yajaira en González 2015).

La Equinoterapia como modalidad de intervención, ha demostrado tener efectos positivos en cuanto al desarrollo integral de la persona con discapacidad. Tras la observación de sus características y los beneficios que se obtienen en su práctica, se considera una ideal actividad para las personas con DMOC.

2.3.2. Actividades Acuáticas

En “Las actividades acuáticas para personas con discapacidad en la movilidad: necesidades de una propuesta holística” Hernán Villagra aborda la enseñanza de actividades acuáticas para aquellas personas con discapacidad física. Señala en última instancia la importancia de un método de trabajo para la población concreta con trastornos del movimiento y neurológicos.

El modelo didáctico -Halliwick- que menciona el autor, concibe al proceso de enseñanza-aprendizaje como el constructo de estructuras dinámicas, flexibles y cambiantes, donde la singularidad de cada persona es la guía y dónde la necesidad de moverse, el juego, la motivación y los contenidos vivenciados en la actividad, son las claves de la orientación didáctica.

Método Halliwick

Esta metodología combina el entrenamiento corporal, el juego y los beneficios del agua. Para las personas con alteraciones motoras, la actividad física en la tierra puede resultar muy difícil, a veces imposible. El medio acuático facilita notablemente la posibilidad de movimiento y traslado.

Se trata de un método sistemático de entrenamiento en el agua de forma individual o en grupo; un método positivo que mediante el ajuste de las acciones correctas obtiene una vivencia conjunta en la que se puede observar la mejoría que se va adquiriendo con respecto a las dificultades anteriores. El trabajo se basa en conocidos principios de hidroterapia y mecánica corporal (Mlmström, et al. En Villagra 2005).

Beneficios brindados por el agua

- *Principio de Arquímedes:* el agua ejerce una fuerza igual al volumen desplazado por lo que sustrae su peso, esto tiende a promover una flotación que se vuelve útil para una mayor relajación y fortalecimiento inicial de los músculos más débiles, una mayor movilidad articular, un estrés biomecánico menor y una mayor resistencia a los movimientos.

- *Estimula la circulación periférica*, facilita el retorno venoso y mejora la respiración. Ofrece un efecto masajeador que estimula una mayor contracción muscular, mejora así la postura.
- *Excelente medio para la realización de muchos ejercicios*, obteniendo mejores resultados que practicados en tierra. La actividad en el agua es un medio valioso para la recreación, el deporte y la mejora de los aspectos cognitivos.

Así como la equinoterapia, las actividades físicas adaptadas al medio acuático son otras de las actividades potencialmente beneficiosas para todas las personas con DMOC. Una eficaz herramienta para aumentar la participación, mejorar la resolución de problemas, la interacción con compañeros, bromear con objetos y jugar interactuando (Aidar et. al; 2007).

3. Consideraciones finales

Mediante este trabajo se pretendió demostrar los beneficios que las personas con una particular discapacidad motriz pueden obtener en la práctica de actividades físicas adaptadas. Se sostiene que practicadas en forma adecuada aportan a la rehabilitación funcional, a la integración e inclusión social, y por ende, a una mejor calidad de vida. Si bien los beneficios se obtienen y son importantes a cualquier edad, en las primeras etapas de la vida son cruciales. Con respecto a la rehabilitación funcional, la plasticidad cerebral es mayor. Y a la hora de la integración e inclusión, que niños con y sin discapacidad crezcan y compartan la vida juntos, naturaliza la diversidad.

A modo de cierre se consideran oportunas algunas reflexiones.

Se dijo que el entorno es determinante en el desarrollo psicomotor de la persona. Favorablemente generando factores de protección y resiliencia, o desfavorablemente construyendo factores de riesgo. Es natural entonces que la familia, como primer y más cercano entorno tenga un papel relevante.

Cuando una persona convive con discapacidad motriz, su familia también lo hace. Una mayor dependencia del entorno, conlleva una mayor demanda para los padres o quienes ocupen ese lugar. Las funciones que deben desempeñar son las mismas que cualquier familia, con la diferencia de que son más difíciles de cumplir. Se entiende que esas dificultades no son causa directa de una condición personal, sino de la interacción de esta con un entorno que tiende a segregar lo que es distinto. Esto se traduce en sobrecarga de

responsabilidades para las familias, generando desgaste tanto físico como psicológico. A la hora de abordar la discapacidad, deben también tenerse en cuenta las necesidades de la familia, serviles apoyo.

Con respecto a las actividades físicas adaptadas, que la familia tenga conocimiento sobre los beneficios que aportan es esencial. Por un lado, la participación de la persona en estas depende en gran parte de la familia. Por otro, la familia también se ve beneficiada. No solo por la satisfacción de ver a su familiar divertirse, interactuar y progresar, sino porque les ofrece a ellos también la posibilidad de relacionarse con otras personas, crear nuevos vínculos, compartir experiencias, enriquecerse de las relaciones sociales en un ambiente positivo. En definitiva, brindan la oportunidad de afrontar la discapacidad y disfrutar al mismo tiempo.

De todas maneras, más allá del esfuerzo que las personas y sus familias hacen para tener un lugar en la sociedad, es necesario que la sociedad procure incluirlas. Para este fin, las actividades físicas adaptadas, en todas sus modalidades, parecen ser un excelente medio.

4. Referencias Bibliográficas

AA.VV (2001): “Evolución histórica de los modelos en los que se fundamenta la discapacidad. UIPC-IMSERSO”. Recuperado en: usuarios.discapnet.es/disweb2000/cif/PDF/unidad2.pdf.

ÁGREDA, María Lourdes. (2009). Evolución de la discapacidad y de las condiciones de vida proyectadas para las personas en esta situación. Universidad de Navarra. Recuperado en: dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2962512.pdf.

AIDAR FJ, SILVA AJ, REIS VM, CARNEIRO AL, VIANNA JM, NOVAES GS. (2007). “Actividades acuáticas para portadores de parálisis cerebral severa y la relación con el proceso enseñanza-aprendizaje”. Recuperado en: <http://www.fjournal.org.br/painel/arquivos/602-7%20Paralisia%20Cerebral%20Rev%206%202007%20Espanhol.pdf>

ALEMAN De LEON, Estela. (2014-2015). *El impacto de la discapacidad en la familia*. Trabajo final de grado. Facultad de Ciencia Políticas y Sociales. España. Recuperado en: <http://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/11112/El%20impacto%20de%20la%20discapacidad%20en%20la%20familia.pdf?sequence=1>

AMORÍN, David. (2009). *Introducción a los métodos y técnicas para la Investigación en Psicología Evolutiva*, Montevideo: Ed. Psicolibros.

AMORÍN, David. (2010). *Apuntes para una posible Psicología Evolutiva*, Montevideo: Ed. Psicolibros.

ARRÁEZ MARTÍNEZ, Juan Miguel. (2011). "El deporte adaptado: historia, práctica y beneficios". Recuperado en: <http://www.munideporte.com/imagenes/documentacion/ficheros/20110519094205Iniciacion%20al%20deporte%20adaptado.pdf>

BALASH, Roca Josep. (1994): "Deporte adaptado. una perspectiva psicológica", en *Apuntes: Educación Física y Deportes*. Recuperado en: <http://www.revista-apuntes.com/es/hemeroteca?article=862>

BETANZOS, Javier Martín (s/f). "Discapacidad Motora. Conceptualización: Aspectos importantes de cara a la escolarización". Recuperado en: <https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=sites&srcid=ZGVmYXVsdGRvbWFpbnxkaXNjYXBhY2lkYWRTb3RvcmljYXxneDoyM2U5N2E2YzBjMTBhZGE>

BETANZOS, Javier Martín (s/f). "Parálisis Cerebral ¿Que no es?" Recuperado en: <https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=sites&srcid=ZGVmYXVsdGRvbWFpbnxkaXNjYXBhY2lkYWRTb3RvcmljYXxneDo1NjYwMDk5MWU1ZiVhNiM>

BETANZOS, Javier Martín (s/f). "¿Que es la Parálisis Cerebral?" Recuperado en: <https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=sites&srcid=ZGVmYXVsdGRvbWFpbnxkaXNjYXBhY2lkYWRTb3RvcmljYXxneDo0ZjdINTIjZGM0MWJjMDY4>

CALVO GONZÁLEZ, Clara. León Zarceño, Eva (2003). "El psicólogo deportivo y el deporte adaptado". Recuperado en: <http://www.informaciopsicologica.info/OJSmottif/index.php/leonardo/article/view/362>

FERRES RIAL, Carlos (2007). "La psicología de la actividad física y el deporte en el Uruguay antecedentes y proyecciones". *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y*

el Deporte, vol. 2, núm. 2, julio-diciembre, pp. 95-100. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.

GARCÍA, Carmen. GONZÁLEZ. Idarmis (2000). "La categoría bienestar psicológico. Su relación con otras categorías sociales". *Revista Cubana Medicina General Integral*. V.16, N°6. Ciudad de La Habana nov.-dic.

GARCÍA LORENTE, María Cruz; ROSA RIVERO, Alberto; MONTERO GARCÍA-CELAY, Ignacio; MARTÍN-CARO, Luis; GRACIA AVILÉS, Beatriz; CALVO RUIZ, Rosa Encarnación; FIERRO ALONSO, María Ángeles; JUNOY GARCÍA DE VIEDMA, Magdalena; MARTÍNEZ GARCÍA, Máxima; ORTEGA OSONA, Paz; GÓMEZ PUIG, María José; LÓPEZ REILLO, Paloma. (1993) *Instrucción y progreso escolar en niños con parálisis cerebral, de preescolar y ciclo inicial: Un estudio de seguimiento*. España. Centro de Publicaciones del Ministerio de Educación y Ciencia: C.I.D.E.

GONZÁLEZ JURADO, José Antonio (2004). "La actividad física orientada a la promoción de Salud". *Revista de Investigación Educativa*, N° 7, págs. 73-96

GUTIÉRREZ SANMARTÍN, Melchor (2004): "El valor del deporte en la educación integral del ser humano"; en *Revista de Educación*, núm. 335, pp. 105-126.

GUTIÉRREZ SANMARTÍN, Melchor Caus, I PERTEGAZ, Núria (2006). "Análisis de los motivos para la participación en actividades físicas de personas con y sin discapacidad". *Revista Internacional de Ciencias del Deporte*. Volumen II. Páginas: 49-64

GONZÁLEZ, VICTORIA (2015). *Terapias Asistidas Con Animales: Equinoterapia y la importancia de la inclusión familiar a la intervención*. Trabajo Final de Grado. Universidad de la República. Facultad de Psicología. Uruguay.

HERNÁNDEZ GARCÍA, Carmen Roció y LUJÁN MUÑOZ, Jorge (2006). "Equinoterapia: Rehabilitación Holística". *Nuevos horizontes* Vol. 5 Núm. 1. Recuperado en: <http://docplayer.es/20744890-Equinoterapia-rehabilitacion-holistica-palabras-clave-equinoterapia-rehabilitacion-holistica.html>

HERNÁNDEZ VÁZQUEZ, Francisco Javier (2000). "El deporte para atender la diversidad: deporte adaptado y deporte inclusivo". En *Apuntes. Educación física y deportes*. Vol. 2, Núm. 60.

HUERGA, Patricio (2012). *Discapacidad: derechos humanos e inclusión*. Buenos Aires. Argentina. Ed.: Red Gráfica

Marcuello, Antonio. (s/f). *Autoestima y Autosuperación: técnicas para su mejora*. ©Psicología Online. Todos los Derechos Reservados. Recuperado en: <http://www.psicologia-online.com/autoayuda/autoestima/autosuperacion.shtml>

MERESMAN, Sergio (2013). *La situación de niños, niñas y adolescentes con discapacidad en Uruguay. La oportunidad de la inclusión*. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Montevideo, Uruguay.

MINGUIJÓN, Pablo Jaime. PENACHO GÓMEZ, Ana M^a. PAC SALAS, David (2005). *"discapacidad y empleo"*. Instituto Aragonés de Empleo. Departamento de Economía, Hacienda y Empleo. Gobierno de Aragón.

MOYA CUEVAS, Raquel María. (2014). "Infórmate sobre... deporte adaptado". *Ceapat-Imserso*. Recuperado en: <http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/deporteadaptado.pdf>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2015). Recuperado en <http://www.who.int/disabilities/care/es/>

OROZCO, María Elina (2015). *Equinoterapia y Discapacidad: Un abordaje desde la Psicología*. Trabajo Final de Grado. Universidad de la República. Facultad de Psicología. Uruguay

PANTANO, Liliana (2008). *Discapacidad: conceptualización, magnitud y alcances. Apuntes para el mejoramiento de las prácticas en relación a las personas con discapacidad*. Centro de Investigaciones Sociológicas. Departamento de Sociología. FCSE. UCA /CONICET.

PASCUAL-CASTROVIEJO (1996): "Plasticidad cerebral". *Revista Neurología*. Vol.24. Barcelona. Recuperado en: <http://www.psicomag.com/biblioteca/1996/Plasticidad%20Cerebral.pdf>

RAMÍREZ SILVA, William. (s/f). *Algunas incidencias de la actividad física y deporte en la cognición, una revisión teórica*. Universidad de San Buenaventura, Medellín. Recuperado en: http://viref.udea.edu.co/contenido/publicaciones/memorias_expo/act_fis_salud/algunas.pdf

REINA VAÍLLO, Raúl. SANZ RIVAS, David. (2012). *Actividades Físicas y Deportes Adaptados para personas con discapacidad*. Editorial Paidotribo. España

SANTANA, Eduarda Laura; DURÁN Soto, Mónica (2012): *Educación pertinente e inclusiva. La discapacidad en educación indígena. Guía-Cuaderno 4: Atención educativa de alumnos y alumnas con discapacidad motriz*. Dirección General de Educación Indígena, México: Ed. El Dragón Rojo. Recuperado en: http://www.educacionespecial.sep.gob.mx/2016/pdf/discapacidad/Documentos/Atencion_educativa/Motriz/1Discapacidad_Motriz.pdf

SARTO, María Pilar. "Familia y discapacidad". Universidad de Salamanca. Recuperado en: <https://campus.usal.es/~inico/actividades/actasuruquay2001/5.pdf>

TODOROV, Tzvetan (2008). *La vida en común. Ensayo de antropología general*. Santillana Ediciones Generales. España

UNICEF (2004) *Deporte, Recreación y Juego*. Recuperado en: https://www.unicef.org/spanish/publications/index_23560.html

VICENTE, Fernando Martín (1988). "La integración de los minusválidos psíquicos en el deporte". *Rev. Apunts: Educación física traducción castellana* n. 14. Recuperado en: <http://www.revista-apunts.com/es/hemeroteca?article=1151>

VERICAT, Agustina. ORDEN, Alicia Bibiana. (2013) "El desarrollo psicomotor y sus alteraciones: entre lo normal y lo patológico". *Ciencia & Saúde Coletiva*, vol. 18, núm. 10. Rio de Janeiro, Brasil. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63028210023>

VILLAGRA, Hernán Ariel (2005). Las actividades acuáticas para personas con discapacidad en la Movilidad. Necesidad de una propuesta holística. Universidad Autónoma de Madrid. En II Congreso de Actividades Acuáticas.

ZUCCHI, Daniel Germán (2001). Deporte y Discapacidad. *Revista Digital*. Año 7. N° 43. Recuperado en: <http://www.efdeportes.com/efd43/discap.htm>