

EL DEPORTE ADAPTADO A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA:

Historia, Evolución,
Competición y
Programas de Promoción

1

1.1 DEPORTISTAS CON OTRAS CAPACIDADES

Cintia Rodríguez Garrido

Sé que he perdido el amarillo y el negro y pienso en esos imposibles colores como no piensan los que ven.

Posesión del Ayer, Jorge Luis Borges

Algunos recuerdos y muchas estrategias

Puedo decir, sin exagerar, que casi carezco de recuerdos de mi condición de animal bípedo puro. Acaso la única excepción sea el leve roce del aire en el pelo cuando corría junto a la tapia blanca frente a la casa donde nací.

Lo que, sin embargo, sí recuerdo con la nitidez de los acontecimientos importantes, es que, a partir de cierto día, tuve la certeza de que tenía que inventar estrategias nuevas para lograr los objetivos que me daba. Tenía que planificar con cuidado los "pasos" intermedios hasta conseguir aquello que deseaba. Alcanzaba ahora gateando, o dando un rodeo, los lugares a donde llegaba antes andando. Aquello que solía conseguir con facilidad y seguramente con abundantes dosis de automatismo, se había convertido ahora en el resultado de sutiles actuaciones. Poco a poco comprendí que había que pensar antes de hacer, había que planificar antes de actuar; aprendí a juntar de un modo y otro, a desechar de muchas maneras en mi pensamiento movimientos posibles, antes de que, al realizarlos, cobraran vida propia en el espacio. Tenía que calcular las distancias con la precisión de quien no puede derrochar ni un solo centímetro, de quien tiene que ahorrar cada gesto, cada coordinación, cada ajuste. No tardé mucho en comprender que realizar movimientos imprecisos era un lujo que no me podía permitir. Seguro que por eso pronto accedí al "reinado de la diagonal" cuando concluí que era ella, la diagonal, la línea más directa cuando la recta era imposible, la más corta por tanto, capaz de unir un punto con otro. Las estrategias se convirtieron en una clave insoslayable con las que me acostumbré a convivir, con las pensadas una y otra vez, con las desechadas, con las convertidas en actos por fin. Es verdad que las nuevas estrategias (los nuevos modos de hacer) vinieron a sustituir los automatismos anteriores, sin embargo, me parecían tan

"normales", tan adecuadas, tan bien adaptadas como las que usaba antes. Eran funcionales. Después de todo, conseguía lo que deseaba. Me servían para lo más importante: desenvolverme en la vida diaria. De modo que no tengo recuerdos de no haber alcanzado aquello que perseguía.

Cualquiera que lo piense un poco concluirá conmigo que las estrategias no se hallan en los no-lugares, sino en el sutil encuentro que todos los organismos mantienen con sus circunstancias, en la siempre cambiante, siempre exigente, siempre plural relación con el medio. La contrapartida neurológica de todo esto la pone muy bien de relieve Oliver Sacks - enseguida me ocuparé de sus trabajos con más detalle- cuando dice que el sistema nervioso crea sus propios caminos. Nadie pondría hoy en duda la tremenda importancia de la plasticidad neuronal. De hecho, Ramón y Cajal, que fue quien hizo popular y probablemente introdujo el término "plasticidad" cerebral¹, ya se refería a esto a su manera cuando hablaba de la gimnasia cerebral como un mecanismo para multiplicar las conexiones nerviosas y así mejorar la capacidad del cerebro (DeFelipe, 2006). Si la posibilidad de multiplicar conexiones se produce de ese modo, tengo la impresión de haber hecho -y de seguir haciendo- mucha *gimnasia cerebral*. Quizás por esa razón quienes convivimos con otras formas de desplazamiento desde casi siempre no nos veamos a nosotros mismos desde la ausencia de la *dis*-capacidad, sino desde la presencia de las *otras*-capacidades. Las que hemos ido construyendo día a día, muchas de ellas, la mayoría, como resultado de verdaderos actos creativos. En el prólogo al libro de Rosa Galofre y Nieves Lizán, "*Una escuela para todos. La integración educativa veinte años después* (2005)", me refería a que se necesitan voces desde el *más*, y no sólo desde el *menos*, desde la pluralidad de las posibilidades que ofrece el *otras*.

Al referirme a las estrategias, a las otras-capacidades -las adaptaciones siguen un camino distinto en cada persona- no estoy diciendo nada que no se haya dicho ya. Lev Vygotski, uno de los padres de la Psicología Evolutiva, hablaba de compensaciones para referirse a algo muy parecido. Consideraba que no había que analizar el desarrollo de una manera mecánica y lineal. La sobrecompensación, decía, no es ni rara ni excepcional en la vida del organismo, aunque se lamentaba de que aún no poseía una "teoría biológica de la sobrecompensación completa y universal" (Vygotski, 1924/1994, pág. 85). En el texto que sigue escrito en los

¹ De hecho, la teoría neuronal fue fundamental para el desarrollo de las primeras hipótesis sobre la plasticidad del sistema nervioso (DeFelipe, 2006, p. 258).

años veinte, Vygotski defiende algo que el paso del tiempo no ha desgastado:

[...] el niño cuyo desarrollo está complicado por el defecto no es simplemente un niño menos desarrollado que sus coetáneos, sino desarrollado *de otro modo* [...] ya que ninguna teoría es posible si parte exclusivamente de premisas negativas, así como no es posible práctica educativa alguna construida sobre la base de principios y definiciones puramente negativos [...] La tesis central de la defectología actual es la siguiente: todo defecto crea los estímulos para elaborar una compensación. Por ello el estudio dinámico del niño deficiente no puede limitarse a determinar el nivel y gravedad de la insuficiencia, sino que incluye obligatoriamente la consideración de los procesos compensatorios, es decir, sustitutivos, sobreestructurados y niveladores, en el desarrollo y la conducta del niño (*ibid.*, págs. 12-14).

Si he escogido este texto es porque en él hay una idea que considero clave, la que acentúa que no puede producirse acción educativa alguna desde la ausencia, desde lo que falta, sino desde lo que hay, del modo que fuere. En realidad, es muy posible que eso se cumpla en casi todos los terrenos, no sólo en el educativo.

Paradojas

Como neurólogo que es, Oliver Sacks² se refiere a "la riqueza de la naturaleza" desde el fenómeno de la curación y la enfermedad, dentro de las infinitas formas de la adaptación individual a los retos de la vida. Sin embargo, al leer *El hombre que confundió a su mujer con un sombrero* (1970/1987), *A leg to stand on* (1984), *Veo una voz* (1989/1991), *Un antropólogo en Marte* (1995/1997), o *Muscophilía. Tales of Music and the Brain* (2007) nunca he tenido la impresión de que el centro de su mirada fuera aquello de lo que carecen sus pacientes, sino lo que consiguen de otros modos, y eso a veces resulta espectacular. De hecho, insiste una y otra vez en la paradoja de la enfermedad, en su potencial creativo. A través de lo que observa en sus pacientes, incluso llega a cuestionar la pertinencia de la línea que divide la salud de la enfermedad. Se pregunta si no convendría alejar los conceptos de "salud" y "enfermedad" de la rigidez de normas, que pueden llegar a ser bastante superficiales, para ver las cosas desde la capacidad del organismo en crear una nueva organización y un nuevo orden que encajen con su situación.

² Oliver Sacks es un continuador de la tradición abierta por Luria en Neuropsicología de textos "románticos" o "biográficos" que detallan la vida de sus pacientes como seres humanos y desde las paradojas y la creatividad que se abría como consecuencia de las lesiones neurológicas. El propio Luria le escribió una carta explicándole que amaba la "Ciencia Romántica", en parte porque estaba muy en contra de las aproximaciones estadísticas y porque defendía un estudio cualitativo de la personalidad (1987).

Comienza uno de sus deliciosos libros, *Un antropólogo en Marte* (1995/1997), aludiendo a cómo escribía con la mano izquierda porque se había lesionado la derecha. Lo hacía con lentitud y con torpeza, aunque a medida que pasaban los días la situación se iba mejorando. Empleaba un término por el que siento un gran cariño: decía que se adaptaba, que aprendía continuamente. Incluso se había vuelto prensil con los dedos de los pies para compensar -emplea el término que hubiera usado Vygotski- el hecho de tener un brazo en cabestrillo. También había descubierto un nuevo equilibrio después de sufrir cierto desequilibrio en la marcha durante varios días. Concluye que desarrolla pautas de comportamiento distintas, hábitos distintos, una, digamos, identidad diferente. Y aunque expresamente no lo afirma, yo diría que todo eso lo está aplicando constantemente en su vida cotidiana, "deben estar ocurriendo algunos cambios en los programas y circuitos de mi cerebro que alternan las cargas, conexiones y señales sinápticas" (p. 15). Insiste además en la bicefalia de las adaptaciones que se producen; unas son deliberadas, planeadas, resultado de haber probado y de haberse equivocado -no es de extrañar que la *gimnasia cerebral* cumpla su papel aquí- pero en otras ocasiones se trata de adaptaciones inconscientes.

Se refiere a las metamorfosis provocadas por el azar neurológico que han dado como resultado estados alternativos del ser. Mencionaré brevemente algunas de las que me han llamado poderosamente la atención. En *Un antropólogo en Marte* uno de sus múltiples ejemplos es el de aquel cirujano aquejado del síndrome de Tourette. Este síndrome consiste en la producción de una mímica involuntaria con abundantes tics convulsivos. Así es que podría pensarse que una profesión como la de cirujano, le estaría vedada a alguien con esas características. Pues bien, Oliver Sacks cuenta con todo detalle el caso del doctor Carl Bennett, aquejado del síndrome, a quien visitó en su lugar de trabajo. Cuando fue a recibirle al aeropuerto le dirigió un saludo extraño, "medio embistiendo, medio un tic, un gesto de bienvenida idiosincrásicamente tourettizado, cogió mi maleta y me llevó hasta su coche con un extraño y veloz paso saltarín, un brinco cada cinco pasos y de pronto la mano al suelo como si fuera a recoger algo" (p. 112). Como contraste con toda esta actuación, cuando el doctor Bennett se halla en la mesa de operaciones, su única identidad es la de un cirujano trabajando. Sus gestos son precisos, la incisión de su bisturí es limpia (p. 130).

Otro llamativo caso es el Stephen Wiltshire, un artista autista, cuyos originales dibujos están llenos de espontaneidad y vida. Tenía además una habilidad excepcional para reproducir sonidos instrumentales, voces, acentos, entonaciones, melodías, ritmos, arias, canciones. Temple Grandrin no se queda atrás. A pesar de su autismo es licenciada en zoología, enseña en la Colorado State University y lleva su propio negocio (p. 302). En su último libro *Musicophilia. Tales of Music and the Brain* (2007), Sacks cuenta, por ejemplo, el caso de un médico a quien le atravesó un rayo. Como consecuencia de ese accidente se operó una transformación sorprendente; pasó de ser un hombre interesado por cosas diversas a ser un hombre obsesionado por la música y por la composición. O el caso de Evelyn Glennie, quien, pese a ser sorda desde los 12 años, se convirtió en una brillante y reconocida percussionista. La razón de esa habilidad, que pudiera parecer extraña tratándose de una persona que no podía oír, radicaba en que los sordos son muy sensibles al ritmo que sienten, no como sonido, sino como vibración (p. 95).

Deme su bastón. Yo le ayudo

- No gracias, para eso lo llevo.
- ¿Cómo? El reglamento dice que tiene que darme su bastón por razones de seguridad.
- ¿Y qué pasa con la mía?
- Deme su bastón. Si luego necesita ayuda, me llama y yo se la doy.
- No, gracias, precisamente para eso lo llevo, para no precisar su ayuda.
- El reglamento dice que ... la seguridad.
- ¿Qué diría si en nombre de la seguridad le quito sus gafas y a continuación le brindo mi ayuda porque no ve? ¿Confiaría usted en alguien que le propusiera algo así?
- Está prohibido llevar objetos largos, como paraguas o bastones en los aviones.
- Un paraguas y un bastón no son comparables porque sirven para cosas muy distintas. Pero usted no parece darse cuenta.
- Deme su bastón. Yo le ayudo.
- No gracias. Necesito mi bastón. No su ayuda.

El parecido de esta conversación con la realidad no es coincidencia. Ha tenido lugar en incontables ocasiones en una compañía aérea. Y es que las cosas no siempre son lo que parecen. Quienes somos usuarios cotidianos de prótesis, bastones, en fin, eso que llamamos mediadores instrumentales, tenemos una parte de nuestro cerebro fuera también, en el bastón, en la silla de ruedas, en la prótesis, en el objeto -instrumento que permite una reorganización eficaz de la postura, que proporciona los apoyos complementarios necesarios-. Podría decirse que una prótesis no es otra cosa que un instrumento cultural que impide que tengamos que ser tú solo el que encuentre las mejores soluciones posturales. Por esa razón podemos llegar a resistirnos con vehemencia a que nos separen sin previo consentimiento de una parte de nuestro propio cuerpo. Aunque sea de color azul.

¡No te muevas! ¡No te pares!

Como todo el mundo sabe, antes de que se promulgara la Ley de Integración en España (Galofre y Lizán, 2005), los niños y las niñas con algún tipo de discapacidad física -que, recordémoslo, desarrollan *otras* capacidades para compensar lo que por otro lado falta- estaban exentos de cursar la asignatura de Educación Física en la Escuela. Ése era mi caso. Así es que me tuve que resignar a la fuerza a quedarme sola en la hora de la Educación Física, viendo cómo mis compañeros se iban a una clase cuya entrada me estaba vedada. Esta situación de inactividad forzada me resultaba verdaderamente chocante por tres razones.

La primera de ellas porque, sin salir de la Escuela, con asignaturas como la Lengua, la Literatura, la Geografía, el Francés o las Manualidades, me había acostumbrado a un nivel de actividad y participación incompatibles con la situación de exclusión y de marginalidad -en su acepción más literal de puesta en el margen- en la que la Educación Física me colocaba. La segunda razón de esta excepcionalidad provenía del contraste con lo que me ordenaba el Médico. Porque si en la asignatura de Educación Física me decían "no te muevas" debido a la polio que aquejaba una de mis piernas, el Doctor Ferrer, mi Médico traumatólogo, que se ocupaba de la misma polio que aquejaba la misma pierna, me decía lo contrario: "no te pares", con una contundencia insobornable, con una claridad que no admitía la menor réplica. En definitiva, por idéntica razón tenía que hacer una cosa y su contraria dependiendo del lugar donde me hallase. Me paraba cuando se trataba

de la asignatura de Educación Física, y, gracias a las estrictas órdenes del Médico, hacía lo contrario en el resto de situaciones de mi vida, recreo escolar incluido. Pensándolo bien, menos mal que ocurrió de ese modo y no al contrario. Así es que para mí lo cotidiano era moverme, buscar soluciones, encontrar estrategias nuevas. Nada más lejos del margen. Quien me dijera otra cosa, se tenía que estar equivocando. De hecho, cuando la Escuela abrió en mi vida el paréntesis de la condena a la inactividad en Educación Física, yo ya venía escuchando al Médico decir lo que me tenía que decir desde hacía varios años. Fue él quién me proporcionó una de las herramientas más valiosas que jamás me hayan dado: "Si te caes, te levantas".

Con el paso de los años he comprendido cuánta sabiduría había en aquella frase. Después de todo, lo que importa no es evitar las caídas, sino caerse bien, porque quien sabe caerse, se levanta siempre.

La tercera razón de que la exclusión de la asignatura de Educación Física me resultara extravagante y sin sentido es porque todo lo que tuviera que ver con el movimiento, la actividad física, el baile, los juegos en grupo y con el agua, sobre todo con el agua, me fascinaba.

Cuando dejé de estar "exenta" en Educación Física.

¿Quién hace las Adaptaciones Curriculares?

En mi particular biografía, y seguramente que es el caso de muchos, el agua comenzó teniendo un enorme significado médico. Sólo después acaba adquiriendo un significado Escolar también. Voy a detenerme un momento en esta pequeña historia.

A partir de cierto momento, mi relación con la Educación Física en la Escuela cambió. Harta de acatar una situación de exclusión en un asunto que, como acabo de indicar, me atraía mucho, decidí pedirle a la profesora de Educación Física de mi grupo y que me permitiera participar en la asignatura como todo el mundo. Curcábamos el quinto año de Bachiller en la Universidad Laboral del Cáceres. Yo tenía trece años. No recuerdo si la profesora aceptó mi propuesta con agrado, con indiferencia, o me dijo que sí con la seguridad de que aquella insólita propuesta (para la época doy fe que lo era) decayera como la espuma, por sí misma, el caso es que por primera vez en mi vida pude participar en la asignatura.

Y aquí comenzaba una tarea que asumí con naturalidad, porque, como era una variante más de las adaptaciones cotidianas, en el fondo no significaba nada nuevo. Se trataba de buscar soluciones específicas para poder realizar los ejercicios diarios de las tablas Suecas, aparte de la propia asignatura -varias horas semanales- más el deporte escogido -la natación en mi caso: me hice fondista de espalda- dos horas diarias de entrenamiento duro. Con todo este atractivo panorama delante, cualquiera puede comprender hoy que no me resignara a seguir permaneciendo "exenta". Así es que asumí como un asunto propio más la búsqueda de soluciones si quería participar en todas aquellas atractivas actividades. Tenía que buscar soluciones, muchas soluciones. Una y otra vez. De hecho, se trataba de autorregular mi propio comportamiento y, para eso, tenía que buscar "camino alternativos", originales, casi continuamente (Rodríguez y Palacios, 2007). Aunque, como acabo de decir, no lo recuerdo como un acontecimiento extraordinario, más bien todo aquello formaba parte de lo cotidiano. Eso que ahora llamamos "Adaptaciones Curriculares", y que normalmente realizan los profesores para los alumnos, en aquella época no existían por las razones que acabo de dar. Nosotros, como sujetos susceptibles de recibir una enseñanza en el importante terreno de la Educación Física, paradójicamente, no existíamos para ella, y si hablo de paradoja aquí es porque, quienes tenemos *otras*-capacidades, la necesitamos más que nadie. Así es que con el paso del tiempo he comprendido y le he dado un nombre a lo que ocurría en la asignatura que pretendía ignorarme: era yo quien se hacía las Adaptaciones Curriculares en cada clase, lo que conllevaba un ejercicio continuo de búsqueda de ajustes, de nuevas formas de autorregulación. De creatividad. Porque en el fondo, con las herramientas adecuadas, no hay problema que no tenga su solución.

Aunque eso de que fuera yo quien se hacía las Adaptaciones es sólo una verdad a medias, puesto que también contaba con el inestimable apoyo de algunas de mis compañeras que se iban haciendo expertas conmigo al sopesar cuál era la postura más adecuada, dónde tenía que colocar qué mano, y qué clase de impulso tenía que darme para, por ejemplo, saltar el potro. Mi profesora nunca me prohibió hacerlo. Y yo nunca me caí. Cuanto más difícil era el asunto, más *gimnasia cerebral* hacíamos antes. Se había convertido, como digo, en una rutina tan natural que formaba parte de la vida.

El lector puede concluir, después de leer lo que acabo de escribir, que ha de ser siempre el propio sujeto en cuestión quien realice sus propias adaptaciones curriculares. Obviamente no quiero decir eso al pie de la letra. Lo que estoy diciendo, o a lo que me lleva lo que estoy diciendo es a defender que en muchos casos, por no decir siempre, es importante partir del innegociable papel activo del sujeto. ¿Por qué digo esto? Porque no estoy segura de que cuando ahora se diseñan las Adaptaciones Curriculares se tengan suficientemente en cuenta dos cosas fundamentales: Primero, que todos los sujetos somos activos, por lo que dependiendo de muchas cosas, como la edad, el interés por la actividad física, el grado de desafío que implique, o los retos que conlleven, a veces quien más sabe, acerca de lo que puede o no hacer, es el propio sujeto. Contaba un profesor (por desgracia no recuerdo su nombre) de una Facultad de Educación de una Universidad Andaluza en un coloquio organizado en Jaén, cómo sus alumnos de prácticas de Educación Física llegaron un día a su despacho desesperados porque "después de haber realizado con sumo cuidado las Adaptaciones Curriculares" que consideraron apropiadas para "un niño de 8 años en silla de ruedas", se dieron cuenta de que eran inútiles. Y la razón era que el niño usaba la silla de ruedas desde siempre. No había *perdido* la marcha, sino que *su marcha* y sus desplazamientos *incluían* la silla. Así es que el niño en cuestión no sólo tenía altísimos grados de autonomía personal; se hacía él mismo su propia cama y otros quehaceres domésticos, sino que ¡bajaba él solo las escaleras con la silla! Su cuerpo por tanto, no se terminaba en los límites de su piel, sino en los de la silla.

Segundo, si los sujetos difieren uno de otro mucho, cuando estamos en el terreno de las *otras*-capacidades, las diferencias son todavía mayores (Galofre y Lizán, 2005), por lo que pretender uniformizar las adaptaciones, sin contar muchas veces con la opinión del interesado, puede convertirse en una pérdida de tiempo. Y es que, para poder decir algo acerca de la relación entre el sujeto y el medio, es preciso considerar el detalle de las circunstancias (Rodríguez, 2009). Las posibilidades del organismo no existen "en sí", sino que son relativas. La relación organismo -medio no se da en términos absolutos, sino relativos. Cualquiera que esté leyendo esto ahora se preguntará que cuáles son esos términos y relativos a qué. Pues a dos cosas: al propio organismo y al medio en el que se encuentre, así como a la condiciones de ese encuentro. Tan pronto como el medio cambia (medio terrestre

versus acuático, por ejemplo) el comportamiento del mismo sujeto puede llegar a cambiar por completo porque las circunstancias no son las mismas.

El agua, para quien se maneja en ella, no actúa como barrera. Al contrario, puede convertirse en un gran facilitador, precisamente porque la relación entre el organismo y el medio cambia profundamente para quienes una parte importante del problema reside en la atracción de la fuerza de gravedad que ejerce la tierra. Atracción que se mitiga mucho en el agua. En realidad, empiezo a pensar que no todas las sirenas se hallan en los lugares adecuados.

Contar ahora el nutrido tipo de *Adaptaciones Curriculares* -no sé si llamarlas Adaptaciones para la Vida- que he realizado a lo largo de los años, y tengo que admitir que es ahora cuando hago las más estrafalarias, me llevaría escribir otro capítulo. No exagero si digo que no concibo la vida sin ellas. Varias cosas me parecen muy claras: Las buenas inversiones sirven para toda la vida, y la creatividad necesaria para desarrollar adaptaciones desde luego lo es; con frecuencia basta con una pequeña adaptación, con un pequeño "bastón", para que las barreras se diluyan como por encanto. Así entendido, un "bastón" es una gran compañía que permite encontrar una y otra vez soluciones para la vida. Y es que una buena Adaptación permite que se potencien nuevas, *Otras-capacidades*. Aunque bien mirado, yo creo que van de la mano. Ambas se alimentan. Son como los buenos equipos que sacan lo mejor de cada quien.

REFERENCIAS

- DeFelipe, J. (2006). Cajal y la plasticidad cerebral. In A. Gamundí y A. Ferrús (coord.). *Santiago Ramón y Cajal cien años después* (p. 257-272). Madrid: Universitat de les Illes Balears/Pirámide.
- Galofre, R. y Lizán, N. (2005). *Una Escuela para todos. La integración educativa veinte años después*. Madrid: Ediciones de la Torre.
- Rodríguez, C. (2009). The 'circumstances' of gestures: Proto-interrogatives and private gestures. *New Ideas in Psychology*, 27. 288-303.
- Rodríguez, C. (2005). Prólogo. In R. Galofre y N. Lizán (2005). *Una Escuela para todos. La integración educativa veinte años después* (p. 9-13). Madrid: Ediciones de la Torre.
- Rodríguez, C. (2006). *Del ritmo al símbolo. Los signos en el nacimiento de la inteligencia*. Barcelona: ICE Universitat de Barcelona/Horsori.
- Rodríguez, C. & Palacios, P (2007). Do private gestures have a self-regulatory function?. A case study. *Infant behaviour & Development*, 30, 180-194.
- Sacks, O. (1987). Foreword to the 1987 Edition. In A. Luria (1972/1987). *The man with a shattered world. The history of a brain wound* (p. vii-xviii). Cambridge: Harvard University Press.
- Sacks, O. (1970/1987). *El hombre que confundió a su mujer con un sombrero*. Barcelona: Muchnik.
- Sacks, O. (1984). *A leg to stand on*. London: Picador.
- Sacks, O. (1989/1991). *Veo una voz. Viaje al mundo de los sordos*. Madrid: Anaya & Mario Muchnik.
- Sacks, O. (1995/1997). *Un antropólogo en Marte*. Barcelona: Anagrama.
- Sacks, O. (2007). *Musicophilia. Tales of Music and the Brain*. New York: Knopf.
- Vygotski, Lev (1924/1994). Défaul et compensation. In K. Barisnikov y G. Petitpierre (dirección). *Défectologie et Déficience Mentale* (pp.85-115). Neuchâtel-Paris: Delachaux et Niestlé.

1.2 LAS DISCAPACIDADES FÍSICAS Y SU DESCRIPCIÓN

Josep Oriol Martínez i Ferrer

Dentro de esta categoría se acepta como definición de persona con deficiencia-discapacidad físicomotriz, la siguiente:

Es toda persona incapaz de atender por ella misma, total o parcialmente, las necesidades de su vida individual y lo social normal, como consecuencia de una deficiencia, congénita o no, y que le produce una secuela en sus capacidades físicas y/o motrices.

Entendiendo por "secuela" a toda alteración estructural que se produce en una persona a causa de una deficiencia, y que presumiblemente, no existe ya tratamiento conocido para mejorarla.

Así mismo, esta tipología se suele dividir en dos grandes grupos:

- Alteraciones estabilizadas y/o superadas.
- Alteraciones progresivas.

Este capítulo no pretende desarrollar una descripción exhaustiva de características puramente médicas, todo lo contrario, pretende realizar una descripción de tipo funcional y práctico que sirva al lector, con poca formación médica, comprender el origen y consecuencias de estas alteraciones neuromusculares y/o locomotrices.

Terminología básica

Antes de adentrarnos en el análisis y descripción de las discapacidades físico-motrices deberemos realizar una aproximación a toda la terminología relacionada con los conceptos derivados de la minusvalía, discapacidad, deficiencia, daño, secuela, etc., así como sus definiciones actuales, ya que en algunas ocasiones son empleadas erróneamente y, como veremos, representan diferentes estadios relacionados con la enfermedad y la salud.

También es nuestro objetivo diferenciarlas de otras que, tradicionalmente, han sido mal empleadas, mal definidas e incluso utilizadas como sinónimos de las anteriores, como por ejemplo: disminución, incapacidad, inválido, subnormal, impedido, tullido, etc...

Históricamente se establecieron diversos modelos para estructurar dicha situación.

■ Uno de ellos es el representado por la OMS en 1980 con la "International Classification of Impairment, Disability and Handicap".

Se puede expresar por el esquema siguiente:

Etiología --- Patología --- Deficiencia --- Discapacidad --- Minusvalía.

Así quedaron definidos según la O.M.S., dentro del ámbito de la salud, los siguientes conceptos:

Deficiencia: es toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica.

Discapacidad: es toda restricción o ausencia de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano.

Minusvalía: es una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o 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 esquema permite definir el estado de salud como un conjunto de causas y efectos conectados por medio de diagramas de bloques. Un proceso patológico comienza por una enfermedad o lesión, la cual moviliza las defensas corporales y los mecanismos de respuesta o compensación del organismo. Los signos físicos y los síntomas indican los intentos del organismo de oponerse a la alteración de su función fisiológica normal. Los signos físicos son los cambios directamente observables y medibles en los tejidos, órganos o sistemas del sujeto. Los síntomas son las reacciones subjetivas a los cambios experimentados por el sujeto (por ejemplo, un signo típico sería la fiebre, mientras que un síntoma sería la artralgia o dolor articular).

La deficiencia aparece como consecuencia de una enfermedad o lesión y se refiere al daño estructural o funcional que experimentan los tejidos, órganos o sistemas del sujeto pudiendo ser temporal o definitiva (un ejemplo podría ser la parálisis de una extremidad inferior). La discapacidad representa el impacto que tiene una deficiencia, a nivel de la persona respecto a las funciones que le son propias por su condición humana.

No existe una relación directa entre deficiencia y discapacidad, ya que una deficiencia puede condicionar la aparición de distintas

discapacidades; ante una misma deficiencia no todos los sujetos presentan el mismo grado de discapacidad. Además, una deficiencia no siempre provoca una discapacidad.

La minusvalía representa la desventaja social, constituye el último componente de esta cadena causal y asume el resultado de la interacción de la persona con discapacidad con la sociedad. Está, por tanto, caracterizada por la discordancia existente entre sus posibilidades de desarrollar distintas tareas y las posibilidades de desarrollarlas en el colectivo social que lo envuelve. Aunque en la mayoría de los casos su origen es una discapacidad, también puede causar una deficiencia que no provoque discapacidad. Por ejemplo, una cicatriz en el rostro de un presentador de televisión (deficiencia) no provoca una discapacidad, pero sí una minusvalía, ya que interfiere en las relaciones sociales del sujeto, en este caso la laboral.

De forma resumida se puede decir que la deficiencia se refiere al problema a nivel del órgano, la discapacidad lo hace a nivel del global de la persona y la minusvalía a nivel social.

■ En año 2000 surge una nueva clasificación que revisa la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías de la OMS de 1980. Se denomina Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (C.I.F.).

El **objetivo principal** es brindar un lenguaje unificado y estandarizado, y un marco conceptual de los estados relacionados con la salud.

Los **dominios** describen Funciones y Estructuras Corporales y Actividades- Participación. Y se incluyen en el concepto de Funcionamiento. El concepto de Discapacidad engloba las deficiencias, limitaciones en la actividad o restricciones en la participación. Se ha pasado de una clasificación de **consecuencia de enfermedades** a una clasificación de **componentes de salud**, incluyen los **factores ambientales**, mucho más positiva e integradora.

Los objetivos específicos se resumen en proporcionar una base científica para la comprensión del estado de la salud y los estados relacionados, estableciendo un lenguaje común a usuarios y profesionales de la salud; que además permite la comparación entre países y se codifica para ser aplicado en los sistemas de información sanitaria. La aplicación es muy variada, desde herramienta estadística, de investigación, clínica, político-social y educativa.

La C.I.F. no clasifica personas, sino que describe la situación personal/social de cada persona.

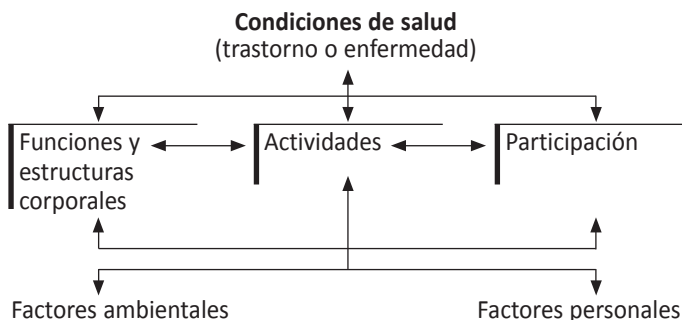
Las **deficiencias de la estructura** pueden incluir anomalías, defectos, pérdidas o desviación de las estructuras corporales. No son equivalentes a la patología subyacente, sino a la forma de manifestarse esa patología... Representan una desviación de la norma. Pueden ser temporales o permanentes, progresivas o estáticas; intermitentes o continuas. No tienen relación causal. Son expresión de un estado de salud, pero no necesariamente de una enfermedad, pudiendo derivar de otras deficiencias. Las deficiencias se clasifican en categorías apropiadas y graduadas en términos de severidad.

La **actividad** es la realización de una tarea o acción por una persona; mientras que la **participación** se define como el acto de involucrarse en una situación vital.

Las **limitaciones de la actividad** son dificultades que una persona puede tener en el desempeño/realización de las actividades; y las **restricciones en la participación** representan los problemas que una persona puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales.

También se incluyen, como innovación, los **factores personales y ambientales**, que están relacionados con la salud e interactúan con estructuras y funciones corporales, actividades y participación. Un entorno con barreras, o sin facilitadores, restringirá el desempeño/realización de un individuo. Los factores personales constituyen el trasfondo particular de la vida de un individuo y de su estilo de vida.

Esta nueva configuración ha sido aceptada como una de las clasificaciones sociales de las Naciones Unidas, siendo incorporada a **"Las Normas Uniformes para la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad"**.



Interacciones entre los componentes de la C.I.F.

Modelo Médico: considera la discapacidad como un problema de la persona directamente causado por una enfermedad, trauma o condición de salud.

Modelo Social: considera la discapacidad como un problema de origen social, no es un atributo de la persona, sino del contexto que le rodea. Es más ideológico, de actitud, es decir, se configura como un tema de índole político, en el espacio social compartido.

**DEFINICIONES EN EL ENTORNO DE LA C.I.F.
(contexto de la salud global)**

- **Dominio** (del término inglés "domain"): orden determinado de ideas, materias o conocimientos.
- **Funciones corporales:** funciones fisiológicas de los sistemas corporales, incluyendo las funciones psicológicas.
- **Estructuras corporales:** son las partes anatómicas del cuerpo, tales como los órganos, las extremidades y sus componentes.
- **Deficiencias:** problemas en funciones o estructuras corporales, tales como desviaciones significativas o pérdidas.
- **Actividad:** es la realización de una tarea o acción por una persona.
- **Participación:** es el acto de involucrarse en una situación vital.
- **Limitaciones en la actividad:** son dificultades que una persona puede tener en el desempeño/realización de las actividades.
- **Restricciones en la participación:** son problemas que una persona puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales.
- **Factores ambientales:** constituyen el ambiente físico, social y actitudinal en el que las personas viven y conducen sus vidas.

Definiciones básicas en el entorno de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud.

En resumen, el daño es equiparable a deficiencia (quedaría a nivel de órgano). La discapacidad pasa a ser limitación en la actividad (a nivel de la persona) y la minusvalía se convierte en limitación en la participación (a nivel social).

Deficiencias-discapacidades físimotrices estabilizadas

■ Poliomiélitis

Infección aguda de origen vírico que puede producir diferentes tipos de manifestaciones clínicas. En su forma más grave, invade el sistema nervioso central lesionando las células nerviosas motrices, principalmente del asta anterior de la médula espinal, a nivel lumbar y cervical, dando consecuencias del tipo de parálisis total o parcial de los grupos musculares que dependen de estas células. Normalmente la distribución resulta ser asimétrica, debido a la diversificación de las lesiones a nivel medular.

Debido al éxito generalizado de las técnicas de inmunización contra las tres cepas del virus de la poliomiélitis, hoy día esta infección está ya erradicada en los países industrializados; aunque los movimientos migratorios actuales hacen prevalecer su presencia todavía en dichos países.

La primo infección suele localizarse a nivel orofaríngeo, siendo la progresión hacia el tubo digestivo, donde una vez anidada, penetra en el sistema nervioso central a través de las terminaciones nerviosas de la mucosa digestiva, finalmente se asentará en las neuronas motoras de la sustancia gris de las astas anteriores medulares.

La posibilidad de progresión, desde la primo infección orofaríngea, dependerá siempre del estado inmunitario del receptor, que si está alterado facilitará dicha progresión y posterior afectación.

En la actualidad, en nuestra área geográfica solamente se observan las consecuencias de la parálisis total o parcial que afecta principalmente a extremidades inferiores y en menor grado a tronco y extremidades superiores.

Básicamente el tratamiento de las secuelas producidas por la poliomiélitis se enfocará hacia:

- Mantenimiento de la movilidad articular, en todas las articulaciones.
- Mantenimiento de la fuerza de los músculos normalmente inervados, para evitar su atrofia.
- Fortalecimiento de las fibras musculares que están parcialmente atrofiadas, debido a que sus neuronas estuvieron sin funcionar temporalmente, pero que han sobrevivido.
- Fortalecimiento de partes de un músculo, para sustituir a las fibras atrofiadas.



Niños africanos con secuelas de la infección poliomiélica.

Atrofia muscular distal y acortamiento en una extremidad inferior clásica, debido a la secuela de la "polio"



- Fortalecimiento e hipertrofia de músculos que son sustitutos adecuados o músculos auxiliares, de otros que están sobresolicitados por la secuela.

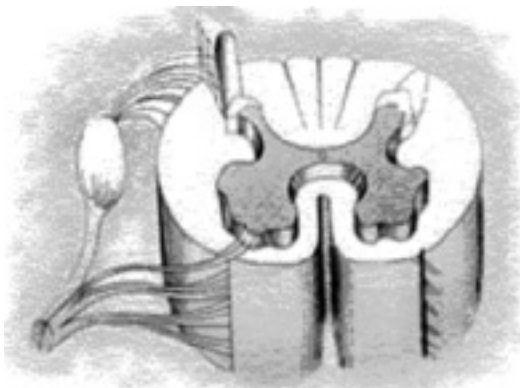
En general suelen ser personas discapacitadas ambulantes, con ayudas o no, y los más gravemente afectados utilizan la silla de ruedas.

■ Lesión medular

Se trata de lesiones a nivel de la médula espinal, ya sean por malformación congénita, enfermedades o traumatismos (fracturas y luxaciones) en la columna vertebral. Siendo hoy día los accidentes de tráfico y deportivos las causas más frecuentes.

Producen, en todos los casos, una pérdida de las funciones motrices y sensitivas de la parte del cuerpo por debajo de la zona de lesión medular, así como, consecuentemente, trastornos de la motilidad intestinal y de la vejiga, muy importantes en estas personas.

- Si la lesión se produce a nivel de la zona del cuello, quedan afectados los segmentos medulares cervicales, produciendo una afectación de las extremidades superiores a distinto nivel, y una afectación total del tronco y extremidades inferiores, en cuyo caso hablaremos de afectación tetrapléjica.
- Si la lesión se produce en la zona alta de la espalda, quedará lesionado parcialmente el tronco y abdomen y totalmente las extremidades inferiores, en cuyo caso hablaremos de paraplejía alta (por ejemplo por encima de D 12).
- Si la lesión se produce en la zona baja de la espalda, quedará lesionado parte de la zona abdominal y totalmente las extremidades inferiores, en cuyo caso hablaremos de paraplejía baja (por ejemplo por debajo de D 12).



Esquema de sección de la médula espinal y raíces nerviosas medulares

Complicaciones más importantes de la lesión medular:

a) Alteraciones de la termorregulación cutánea: por la pérdida de los sistemas de control cutáneo de la temperatura corporal, que produce aumentos excesivos de temperatura corporal ante ambientes cálidos o ejercicio intenso. Y posibilidad de congelación, debido a la insensibilidad de las áreas paralizadas.

b) Úlceras por presión: gran facilidad de producción de rozaduras y úlceras cutáneas por presión en las zonas paralizadas, debido principalmente a la falta de sensibilidad cutánea, falta de movilidad que facilita la presión en zonas determinadas y falta del tono vasomotor que facilita la isquemia. Dichas úlceras pueden infectarse fácilmente, debido a la frecuente presencia de incontinencia de esfínteres.

c) Infecciones del tracto urinario: hasta hace pocos años la causa más importante de muerte entre las personas con lesión medular, favorecida principalmente por la incontinencia urinaria y los constantes sondajes paliativos.

d) Espasticidad: que aparece más en lesiones de tipo incompleto. Representan movimientos incontrolados y producidos de forma refleja por la pérdida del control entre músculos agonistas-antagonistas, que responde de forma incontrolada ante estímulos como frío, contactos, golpes, estrés, etc... Es molesta para la persona con lesión medular y dificulta la rehabilitación, la bipedestación y la marcha.

e) Contracturas y anquilosis articulares: que deben de evitarse a través de las movilizaciones pasivas de las áreas paralizadas y tratamiento postural. También pueden aparecer osificaciones pararticulares, llamadas osteomas.

f) Dificultad respiratoria: ya sea por el nivel alto de la lesión, que afecta a la musculatura intercostal e incluso diafragmática. O bien debido a las secuelas pulmonares debidas a la fractura traumática de las costillas.

g) Trastornos digestivos: principalmente debidos a la parálisis de la motilidad intestinal, que pueden provocar estreñimiento contumaz e incluso la presencia de fecalomas.

h) Tromboflebitis: debido principalmente a la lentificación de la circulación sanguínea, sobre todo en las áreas paralizadas, pues existe el efecto de bomba de la contracción muscular periférica.

i) Disreflexia autónoma ("Efecto Boosting"): las personas con lesiones espinales cervicales o torácicas superiores pueden padecer reflejos simpáticos anormales, denominados disreflexia autónoma. Este reflejo es causado por estímulos dolorosos en la parte inferior del cuerpo, particularmente distensión o irritación de la vejiga urinaria. Los síntomas de la disreflexia son subida rápida de la presión sanguínea, dolor de cabeza, sudoración, manchas oscuras en la piel y carne de gallina. En casos severos, puede haber confusión, hemorragia cerebral e incluso muerte.

Este reflejo puede ocurrir espontáneamente, o ser causado deliberadamente mediante el peligroso "efecto boosting", desencadenado por maniobras externas que provoquen ese efecto irritativo, no controlado, a la médula espinal por debajo del nivel de lesión, como por ejemplo retenciones voluntarias de orina en la vejiga urinaria o pequeñas heridas o punturas en las extremidades inferiores, que por su parálisis sensitiva no son dolorosas.

Adaptación al esfuerzo en el lesionado medular

La práctica deportiva provoca, en todo sujeto, un aumento de las necesidades metabólicas, un aumento del gasto cardíaco, un aumento de la frecuencia respiratoria etc... Esto significa una adaptación paulatina al esfuerzo físico, que se suele obtener gracias al entreno pautado, consiguiéndose esta adaptación sin llegar a situaciones hemodinámicas peligrosas para la persona practicante. Así se consigue aumentar el volumen sistólico, sin aumentos excesivos de la frecuencia cardíaca, gracias a una redistribución sanguínea por vasodilatación arterial en los territorios que trabajan y una vasoconstricción de los territorios en reposo, fundamentalmente cutáneo y esplácnico.

En las personas con lesión medular que deben de realizar un esfuerzo físico intenso, sentados en su silla de ruedas, la tensión arterial no va a subir en las cantidades requeridas, observándose por tanto peligrosos aumentos de la frecuencia cardíaca. Varios factores explican esta relativa inadaptación:

- No suele producirse vasoconstricción en las zonas paralizadas.
- La ausencia de vasoconstricción produce un defecto de llenado cardíaco, lo que representa el no aumentar el volumen sistólico, que para ser compensado necesita de un aumento de la frecuencia cardíaca.



Esgrimistas con lesión medular en plena acción de combate

- El rendimiento del trabajo efectuado con los miembros superiores es más bajo; la frecuencia cardiaca y el débito ventilatorio son por tanto mayores. Esto se explica porque la eficacia de trabajo de los miembros superiores necesita de un bloqueo torácico más o menos permanente para el mantenimiento del equilibrio en sedestación, negativos para las adaptaciones ventilatoria y cardiovascular al ejercicio.

- Los trastornos de la termorregulación, en especial cutánea, también son elementos, al igual que las contracturas musculares, que perjudican la normal adaptación al esfuerzo.

- La integridad del sistema ventilatorio es función del nivel lesional, pudiendo persistir un déficit en algunas deficiencias graves en personas con tetraplejias y paraplejias altas.

Todo lo cual debe de tenerse en cuenta a la hora de realizar ejercicio físico con estas personas. Esto no significa que se les deba apartar del deporte, sino que deberemos cuidar su adaptación al esfuerzo, teniendo en cuenta todas estas características y controlando en todo momento las cargas de esfuerzo a realizar, viendo así beneficiada su adaptación al esfuerzo aunque el tiempo necesitado para ello sea mayor que en circunstancias normales.

Las personas con lesión medular suelen deambular con silla de ruedas generalmente, aunque en casos de lesión incompleta puedan realizar marcha en bipedestación, ya sea de tipo pendular o del tipo en tres apoyos. Normalmente las características de la propia silla nos informará, a simple vista, de la gravedad o nivel de la lesión (respaldo alto-lesión alta / respaldo bajo-lesión baja).

■ Espina bífida

Es una malformación congénita por una anomalía en el desarrollo de las estructuras que componen el tubo neural (columna vertebral - meninges - médula espinal). Esta se produce aproximadamente en la cuarta semana de embarazo. En los casos graves el recién nacido presentará una protusión en la línea media de su espalda.

Grados de afectación:

Espina bífida (E. B.) oculta: afectación de la estructura ósea del arco anterior o posterior vertebral. No produce manifestaciones clínicas, ni secuelas, importantes.



Roger Puigbò, atleta lesionado medular en pleno esfuerzo sobre sus sillas de ruedas en un Maratón Internacional (web Roger Puigbò)

E.B. con Meningocele: afectación ósea con protusión de las meninges y del líquido cefalorraquídeo. Tratada correctamente por cirugía no suele producir mayores problemas futuros.

E.B. con Mielomeningocele: afectación ósea con protusión de meninges, líquido cefalorraquídeo y de la médula espinal. Es la forma más grave ya que provoca graves deterioros de la médula espinal y graves consecuencias a la dificultad de drenaje del líquido cefalorraquídeo.

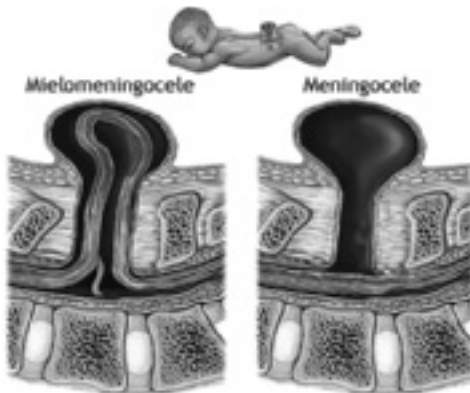
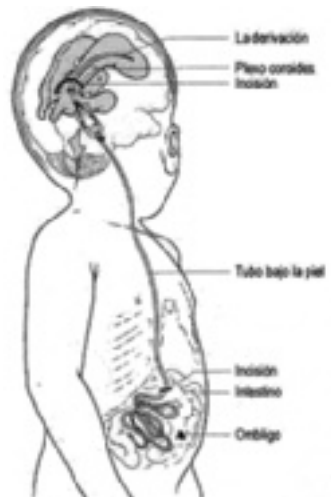
Secuelas de la E.B. con Mielomeningocele:

Las secuelas más significativas vienen representadas por una parálisis y trastornos sensitivos de las extremidades inferiores, malformaciones en las extremidades inferiores debidas a la parálisis y a su carácter congénito, trastornos urológicos, incontinencia de esfínteres urinario y anal e hidrocefalia. En los primeros días de vida se realizará el cierre quirúrgico de su mielomeningocele, controlándose después su perímetro cefálico por si aumentara por encima de los límites normales.

Si esto ocurre se colocará una válvula de drenaje del mismo desde los ventrículos cerebrales hasta el peritoneo, a nivel del paquete arteriovenoso renal.

Serán personas que suelen deambular en silla de ruedas o sin ella, con ayuda de órtesis y apoyos.

Esquema de la derivación de drenaje del líquido cefalorraquídeo para el control de la hidrocefalia



Esquema de ADAM de las protusiones meningocele y mielomeningocele

■ Parálisis cerebral

Es una manifestación que agrupa a un conjunto de trastornos motrices provocados por una *lesión no evolutiva* en un encéfalo inmaduro sufrida en la época prenatal, perinatal o postnatal.

Estos trastornos se caracterizan por una alteración persistente del control motor, principalmente del tono muscular, de la movilidad y de la postura.

De esta definición se deduce que bajo el concepto de parálisis cerebral (PC) se incluye un grupo muy heterogéneo de manifestaciones debidas a diversas causas, y que se presentará con aspectos clínicos diversos y cuyo pronóstico será también variable siempre en función de la extensión y afectación de la lesión encefálica.

Las secuelas principales pueden ser del tipo tetraparesia, triparesia, paraparesia o monoparesia. Asociadas a trastornos del lenguaje, de la audición, de la vista y en general con trastornos de la respuesta neuromuscular, no teniendo nunca relación directa con un déficit del nivel intelectual.

Es importante resaltar que la agresión tiene lugar en un cerebro en desarrollo, ya que el sistema nervioso central no termina su maduración hasta aproximadamente al quinto año de vida. Este hecho va a condicionar dos factores de muy distinto signo, muy importantes para el futuro de estas personas. Por una parte, el trastorno motriz se va a producir en una época temprana, interfiriendo la maduración del SNC en muchos casos antes de que la función haya sido aprendida (con lo que, por ejemplo, el niño no tendrá una experiencia previa del movimiento normal). Por otra parte, y como dato muy positivo, el hecho de que el SNC esté en desarrollo y, por tanto, sin una especificación de funciones en las distintas áreas lesionadas, podrán establecerse, con terapias adecuadas de estimulación, vías alternativas de transmisión desde otras áreas indemnes del SNC.

Clásicamente se clasifican las causas de la PC en función de la etapa en la que se sufre la agresión cerebral, siendo la incidencia aproximada en los países desarrollados de un 2 por mil nacidos vivos.

En el periodo organogénico (prenatales 8%) las causas son conceptuales, genéticas o cromosómicas. Hay que resaltar las infecciones intrauterinas, el efecto nocivo de drogas o tóxicos endógenos o exógenos como alcohol, tabaco, diabetes materna etc... y también los traumatismos durante el embarazo.

Las causas perinatales (connatales 58%) son las más conocidas y frecuentes, aunque hoy día están disminuyendo rápidamente, siendo de ellas la más clara la del trauma físico del parto.

En el periodo postnatal, hasta aproximadamente los cinco años de edad (postnatales 17%), son las causas más frecuentes las infecciones del SNC, generalmente meningitis y meningoencefalitis, las intoxicaciones y los traumatismos.

También existen unas secuelas de PC de causa desconocida o no aclarada totalmente que representan aproximadamente el 17%.

Clasificación de las secuelas de Parálisis Cerebral

Para poder clasificar las diferentes secuelas en que podrá presentarse la lesión encefálica, deberemos de realizar una sistematización que nos informe de diversos aspectos de sus características.

a) Según su localización anatómica:

- Monoparesia (Monoplejía), afectación secular de una sola extremidad.
- Hemiparesia (Hemiplejía), afectación de un brazo y una sola pierna de un mismo lado.
- Diparesia (Diplejía), afectación de dos extremidades, generalmente de las inferiores, o afectación de tres o más extremidades pero con una gran predominancia de afectación en las inferiores.
- Paraparesia (Paraplejía), afectación de las extremidades inferiores.
- Triaparesia (Triplejía), afectación de las extremidades inferiores y de una superior o de la musculatura de la cara y cuello.
- Tetraparesia (Tetraplejía), afectación de las cuatro extremidades y también generalmente de cara y cuello.

b) Según el tipo de secuela motora predominante:

- Espasticidad, por imposibilidad de relajar y contraer recíprocamente los músculos agonistas y antagonistas (lesión del sistema piramidal). El movimiento suele quedar roto y crispado en su desarrollo, siendo además sus músculos hiperirritables, hipertónicos e hipercontráctiles.
- Formas Disquinéticas, principalmente la Atetosis, caracterizadas por la aparición de movimientos espasmódicos, bruscos e incontrolados (lesión del sistema extrapiramidal), que se manifiestan la realizar una actividad voluntaria. Al realizarse un movimiento voluntario, además de los grupos musculares que debían contraerse, aparecen toda una serie de contracturas musculares parasitarias que perturban el esfuerzo contráctil originario y hacen que la acción resulte torpe y difícil. También



Yolanda Martín, con gran afectación de parálisis cerebral, en un partido de boccia (Comité Paralímpico)

pueden presentarse como temblor, con movimientos involuntarios que pueden ser constantes o que aparecen al ejecutar los movimientos.

- Ataxia, debido a la localización de la lesión a nivel del cerebelo, observándose una gran dificultad de coordinación, inseguridad a la marcha, y también medida errónea de la fuerza y dirección de los movimientos, siendo frecuentes las caídas al suelo y la presencia de la hipotonía general.
- Hipertonía, estado permanente de aumento del tono muscular, con presencia de resistencia al movimiento pasivo, afectando tanto a los músculos antagonistas como a los agonistas.
- Distonía, que se manifiesta con un conjunto de contracciones espasmódicas que producen posturas contrahechas, como los espasmos de torsión de tronco, cuello o brazos, los de extensión o los de flexión.

c) Según la gravedad de su secuela:

- Leves.
- Moderadas.
- Severas.
- Profundas.

Así, cada secuela de PC se definirá siguiendo estas tres características, nominándolas por ejemplo como: Hemiparesia espástica leve, Tetraparesia atáxica profunda, Diplejia distónica severa.

Como vemos pues, sus repercusiones pueden ser secuelas muy graves e incapacitantes, pero también muy mínimas creando un amplio abanico de situaciones funcionales. Así, habrá personas ambulantes o ambulantes con ayudas, otras que utilizan silla de ruedas e incluso algunas utilizan silla de ruedas eléctrica, por su incapacidad total de impulsión de la misma.

■ Amputaciones

Es la pérdida total o parcial de una extremidad, que conllevará unos trastornos de tipo físico y también unos trastornos de tipo psíquico a las personas que la sufre.

Las personas amputadas son las primeras que, teniendo una discapacidad física, lograron sobrevivir a su lesión. Se conocen restos fósiles de personas amputadas de extremidad superior e inferior desde épocas prehistóricas, con constancia paleopatológica de



José María Dueso jugador de Boccia BC4. (Comité Paralímpico)

Reproducción de grabado representando una amputación de urgencia en las Indias Occidentales alrededor del año 1500 D.C.



haber sobrevivido al traumatismo de la amputación; y ya Hipócrates describió los criterios científicos de amputación con fin terapéutico en su libro sobre las amputaciones.

Las causas principales de las amputaciones son:

- Congénitas: Falta de formación embrionaria de toda o parte de la extremidad.
- Traumáticas: Debidas principalmente a accidentes de tráfico, accidentes laborales, electrocución, quemaduras, atentados.
- Vasculares: Principalmente debidas a la arterioesclerosis o diabetes.
- TumORAles: Ya sean debidos a tumores primarios o a metástasis óseas.

Existe una mayor casuística (20/1) de amputaciones EE.II. debido a que la incidencia de afectaciones vasculares en ellas es muy superior. Respecto al lado que se afecte no es determinante en las EE.II., pero sí lo es en las superiores, donde existiendo una dominancia ésta se ve afectada por la amputación (como ejemplo más claro este fenómeno se observaría en los accidentes laborales).

Con respecto a la frecuencia, un 60% de las amputaciones son de origen vascular, debido al aumento de las perspectivas de vida de secuelas de origen diabético, tabaco y arteroesclerótico. Las causas traumáticas son aproximadamente de un 30%, aunque en ciertas regiones con conflictos bélicos este porcentaje se ve aumentado. En cuanto a las causas tumorales, congénitas etc..., tienen cierta tendencia al alza debido a la presencia de mayor número de agentes tóxicos externos.

En referencia al grupo más numeroso, es el de origen vascular, que suelen presentarse, casi en su totalidad, en la quinta década de la vida.

La aparición de las de origen traumático es en edades más tempranas, estando en ellas muy indicada la práctica deportiva. Mientras que las de origen tumoral y congénito la prevalencia es a más temprana edad, y el deporte suele ser parte de su terapia rehabilitadora.

Malformaciones congénitas de las extremidades:

Mención especial, requieren las amputaciones y malformaciones de origen congénito, siendo las principales:

- *Amelia*: ausencia total de una o más extremidades.

El ciclista Juan José Méndez, con doble amputación de brazo y pierna homolateral (Comité Paralímpico)



● **Meromelia:** ausencia parcial de una o más extremidades, que a su vez puede subdividirse en:

- **Meromelia terminal:** déficit congénito parecido a una amputación de la extremidad.
- **Meromelia intercalar o Focomelia:** déficit congénito del desarrollo de una zona central de la extremidad, conservando la proximal y la distal.

Desde el punto de vista biomecánico y deportivo estas malformaciones se engloban en el apartado de las amputaciones, ya que se tratan como ellas. Cabe destacar en este apartado el famoso Síndrome de la Talidomida, que ocasionó durante los años 60 un gran número de nacimientos con focomelia, sobre todo en la Europa Central. Este síndrome era provocado por la administración, no controlada, del antihemético Talidomida a las mujeres embarazadas durante el primer trimestre de gestación.

Características del muñón:

El muñón se define como la porción distal, la zona anatómica donde se realiza físicamente la amputación, y que en muchos casos representará posteriormente el área de conexión de la extremidad amputada con los elementos protésicos de sustitución. Debe de poseer una serie de cualidades que determinarán una mayor funcionalidad en el uso de la misma:

- Un nivel adecuado: no siempre el más largo es el de mejor calidad.
- Buena potencia muscular.
- Buen estado de la piel que lo recubre.
- Sujeción correcta de los grupos musculares que lo conforman.
- Buena circulación arterial y venosa.



Esquema de una focomelia en la extremidad inferior derecha



Diversas prótesis y material protésico para personas con amputación

Las personas amputadas practicarán diversas modalidades deportivas y, según sus características funcionales y los requerimientos físico-deportivos, utilizarán prótesis u órtesis, o ninguna de ellas. Pero en el caso de utilización de aparataje de sustitución se recomienda, para su mayor seguridad y menor riesgo, el uso de material específico para la práctica deportiva específica.



Prótesis deportiva para atleta con amputación tibial con pie tipo "flex-foot" (acumulador de energía)

■ Parálisis braquial

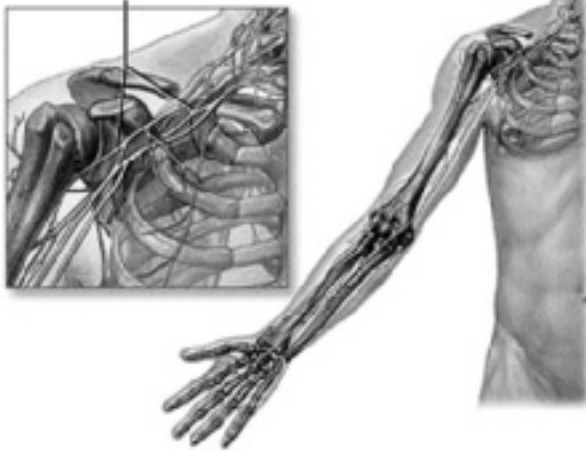
Se define como parálisis braquial a la parálisis total o parcial de la musculatura de la extremidad superior, debida a una afectación neurológica importante a nivel del plexo braquial, ubicado en el área de la axila, del cual depende toda la inervación de la extremidad superior.

La etiología de dicha lesión puede ser variada, pero existen dos que estadísticamente concentran más número de afecciones del plexo braquial, estas son:

a) Parálisis braquial obstétrica (PBO):

La parálisis del plexo braquial de tipo obstétrico se presenta específicamente como una complicación en el momento del parto. Estas lesiones aparecerán más a menudo en una presentación de vértice difícil cuando o bien la cabeza o, más comúnmente, los hombros, son muy grandes. Existiendo por tanto una dificultad del hombro para salir asociándose a una fractura de la clavícula.

Plexo braquial



Esquema de la secuencia radicular del plexo braquial humano

Clínicamente existen dos lesiones bien definidas:

- PBO superior o Parálisis de Erb:

Las raíces nerviosas más afectadas son la quinta y la sexta cervical, y en ocasiones algo de la séptima. La madre observa que el niño no usa el brazo, estando paralizados los abductores y rotadores externos del hombro y los supinadores del antebrazo. No presentando demasiada afectación de la muñeca y mano.

- PBO inferior Parálisis de Klumpke:

Esta afectación es más rara y debida al parto de nalgas, siendo las raíces lesionadas la octava cervical y especialmente la primera dorsal. En esta caso existe una predominancia en la parálisis de los músculos intrínsecos de la mano y los flexores de los dedos.

b) Parálisis braquial traumática (PBT):

La causa más común hoy en día son los accidentes de tráfico, especialmente los traumatismo de hombro por accidente de motocicleta, los cuales producen una importante tracción del paquete vásculo-nervioso axilar.

En este grupo la parálisis de la extremidad superior suele ser total, afectando por tanto a brazo, antebrazo y mano, e incluso algunos músculos escapulares.

- Este grupo de personas con discapacidad es obviamente ambulante, presentando las características propias de un brazo parcial o totalmente paralizado. En el caso de los de origen traumático la gravedad de las lesiones puede plantear la posibilidad de realizar una amputación terapéutica de esa extremidad.

■ Accidente vascular cerebral

Lesión a nivel de un vaso que irriga un hemisferio cerebral, bien por obstrucción (trombosis o embolia) o por rotura del vaso (hemorragia). Se produce una lesión de un área de la corteza cerebral, de tipo isquémico (falta de aporte sanguíneo), que se traduce, entre otras afecciones, en un trastorno motriz representado por una parálisis del brazo y/o de la pierna, del otro lado donde se localizó la lesión cerebral "hemiplejía".

Las personas con una hemiplejía derecha suelen presentar, además, una dificultad para la emisión y la comprensión del lenguaje oral denominada "afasia".

En general son personas ambulantes con su marcha típica en güadaña.

■ Traumatismo craneal

Un traumatismo en el cráneo con pérdida de conciencia "coma", que puede estar asociado a fracturas craneales, que puede dejar secuelas motrices, de incoordinación motora, intelectuales o cognitivas y de lenguaje, dependiendo de la duración del estado de anoxia (isquemia) cerebral.

La presencia de secuelas locomotrices en estas personas dependerá siempre de la gravedad de las lesiones y del tiempo de duración de la anoxia cerebral. Cuando éstos no son muy graves estas personas casi no presentarán secuelas evidentes de sus funciones locomotrices.

Será importante, en estos casos, antes de iniciar cualquier actividad deportiva, el conocer la existencia de posibles focos epilépticos residuales, que podrían variar las pautas de la actuación deportiva.

■ Deformaciones ortopédicas

Son generalmente congénitas o adquiridas por traumatismos (fracturas mal consolidadas), enfermedades (cánceres óseos) o mala praxis médica. Suelen ser incorrectas alineaciones de los huesos y de las articulaciones, como por ejemplo: luxación congénita de cadera, enfermedad de Perthes, afecciones de columna, etc.

- *Luxación congénita de cadera:*

Se define como una inestabilidad de la articulación de la cadera en el recién nacido, debida a causas congénitas o en el momento



Esquema de formación de trombo en arteria cerebral y su repercusión trombótica



Imagen radiográfica de traumatismo craneal en región frontal, con lesión de corteza cerebral subyacente.

del parto, que provocan una inestabilidad tendente a la luxación recidivante de la cabeza del fémur, que si no es tratada correctamente puede provocar una luxación permanente de la cadera o una displasia del acetábulo pélvico, con el consiguiente déficit funcional para la deambulación.

- Enfermedad de Legg-Calvé-Perthes:

Es una enfermedad, de origen todavía desconocido, que provoca una necrosis aséptica isquémica de la cabeza del fémur, que afecta a en la época infantil, sobre todo al iniciar la deambulación del niño.

Dicha enfermedad, generalmente unilateral, se presenta con una cojera a la marcha y dolor en la cadera debido a la destrucción de la cabeza del fémur. Generalmente con un diagnóstico y tratamiento rápidos, suelen cursar sin demasiadas secuelas.

Que si no son evitables, darán lugar a una asimetría de EE.II., y a una limitación de la movilidad articular en la cadera afectada.

- Necrosis avascular ósea:

Enfermedad del adulto debida a varias causas, que produce una necrosis del hueso y la posterior reparación fisiológica no correcta, con la consecuente incongruencia articular que puede provocar la destrucción de una articulación.

En el caso de la cadera provoca una lesión final de similitud a la Enfermedad de Perthes en el adulto, si no es tratada a tiempo.

■ **Afecciones mecánicas de la columna**

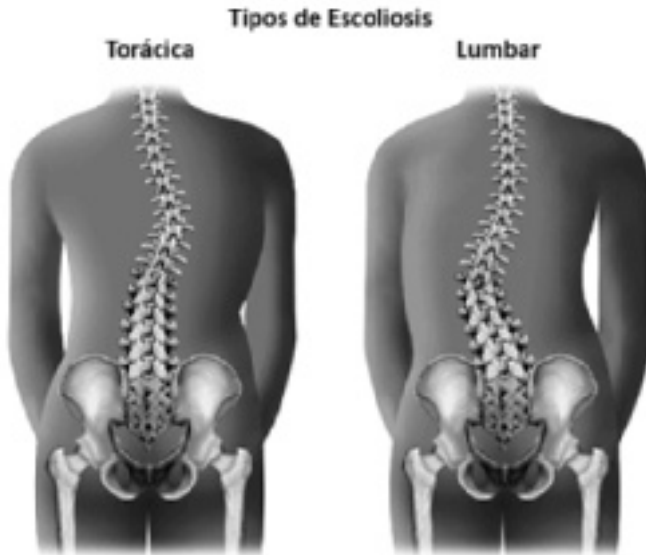
En este apartado se resumen todas aquellas afecciones de la columna vertebral que conllevan una repercusión de la estructura, de la mecánica y de la funcionalidad del eje corpóreo en bipedestación.

Dichas afecciones se representarán por la pérdida de la función de dicho eje y por la existencia de escoliosis, hiperlordosis o hipercifosis; con la posibilidad de verse aumentadas por un efecto de rotación del propio eje vertebral. Estas lesiones mecánicas de la columna vertebral repercutirán también a la movilidad general de las extremidades, principalmente a las inferiores.

■ **Otras destacables:** acondroplasias y enanismos, artrogriposis congénita, osteogénesis imperfecta.



Imagen radiográfica ampliada indicando la necrosis, avascular, de la cabeza de un fémur humano derecho, con la incongruencia secundaria de la articulación de la cadera.



Esquema de las posibles desviaciones del eje vertebral en el plano frontal, también denominadas escoliosis

- *Acondroplasia*: es una alteración congénita de la estructura ósea que va acompañada de un considerable hipocrecimiento y un cambio de las proporciones físicas. Los brazos y piernas son especialmente cortos y la cabeza es grande. Incluso los recién nacidos llaman la atención por las proporciones modificadas.

Durante toda la infancia, el crecimiento se retrasa considerablemente. Por ello las personas adultas alcanzan una estatura de tan solo 115 cm. a 135 cm. (125 cm. como media).

- *Enanismo hipofisario*: es la baja estatura anormal, pero con proporciones corporales normales, causada por una deficiencia de la hormona del crecimiento. La baja estatura anormal en los niños se debe probablemente a la disfunción de la glándula hipofisaria (pituitaria) que ocasiona una producción insuficiente de la hormona del crecimiento. Algunas de las causas conocidas son: síndromes genéticos, tumores de la glándula pituitaria, ausencia de la glándula pituitaria o traumatismo de la base del cráneo; aunque en la mayoría de los casos no se encuentra una causa subyacente de esta deficiencia.

El retardo en el crecimiento se puede evidenciar en la infancia y persistir durante la niñez, y es posible que la persona presente o no los cambios normales de la pubertad, dependiendo del grado de insuficiencia de la pituitaria (incapacidad de la hipófisis para producir niveles hormonales adecuados diferentes a la hormona del crecimiento).

- *Atrogriposis congénita*: rigidez congénita de las articulaciones en flexión. Puede aparecer como una entidad clínica o estar asociada a otras deformaciones. En los niños afectados de estos trastornos es frecuente la luxación de las caderas y de otras articulaciones.

- *Osteogénesis imperfecta*: se le llama normalmente Huesos de Cristal. Es un proceso hereditario que provoca fragilidad ósea. Las fracturas pueden producirse por contracciones musculares o por pequeños traumatismos.

Deficiencias-discapacidades Físicomotrices Progresivas

● *Esclerosis múltiple en placas*

Es una afectación neurológica inflamatoria, de origen todavía desconocido, que cursa brotes, que aparece normalmente en la segunda etapa de la vida, y estadísticamente con una predominancia en el sexo femenino.

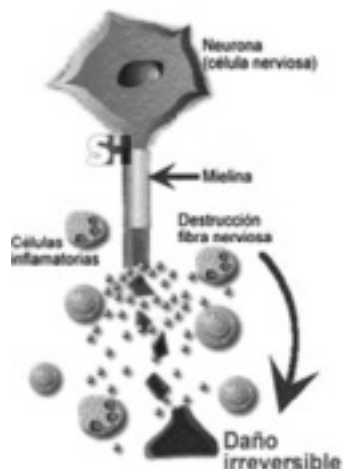
Afecta principalmente a la vaina de mielina que envuelve a las fibras nerviosas que transmiten las sensaciones al cerebro y a la médula espinal. En los puntos del sistema nervioso donde se destruye la mielina, aparecen unas placas (tejido endurecido - esclerosis) que interrumpen los impulsos nerviosos, transitoriamente o de forma permanente.

La esclerosis múltiple puede dar gran variedad de síntomas, siendo los más comunes las alteraciones de la visión en uno o ambos ojos, debilidad de una o ambas piernas, entumecimiento u hormigueo en la cara, piernas, brazos y del tronco. También son frecuentes los síntomas de vértigo, visión doble, alteraciones del habla e incontinencia urinaria.

Muy común en estas personas es la gran sensación de fatiga o cansancio general, especialmente, en los momentos de la actividad de la enfermedad.

Estas personas presentan una gran variedad de estados locomotrices, es decir, que los habrá ambulantes y con un grado de autonomía aceptable, hasta los que son usuarios de silla de ruedas con una muy baja autonomía locomotriz e incluso, con el habla muy afectada, representada por la llamada articulación de palabra 'escándida'.

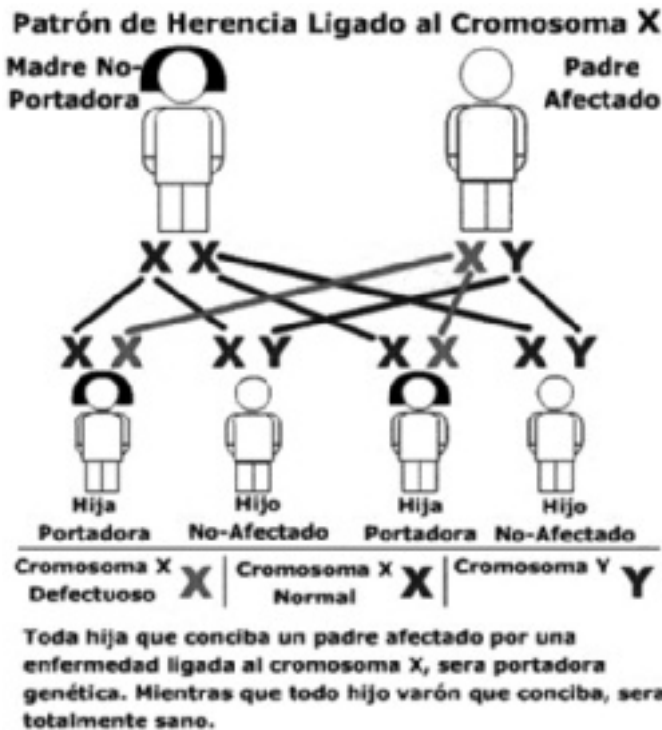
La actividad física está siempre recomendada para retrasar nuevos brotes o recaídas, aunque siempre se debe tener muy en cuenta ese elevado factor de fatiga que, en mayor o menor grado está presente en todos ellos.



Esquema de SH de la destrucción de las vainas de mielina de las células neuronales, en la representación histológica de la primera fase de la Esclerosis Múltiple en Placas

● **Distrofia muscular**

Se trata de la denominación en conjunto de enfermedades genéticamente determinadas, que producen una enfermedad gradual de la musculatura (envejecimiento de las células musculares), con pérdida de la fuerza y deformaciones anatómicas por la falta del tono muscular. Estas patologías pueden estar genéticamente determinadas, ligadas al cromosoma X, siendo las hembras las portadoras, pero solo padecida por los varones.



Cuadro esquemático de la relación genética de las enfermedades transmitidas por mujeres y padecidas por los varones

En general la actividad deportiva dirigida a estas personas irá encaminada hacia:

- Mejorar, mantener o retardar la pérdida de fuerza muscular.
- Evitar y reducir contracturas y deformaciones.
- Promover, estimular y prolongar la deambulación.
- Mantener y mejorar la función respiratoria.
- Estimular la independencia y las actividades de la vida diaria.
- Promover la educación entre padres e hijos.
- Mejorar la calidad de la vida social y de relación.

a) Distrofia muscular progresiva de Duchenne

La distrofia muscular de Duchenne es una afectación de la fibra muscular producida por una alteración cromosómica de herencia recesiva ligada al sexo, cuya expresión clínica fundamental -la debilidad muscular- se manifiesta precozmente, a los 3-4 años de vida, con dificultades para la marcha y caídas frecuentes. Presenta un curso progresivo que conduce, primero a una dificultad manifiesta para alcanzar la bipedestación, que solo se consigue con la clásica maniobra de Gowers, posteriormente se manifiesta ya la pérdida de la deambulación, hacia los 8-10 años de edad, y posteriormente el fallecimiento de la persona, dentro de la segunda década de vida.

El tratamiento de la enfermedad con medidas farmacológicas y rehabilitadoras no han obtenido, hasta la fecha, ningún resultado positivo. Así mismo, la actividad deportiva, aunque permite retardar el uso de la silla de ruedas, no impide que, cuando ésta es inevitable, se produzcan gran cantidad de contracturas y deformidades en pies y miembros inferiores, y la aparición, en gran número de casos, de una escoliosis rápidamente evolutiva que responde mal al tratamiento ortopédico.

Durante toda su evolución, los niños que sufren esta enfermedad irán empeorando físicamente y requerirán de diversos ingresos hospitalarios, donde se les realizará tratamientos siempre de tipo paliativo. La muerte suele ocurrir entre las edades de 15 y 25 años, y se debe a la afectación de la musculatura respiratoria o cardíaca.

b) Distrofia muscular de Becker

La distrofia muscular de Becker se hereda, también, como un trastorno recesivo ligado al sexo. Difiere de la distrofia muscular de Duchenne en que la edad de comienzo suele ser más tardía, a menudo en la segunda década. Por lo cual, las personas afectadas pueden andar hasta avanzada la vida adulta. Aunque el pronóstico final suele ser parecido a la anterior, normalmente la muerte ocurre a edades más tardías por un proceso infeccioso intercurrente.

● **Miopatías**

Representan un grupo de enfermedades relacionadas con el metabolismo muscular, generalmente de origen autoinmune, que producen lesiones degenerativas en las fibras musculares, aunque también pueden estar relacionadas con otras enfermedades metabólicas sistémicas.



Imagen seriada de la maniobra de "Gowers", utilizada por los niños con Distrofia Muscular de Duchenne para conseguir la bipedestación desde la sedestación

Suelen manifestarse con una debilidad muscular de las extremidades inferiores causando dificultad a la marcha cada vez más acentuada y fatigabilidad muscular. Posteriormente se afectará la musculatura proximal de las extremidades superiores. Rápidamente se desarrollan graves y grandes contracturas, y deformaciones articulares.

Todas ellas pueden ser tratadas, y en algunos casos puede conseguirse la remisión total de la enfermedad o la estabilización.

En todos los casos la actividad física controlada puede ayudar como elemento paliativo o como un elemento más para evitar la progresión.

● **Artritis reumatoidea**

Enfermedad inflamatoria que afecta principalmente a los tendones y a las articulaciones generalmente de causa autoinmune. Afecta habitualmente en la cuarta época de la vida, aunque existe una importante variedad juvenil donde la práctica deportiva puede ser muy útil. Afecta tres veces más a las mujeres que a los hombres.

La actividad deportiva debe de incluirse en el tratamiento rehabilitador, especialmente en la variante juvenil, siendo sus objetivos principales:

- Evitar las deformaciones articulares.
- Potenciación de la musculatura para articular.
- Como soporte para la medicación mantenida.
- Facilitación de un ambiente de relación social.



Jugadores de Hockey en silla de ruedas eléctrica en plena actividad, muchos de los cuales son afectados de distrofias musculares en distintos grados



Deformidades típicas de las muñecas, manos y dedos de las personas con artritis reumatoidea deformante, con pérdida importante de la funcionalidad de las manos

■ **Otras destacables:** espondilitis anquilosante, artrosis deformantes, ataxia hereditaria y enfermedad de Alzheimer.

- *Espondilitis Anquilosante:* es una enfermedad inflamatoria crónica de causa desconocida, que afecta a la columna vertebral y a los huesos de la cadera. Produce dolor, rigidez y déficit funcional para la deambulación.

- *Artrosis deformantes:* es una enfermedad degenerativa articular, que afecta con más frecuencia en personas de edad media y ancianos, afectando el cuello, la región lumbar, rodillas, caderas y articulaciones de los dedos. La artrosis también puede afectar a articulaciones que han sido previamente dañadas por sobreuso prolongado, infección o una enfermedad reumática previa. Los pacientes con artrosis deformante padecen dolor, deformidades articulares y deterioro funcional.

La artrosis acontece cuando se degenera el cartílago articular, y algunos tipos de artrosis deformantes son hereditarios, especialmente la forma más común que ocasiona deformidad de los nudillos de los dedos, en la que se ha encontrado una anomalía genética específica.

- *Ataxia hereditaria:* se trata de una enfermedad hereditaria recesiva, teniendo en cuenta que si ninguno de los dos progenitores está afectado, existe una posibilidad de un 25% de que sus hijos la padezcan.

El comienzo es en la edad juvenil habitualmente, existiendo una incapacidad progresiva de coordinar los movimientos musculares voluntarios, ausencia o disminución de los reflejos y una articulación imperfecta del habla.

- *Enfermedad de Alzheimer:* se caracteriza por una demencia lentamente progresiva con degeneración de células y fibrillas del sistema nervioso.

La causa de esta enfermedad es desconocida actualmente, se sabe que hay factores heredados, pero que por sí solos no provocan la enfermedad.

La enfermedad suele comenzar entre los 40 y 70 años. Las principales manifestaciones que se producen son: pérdida de la memoria, alteraciones en el lenguaje, depresión, en algunas ocasiones hay alucinaciones, también puede haber alteraciones en la marcha que suele ser lenta y torpe

BIBLIOGRAFÍA

- Comité Olímpico Español (1994). *Deportes para Minusválidos Físicos, Psíquicos y Sensoriales*. Madrid: C.O.E
- Doll-Tepper G. Dahms C, Doll B, Selzam H.V. ed. (1990). *Adapted Physical Activity: An interdisciplinary approach*. Germany: Springer-Verlag.
- Doll-Tepper, G. y DePauw, K.P. (1996). Theory and Practice of Adapted Physical Activity: Research Perspectives, *Sport Science Review*, 5 (1), 1-11.
- Downey John A., Low Niels L (1987). *Enfermedades incapacitantes en el niño, principios de rehabilitación*. Barcelona: Ed. Salvat.
- Epstein, B.S. (1981). *Afecciones de la columna vertebral y de la médula espinal*. Estudio radiológico y clínico. Barcelona: Ed: JIMS.
- Goodman S., ed. (1986). *Spirit of Stoke Mandeville, the story of Sir Ludwig Guttmann*. London: Collins.
- Graham A., Solomon L (1985). *Ortopedia y tratamiento de fracturas* (2a ed.). Barcelona: Ed. Salvat.
- Guttmann, L. Sir (1981). *Lesiones Medulares. Tratamiento global e investigación*. Barcelona: Ed: JIMS.
- Maffulli N., Chan K. M., Macdonald R., Malina R. M., Parker A. et al.(2001). *Sports Medicine for Specific Ages and Abilities*. London: Churchill Livingstone.
- Martínez Ferrer, J.O (1994). *Medical Column: "Competitive Sports for the severely disabled"*. Blind Sports International, nº 7 Diciembre 1.994. Madrid: IBSA ed.
- Martínez Ferrer, J.O. (editor científico) y colaboradores (2003). *Libro de Actas CIDA 2003 -Conferencia Internacional sobre Deporte Adaptado- Fundación Andalucía Olímpica*. Ed. Instituto Andaluz del Deporte, España.
- Martínez Ferrer, J.O. (2004). Paper de l'activitat física i l'esport adaptat en la normalització de les persones discapacitades, revista "ALOMA", número 13 gener 2004, pàg 13-23. Barcelona: F.P.C.E.i E. Blanquerna.
- Otero, A., Rebollo, J. (1999). *Educación Física y deportes adaptados*. Córdoba: Federación Andaluza de Deportes para Minusválidos Físicos.
- Poeck, K. (1977). *Manual de Neurología*. Barcelona: Ed: Científico-Médica.
- Rodríguez Márquez, N. (1994). *Tú puedes. (La azarosa historia de los minusválidos en el deporte)*. Madrid: Ediciones Morata S.L. - rtve.
- Sherill, C. y Williams, T. (1996). Disability and Sport: Psychosocial Perspectives on Inclusion, Integration and Participation, *Sport Science review*, 5(1), 42-64.
- Williams J.G.P., Sperryn P.N.- ed (1982). *Medicina Deportiva*. Barcelona: Ed. Salvat.

1.3 HISTORIA DEL DEPORTE ADAPTADO A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA

Juan Palau Francas y Miguel Ángel García Alfaro



Es un orgullo para la Federación Española de Deportes de Personas con Discapacidad Física explicar las actividades que se realizan en España y en el mundo en el ámbito del deporte adaptado para conseguir a través del deporte que fue el fenómeno social más importante de fin de siglo y comienzo del presente, las máximas cuotas de integración y de normalización para unos hombres y mujeres que han hecho de su esfuerzo, de su ilusión, de su constancia y de su conducta un ejemplo a imitar.

Pensamos que para ser útiles y eficaces a las futuras generaciones lo mejor es ser fieles a la historia.



HISTORIA DEL DEPORTE ADAPTADO

En el concierto mundial el deporte adaptado a las personas con discapacidad se inicia a principios de siglo, cuando un grupo de mutilados de guerra de Alemania comienza, en 1918, a practicar algún tipo de deporte, como válvula de escape para olvidar las consecuencias y los horrores de una larga y lamentable guerra mundial y aliviar así las interminables horas de hospitalización.

Este tímido intento desaparece cuando los mutilados con discapacidad dejan el hospital para integrarse en la vida ordinaria.

Sin embargo, este primer paso vuelve a resurgir en Glasgow en el año 1932, a través de la creación de la primera "Asociación de golfistas de un solo brazo" y "Club del motor" que poco a poco languidecen por su escasa actividad.

También en Alemania y por esta misma época, Carl Diem y Wall Witz reavivan la idea del deporte adaptado que había nacido en 1918.

Al concluir la trágica Segunda Guerra Mundial, con cantidad de personas con discapacidad, surge de una vez por todas un importante movimiento en pro del deporte adaptado.

El impulso definitivo viene dado por el eminente Dr. Ludwig Guttmann, médico con sólidos conocimientos en neurología y neurocirugía, quien contempla al hombre "en su totalidad" que ha sido víctima de una catástrofe que pone en juego su existencia y que gracias a sus conocimientos interviene de manera médicamente rápida, implacable y justa, logrando que la mortalidad extremadamente grande de las personas con paraplejia dé paso a unas posibilidades de supervivencia igualmente grandes.

En el año 1944 se crea en Stoke Mandeville (Inglaterra), siendo el Dr. Guttmann Director del Servicio de Neurología de este hospital, el primer Centro para el tratamiento de lesionados medulares que, usando técnicas realmente revolucionaras y científicas, adaptan la práctica deportiva a la rehabilitación física y psíquica de las personas con graves lesiones medulares, evitando con ello las largas horas de gimnasio y la rehabilitación monótona hospitalaria que llega a aburrir y entorpecer el proceso rehabilitador, consiguiendo con el deporte un proceso más rápido e integrador por el aliciente que da la superación personal constante a través de las marcas deportivas.



Dice el Dr. Guttmann que **"El fin más noble del deporte para discapacitados es el de ayudarles a restaurar la conexión con el mundo que les rodea"**. En otras palabras: facilitarles y acelerar su integración social.

Prácticamente al mismo tiempo, en el año 1946, en los Estados Unidos se creó, con el fin de llamar la atención de la sociedad, el primer equipo de baloncesto en silla de ruedas, que se llamó "Las Ruedas Voladoras" integrado por hombres que vuelven de Europa o del Lejano Oriente rotos por la metralla y con heridas que afectan su aparato locomotor que, después de un adecuada preparación física y un entrenamiento específico, hizo una gira por los Estados de la Unión con el objetivo de llamar poderosamente la atención y sentar las bases de programas de rehabilitación del gobierno americano para el deporte.

El 28 de julio de 1948 se crean los juegos de Stoke Mandeville, la Olimpia del deporte adaptado a personas con discapacidad, con participación exclusiva de personas con paraplejia en número de 14 hombres y 2 mujeres de las Fuerzas Armadas británicas que practican en tiro con arco, haciéndoles coincidir con la XIV Olimpiada de Londres, la primera después de la Segunda Guerra Mundial, haciendo patente al público que el deporte competitivo no es una prerrogativa de la gente normal, sino que también los hombres con graves discapacidades pueden ser grandes deportistas.



En el año 1952 los Juegos Deportivos de Stoke Mandeville adquieren carácter de competición internacional, pues participan además de los deportistas con paraplejia británicos, un equipo holandés. La organización de estos Juegos decide darles continuidad año tras año y es responsabilidad de la Sociedad Británica de Deportes de Parapléjicos que es miembro fundador de la Federación de los juegos de Stoke Mandeville (ISMG). En este mismo año, Helsinki (Finlandia) celebra la XV Olimpiada de verano.

En 1956, Melbourne (Australia) tiene la responsabilidad de la XVI Olimpiada de verano, en este año, Stoke Mandeville ya está en los IV juegos Internacionales de las personas con paraplejia.

La experiencia avanzada del Dr. Guttmann y su influencia científica van despertando la conciencia de los responsables de los grandes hospitales europeos y de los políticos de los países, que el desarrollo sistemático del deporte competitivo es una herramienta esencial en la rehabilitación médica de los pacientes y un factor de reintegración social.

En el año 1958 Italia estaba en plena actividad organizativa de la XVII Olimpiada de verano, cuando el Profesor Antonio Maglia, Director del Centro de Lesionados Medulares de Ostia (Roma), propuso al Dr. Guttman que en el año 1960, los juegos Internacionales de Stoke Mandeville tuvieran lugar en Roma, después de las Olimpiadas para demostrar al mundo que los juegos adaptados a las personas con discapacidad podían también tener sus juegos Olímpicos.



La extraordinaria colaboración del Comité Olímpico Italiano (CONI) y el compromiso político de la primera dama italiana, Donna Carla Gronchi, que fue madrina de los juegos, hizo posible, por primera vez en la historia, que en Roma 1960 participaran 23 países y 240 deportistas con paraplejía, alojándose en la Villa Olímpica y participando en el campus olímpico.



Fue tanta la resonancia política, deportiva y social que el mismo Papa Juan XXIII concedió una audiencia en la Ciudad del Vaticano a todos los participantes y una privada a Sir Ludwig Guttman en la que le dijo Su Santidad: "es usted el Coubertain de los paralizados".

En Roma se empezó a gestar el futuro de las Paralimpiadas, pudiéndose decir hoy que esa ciudad mediterránea acogió a la primera Paralimpiada de la historia.

PARALIMPIADAS DE LA HISTORIA

La etimología de la palabra Paralimpiada tiene dos versiones y dos tendencias. Una que viene de la fusión de parapléjicos y Olimpiada que se le atribuye al Dr. Guttman, mientras que opinan otros que cuando el presidente del COI negó el permiso para usar el título de Juegos Olímpicos, se propuso el nombre de Paralimpiada, en el sentido de Olimpiada Paralela y que se empezó a usar oficialmente a partir de la Olimpiada de 1964 en Tokio (Japón). El no dejar poner la "O" como sucedió en Barcelona 92, es una batalla perdida y poco a poco se impondrá por la fuerza de los hechos. No obstante, y sin querer entrar en polémicas, seguiremos, al hilo de esta publicación, manteniendo la denominación de juegos Paralímpicos o Paralimpiada.



Los ideales de las Paralimpiadas están basados en los mismos de las Olimpiadas: "fomentar la amistad y el entendimiento entre todas las naciones, aportando a través del deporte la paz." Pero se debe añadir un nuevo ideal que es conseguir el bienestar social de todas las personas con discapacidad del mundo a fin de con-

quistar los mismos derechos y las mismas oportunidades que el resto de los seres humanos.

Si las Olimpiadas tratan de ser un festival de promoción de Paz universal a través del deporte, de la armonía y del progreso sin distinción de razas, nacionalidades, ideales políticos y culturales, las Paralimpiadas se deben interpretar como un hecho social, cultural y deportivo para reivindicar la igualdad, el entendimiento y el amor, la integración y la normalización sin pedir la compasión. Sencillamente para demostrar al mundo que las limitaciones humanas, a las que todos estamos sujetos, son superadas por un espíritu aguerrido y una gran ilusión.

Sin embargo, mientras el deporte adaptado a atletas con lesión medular se iba afianzando en los países más desarrollados del mundo, se producía un vacío para las personas que no siendo parapléjicas, sí estaban afectadas por otras minusvalías, como eran los que presentaban amputación y las personas ciegas que practicaban deportes de forma no reglada.

Ante la inquietud de varias personas e instituciones que querían hacer deporte impulsados por los juegos de Roma y no solo a las personas con paraplejia, en 1960 se creó un Grupo de Trabajo Internacional sobre Deporte Adaptado bajo los auspicios de la Federación Mundial de Veteranos (WVF) que trabajó intensamente durante 4 años para dotar a las personas con amputación y discapacidad visual de una estructura científica, jurídica y deportiva que les permitiera estar en el mundo del deporte con las mismas garantías que las personas con paraplejia.

En el año 1964 se creó la International Sport Organization for Disabled (ISOD), que siguió dependiendo de la Federación Mundial de Veteranos hasta el año 1967 en que el ISOD se independizó, fijando la reglamentación internacional para deportistas con amputación y deportistas ciegos, y en años posteriores también para personas con parálisis.

La Federación Mundial de Veteranos (WVF) siguió trabajando intensamente para afianzar el deporte adaptado y con una gran visión histórica siempre tuvo la decidida voluntad de estar al lado de las Olimpiadas de verano que organiza el COI, y así, en el año 1964 en el que Japón iba a celebrar la XVIII Olimpiada, también en Tokio y en el mes de noviembre, se organizan las II Paralimpiadas con 390 deportistas con paraplejia de 22 países del mundo en la Villa Olímpica y en las instalaciones olímpicas.



Presidieron la Ceremonia Inaugural el Príncipe y la Princesa del Japón con una gran colaboración del Comité Olímpico Japonés. Para los deportistas japoneses con discapacidad este acontecimiento deportivo fue de gran utilidad pues se crearon programas de rehabilitación a través del deporte, evidenciando que el deporte adaptado tiene una gran rentabilidad para el colectivo.

Por otra parte, en el continente americano se organizan en el año 1967, en Winnipeg (Canadá), los primeros Juegos Panamericanos con participación de deportistas con paraplejía, amputación y polio de Argentina, Canadá, Estados Unidos, México y Trinidad y Tobago.

Se crea en Canadá el Consejo Panamericano, cuya función es la organización cada dos años de estos juegos.

México fue designada para organizar la XIX Olimpiada de verano de 1968 y los representantes del Comité Internacional de los Juegos de Stoke Mandeville hicieron como siempre las gestiones pertinentes para que los deportistas con discapacidad pudieran participar a la sombra de tan trascendental acontecimiento deportivo, pero fue por primera vez imposible, aceptándose para no perder la oportunidad de celebrar el acontecimiento cuatrienal, una invitación de Israel que brindó organizarlos en Ramat Gan (Tel-Aviv), con la participación de 750 deportistas de 25 países, entre los que se encontró España.

La Ceremonia Inaugural de esta III Paralimpiada fue presenciada por 25.000 espectadores en el Estadio Universitario de Jerusalén.

El primer éxito deportivo español (dos medallas de plata en natación y una de bronce en slalom) pasó completamente desapercibido por la falta de sensibilidad de los medios de comunicación y por el desconocimiento de nuestra sociedad. Aun así, España había iniciado un camino sin retorno para la integración y normalización de las personas con discapacidad por el deporte, partiendo de la iniciativa privada.

Siguiendo en el contexto internacional, Alemania, y concretamente la ciudad de Munich, fue nominada para organizar la XX Olimpiada de 1972. Como siempre se buscó que el Comité Olímpico Alemán se hiciera cargo de la organización de la Paralimpiada, pero por desgracia, al igual que en México, todos los intentos de los organizadores de Stoke Mandeville fueron inútiles. La decidida voluntad del Dr. Guttman hizo posible que por lo menos se hiciera en el mismo



país Alemania y concretamente en la ciudad de Heidelberg y en las instalaciones de la Universidad. Era la IV Paralimpiada. ISOD solicita intensamente a ISMGF, que ya se ha constituido en Federación, que si no acepta a las otras personas con discapacidad en sus juegos de Stoke, por lo menos los integre en la Paralimpiada de Heidelberg. Las gestiones no fueron coronadas por el éxito y en Alemania solo asistieron los de siempre: los deportistas en sillas de ruedas.

España participa por primera vez como Federación con 30 deportistas en las disciplinas de atletismo, natación, baloncesto y tenis de mesa, logrando tres medallas de plata y dos de bronce, todas ellas en natación. Una vez más tan relevante resultado pasó inadvertido cuando los deportistas españoles con discapacidad empezaban a escribir una brillante historia deportiva a nivel internacional, no solo por los trofeos conseguidos, sino por haber alcanzado el mejor de todos: "la superación de sí mismos".

Montreal fue nominada para organizar la XXI Olimpiada de verano de 1976. En el camino trazado por el Dr. Guttmann para buscar la máxima resonancia para la Paralimpiada intenta que ésta se organice en Montreal, pero el Comité Olímpico de Canadá no quiso afrontar el doble compromiso, máxime cuando en esta Paralimpiada se preveía la participación conjunta, por primera vez, de ISMG e ISOD, o sea, deportistas con paraplejia, amputación, discapacidad visual y con parálisis cerebral.



Fue gracias al Dr. BO Jackson, ex-Presidente de la Federación de deportes Adaptados del Canadá y Vicepresidente de los Juegos de Stoke Mandeville, que se consiguió el interés y el máximo soporte posible de los gobiernos de Ontario, Toronto y del Ayuntamiento de Etobicoke para que se pudiera realizar la V Paralimpiada con la participación de 1.560 deportistas de 40 países. Un gran salto cuantitativo y cualitativo bajo el eslogan: "juntos en el verdadero espíritu olímpico".

España, que participó con 27 deportistas (tres menos que en 1972), obtuvo 12 medallas, de las cuales 4 fueron de oro, lo que suponía un aumento de 7 medallas más que la Paralimpiada anterior

La decidida voluntad de los organismos internacionales del colectivo de personas con discapacidad de buscar la máxima similitud con el Deporte Olímpico Internacional, hace que ISOD trabaje intensamente para celebrar las Paralimpiadas de invierno, hecho que se consuma en el año 1976 en Oskolvic (Suecia) con la celebración de la I Paralimpiada de invierno.



En el verano de 1980 Moscú organiza la XXII Olimpiada y hay que remontarse al año 1974, cuando el Dr. Sir Ludwig Guttmann asiste a Moscú en representación de la UNESCO a la Conferencia Internacional sobre "Deporte y Tiempo Libre", y solicita a los máximos responsables deportivos rusos que estudien la posibilidad de organizar también la Paralimpiada.

A pesar de la insistencia para que en Moscú se realizara la Paralimpiada, siempre se obtuvo la llamada por respuesta, porque, según se supo, en Rusia no había personas con discapacidad, según versión oficial.

Todo ello hizo que tanto ISMGF como ISOD aceptaran el ofrecimiento que les brindó la Organización Holandesa de Deportes Adaptados de trasladarlos a Arnhen (Holanda), donde participaron deportistas con lesión medular, con amputación, discapacidad visual y ciertas categorías de personas con parálisis cerebral.

En Holanda participaron más de 2.500 deportistas representando a 42 países, siendo su Alteza Real la Princesa Margriet la Presidenta de Honor. En el desarrollo de la VI Paralimpiada de Arnhen cabe destacar la presencia de su Majestad la Reina de Holanda, la afluencia de público, la edición de un manual de Reglamento y un escrito de un grupo de deportistas rusos que protestaban contra el gobierno por no dejarlos participar.

España estuvo presente con 43 deportistas, los cuales obtuvieron 23 medallas, superando ampliamente todo lo conseguido hasta entonces.

En marzo de 1980 había muerto el Dr. Guttmann y el peso de la responsabilidad fue asumido por el Presidente en funciones Dr. Bob Jackson, de ISMGF, por Marcel Avronsat, Presidente en funciones de ISOD y por Joan Scruton, Secretario General de ambas organizaciones, conjuntamente con la Federación Holandesa, que trabajó mucho y bien en la VI Paralimpiada.

Ese mismo año se celebró la II Paralimpiada de invierno en Geilo (Noruega) en la que España, con un esquiador, participó por primera vez.

A pesar de todo, las distintas visiones de las diferentes federaciones internacionales y la falta de coordinación entre ellas ante eventos tan importantes como las Paralimpiadas y los Campeonatos en los que intervienen más de dos minusvalías, propicia que en el año 1982 las cuatro federaciones internacionales de



más peso específico (CP-ISRA, IBSA, ISMGF e ISOD) firmen un acuerdo por el que se constituye un Comité Internacional de Coordinación de Deporte Adaptado (ICC) para seguir fundamentalmente las Paralimpiadas y los Campeonatos Mundiales de mayor importancia. Se puede decir que se perfila un Comité Paralímpico Internacional semejante al Comité Olímpico Internacional (COI). La primera misión del ICC fue la de elaborar un manual de organización de las Paralimpiadas futuras.

En el año 1983, los Presidentes de las Federaciones Internacionales de Deporte Adaptado se reúnen en Lausana con el Excmo. Sr. Juan Antonio Samaranch, Presidente del Comité Olímpico Internacional, reunión que fue muy positiva porque el COI iba a otorgar una subvención económica anual al ICC.

NO DA EL QUE MÁS TIENE SINO EL QUE MÁS SIENTE

Continuando con el paralelismo de Olimpiadas y Paralimpiadas, 1984 fue un año muy intenso. En Innsbruck (Austria) se celebra la III Paralimpiada de invierno, que poco a poco se va afianzando como un gran acontecimiento deportivo mundial.

Ese mismo año, Estados Unidos de América celebra en la ciudad de Los Ángeles los XXIII juegos Olímpicos de verano. Como es natural, se quiere una vez más que el Comité Organizador de la Olimpiada se hiciera cargo de la organización de la Paralimpiada, pero el sentido economista de los americanos, y yo añadiría la falta de sensibilidad, no hace posible el deseo histórico de las Federaciones



internacionales, pero no pudo impedir que los deportistas con discapacidad del mundo tuvieran su cita cuatrienal, en un concepto unitario pero geográficamente disperso.

Así, ISOD con amputados y los "otros", IBSA con ciegos y CP-ISRA con los parálíticos cerebrales celebran en el Condado de Nassau, Nueva York, e ISMGF con los parapléjicos en Illinois.

Pero como no da más el que más tiene sino el que más siente, la incapacidad del Consejo de Deportes de EE.UU. para conseguir los suficientes recursos financieros, hizo que la Sociedad Británica de Deportes de Paraplégicos de los Juegos de Stoke Mandeville trajeran a Aylesbury (Inglaterra) deportistas usuarios de silla de ruedas para celebrar II Paralimpiada.

Fue inaugurada por SAR el Príncipe de Gales, y contó con 1.435 atletas. Las celebradas en Nueva York, en las que estuvieron 2.500 atletas, las presidió el Presidente de los Estados Unidos, Ronald Reagan.

España estuvo en ambas competiciones con un total de 42 deportistas que conquistaron 41 medallas (21 de oro), obteniendo con ello el mayor éxito deportivo alcanzado hasta esa fecha.

En el año 1985 las Federaciones internacionales se reúnen nuevamente en Suiza con el Presidente del COI Sr. D. Juan Antonio Samaranch, quien hace las siguientes ofertas al ICC:

- Que las Federaciones internacionales serán reconocidas por el COI.
- Crear una Comisión, presidida por el Director de Deportes del COI, para estudiar y planear conjuntamente los eventos deportivos de personas con discapacidad, que el COI dotaría con la cantidad de 1.000 dólares USA.
- Aumentar el número de demostraciones de deporte adaptado en Seúl y Calgary en 1998.
- Que el COI solicitaría a las federaciones internacionales de algunos deportes adaptados que en sus competiciones mundiales se hicieran demostraciones.

Para conceder todo esto, el COI pone como condición el no usar el término de Olimpiada en los Juegos de Deporte Adaptado a las personas con discapacidad.

SEÚL 1988. La Paralimpiada de la integración

Después que en 1987 ICC incorporara en su estructura a la Organización Internacional de Deportes de Personas con Discapacidad Física más antigua el CISS (Comité International des Sports des Sourds) y la reciente Federación Internacional de Deportes para Personas con Minusvalía Mental (INASFMS), es ya un organismo con una representación de todas las minusvalías.

Es por tanto el ICC el que, en 1982, toma contacto con el Comité Organizador de los juegos de verano de Seúl y en concreto con su Presidente, Sr. Park-She-Jik, quien desde el principio aceptó la organización de la VIII Paralimpiada, pero con un Comité Especial para los deportistas con discapacidad.

La voluntad política del Gobierno de Corea fue dar a la Paralimpiada un rango de gran acontecimiento, y para ello encargó el tema de voluntarios a una figura política de gran calado, la Sra. Lee Chug Sik que trabajó denodadamente.

Inauguró la VIII Paralimpiada el Presidente de la República de Corea, Excmo. Sr. Roh Tae-Woo, en el Estadio Olímpico con 110.000 espectadores, algo que jamás se había visto y que hizo saltar las lágrimas a la mayor parte de los deportistas. En el discurso el Presidente dijo: "la luz de la antorcha paralímpica convertirá todas las frustraciones en coraje, la desesperación en esperanza y los prejuicios en entendimiento".



La de Seúl fue la mejor Paralimpiada de la historia hasta ese momento; fue el principio de una nueva era, ya que se le dio el mismo rango de una Olimpiada.

Entre otras muchas cosas, Seúl dejará para la historia paralímpica el logotipo, puesto que lo hizo suyo el ICC y, posteriormente, en Budapest en 1991, el IPC.

Consiste en una figura en forma de "W" integrado por unas gotas de colores como los aros olímpicos que aluden a los cinco continentes (África, América, Asia, Europa y Oceanía) dispuestos en forma horizontal para significar la igualdad de la humanidad en ondulaciones que expresan los ardientes deseos de los deportistas con discapacidad de conseguir la integración.

España participó en Seúl con 51 deportistas, los cuales obtuvieron 43 medallas, dos más que en la Paralimpiada anterior.

En este mismo año 1988 se celebraron en Innsbruck, que repetía sede, los IV Juegos Paralímpicos de Invierno. España, con mayor representación que en ocasiones anteriores, consiguió alzarse con 4 medallas.

Desde Seúl y hasta la fecha todas las Paralimpiadas se han realizado en la misma sede que los Juegos Olímpicos y con un éxito arrollador.

BARCELONA 1992. El inicio del cambio

Barcelona fue el inicio del cambio, por la aceptación del deporte de las personas con discapacidad como un espectáculo deportivo, sin dejar de ser a la vez un escaparate a la integración y la normalización social.

Si Seúl había sido con todo merecimiento la Paralimpiada de la integración, Barcelona fue inconmensurable. Nunca, en toda la historia del deporte adaptado, se había dado una organización tan perfecta, tan espectacular, ni que hubiera despertado tanto interés y expectación. Los IX Juegos Paralímpicos Barcelona'92 se constituyeron en el escaparate mundial que permitió divulgar por todos las excepcionales capacidades deportivas y humanas de todos sus participantes.

Barcelona'92 fue el marco, el escenario incomparable de la consumación de todas las reivindicaciones, anhelos e ilusiones históricas del deporte adaptado a las personas con discapacidad. Sin duda alguna la Ciudad Condal albergó a la Paralimpiada de la normalización.

Como era de desear y parangonando la formidable organización, la representación española alcanzó 107 medallas, que la colocó en el cuarto lugar tras Estados Unidos, Alemania e Inglaterra, en la relación final de los países más laureados. Con ello, España alcanzaba el éxito más grandioso de toda su historia en el campo del deporte de adaptado.



TIGNES 1992. Comienza la igualdad en los Juegos de Invierno

Los V Juegos de Invierno comenzaron, al igual que había sucedido con Seúl en los de verano, la normalidad de organizar los Olímpicos y Paralímpicos en el mismo país y sedes. La organización francesa decidió que la estación de Tignes fuera el centro base de los Paralímpicos, la organización se desarrolló con unos medios escasos y superando los graves problemas de climatología que tuvieron. El equipo español participó con una delegación de 10 personas con discapacidad física, obteniéndose una medalla de bronce por nuestro esquiador Miguel Ángel Pérez Tello.

Por parte de los esquiadores invidentes se obtuvieron tres medallas, una de plata y dos de bronce.

LILLEHAMMER 1994. La no coincidencia de los Juegos de verano e invierno

Por primera vez se organizaban unos juegos sin coincidir en el año de los de verano. La decisión del COI implicó como es lógico también a los Paralímpicos. Con una muy buena organización y sobre unas pistas muy heladas se desarrollaron estos VI Juegos. España obtuvo 11 medallas a través de los deportistas invidentes.

ATLANTA 1996. Los Juegos con financiación privada

La capital del estado de Georgia acogió los X Juegos Paralímpicos de Verano. La delegación española obtuvo 106 medallas, siendo 39 de oro. Los fallos organizativos sobre todo en el transporte hicieron de estos juegos una experiencia de retroceso respecto a Barcelona'92.

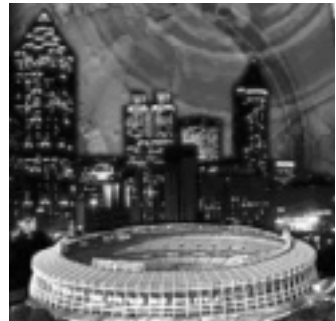
España quedó situada en el quinto puesto del medallero, y dentro de la Unión Europea quedó en segundo puesto empatada con Gran Bretaña, evidenciando que el trabajo bien hecho tenía futuro.

NAGANO 1998. Los mejores hasta la fecha

Tanto la organización técnica como la logística estuvieron a un nivel muy alto, más aún cuando las distancias desde la Villa hasta las instalaciones deportivas eran muy elevadas. La delegación española obtuvo 8 medallas de oro, siendo el mejor resultado del Equipo Nacional en unos Juegos de Invierno.

SIDNEY 2000. Una de las mejores Paralimpiadas

Sidney organizó una de las mejores Paralimpiadas de la historia por su participación, por sus instalaciones deportivas, por el transporte, por la comida, por los resultados deportivos obtenidos y, fundamentalmente, por los magníficos, simpáticos y colaboradores voluntarios que pienso se tendría que buscar para ellos el reconocimiento universal de que sin su esfuerzo tanto las Olimpiadas como las Paralimpiadas serían imposible de realizar. Añadiría, además, el magnífico trabajo realizado por el CPE, por las Federaciones Españolas de Deportes de personas con discapacidad física y, como no, de los técnicos y deportistas que volvieron a conseguir para España el honor de conquistar el tercer puesto en el meda-



llo universal. Durante los 11 días de competición hubo un lleno total en las gradas. En total se vendieron más de un millón doscientas mil entradas (más del doble de las 500.000 de Atlanta).

Sidney 2000 reunió a 3.824 deportistas de 103 países. La Villa Paralímpica acogió en su Zona Residencial a 6.943 participantes entre deportistas, oficiales de equipo y oficiales técnicos.

España obtuvo el 4º puesto en el medallero por países obteniendo un total de 102: 37 de oro, 28 de plata y 37 de bronce.

Salt Lake City 2002

La Delegación española la formaron 25 personas y Salt Lake City dio una cosecha de siete medallas situando a nuestro país en el puesto decimosegundo del medallero mundial.

Atenas 2004

El 17 de septiembre de 2004, los Juegos Paralímpicos de Atenas 2004 comenzaron con una grandiosa ceremonia de apertura. En ellos participaron 3.806 atletas de los que el 31% fueron mujeres y tuvieron una duración de 11 días.

Los países que participaron en los Juegos fueron 136 de los que 73 obtuvieron, al menos, una medalla a lo largo de los Juegos.

Fueron 19 deportes los que completaron el programa de competición y se obtuvieron 304 records del Mundo y 448 Paralímpicos.



Turín 2006. La unión de clases por categorías

Los Juegos de Turín fueron donde por primera vez se aplicó en unos juegos el nuevo sistema de clase unidas en categorías (invidentes, pie y silla), aplicándose un factor de compensación sobre el tiempo real según la clase funcional del deportista. Esto hizo que los juegos tuvieran una gran competitividad, si bien el número de medallas se redujo considerablemente, en nuestro caso como país se obtuvieron dos medallas, plata y bronce, ambas obtenidas por el esquiador invidente Eric Villalón. La organización se desarrolló en la modalidad de Alpino en la estación de esquí de Sestriere. La Delegación Española estuvo formada por 27 personas.



JUEGOS OLÍMPICOS Y PARALÍMPICOS (CIUDADES ORGANIZADORAS)

VERANO		INVIERNO	
JUEGOS OLÍMPICOS	JUEGOS PARALÍMPICOS	JUEGOS OLÍMPICOS	JUEGOS PARALÍMPICOS
<ul style="list-style-type: none"> • Roma/60 • Tokio/64 • México/68 • Munich/72 • Montreal/76 • Moscú/80 • Los Ángeles/84 • Seúl/88 • Barcelona/92 • Atlanta/96 • Sidney 2000 • Atenas 2004 	<ul style="list-style-type: none"> • Roma/60 • Tokio/64 • Tel-Aviv/68 • Heidelberg/72 • Toronto/76 • Amhem/80 • Nueva York/84 • Seúl/88 • Barcelona/92 • Atlanta/96 • Sidney 2000 • Atenas 2004 	<ul style="list-style-type: none"> • Innsbruck/76 • Lake Placid/80 • Sarajevo/84 • Calgary/88 • Albertville/92 • Lillehammer/94 • Nagano/98 • Salt Lake City 2002 • Turin/2006 	<ul style="list-style-type: none"> • Örnsköldsvik /76 • Gelfo /80 • Innsbruck/84 • Innsbruck/88 • Albertville/92 • Lillehammer/94 • Nagano/98 • Salt Lake City 2002 • Turin/2006





ESTRUCTURA INTERNACIONAL DEL DEPORTE
ADAPTADO EN NUESTROS DÍAS

DEPORTES Y SU DEPENDENCIA INTERNACIONAL

BADMINTON

I. B. A. D.
International Badminton
Association for Disabled

FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE DEPORTES

ESTRUCTURA INTERNACIONAL DEL DEPORTE
ADAPTADO EN NUESTROS DÍAS

DEPORTES Y SU DEPENDENCIA INTERNACIONAL

FEDERACIÓN DE BALONCESTO DE ESPAÑA

Eurozoo

IWBF

FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE DEPORTES

ESTRUCTURA INTERNACIONAL DEL DEPORTE ADAPTADO EN
NUESTROS DÍAS

DEPORTES Y SU DEPENDENCIA INTERNACIONAL

CICLISMO

UCI Union
Cycliste
Internationale

FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE DEPORTES

ESTRUCTURA INTERNACIONAL DEL DEPORTE
ADAPTADO EN NUESTROS DÍAS

DEPORTES Y SU DEPENDENCIA INTERNACIONAL

VOLEIBOL

OVD

FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE DEPORTES

ESTRUCTURA INTERNACIONAL DEL DEPORTE
ADAPTADO EN NUESTROS DÍAS

DEPORTES Y SU DEPENDENCIA INTERNACIONAL

BOCCIA

CP-ISRA
CEREBRAL PALSY
International Sports &
Recreation Association

FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE DEPORTES

ESTRUCTURA INTERNACIONAL DEL DEPORTE
ADAPTADO EN NUESTROS DÍAS

DEPORTES Y SU DEPENDENCIA INTERNACIONAL

ISSHIN
EN SILLA DE RUEDAS

HOCKEY
SILLA DE RUEDAS

IWAS

FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE DEPORTES

ESTRUCTURA INTERNACIONAL DEL DEPORTE
ADAPTADO EN NUESTROS DÍAS

DEPORTES SIN ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL



AUTOVILISMO



FÚTBOL S.R.



NATACIÓN

ESTRUCTURA INTERNACIONAL DEL DEPORTE
ADAPTADO EN NUESTROS DÍAS

DEPORTES Y SU DEPENDENCIA INTERNACIONAL



ESQUÍ



F I S

FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE SKI

ESTRUCTURA INTERNACIONAL DEL DEPORTE
ADAPTADO EN NUESTROS DÍAS

DEPORTES Y SU DEPENDENCIA INTERNACIONAL



**TENIS
EN SILLA DE RUEDAS**



ITF
International Tennis Federation

FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE TENIS

ESTRUCTURA INTERNACIONAL DEL DEPORTE
ADAPTADO EN NUESTROS DÍAS

DEPORTES Y SU DEPENDENCIA INTERNACIONAL



REMO

FISA
International Rowing
Federation

FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE REMO

ESTRUCTURA INTERNACIONAL DEL DEPORTE
ADAPTADO EN NUESTROS DÍAS

DEPORTES Y SU DEPENDENCIA INTERNACIONAL



VELA



IFDS
International Association
for Disabled Sailing



ISAF

FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE VELETA

ESTRUCTURA INTERNACIONAL DEL DEPORTE
ADAPTADO EN NUESTROS DÍAS

DEPORTES Y SU DEPENDENCIA INTERNACIONAL



HÍPICA



FEI
International Federation
For Equestrian Sports

FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE HÍPICA



INICIOS DEL DEPORTE ADAPTADO A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN ESPAÑA

Si partimos desde los primeros balbuceos del deporte adaptado realizados en Alemania en el año 1918, España empieza tímidamente con 42 años de retraso, pero fijamos como punto de partida el año 1948 en que se participó de una forma coherente. La diferencia de 32 años sigue siendo muy importante y a tener en cuenta para medir el esfuerzo que España tiene que realizar para ponerse a nivel mundial.

Fue a principio de los años sesenta cuando en Cataluña el Dr. Sales Vázquez, Director de Traumatología de la Residencia "Francisco Franco", en la actualidad "Residencia Valle Hebrón", inició con jóvenes con paraplejía la recuperación a través de un equipo de baloncesto en silla de ruedas, influenciado por las nuevas técnicas del Dr. Guttmann.

También el Dr. Sarrias, en el Hospital de la Asociación Nacional de Inválidos Civiles (ANIC), introdujo varias disciplinas deportivas

para los internados del hospital. Cabe destacar que en este centro la primera actividad deportiva fue la natación.

En el año 1958 la Diputación Provincial de Barcelona acababa de inaugurar un extraordinario complejo asistencial, Hogares Mundet, para albergar a la población asistida, tanto de jóvenes como de ancianos, que habían estado en unos viejos caserones de la Casa de Caridad de la calle Montealegre. Fue tan radical el cambio que el entonces alcalde de Sabadell y Diputado Provincial, Sr. Marcet, escribió que "los niños de la Casa de la Caridad habían pasado de unos patios patibularios a unas suites de la Costa Azul."

Desde el inicio de los Hogares Mundet se vio la necesidad de cambiar la imagen de la antigua Casa de la Caridad, no sólo en el aspecto físico, sino de todas connotaciones negativas de un Hospicio, por un Centro Educativo Moderno y, entre otras, se acordó dar una extraordinaria importancia al deporte, que propició un cambio de imagen, pues los muchachos internos alcanzaron la victoria en el Campeonato de Europa de Béisbol en Alemania y en Voleibol lograron militar en Primera División, junto al Real Madrid e Hispano Francés, logrando pasar de ser los chicos del Hospicio a convertirse en respetados deportistas de los Hogares Mundet, con un gran prestigio tanto en el mundo escolar como en el federativo. El deporte una vez más es factor de un cambio social.

Igualmente, entre los internos de la mencionada institución había un elevado porcentaje de alumnos afectados por la poliomiélitis procedentes de la maternidad, que preocupaba al Director Deportivo, D. Juan Palau, que quería que estos internos también tuviesen la oportunidad de practicar el deporte como herramienta de integración y de normalización. Para ello se creó un espacio llamado Campo de "Santa Rita", donde se trabajó intensamente la natación como deporte más rehabilitador, además del tenis de mesa y el atletismo.

Estos tres centros: Residencia Valle Hebrón, Instituto Guttmann y Hogares Mundet fueron la cuna del deporte adaptado en España.

Este movimiento embrionario fue extendiéndose por toda España y en el año 1963, en la Universidad Laboral de Tarragona, la Cruz Roja Española organizó la "Primera Olimpiada de la Esperanza", con las modalidades de atletismo, natación, bolos, ciclismo, tenis de mesa y tiro con arco, a la que asistieron deportistas de Barcelona, Cádiz, Guadalajara, León, Palencia, Madrid, Salamanca,



Santiago, Segovia, Tarragona y Teruel, siendo la primera competición oficiosa a nivel nacional y que se sustentó fundamentalmente de deportistas con discapacidad de la ANIC y de los Hogares Mundet. La "Segunda Olimpiada de la Esperanza" se celebró en Reus en el año 1964.

La Delegación Nacional de Juventudes, consciente del movimiento deportivo de las personas con discapacidad, organizó en el año 1966 los "Primeros Campeonatos Nacionales" de personas con discapacidad en Madrid con el nombre de "Trofeo de la Superación", hospedándose en los caserones de la Casa de Campo, en los que ya se empezaron a evidenciar los frutos del deporte en la alegría, en la afirmación de su personalidad y de su fuerza, en la socialización, en la superación y en la aceptación amorosa de sus limitaciones, además de estimables marcas deportivas.

El Delegado Nacional de Educación Física y Deportes, Excmo. Sr. D. Juan Antonio Samaranch, persona tremendamente sensible y profundo conocedor de todo el deporte mundial, crea en agosto de 1968 la Federación Española de Deportes de Discapacitados (F.E.D.M.), para dar una estructura sólida al deporte adaptado, buscando para presidir la Federación a una persona con discapacidad física de prestigio y ligado al mundo federado, D. Guillermo Cabezas Conde, arquitecto de profesión, que fue miembro anteriormente de las Federaciones de Rugby y Atletismo. La primera reunión oficial de la Federación se realizó el día 30 de enero de 1969.

A partir de entonces la F.E.D.M. se integra como la Federación Internacional de Stoke y se compromete a participar por primera vez en los Juegos de Stoke Mandeville a celebrar del 28 julio al 3 de agosto de 1969.

Este año se cumplía el XX Aniversario de los Juegos de Stoke Mandeville, que presidió la Reina de Inglaterra, S.M. Isabel II. Fue la primera vez que España participó con una selección nacional compuesta por un equipo de baloncesto

DE LOS HOSPITALES A LAS PISTAS

La Federación Española de Deportes de Personas con Discapacidad por su misma naturaleza debe incluir, además de los deportistas con discapacidad física y visual, a otros colectivos como los auditivos que fueron los primeros que se asociaron en España en el "Comité de Deportes de la Federación Nacional de Sociedades de Sordomudos de España", los discapacitados psíquicos, que en aquellos tiempos

ya habían realizado unos Juegos en Piles (Valencia), en El Escorial (Madrid) e Igualada (Barcelona), sin ningún lazo de conexión.

En junio de 1969 se ponía por primera vez sobre la mesa la problemática que el concepto "discapacitado" comprende, que es muy amplio y obliga al estudio de una fórmula para dar respuesta a los otros colectivos que no están integrados en la Federación Española. Se debate ampliamente la posibilidad de incluirlos, pero la diversidad de opiniones y los distintos puntos de vista hacen inviable tomar un acuerdo, por lo que se aplaza a la espera de que se defina la Delegación Nacional de Educación Física y Deportes.

El 8 de octubre de 1969 la Federación Española entra a formar parte del ISOD que preside el Dr. Sir Ludwig Guttmann.

A finales de año, el 29 de octubre de 1969, se celebran en Madrid los Primeros Juegos Nacionales Deportivos de personas con discapacidad, con una participación que ronda los 500 deportistas.

Los alumnos con discapacidad visual del Colegio de la Inmaculada de la ONCE, miembro de la FEDM, participan por primera vez con 4 atletas en los Campeonatos de España.

Hay también otras personas con discapacidad que sienten la llamada del deporte, quieren practicarlo, por lo que es preciso abrir nuevos cauces de participación, nuevos horizontes, nuevas modalidades, competiciones con más amplia representación de las distintas minusvalías y así en 1970, se celebran en Saint Etienne (Francia) los I Juegos Mundiales para personas con discapacidad, abiertos a todos: deportistas con paraplejía, polio, amputación, con afectación diversa, discapacidad visual, "los otros". Es la primera organización conjunta entre ISOD y ISMGF. España está presente. Es muy posible que fuera aquí donde se alumbra el ideario de las Olimpiadas para todas las personas con discapacidad.

ACTIVIDAD IMPARABLE

Durante el período de 1972 a 1976 la FEDM emprende una gran actividad nacional en los siguientes deportes: baloncesto, atletismo, Slalom, piragüismo, vela, tiro con arco, tenis de mesa, natación, tiro con pistola y carabina, rally de coches, ajedrez, balonmano.

Igualmente, la FEDM organiza el Primer Encuentro Internacional España-Francia, en Barcelona. Esta actividad nacional e internacional propicia que el presidente de Federación Española forme parte del Comité Ejecutivo de ISOD.



En el Congreso Mundial de Rehabilitación celebrado en Valencia el año 1973, el Dr. Hernández presentó el primer estudio sobre "Valoraciones Deportivas del Discapacitado" que tuvo una excelente acogida por la importante incidencia que tiene valorar la discapacidad en función de los resultados deportivos.

La FEDM es ya miembro de pleno derecho en la Federación Internacional de los Juegos Stoke Mandeville (ISMGF).

GRAN ACTIVIDAD INTERNACIONAL

En el año 1977 se celebra en Madrid la Asamblea de ISOD, presidida por el Dr. Guttmann, en la que España hace de anfitriona; en ella se ratifica a Guillermo Cabezas como Vicepresidente de la misma y se aprueba el "Método Español de Valoración y Clasificaciones Médicas" del Dr. Ricardo Hernández.

En el año 1977 se convence a los organizadores del mundo deportivo para que los deportistas con discapacidad puedan participar en el trofeo Jean Bouin, que será el Campeonato de España de Cross en silla de ruedas con el nombre de "Reina Sofía" con la inscripción de 60 deportistas y es la primera carrera popular en la que participan deportistas con discapacidad. Después vendría la San Silvestre.

España asiste a la I Copa Mundial de Baloncesto en Tampa (USA). En la VIII Asamblea General de ISOD se consigue que el idioma español sea lengua oficial de este organismo internacional.

Desde estos inicios, España ha venido participando en todas las competiciones internacionales: Stoke Mandeville, Campeonatos Mundiales, Campeonatos de Europa de los distintos deportes, encuentros periódicos entre Francia y España, etc.

En la actualidad, la FEDDF tiene una estructura configurada por sus órganos de Gobierno, y los bloques de Gerencia, Dirección Técnica, Comisión Médica y Órganos Jurídicos, que gestionan la actividad nacional e internacional de las 20 modalidades deportivas encuadradas dentro de la misma.

MODALIDADES DEPORTIVAS



EN **NEGRITA** DEPORTES PARALÍMPICOS

1.4 CORONAR EL OLIMPO SIN LÍMITES

Mario García Ramírez

Desde Tel Aviv'68 hasta Atenas'04, pasando de Innsbruck'88 a Turín'06, han transcurrido 16 Juegos Paralímpicos con presencia española, 18 años con miles de horas invertidas para alcanzar la gloria, sacrificios personales e incluso profesionales incluidos en un equipaje lleno de ilusiones, pero reducido a un simple podio que encierra satisfacciones indescriptibles.

Desde los barracones donde se alojaban los deportistas en Tel Aviv hasta los coquetos edificios accesibles de Atenas, desde las 100.000 pesetas (601 euros) con las que Samaranch ayudó al primer equipo paralímpico español hasta los 500.000 euros concedidos por el Consejo Superior de Deportes para el último, desde la obligación de desfilar en silla de ruedas de los Juegos de 1968 hasta la libertad de movimientos de 2004, de los 25.000 espectadores del Estadio Universitario de Jerusalén a los más de 70.000 espectadores que abarrotaban el Estadio Olímpico ateniense, la cuna del olimpismo; de la Guerra de los Seis Días a la tregua terrorista en Grecia, de 400 a 3.800 deportistas.

En 1968 había un único club para personas con discapacidad (Club Deportivo Cultural de Minusválidos), ahora son incontables; de la llamada Olimpiada del Amor de 1968 a la denominación oficial de Juegos Paralímpicos en 1984; de las pequeñas reseñas en medios de información regionales de Tel Aviv a los 36 profesionales desplazados hasta Atenas; del puro amateurismo a la profesionalización de atletas como Santi Sanz, Javier Conde o Xavi Torres; desde la equipación usada a la oficial de primeras marcas deportivas, de la escasa presencia femenina a la normalización posterior, de la separación de hombres y mujeres en la villa olímpica a la plena integración; del excesivo celo del ejército israelí a la marea de voluntarios atenienses; de la caridad a la igualdad; de la noche al día...

Un sinfín de vivencias, unas reconfortantes y otras con sabor a fracaso, jalonan la historia paralímpica. Al fin y al cabo, hablamos de deporte de alta competición, un plato cocinado siempre con los mismos ingredientes básicos, con sufrimientos diarios en entrenamientos y momentáneos laureles, sea cual sea su disciplina y si los protagonistas tienen o no discapacidad.

Del amplio mar de los deportistas españoles con discapacidad física, vamos a escoger una porción de agua suficiente para que el lector saboree la esencia principal. Hablamos de 158 personas con discapacidad física del total de 400 españoles que han participado en toda la historia de los Juegos Paralímpicos y estamos ante el principal saco de medallas de las delegaciones nacionales: 255 metales, 85 de ellos de oro, por los 230 de los ciegos (79 oros). Pasado, presente y futuro, los deportistas tienen ahora la voz.

Así como el barón Pierre de Coubertin apadrinó los Juegos Olímpicos de la era moderna, debemos al doctor Ludwig Guttmann el embrión de lo que ahora se denominan Juegos Paralímpicos. Cuando este neurólogo alemán exiliado a Gran Bretaña en 1939 organizó los Juegos de Stoke Mandeville en 1948, en los que participaron veteranos de la II Guerra Mundial con lesiones medulares, es muy posible que no se imaginara que introdujo en la cazuela los ingredientes de un fenómeno imparable que fue caldeándose progresivamente hasta alcanzar una buena temperatura en Barcelona'92 y que se ha mantenido bien caliente, a pesar de tempestarse en Atlanta'96, y que quién sabe dónde están sus límites.

Los Juegos Paralímpicos nacieron, aunque con la denominación de Olimpiadas para Minusválidos u Olimpiada del Amor, en Roma en 1960, apenas ocho días después de que la capital italiana clausurara los Juegos Olímpicos. Allí, el papa Juan XXIII ofreció una audiencia privada a todos los participantes y definió a Guttmann como "el Coubertin de los discapacitados". La idea se fue consolidando y tomó el modelo de los Juegos Olímpicos, como en tantas otras cosas, de manera que Tokio acogió los de 1964, con el apoyo de los príncipes Akaito y Michiko.

Sin embargo, hay que esperar a Tel Aviv'68 para encontrar a deportistas españoles con discapacidad física. Un año antes, cuatro o cinco técnicos nacionales acudieron a los XVI Juegos Internacionales Stoke Mandeville, en Aylesbury (Gran Bretaña), para aprender las técnicas deportivas del momento.

Entonces ya se apuntalaban los primeros cimientos del deporte para personas con discapacidad en España. Los deportistas pioneros procedían básicamente de Cataluña, que nucleó el deporte paralímpico con el hospital de la Asociación Nacional de Inválidos Civiles (ANIC), la Residencia "Francisco Franco" (hoy llamada Residencia Sanitaria Valle de Hebrón) y los Hogares Ana Gironella de Mundet.

En 1963, la Cruz Roja Española y el Frente de Juventudes organizaron en la Universidad Laboral de Tarragona la I Olimpiada de la Esperanza, con atletismo, natación, bolos, ciclismo, tenis de mesa y tiro con arco como disciplinas admitidas. Al año siguiente se celebró la segunda en Reus, donde destacaron Mari Carmen Riu, Rita Ganada, Eloy Guerrero, Bertrand de Five, Benito Alberola, Miguel Carol y Gregorio Planas, la mayoría de ellos nadadores y, con el tiempo, primeros grandes nombres del deporte paralímpico español.

LOS PREPARATIVOS

Los Juegos de Tel Aviv se celebraron en noviembre de 1968. Tres meses antes, Juan Antonio Samaranch Torelló, a la sazón delegado nacional de Educación Física y Deportes y posterior presidente del Comité Olímpico Internacional, creó la Federación Española de Deportes para Minusválidos, donde agrupó especialmente a personas con discapacidad física o visual. Su misión fundamental se centraba en pasar el deporte de los hospitales a las pistas deportivas.

Sin apenas preparación, instalaciones para entrenar, monitores, material ni ayuda económica, nueve deportistas españoles dependientes del ANIC viajaron a Tel Aviv ligeros de equipaje, pero rebosantes de ilusión. Miquel Carol fue uno de ellos y quizá el primer medallista paralímpico español de toda la historia, con una plata en los 50 metros braza y el bronce en los 100 braza, aunque él no lo recuerda. Entonces, la también nadadora Mari Carmen Riu obtuvo dos medallas de plata, en los 50 libre y los 50 braza.

Con poliomielitis desde los 18 meses, Carol empezó a entrenar natación y waterpolo en el CN Pueblo Nuevo cuando contaba con 12 años. Antes de viajar a Tierra Santa en 1968, trabajaba durante el día, estudiaba peritaje industrial y, por añadidura, entrenaba diariamente de nueve a once de la noche.

Israel acababa de ganar la Guerra de los Seis Días y quería festejar el 20º aniversario de su independencia con un acontecimiento para la posteridad. El clima posbélico y la coyuntura internacional del momento, en plena Guerra Fría, se respiraba en el aire. "Recuerdo que en Ramat hubo un atentado, que vimos en ruinas el Consulado Español y que nos enseñaron todo el material capturado en la Guerra porque, claro, los árabes en aquel momento no sabían hacer ni los misiles. Y había allí una cantidad de misiles

intactos que si Israel hubiera querido, habría llegado al corazón de El Cairo", rememora Carol.

Esta situación no se repitió nunca más y los Juegos Paralímpicos posteriores se desarrollaron, casi siempre, en los mismos escenarios o próximos a los Olímpicos. Ni en Heidelberg'72, en Toronto'76, en Arnheim'80 y Nueva York'84 y Stoke Mandeville'88 hubo una inevitable sensación de olvidar todo lo relacionado con lo militar. Después, Seúl'88 pasó a la historia por unificar por vez primera los Juegos Olímpicos y Paralímpicos y Barcelona'92 abrió definitivamente de par en par la puerta paralímpica al gran público mundial.

Antes de Tel Aviv'68, no había casi ni la más mínima preparación deportiva adaptada a las personas con discapacidad en España. Carol entrenaba dos horas diarias y formaba parte del equipo de waterpolo del Club Natación Horta, y Mari Carmen Riu, con poliomielitis desde los siete años, entrenaba una vez al día, unas horas los sábados por la tarde en una piscina municipal porque el Institut Guttmann no tenía las instalaciones adecuadas.

Así como en el México'68 del mítico Bob Beamon el concepto de espectáculo deportivo ya estaba consolidado, en Tel Aviv no se había llegado a ese cambio de mentalidad, se desconocía ese sentimiento de máxima expresión del deporte, en este caso paralímpico. "Cada uno teníamos un sentimiento de poder conseguir la cota más alta posible y de poder representar a tu país, pero, claro, cuando no hay tradición cuesta un poco asimilar que eran los primeros Juegos Paralímpicos. Es posible que quizá no le diéramos la importancia que tenía en ese momento, pero no por dejadez del deportista, sino porque no nos inculcaron, prepararon ni mentalizaron para ello", apostilla Carol.

Además, los Juegos Internacionales de Stoke Mandeville, aquéllos que se sacó Guttmann de su visionaria manga, acumulaban más prestigio. No en vano, ya se habían celebrado 16 ediciones anuales, por dos Juegos Paralímpicos cuatrienales.

El camino previo a Tel Aviv estuvo repleto de enormes dificultades, no había rosas en él y sí muchas piedras. "Para ir allí, me llamaron y me dijeron: 'Mira, aquí tienes una chaqueta usada, aquí tienes un pantalón usado y con esto tienes que ir'. Y yo dije: 'No, perdona, yo ya tengo ropa; no la necesito, ni menos usada. Si ustedes quieren que vayamos todos uniformados, a mí me dan una chaqueta nueva y un pantalón nuevo; si no, no voy'".

La rabieta de Carol surtió efecto porque recibió un vale y acudió a la Sastrería Modelo, en la Rambla de Barcelona, donde le tomaron medidas corporales para una chaqueta azul marino y un pantalón gris, el uniforme oficial de entonces.

Otro inconveniente más. Carol trabajaba en Macosa, una de las primeras empresas nacionales de fabricación ferroviaria, con unos 3.000 empleados y dependiente del Instituto Nacional de Industria (INI), la actual SEPI. "Entonces, no me daban permiso, pero un tal Palomares, que era el político del momento, hizo una carta a la empresa y ésta me dijo que no había ningún inconveniente", recuerda.

"Éramos unos pringados, el culo del mundo. Estábamos dejados de la mano de Dios", se resigna Carol, máxime cuando acudió a Seúl'88 como entrenador nacional de natación. "Veinte años después, fue totalmente diferente, de la noche al día".

El atleta Antonio Delgado Palomo, con amputación en su antebrazo izquierdo, fue el primer español en proclamarse doble campeón paralímpico, en los 100 metros lisos y el salto de longitud. Fue en Toronto'76, donde también cayeron otras dos medallas de oro, para los nadadores con discapacidad física Teresa Herreras y Bertrand de Five. Estamos hablando de los primeros Juegos en los que se amplió el abanico a los deportistas con discapacidad y no fueron solo las que presentaban paraplejia las que tuvieron el honor de escalar hacia la gloria, sino que se abrió el abanico a deportistas con amputación y con deficiencia visual.

En aquellos Juegos Paralímpicos, en los que Sudáfrica se vio obligada a renunciar ante la amenaza de hacerlo otros países en señal de protesta por sus políticas segregacionistas de apartheid, no se produjeron tantas dificultades previas como en Tel Aviv'68 ni en Heidelberg'72.

Delgado Palomo afirma que viajó a Canadá con una buena preparación y que, paradójicamente, subió lesionado dos veces a lo más alto del podio. La máxima competición deportiva del momento para las personas con discapacidad estaba mejor considerada en muchos aspectos y el equipo español acudió con mayores garantías.

Antonio Rebollo, el arquero que enterneció los corazones de todo el mundo al encender el pebetero de Barcelona'92 con una flecha iluminada con el fuego sagrado, compaginó durante muchos años

los equipos olímpico y paralímpico de tiro con arco. De hecho, estuvo preseleccionado para los Juegos Olímpicos desde Moscú'80 hasta Barcelona'92 y compitió en los Paralímpicos desde Nueva York'84 hasta cuando adquirió la fama mundial en 1992.

Rebollo, pionero en detalles como el calentamiento antes de la competición en el tiro con arco, se entrenaba con el equipo olímpico en la Residencia Blume de Madrid, si bien llegaba al campo de tiro después de trabajar. En aquella época, deportes como el suyo aún estaban en pañales, pero la mejor preparación deportiva de los españoles propició 17 medallas de oro.

Francisco Ángel Soriano es el mejor representante español en el tiro paralímpico. Con una dilatada trayectoria a sus espaldas, podría convertirse en el primer deportista con discapacidad física español en competir en seis Juegos, si logra clasificarse para Pekín'08.

Soriano entrenaba casi siempre en su casa de Elche, hasta entrar en el nuevo siglo. "Prácticamente no tenía nada. Estaba en casa, que no era lo mismo que en una sala, pero para concentrarse y mirar me sirve bastante porque aquí hay elementos que se mueven (pájaros, gatos...). Todo era muy rudimentario porque no tenía los medios económicos de hoy en día. De hecho, cuando empecé en el tiro estaba en un club en un hospital de Bruselas, donde entrenaba dos o tres veces por semana. Pero cuando regresé a España no había tiro olímpico y tuve que relanzarlo, después de llamar a la federación española". Actualmente, Soriano ha variado su forma de preparación y compagina sus entrenos caseros con sus desplazamientos hasta el campo de tiro de Alicante, a unos 30 kilómetros de su hogar.

En Barcelona'92, la ONCE realizó una gran contribución económica al presupuesto de los Juegos y los deportistas españoles compitieron con tantas garantías que sumaron 107 medallas y el quinto puesto final en la clasificación general de países. Y en Atenas'04, algunos deportistas ya eran profesionales en un concepto que explica muy bien Javier Conde, pionero en el atletismo paralímpico por su dedicación exclusiva a la competición. El atleta vizcaíno marcó un hito al ser el primer paralímpico español en acumular cuatro medallas de oro en unos Juegos, los de Barcelona'92. Aprovechó ese tirón para convertirse al profesionalismo en 1994, con un sentido visionario para el deporte de élite entre las personas con discapacidad.

"El hecho de ganar dinero no quiere decir que seas profesional. Para mí, ser profesional es hacer una inversión equis en tiempo y dinero en tener al mejor fisioterapeuta, al mejor osteópata, entrenar en las mejores condiciones (en invierno me iba a Canarias), el mejor material, un buen psicólogo, un buen entrenador... Al final, yo soy quien sale a la pista, pero detrás tenía a mucha gente", explica Conde, que rebuscó entre la empresa privada lo que no le podían facilitar las instituciones públicas.

Este ejemplo cundió después con el nadador Xavi Torres, el ciclista Roberto Alcaide y el atleta Santi Sanz, entre otros. De esta forma, del romanticismo de Carol, Riu y compañía en Tel Aviv'68 presumiblemente se llegará, como en tantas otras cosas, a subir al tren del profesionalismo que el Plan ADO Paralímpico creado tras Atenas'04 ayuda a contribuir, con, entre otras medidas, la concesión de becas a centenares de deportistas y el incremento paulatino de las entradas en los centros de alto rendimiento y de tecnificación deportiva.

Xavi Torres atesora 14 medallas paralímpicas, récord de entre todos los deportistas españoles con discapacidad física y una de nuestras grandes estrellas mediáticas. Se hizo profesional en 2000 y en Sidney logró los mayores éxitos de su carrera deportiva, con tres medallas de oro y una de bronce. "Me siento bastante orgulloso porque varios deportistas han seguido el camino. Además, deportivamente hablando en Sidney fue donde estuve mejor, conseguí mejores resultados y estuve en mi mejor momento de forma", apunta.

Torres, además, subraya que el Plan ADO Paralímpico ha cambiado la preparación de muchos deportistas, que ahora disponen de becas y de posibilidades para competir en más eventos internacionales. "Estamos notando bastante en el día a día las ayudas porque en los otros Juegos anteriores en los que he estado, la preparación fue muy parecida. No sé si esto nos a permitir obtener mejores resultados, pero tenemos algo que antes carecíamos, cuando teníamos que compaginar el deporte con el trabajo o los estudios".

EN PLENA COMPETICIÓN

Si la preparación previa de los deportistas con discapacidad física ha experimentado pasos agigantados, lo mismo ocurre con la infinidad de detalles que rodean a los propios Juegos Paralímpicos.

Por ejemplo, la ceremonia de inauguración de Tel Aviv'68 transcurrió en el Estadio Universitario de Jerusalén, que contenía un campo de fútbol con una pista de atletismo alrededor, escaso graderío y con todos los deportistas españoles desfilando en silla de ruedas. Al fin y al cabo, hablamos de una ciudad ajena a donde se desarrolló la competición, aunque, no obstante, en el acto estuvo el presidente de Israel, Zalman Shazar.

En Toronto'76, la bienvenida a los deportistas ocurrió en un hipódromo en las afueras de la localidad, aunque con imponentes graderíos. Posteriormente, se consolidó la tradición de desarrollar las ceremonias inaugurales en los estadios olímpicos de atletismo, hasta que en Atenas'04 una masa enfervorizada de 70.000 almas se entregó al espectáculo que presenciaría después una audiencia televisiva acumulada de 1,8 billones de personas en todo el mundo, según un estudio del Comité Paralímpico Internacional.

La primera experiencia española en los Juegos Paralímpicos, la de Tel Aviv'68, arrancó con el descanso de todas las delegaciones en unos barracones donde los deportistas fueron separados por sexos. El Trinity College de Toronto, con los universitarios de vacaciones, acogió a los deportistas de los Juegos de 1976 ante unas extremas medidas de seguridad que impidieron a los participantes cualquier actividad al margen de la competición; entonces, los deportistas salían de su residencia, competían y regresaban a descansar, por lo que el turismo estaba excluido para desesperación de muchos, que mataban los tiempos muertos entre refrigerios en una carpa instalada en este centro universitario.

En este aspecto fracasó Atlanta'96, como en tantas otras cosas. Era tal el celo por la seguridad del Comité Organizador, que militares se turnaban para trasladar a los deportistas a sus lugares de competición y los desplazamientos se convertían en toda una odisea. "Era una aventura en la que no sabías si ibas a llegar a la hora al estadio, pero nos servía para ver la ciudad en cada trayecto porque cada día fuimos por un sitio diferente. Nos íbamos perdiendo y llegamos a conocer bastante bien la ciudad de Atlanta", subraya Conde.

Por el contrario, el Gobierno de Israel delimitó las rutas turísticas en Tel Aviv'68, todas ellas guiadas sin que ningún deportista ni miembro de delegaciones nacionales paralímpicas se saliera del guión establecido.

La alimentación iba por barrios. Uno de los casos más llamativos ocurrió en Atlanta'96. Javier Conde, que entonces enfocó su preparación a la maratón que brillantemente se adjudicó, resume el sentimiento generalizado de los deportistas en unos Juegos Paralímpicos que defraudaron en casi todo. Para él, lo mejor fueron "las alitas de pollo que vendían a la salida de la Villa Paralímpica. Allí era donde comíamos y donde cenábamos porque el comedor era insufrible, era superior a tus fuerzas. La Villa olía a comedor; abrías la ventana y el olor se hacía inevitable; entrenabas por las calles y estaba el olor al comedor. Entonces, lo que no podías hacer era alimentarte en el comedor; salíamos fuera y si no íbamos donde las alitas de pollo o los aros de cebolla, comíamos alguna pizza en las cercanías de la Villa Paralímpica. No era un menú muy deportivo, pero sí lo mejor".

Anteriormente, los paralímpicos de Tel Aviv'68 reponían fuerzas cuando recibían unas bolsas de plástico con bocadillos y bebidas en su interior; no existía el bufé libre de Juegos posteriores.

El material deportivo también trae consigo anécdotas curiosas. Carol apostilla que en Tel Aviv'68 hubo deportistas de la India que "fueron con arcos de los indios americanos. Veías a gente de otros países que iban con contrapesos y mirillas y los indios tiraban con arcos del siglo XIX, de esos cuando ves las películas del oeste. Este detalle me chocó muchísimo".

Durante la competición, quedará para la historia el hecho de que el primer doble campeón paralímpico español, Antonio Delgado Palomo, recibió sus dos medallas de oro con una fuerte lesión en el bíceps femoral de su pierna derecha. El atleta sevillano se había clasificado para la final de los 100 metros lisos, pero el día anterior se disputó la de salto de longitud; en esta prueba, hizo crack en un estiramiento. El doctor del equipo español le recomendó retirarse, pero hizo de tripas corazón y logró su pedacito de gloria.

También Javier Conde tuvo momentos de incertidumbre en Atlanta. "Estaba inscrito en los 1.500 y 5.000 metros y la maratón y anuncié que no iba a competir en tres pruebas. Había corrido ya el 5.000 y dije que en el 1.500 me iba a retirar. También lo pensaba otro compañero, José Manuel Fernández Barranquero, que tenía muchísimas posibilidades en la final de 800, que se celebraría al día siguiente. Además, si no nos presentábamos en la salida de la prueba, nos descalificaban de los Juegos. Nos retiramos,

pero debimos hacerlo bastante mal y cantó mucho. Entonces, dijeron por megafonía que nos habían descalificado a los dos por violar el código ético. Hubo que hacer una película de si habíamos comido algo en mal estado y teníamos un virus, y se tuvo que trabajar en los despachos para que no nos descalificasen. Es una triquiñuela que se hace siempre y sé que si me metía en la pelea, habría ganado una medalla de plata o de bronce, pero el sobre-esfuerzo lo habría pagado en la maratón, que la tenía después".

El atleta de Basauri afirma que en Sidney "funcionó el espionaje deportivo. Recuerdo que estaba lesionado. Teníamos un amigo de la selección polaca, Waldemar Kikolski, que falleció después en un accidente. Era políglota y sabía incluso suahili. Entonces, se me escapó decir que estaba lesionado y Kikolski se encargó de calentar el ambiente yendo por cada unas de las delegaciones que tenían representantes en la maratón diciendo que yo estaba 'tocado'. Lo hizo para aunar fuerzas y tirar entre todos para marcharse y dejarme tirado porque sabían que no podría seguir su ritmo. Esto condicionó todo mucho la carrera y me obligó a salir de farol marcando el ritmo para que la gente viera que estaba bien, pero a partir del kilómetro 10, empezaron a tirar como locos sabiendo que estaba lesionado. Se encargaron de imprimir un ritmo salvaje que no podía seguir. Con constantes miradas al reloj, tuve que dejar que se fuesen hasta un límite de tiempo, hasta que después les fui recuperando el terreno perdido. Kikolski era deficiente visual y quería ganar la prueba absoluta, pero al final yo me llevé el gato al agua".

La concentración ante la alta competición ha sido siempre inherente al deporte de alto nivel. Javier Conde recuerda que toda su familia se desplazó desde Bilbao hasta Pineda de Mar, una localidad de la costa catalana del Maresme, para seguir de cerca sus evoluciones en los Juegos de Barcelona. Un día quedaron en verse y saludarse, pero, para sorpresa de su mujer, padres y demás familiares, Conde les dijo que se tenían que ir porque no soportaba aquella situación. Estaba tan nervioso e iba tan concentrado que necesitaba estar en un entorno deportivo, no familiar.

A Francisco Ángel Soriano en muchas ocasiones le sobrevuelan dudas por las características de su deporte, el tiro. Acudió a Seúl'88 como flamante campeón del mundo y se encontraba pletórico, pero un detalle aparentemente sin importancia le apartó de las medallas: "No sé si hubo un mal entendimiento, pero un día me dijeron que tenía que competir a las 10 de la

mañana. Me presenté en el campo de tiro y me comentaron que estaba cerrado hasta el mediodía. Entonces, me marché a un campo al lado y vi al equipo español de baloncesto en silla de ruedas. Sin embargo, cuando volví a la competición mentalmente me despisté y no gané".

Javier Conde estuvo imbatido desde 1991 hasta Sidney, cuando, contradictoriamente, sintió una liberación porque hasta entonces había ido siempre de favorito, con el desgaste psíquico que esto conlleva. Perdió el trono en la final de los 5.000 metros ante el estadounidense Robert de Friese Evans, quien, además, batió el récord del mundo. Durante la carrera le sobrevino una distensión en el bíceps femoral que le hizo sufrir después en la maratón, donde realizó la carrera más inteligente de su vida para colgarse el segundo oro paralímpico de la prueba reina del fondo; exprimió mucho rendimiento a unas condiciones físicas muy precarias.

Lo contrario le sucedió a Xavi Torres en Atlanta'96. El nadador mallorquín llevaba años batiéndose con el polaco Krystof Slezcka, que le cerraba una y otra vez las puertas de la medalla de oro. En aquellos Juegos, el español superó por primera vez en su carrera a su principal rival, con lo que consolidó un trabajo concienzudo que inició cuatro años antes, tras Barcelona'92.

En la competición también influye la suerte o, al menos, pensar que existe. Xavi Torres recuerda que en Sidney'00, un médico del equipo español caminaba por la ciudad y se topó con una pareja de españoles aventureros que tenían la intención de dar la vuelta al mundo y que acostumbraba a recolectar piedras de los lugares por los que habían pisado. Al galeno le preguntaron si pertenecía al equipo nacional y si conocía a algún deportista. A ambas cuestiones respondió que sí y le dieron una caja con piedras de Olimpia para que se la remitiera a un deportista con el fin de darle buena suerte. El médico cumplió su promesa y donó el regalo a Torres. "La verdad es que me dio mucha suerte porque en Sidney conseguí mis mejores resultados, con tres medallas de oro y una de bronce. Tengo esa caja guardada como oro en paño. Se trata de una historia muy bonita; no conozco a esa pareja, pero de tanto en tanto he recibido correos electrónicos suyos en los que me cuentan en qué parte del mundo están y qué están haciendo".

La poca accesibilidad de Atenas pudo influir en el rendimiento de algunos deportistas. Francisco Ángel Soriano aún no logra encontrar una razón de peso para sus malos resultados deportivos.

"Vine a casa y no lo comprendí. Creía que iba a dejar el tiro y que no iba a competir más. No vi lo que pasó, algo no funcionaba, pero no lo sé. Quizá pudiera ser que como en Atenas había muchas cuestras, estaba muy contracturado y cansado, de tanto darle a la silla de ruedas. Entonces, el brazo no estaba tan sereno a la hora de competir, pero bueno, eso es deporte".

EL HITO DE BARCELONA'92

Barcelona'92 reúne los mayores halagos de los deportistas, hasta el punto de que, para Delgado Palomo, "el listón se quedó muy alto y es muy difícil superarlo". Las experiencias vitales y deportivas en los únicos Juegos Paralímpicos organizados hasta el momento en España quedarán para siempre guardadas en el rincón de la memoria eterna en todos los participantes.

A la capital catalana le precedieron experiencias similares relacionadas con la paulatina grandeza de los Juegos. Como en tantos asuntos, el modelo olímpico siempre ha sido el espejo en el que mirarse. Mientras que México renunció a los de 1968, cuatro años después se intentó que los Juegos Paralímpicos se desarrollaran en Munich, a rebufo de los Olímpicos, pero el ayuntamiento muniqués vendió todos los apartamentos de la Villa y el millar de deportistas con discapacidad no tenía garantizado el alojamiento. El consistorio de Heidelberg se ofreció a la organización paralímpica y el espectáculo se trasladó a unos 300 kilómetros al oeste de Munich.

En 1976 ocurrió algo similar porque el Comité Organizador de los Juegos Olímpicos no pudo ofrecer las instalaciones de Montreal y los Paralímpicos viajaron esta vez a cerca de 500 kilómetros para asentarse en Toronto, donde Delgado Palomo rememora que "la ciudad entera y los voluntarios se volcaron con nosotros. Estábamos totalmente arropados".

Cuatro años más tarde hubo un paso atrás porque la URSS renunció a repetir la experiencia olímpica de Moscú en los paralímpicos, por lo que Arhem se convirtió en la nueva sede. Y en 1984 se produjo una particularidad histórica, y es que los Juegos se repartieron entre Nueva York, para los deportistas con discapacidad visual, con amputación, "les autres" y personas con parálisis cerebral, y Stoke Mandeville, que mantenía la tradición de las competiciones para personas con lesiones medulares.

Seúl unificó por primera vez y para siempre Juegos Olímpicos y Paralímpicos y, desde entonces, se han ido subiendo peldaños en la relación entre los comités olímpico y paralímpico internacionales. Pero Barcelona fue especial, gracias fundamentalmente al compromiso de la ONCE por tapar los agujeros económicos que otros excavaban y a que el público abarrotaba las instalaciones y jaleaba sin cesar las actuaciones de los españoles.

Antonio Rebollo recalca que en aquel entonces el Movimiento Olímpico estaba "de capa caída". "Incluso el tiro con arco estuvo en vías de ser eliminado de los Juegos Olímpicos. Pero Barcelona unificó ambas competiciones, sin diferencias de ningún tipo. A partir de entonces, los Juegos Olímpicos se convirtieron en un evento rentable, aunque, por lo que a Paralímpicos se refiere, no he visto ningunos otros que superen a Barcelona".

Gema Hassen-Bey, la esgrimista española más laureada, recordó en una comparecencia en el Senado en 2002 el cambio de mentalidad paralímpica en Barcelona. "La sala se llenó. El público acudía gratuitamente y, al principio, la gente iba para ver qué era el deporte paralímpico, aunque luego se enamoró completamente de nosotros, de lo que hacíamos. Lógicamente, ver un cuerpo que está al 25 por ciento de posibilidades y puede batir récords y conseguir marcas origina emoción, por lo que nos apoyó mucho. En una de esas competiciones, vi que el público aplaudía más fuerte de lo normal. Yo estaba en pistas y pensé que algún compañero había conseguido algún éxito, pero miré y no había nadie. Solamente estaba yo, por lo que consideré que, como la esgrima es tan complicada y tan rápida, no se habían enterado de que iba perdiendo. Entonces, me acerqué al público y le dije que no aplaudiera porque no iba ganando. Pero ellos aplaudieron más y más. Esto me cambio la vida".

Ante los senadores, Hassen-Bey continuó su relato: "Habitualmente, valoramos el éxito, pero no el fracaso. Pensé: '¡Qué más da! Ya hemos llegado aquí, que era nuestra meta: estar en Barcelona, estar en los Juegos. Vamos a hacer lo que sabemos hacer y a disfrutar de estos momentos (estábamos muy nerviosas), que es lo importante, no cómo se acaba, si se triunfa o se fracasa, sino todo lo que se está viviendo en cada momento'. Así que fui a los vestuarios y hablé con mis compañeras: 'Vamos a hacer lo que sabemos hacer, que las francesas siempre que empezamos a remontar nos paran el asalto y nos dicen que la chaquetilla no es la adecuada, etcétera (lo que rompía nuestra concentración).

Vamos a ir por ellas con todas nuestras fuerzas'. Pudo ser de otra manera, pero yo ya estaba convencida. Entonces me llamaron a pistas, me encontré con una francesa y me dije: 'Me vas a ganar, pero te va a costar. Voy a dejar aquí el resto y va a ser lo que más te cueste, y yo voy a disfrutar mucho con este asalto'. Y así fue. Esto funcionaba. Se disparó ese motor en mí y empecé a ganar. Llegué a semifinales y, finalmente, conseguí la primera medalla de bronce que se había logrado en esgrima, tanto a pie como en silla, en el deporte español. El hombre que levantó la bandera estaba también muy emocionado y yo sólo tenía adrenalina. Mis compañeras siguieron y cayó un oro para otra compañera (Paqui Bazalo) y por equipos ganamos otro bronce. Ya éramos imparables. Porque se acabaron las pruebas, que si no, hubiéramos conseguido todo. Incluso, las federaciones internacionales pensaron que teníamos un método de preparación muy bueno y que era debido a nuestro seleccionador, que ahora es presidente europeo. Pero, realmente, no hubo nada espectacular en la preparación; solo nuestras ganas de estar allí y de hacer, nuestra ilusión, porque yo creo que en esta vida si uno desea algo y pone toda su energía en ello, realmente lo consigue frente a todos los obstáculos".

Javier Conde señala que "con el tiempo te das cuenta de que no fue una realidad lo que ocurrió en Barcelona, por el éxito de público. La gente hablaba de nosotros en el supermercado, en los bares, en la calle... En un principio, me acuerdo de que la asistencia de los políticos no era muy grande, pero a mitad de los Juegos el señor Gómez Navarro (entonces secretario de Estado para el Deporte) estaba encantado de la vida y, como él, muchísima gente que se subió al carro. Y nosotros, encantados, por supuesto. Además, salíamos en los periódicos, cuando antes no recibíamos apenas ningún tipo de atención, aunque los Juegos de Barcelona coincidieron en una época en la que la informática no aportó lo de ahora. Si entonces existiera Internet, habrían sido insuperables".

Xavier Torres no olvida jamás "sobre todo a la gente, el hecho de estar en casa y de competir con todo a nuestro favor. Hubo una gran masa de público animando, lo cual, en una competición de minusválidos, no había vivido nunca y me sorprendió muchísimo".

El nadador mallorquín, que lidera el apartado de deportistas paralímpicos españoles con discapacidad física con más medallas (un total de 14), afirma que Barcelona'92 significó "un adelanto de muchos años y ayudó mucho al tema como el patrocinio, la imagen, la organización... Seriedad en todos los aspectos".

Sin embargo, el faro de Barcelona'92 no brillaba al mismo gusto de todos. La elección de Antonio Rebollo como arquero que podría iluminar el pebetero (se preparó junto con otro compañero y hasta pocos instantes antes del momento culminante ninguno de los dos sabía quién era el afortunado), le hizo bajar su rendimiento deportivo.

"Las perspectivas que tenía como deportista se fueron al garete, a pesar de que conseguí una medalla. Pero llevaba muchos años de entrenamiento, con una preparación excelente, la mejor que he tenido jamás, y tuve que cambiar todo por el lanzamiento al pebetero. Todo eso fue maravilloso, pero a posteriori las perspectivas que yo me había hecho se fueron por los suelos. Pasé de encumbrarme al cielo a sentirme como un trapo viejo. Y no lo digo porque el público y los medios de comunicación no le prestaran atención al arquero, sino porque deportivamente después me sentí totalmente abandonado".

EL FUTURO

El futuro siempre marca incertidumbres. En general, una vista retrospectiva a la historia nos induce a pensar que el Movimiento Paralímpico es imparabile, pero una opinión muy particular es la de Javier Conde: "Creo que avanzaremos hasta que nos dejen. En el momento en el que tengamos un poder de convocatoria demasiado fuerte, no creo que le haga mucha gracia al COI que les robemos esas migajas que de vez en cuando nos dejan. Entonces, empezarán a meternos alguna vara entre las ruedas para que no podamos avanzar. Y se llegará a ese punto porque existe muchísimo egoísmo. Cuando hay dinero toca repartir. Yo lo he sufrido en mis carnes. Soy deportista paralímpico, he competido contra atletas sin discapacidad y me han cortado muchas veces las alas por el hecho de que un atleta paralímpico no puede ganar a un atleta olímpico, y me he 'cepillado' a grandes atletas olímpicos. ¿Qué ha significado? Pues que, a partir de ese momento, no me han contratado. ¿Por qué? Porque si el olímpico cobra un millón de pesetas y yo cobro 50.000, ¿cómo le voy a ganar yo a ese tío? Si esto lo extrapolamos al movimiento olímpico y paralímpico, es lo mismo. Si la gente habla en la calle de cuatro chavalitos que tienen una ceguera y de otro que le falta una pierna, se les ve en la televisión y al público le gusta, dirán: 'Cuidado, que los derechos de ellos los quiero para mí, no quiero que se empiece a repartir esa millonada entre esos cojos'".

Siempre quedan detalles por pulir a una escultura que va cogiendo forma, desde que el doctor Guttmann extrajo el material primigenio en 1948 y comenzó a realizar los primeros retoques con los Juegos Internacionales de Stoke Mandeville. Todo fluye, evoluciona y, en general, se transforma en elementos positivos, aunque, como ocurre en la mayoría de las esferas de la vida, los cambios conviene percibirlos con saltos en el tiempo.

El Plan ADO Paralímpico es otro de los hitos del deporte español, gracias al tesón de políticos como Jaime Lissavetzky y Amparo Valcarce, y al equipo del Comité Paralímpico Español, que vio materializado tras Atenas un sueño largamente acariciado por sus deportistas.

La entrada de deportistas en centros de alto rendimiento, integrados con el resto de los olímpicos, facilidades para las titulaciones educativas deportivas, becas a centenares de deportistas, el apoyo de empresas líderes en sus sectores, el compromiso de algunos medios de comunicación, la mayor participación en competiciones internacionales y otros factores van sumando para llegar a un ideal generalizado: la dedicación exclusiva al deporte. Cuando Samaranch dio vía libre al profesionalismo entre los olímpicos en la década de los ochenta, recibió no pocas críticas, pero lo cierto es que si se llevara a este extremo, los deportistas de élite con discapacidad verían reducidas sus barreras y se sentirían más realizados en sus vidas deportivas si contaran con más facilidades.

De hecho, Javier Conde aporta dos sugerencias: "Al deportista paralímpico se le está empezando a tener en cuenta, pero no lo suficiente y tienen que cambiar un par de cosas. Primero, que la mayoría de las medallas del orden al mérito deportivo a los deportistas paralímpicos no se les entregue una vez que acaban sus carreras. Me parece una discriminación increíble, una vergüenza. Yo tengo la Medalla de Plata al Mérito Deportivo de 1995 y fue la primera para mí porque en aquel momento lo ganaba todo con medallas de oro. Y la segunda también guarda relación con el reconocimiento. Al final de cada temporada, se entregan los premios de los ayuntamientos, las diputaciones, los gobiernos autonómicos y las asociaciones de la prensa y es donde el deportista discapacitado sufre más porque se nos pone a prueba en cada una de las convocatorias. Es muy fácil que un deportista sin discapacidad haya quedado cuarto en un campeonato de Europa de la actividad que sea y le den el premio al mejor deportista de esa provincia, autonomía o ciudad. Sin embargo, a un deportista

discapacitado que haya ganado dos medallas de oro en un campeonato del mundo le dan el típico premio superación. Eso tiene que cambiar. ¿Cómo? Pues dejando de acudir a premios de esa índole porque creo que alguien que es dos veces campeón del mundo, ha tenido muchísimo mejor resultado que otro que ha sido el cuarto en un campeonato de Europa".

A Xavi Torres le entristece que el Comité Paralímpico Internacional esté apartando a los discapacitados más severos de las competiciones, con el fin de reducir pruebas, medallas y logística. "Me gustaría que se siga pensando en estos deportistas, que no se les olvide, que piensen que las discapacidades son muy diversas y que a todos nos gusta estar en unos Juegos y tener opciones a participar en ellos".

La misma opinión tiene Francisco Ángel Soriano: "El Comité quiere reunificar muchas disciplinas porque crece el número de participantes y habrá deportistas que se queden decepcionados porque tienen una minusvalía y no van a poder participar. Por ejemplo, en el tiro antes teníamos las categorías de pie y de silla de ruedas, pero aquello se acabó y ahora estamos todos en una única, todos competimos contra todos".

Parece la misma cantinela a la que Samaranch se tuvo que enfrentar en los años noventa, cuando veía que uno de los males que engendraban los Juegos Olímpicos era el gigantismo, es decir, que cada vez las ciudades soportaran la llegada de más personas procedentes de todo el mundo, lo que dificulta la correcta organización de un acontecimiento de estas características.

El futuro del deporte paralímpico no debería estar alejado de los medios de comunicación, el apoyo de grandes empresas y todas las instituciones y el reconocimiento generalizado. Todo ello retroalimenta una cadena que posibilita que los deportistas, los clubes y las federaciones consigan más patrocinadores para que los deportistas consigan mejores resultados.

Además, esta cadena colabora a la plena integración de las personas con discapacidad en la sociedad y a su mejora de la calidad de la vida diaria. De hecho, la mayoría de los deportistas paralímpicos reconoce que la práctica deportiva le ayuda a superar su discapacidad y a relativizar la percepción de su incapacidad. No hay que olvidar que algunos estudios afirman que alrededor del 30% de la población practica un deporte o actividad física, porcentaje que se reduce al 2% en las personas con discapacidad.

Existen numerosos casos de grandes deportistas sin discapacidad que dieron el salto al paralimpismo. El etíope Abebe Bikila, para muchos el mejor maratoniano de todos los tiempos, ganó descendo su primera prueba reina del fondo en los Juegos Olímpicos de Roma'60. Repitió la hazaña en Tokio'64, aunque con zapatillas. Sin embargo, en 1969 se vio involucrado en un accidente de tráfico cerca de Addis Abeba, que le dejó parapléjico. No obstante, compitió como arquero en los Juegos de Stoke Mandeville en 1969, donde también participaron varios ex jugadores del mítico equipo de baloncesto de los Globetrotters.

Y en España, uno de los más llamativos es el del ciclista Roberto Alcaide, que consiguió una medalla de oro y otra de plata en Atenas'04 después de que en una etapa de la Vuelta a Extremadura de 2000 se viera implicado en una caída múltiple que le golpeó contra el perfil del guardarraíl, el cual, como si de un cuchillo se tratara, le seccionó su pie izquierdo.

Por otro lado, hay que recordar que España es una potencia paralímpica y que obtiene mayores resultados en este ámbito que en el movimiento olímpico. Por ejemplo, en los Juegos Paralímpicos de Barcelona quedó quinta en el medallero (sexta en los Olímpicos), en Atlanta repitió la quinta plaza (13ª en los Olímpicos), en Sidney fue cuarta (25ª en los Olímpicos) y en Atenas, séptima (20ª en los Olímpicos).

Queda mucho por hacer, pero en un camino con muchos años ya recorridos, poco a poco se ve cada vez más a deportistas que tienen discapacidad, no a discapacitados que practican deporte. Ante cualquier dificultad o un eventual futuro en penumbra, conviene concluir que en lugar de pensar en el problema, mejor es pensar cómo resolverlo, y al "no puedo" hay que contestar: "¡sí puedo, pero de otra manera!". Es una debilidad de la sociedad no ser solidaria con los que triunfan en el deporte paralímpico. Hablamos de coronar la cima del Olimpo sin límites.

1.5 CÓMO SE ORGANIZA EL DEPORTE ADAPTADO PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA

Raúl Reina Vaíllo, Ruperto Menayo Antúnez y David Sanz Rivas

EVOLUCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN DEL DEPORTE ADAPTADO PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA

Cuando hablamos de organización del deporte adaptado para las personas con discapacidad, y en concreto para aquellas con discapacidad física, se nos hace inevitable tener que hacer una mirada retrospectiva acerca de la evolución del mismo. De esta forma, sin profundizar en aspectos que se abordarán en los capítulos de historia del deporte adaptado, contextualizaremos de forma sucinta este término del deporte adaptado por lo que se refiere a los sujetos a los que nos dirigiremos, así como por cuanto se refiere a las organizaciones encargadas de gestionar el mismo.

Cuando nos referimos a las discapacidades físicas, hacemos referencia a todas aquellas que tienen una incidencia, más o menos manifiesta, en la motricidad del sujeto. En este sentido, Basil, Bolea y Soro-Camats (1997: p. 255) definen la discapacidad motriz como "una alteración del aparato motor causada por un funcionamiento deficiente del sistema nervioso central, del sistema muscular, del sistema óseo o de una interrelación de los tres sistemas, que dificulta o imposibilita la movilidad funcional de una o diversas partes corporales". Nos encontramos, pues, ante cualquier alteración del sistema locomotor que afecta fundamentalmente a cualquier ejecución motriz.

No encontramos entonces con organizaciones que organizan y gestionan el deporte para discapacidades tan diferentes en su etiología, evolución y manifestación como la lesión medular, la parálisis cerebral, la amputación, la espina bífida, la esclerosis múltiple, la poliomielitis, la distrofia muscular, la osteogénesis imperfecta y el enanismo, entre otras. Esta diversidad de discapacidades es la que, en cierta medida, ha condicionando sustancialmente las organizaciones acerca de las cuales vamos a hablar seguidamente.

Si buscamos el origen del deporte adaptado (de forma reglada) para las personas con discapacidad, debemos remontarnos a

mediados del siglo XX, donde Sir. Ludwig Guttmann (considerado el padre del deporte adaptado para las personas con discapacidad) incorporó la práctica de modalidades deportivas como el baloncesto en silla, el atletismo o el tiro con arco en los programas de rehabilitación del *Spinal Injuries Centre* del Hospital de Stoke Mandeville, en Aylesbury (Inglaterra). Pero el deseo de Guttmann iba más allá de la celebración periódica de unos Juegos en ese entorno. Si al principio se celebraba una competición anual bajo la denominación de *International Stoke Mandeville Games* -ISMG- (iniciados desde 1948), el propósito era trasladar esos juegos a la ciudad donde cada cuatro años tuvieran lugar los Juegos Olímpicos, incorporando eventos deportivos de este colectivo dentro del propio movimiento olímpico, hecho que ocurrió por primera vez en Roma en 1960. Hasta esa fecha, quien organizaba esos juegos anuales era la *Internacional Stoke Mandeville Games Federation* (ISMGF). De hecho, los deportistas que participaban en estos primeros "Juegos Paralímpicos" (término que no fue adoptado oficialmente hasta 1988) eran aquellos que tenían lesión medular o poliomielitis, discapacidades que afectan a las extremidades inferiores y, por lo tanto, a funciones locomotrices. Por lo tanto, es fácil imaginarse que el denominador común de muchos de estos deportistas es que eran usuarios de silla de ruedas, de ahí la preferencia por llamar a esos primeros deportes como *Paraplegic Sports* (Labanowich, 1989), ya que definía más claramente la población que participaba en los mismos.

Sin embargo, el deseo de participación en este incipiente movimiento por parte de otros colectivos cuya discapacidad no era de origen espinal o que afectara a esas funciones locomotrices, tales como amputados de extremidades inferiores, dio como lugar a la génesis de otro movimiento independiente en 1964: ISOD (*International Sports Organization for the Disabled*), quien acogía a grupos como el de amputados, ciegos y parálíticos cerebrales. Sin embargo, la evolución del movimiento Paralímpico dio lugar a la creación de organizaciones independientes como CP-ISRA (*Cerebral Palsy-International Sports and Recreation Association*) para el colectivo de personas con parálisis cerebral en 1978, e IBSA (*Internacional Blind Sports Association*) en 1981 para el de ciegos y deportistas con discapacidades sensoriales visuales o ceguera.

Estas cuatro grandes organizaciones componían la *International Organization of Sports for the Disabled* (IOSD), que acabaron constituyendo el *International Paralympic Committee* (IPC), al que más

tarde se unió la organización que amparaba a los atletas con discapacidades intelectuales (INAS-FMH en su origen e INAS-FID en la actualidad -*International Sports Federation for Persons with Intellectual Disability*-). De esta manera, nos encontrábamos con la existencia de dos grandes entes que acogían a los colectivos con discapacidad física: ISMWSF (*International Stoke Mandeville Wheelchair Sports Federation*) e ISOD (*Internacional Sports Organization for the Disabled*). Comentar que la primera de ellas adoptó el término "Wheelchair" en su nomenclatura durante el proceso de constitución del IPC, una vez que se desvincularon totalmente de su amparo los colectivos que no utilizaban la misma para la práctica deportiva. En cambio, ISOD acogía a los grupos de amputados y el denominado como *Les Autres*, es decir, aquellos deportistas con discapacidades físicas que no eran lesionados medulares o amputados.

Sin embargo, en el año 2004 se constituyó la *International Wheelchair and Amputee Sports Federation* (IWAS), que aglutina a las anteriores federaciones mencionadas para lesionados medulares (ISMWSF), y amputados y "les autres" (ISOD), y cuya sede sigue asentada en Stoke Mandeville (Gran Bretaña). Tal y como anunció D. Juan Palau Francas (Presidente de la FEDDF), en la Conferencia Internacional de Deporte Adaptado de Málaga en noviembre de 2003, dicha fusión pretendía dar lugar a una gran organización más simple, más fuerte y que permitiera reducir los costos para los países miembros (Figura 1).

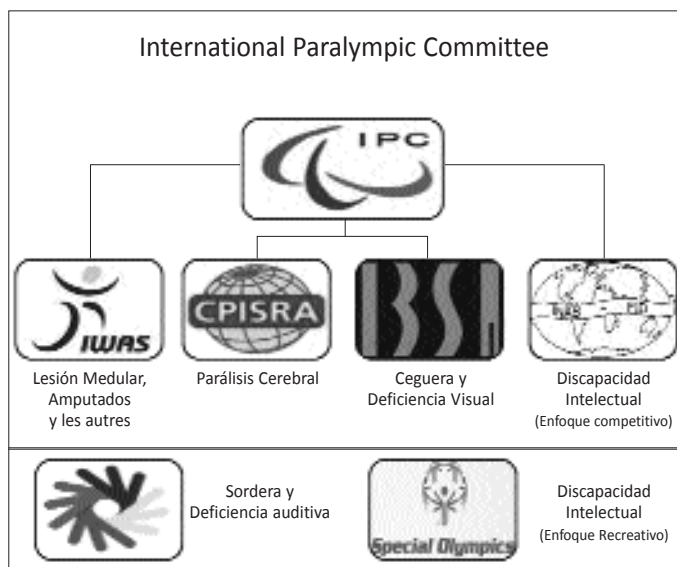


Fig. 1. Estructura Internacional del Deporte Adaptado

Así, nos encontramos que la actual IWAS ha sido el principal organismo precursor del movimiento paralímpico, miembro fundador del IPC, origen y dinamizador del modelo deportivo para personas con discapacidad que Sir Ludwig Guttmann precursoró en Stoke Mandeville, garante del apoyo deportivo para pasar del deporte terapéutico al de élite, y sirve de soporte a una red de 70 estados miembros con sus más de 60 años de experiencia (IWAS, 2010).

ORGANIZACIONES MÁS RELEVANTES ENTORNO AL DEPORTE ADAPTADO PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA

Del apartado anterior emana la idea de que la génesis de las federaciones deportivas que articulan el deporte adaptado en la actualidad ha estado íntimamente ligada al desarrollo del movimiento paralímpico, manteniendo una constante lucha por integrarse dentro del movimiento olímpico (ver Brittain, 2010). Así pues, podemos considerar como el máximo exponente organizativo del deporte adaptado al *International Paralympic Committee* (IPC), constituido en Asamblea General en 1989 en Dusseldorf (Alemania). Pero, ¿qué acontecimientos dieron lugar al IPC como lo conocemos hoy en día?

Con la diversificación original de ISOD, culminada en 1981 con la creación de IBSA, ésta junto ISMWSF, ISOD y CP-ISRA, determinaron la necesidad de volver a organizar unos "Juegos Paralímpicos" coincidiendo con cada año olímpico. Es por ello por lo que surge el *International Coordinating Committee -ICC-* (Comité Internacional de Coordinación) en 1982. Pero éste no era un organismo democrático, puesto que la presidencia cambiaba cada 6 meses en cada comisión ejecutiva, y donde las decisiones eran tomadas de forma unánime (Steadward, 1996).

Dentro del ICC, el *International Fund for Sport for the Disabled* (IFSD), que actuaba como Secretariado del ICC, y las naciones miembros del mismo, determinaron la necesidad de crear una estructura democrática, con representación nacional y regional, con representación para las organizaciones internacionales de deportes para personas con discapacidad y los propios atletas. Tras una Asamblea celebrada por el ICC en Arnhem (Holanda), en marzo de 1987, surge lo que actualmente se conoce como el IPC, mencionado líneas arriba, en el que estaban representadas las cuatro grandes federaciones apuntadas con anterioridad.

La primera acción que realizó el IPC, al día siguiente de su constitución, fue informar de su existencia y objetivos al mismo ICC, al Comité Olímpico Internacional, y a las Naciones Unidas, iniciándose un proceso de progresiva extinción del ICC que duró hasta marzo de 1993 (Brittain, 2010).

El IPC organiza, supervisa y coordina los Juegos Paralímpicos y otras competiciones multi-discapacidad al nivel del deporte de elite. Actualmente, el IPC reconoce tres organizaciones regionales, que son la *African Sports Confederation of Disabled*, el *European Paralympic Committee*, y el *Oceania Paralympic Committee*. Además de estas tres organizaciones, y a la espera de constituirse un único órgano representativo, el IPC establece dos comités regionales para representar a las Américas (Paralympic Committee of the Americas) y Asia (Asian Paralympic Committee). El propósito de estos comités regionales es comunicarse en nombre del IPC con los miembros de su región, organizar los respectivos campeonatos regionales y coordinar actividades para el desarrollo de sus países miembros.

En la asamblea general del IPC también están representados 161 Comités Paralímpicos Nacionales¹ (41 en África, 25 en las Américas, 40 en Asia, 48 en Europa, y 7 en Oceanía), además de las cuatro federaciones específicas de deporte adaptado que componen el IOSD², en nuestro caso IWAS.

La principal función de los comités nacionales es emprender la coordinación y apoyo de las actividades del IPC y del deporte paralímpico dentro de sus territorios, siendo los responsables para la selección, gestión y preparación de sus equipos nacionales en los Juegos Paralímpicos y las competiciones sancionadas por el IPC.

Debido a la complejidad del deporte adaptado en cuanto a las múltiples categorías que deben constituirse para la organización de la competición, su organigrama presenta notables diferencias con respecto con el IOC. Las principales estructuras de este organismo vienen reflejadas en la Figura 2.

Tras la elección de Phil Craven³ como nuevo presidente del IPC en 2001, se adoptó una nueva visión del IPC por parte de su Comité Ejecutivo para "permitir a los deportistas paralímpicos alcanzar la excelencia deportiva e inspirar y emocionar al mundo" (DePauw y Gavron, 2005: p. 66). Ello dio lugar a la revisión de sus principios, los cuales resumimos a continuación:

1. El IPC reconoce a un Comité Paralímpico Nacional como una organización nacional representativa de los atletas con discapacidad en un país, y que es reconocida como el máximo organismo en esta materia en dicho territorio.

2. Son las cuatro grandes federaciones que el IPC reconoce como una organización independiente representativa de una sola discapacidad o grupo de discapacidades (parálisis cerebral, discapacidades físicas, ceguera y deficiencia visual, y discapacidad intelectual).

3. Presidente hasta ese momento de la Federación Internacional de Baloncesto en Silla de Ruedas (IWBF).

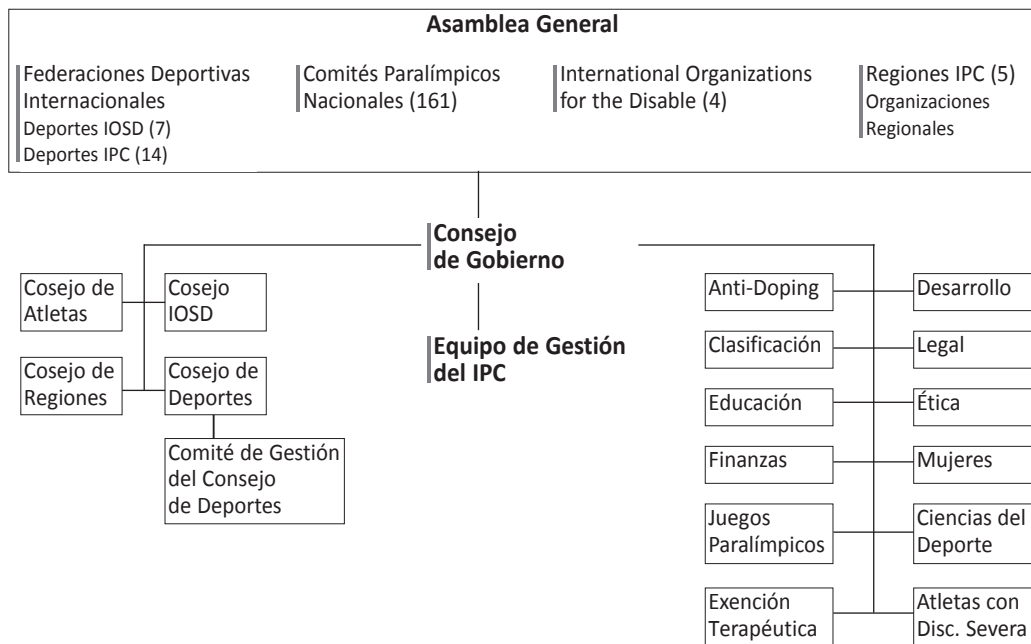


Fig. 2. Organigrama del Comité Paralímpico Internacional (traducido de Brittain, 2010)

- Garantizar y supervisar la organización de los Juegos Paralímpicos de forma satisfactoria.
- Asegurar el crecimiento y fortalecimiento del Movimiento Paralímpico a través del desarrollo de Comités Paralímpicos Nacionales de todas las naciones, y el apoyo a todas las actividades de todos los miembros del IPC.
- Promover y contribuir al desarrollo de las oportunidades deportivas y de competición, desde la iniciación al alto nivel.
- Desarrollar oportunidades para las mujeres y los atletas con discapacidades severas en deportes a todos los niveles y todas las estructuras.
- Apoyar y promover actividades educativas, culturales, de investigación y científicas que contribuyan al desarrollo y promoción del Movimiento Paralímpico.
- Buscar la promoción global continua y la cobertura mediática del Movimiento Paralímpico, su visión de inspiración y emoción a través del deporte, sus ideales y actividades.
- Promover el autogobierno de cada deporte paralímpico como una parte integral del movimiento deportivo internacional para deportistas sin discapacidad, o como una organización independiente, aunque siempre salvaguardando y preservando su propia identidad.

- Asegurar que prevalece el espíritu del juego limpio dentro de los deportes practicados en el Movimiento Paralímpico, prohibir la violencia, prevenir los riesgos para la salud de los deportistas, y mantener los principios éticos fundamentales.
- Contribuir a la creación de un entorno deportivo libre de drogas para todos los deportistas paralímpicos en colaboración con la Agencia Mundial Antidopaje (WADA).
- Promover deportes paralímpicos sin discriminación por razones políticas, religiosas, económicas, por discapacidad, género o raza.
- Asegurar los medios necesarios para apoyar el futuro crecimiento del Movimiento Paralímpico.

Esos principios fueron postulados en 2006 en un plan estratégico, para el periodo 2006-2009, con los siguientes objetivos (IPC Strategic Plan, 2006):

- Convertirse en una gran organización deportiva, con una organización eficiente y una clara estructura de gobierno.
- Facilitar el desarrollo de sus miembros para asegurarse que son activos, sostenibles y proveedores de servicios de calidad.
- Mejorar la creación de recursos para asegurar su viabilidad a largo plazo.
- Asegurarse de que los Juegos Paralímpicos son viables y sostenibles, siendo un evento deportivo único que inspire y estimule al mundo.
- Lograr un reconocimiento global del IPC, tratando de que la marca Paralímpico es definida y reconocida, comprendida y valorada, tanto por el público en general como por los medios de comunicación.

En definitiva, la misión del IPC es pasar de ser el ente administrador a ser la piedra angular sobre la que gire el movimiento paralímpico, y conseguir en el futuro (IPC, 2010):

- Más y mejores atletas.
- Un mayor reconocimiento internacional.
- Un incremento significativo de los fondos.
- Una organización eficiente y efectiva.

Sin embargo, cabe indicar que han sido numerosas las iniciativas puestas en marcha, y que han tratado de crear un cuerpo de conocimientos y un conjunto de profesionales al servicio de la mejora de las condiciones de práctica deportiva para las personas con discapacidad. En primer lugar, dentro del propio IPC,

se constituye en 1993, el Sports Science Committee (tiene entidad propia dentro del IPC desde 2004, ya que antes era un subcomité del Comité Médico), con la finalidad de responder a las necesidades de los atletas de una forma más eficiente. Este comité aúna los esfuerzos de atletas, entrenadores, gestores, personal médico e investigadores en pro de tres líneas prioritarias de trabajo (Doll-Tepper, 1999): a) iniciación y continuación en la práctica deportiva, b) rendimiento deportivo, y c) retiro de la práctica deportiva.

En este sentido, y al servicio de la investigación y formación de profesionales en actividad física y deporte adaptado, se constituyó en 1973 la International Federation of Adapted Physical Activity -IFAPA- (Federación Internacional de Actividad Física Adaptada), organización multidisciplinar que sirve de punto de encuentro para todas las áreas de conocimiento que trabajan en torno a los colectivos con discapacidad. Por lo tanto, se trata de una asociación científica interdisciplinar enfocada a la promoción, difusión e investigación de la actividad física adaptada en diferentes ámbitos. Esta asociación se ha concretado en diferentes áreas mundiales como Asia (Asian Society for Adapted Physical Education and Exercise -ASAPE-), Europa (European Association for Research into Adapted Physical Activity -EARAPA-) o Norteamérica (North American Federation of Adapted Physical Activity -NAFAPA-) (Doll-Tepper, 2001). Además, cabe indicar que IFAPA trabaja en colaboración con otras dos asociaciones mundiales relacionadas con la investigación en Ciencias de la Actividad Física y del Deporte: el International Council in Sport Sciences and Physical Education (ICSSPE) y la AIESEP (Association Internationale des Ecoles Supérieures d'Education Physique). Tampoco debemos olvidar la relación que ésta guarda con el Comité Científico del Comité Paralímpico Internacional (IPCSC).

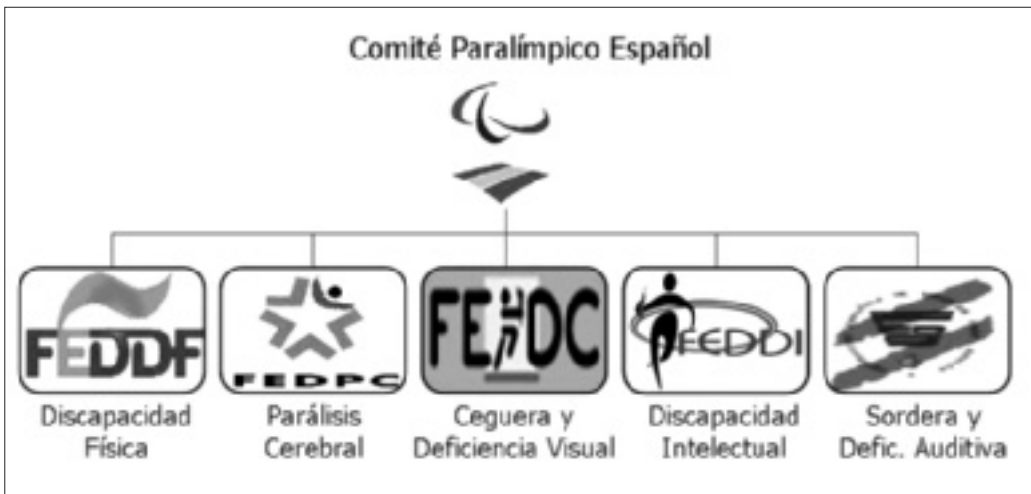
A nivel nacional, el Comité Paralímpico Español (CPE) es un fiel reflejo de la actual composición de su homónimo internacional. Se compone de una serie de grandes federaciones determinadas en función de la discapacidad a la que representan, y no por los distintos deportes que reconoce, tal y como ocurre en el ámbito deportivo para deportistas sin discapacidad. Creado en 1995, el CPE es un organismo sin ánimo de lucro y con personalidad jurídica propia, cuyos fines fundamentales son (CPE, 2004):

- Desarrollo y perfeccionamiento del deporte, estimulando y orientando su práctica y la preparación de las actividades que tengan representación en los Juegos Paralímpicos.

- Fortalecimiento del ideal Paralímpico entre los españoles, mediante la adecuada divulgación de su espíritu y filosofía.
- Colaborar con las Federaciones Españolas afiliadas a las Federaciones Internacionales, reconocidas por el Comité Olímpico Internacional.

Son cinco las Federaciones al amparo del CPE: la Federación Española de Deportes de Personas con Discapacidad Física (FEDDF), la Federación Española de Deportes para Paralíticos Cerebrales (FEDPC), la Federación Española de Deportes para Ciegos (FEDC), la Federación Española de Deportes para Discapacitados Intelectuales (FEDDI) y la Federación Española de Deportes para Sordos (FEDS). Sobre esta última cabe indicar que no participa del movimiento Paralímpico Internacional, organizando al margen del IPC sus "Olimpiadas Silenciosas" (Figura 3).

Fig. 3. Estructura Nacional del Deporte Adaptado



El CPE está compuesto por una Asamblea General, un Comité Ejecutivo, y sendas Comisiones de Garantía y otra Permanente. En la Asamblea General cuenta con miembros por representación institucional, además de las distintas federaciones de deportes para personas con discapacidad, del Consejo Superior de Deportes, del Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación, del Comité Olímpico Español, de la Fundación ONCE y de la Asociación Española de la Prensa Deportiva, además de dos representantes de la propia IWAS. Más información sobre este organismo la podremos encontrar en el epígrafe 1.6 de esta obra.

FEDERACIONES ESPECÍFICAS DE DEPORTES PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA A NIVEL NACIONAL E INTERNACIONAL

Como ya hemos expuesto anteriormente, desde 2004, IWAS se convirtió en el principal ente representativo para la representación y coordinación del deporte adaptado para deportistas con discapacidades físicas. IWAS tiene un total de 61 naciones miembros (entre ellas España), y su Comité Ejecutivo está compuesto por un Presidente y un Vicepresidente, un Secretario General o Director Ejecutivo, un Oficial Médico y de Ciencias del Deporte, un Oficial de Marketing y Comunicaciones, un Tesorero, y 4 miembros vitalicios. Hay que destacar aquí las funciones del Comité Médico y de Ciencias del Deporte, entre las que se haya la promoción de deportes adaptados, enfatizando en la habilidad y no en la discapacidad, velar por las condiciones de seguridad en la práctica deportiva, optimizar los procesos de clasificación deportiva o fomentar la investigación relacionada con esta materia. Además del comité ejecutivo, su organización se completa con la asamblea general, el equipo de gestión y un comité permanente (ver IWAS 2010 para más información).

Sin embargo, desde su creación, hemos asistido en los últimos años a un intenso proceso de integración de deportes adaptados en federaciones deportivas internacionales. De esta manera, en la actualidad, IWAS sólo gobierna la esgrima de los deportes incluidos en el programa paralímpico, además del hockey en silla de ruedas eléctrica. No obstante, sigue colaborando activamente en la organización y desarrollo del atletismo (gobernado por IPC) y los Lawn Bowling -ver capítulo de Otros deportes- (IWAS 2010). Además del atletismo, los deportes paralímpicos que gobierna el IPC son la halterofilia, el tiro olímpico y la natación, además del esquí alpino, el esquí nórdico, el hockey en trineo sobre hielo y el biatlón, en el caso de los Juegos Paralímpicos de Invierno.

En la Figura 4, vemos la actual estructura de gobierno de los diferentes deportes del programa paralímpico. A dicha estructura hay que sumarle los deportes gobernados por IBSA para los deportistas con ceguera y deficiencia visual (goalball, judo y fútbol a 5), así como los deportes gobernados por CP-ISRA para deportistas con parálisis cerebral y afines (boccia y fútbol a 7). Sobre este último colectivo, si bien se considera que tienen una discapacidad física, su tratamiento en esta obra no se aborda dada la estructura federativa actual, salvo la atención prestada a algunas clases que son aptas para la boccia (ver epígrafe 2.4).

Así, existen tres grupos de deportes en función del ente que los gobierna. En primer lugar, tenemos los que están al amparo del IPC, tanto de los juegos paralímpicos de verano (halterofilia, tiro olímpico, natación y atletismo -además del baile en silla de ruedas, que no es paralímpico-), como de invierno (esquí alpino, esquí nórdico, hockey en trineo sobre hielo y biatlón). En segundo término, tenemos los deportes gobernados por federaciones que constituyen el IOSD, es decir, CP-ISRA (boccia y fútbol a 7), IBSA (judo, goalball y fútbol a 5), y la propia IWAS (esgrima).

Pero el gran cambio acaecido en los últimos años radica en el siguiente grupo de deportes, los cuales están integrados en sus respectivas federaciones internacionales:

Figura 4. Organización de los deportes incluidos en el programa de los juegos paralímpicos.



-
- *Fédération Equestre Internationale (FEI): Hípica.*
 - *Federation Internationale de Tir a L'Arc (FITA): Tiro con arco.*
 - *Fédération Internationale des Sociétés d'Aviron (FISA): Remo.*
 - *International Association for Disabled Sailing (IFDS), que a su vez está integrada dentro de la International Sailing Federation (ISF).*
 - *International Table Tennis Federation (ITTF): Tenis de mesa.*
 - *International Tennis Federation (ITF): Tenis.*
 - *Union Cycliste Internationale (UCI): Ciclismo.*

De esta manera, las Federaciones Internacionales están dando instrucciones a sus Federaciones Nacionales para que acojan el deporte de personas con discapacidad dentro de sus competiciones nacionales, tratando de responder así a uno de los objetivos reivindicados por las personas con discapacidad: la integración e inclusión en la sociedad y en todas sus estructuras y ámbitos sociales (Jofre, 2009). En palabras del propio Alberto Jofre, Director Gerente del Comité Paralímpico Español, la integración en las federaciones deportivas logrará una mayor especialización de los servicios ofrecidos a los deportistas con discapacidad y a sus técnicos para la práctica de su deporte. Además, la integración producirá los siguientes beneficios:

- Incrementará el número de practicantes de actividad física y deportiva entre las personas con discapacidad.
- Elevará las cuotas de cohesión del tejido social y favorecerá la inclusión del colectivo de personas con discapacidad.
- Rentabilizará los recursos destinados a la promoción del deporte y de la actividad física.
- Sensibilizará a todos los agentes involucrados en la promoción del deporte y de la actividad física sobre la igualdad de oportunidades.

Sin embargo, dentro de este último grupo de deportes, queremos hacer una distinción para el baloncesto y el rugby en silla de ruedas y el voleibol, ya que están regulados por una federación u organismo específico, si bien reciben la categoría de Federación Internacional. El baloncesto en silla de ruedas es coordinado por la International Wheelchair Basketball Federation (IWBF), que se constituye, en 1993 y tras ser una sección dentro de ISMWGF desde 1973, como el ente mundial responsable del desarrollo de este deporte.

En el caso del voleibol, si bien la modalidad incluida en el programa paralímpico, desde los juegos de Atenas en 2004, es la de voleibol sentados (sitting volleyball), regula también la práctica de

otra modalidad en bipedestación (standing volleyball). El organismo que regula y sanciona este deporte es la World Organization Volleyball for the Disabled (WOVD). En sus orígenes fue una sección dentro de ISOD, para constituirse, tras los juegos de Barcelona de 1992, como el ente responsable de la gestión y control de las competiciones paralímpicas, mundiales y continentales, colaborando continuamente con el IPC y otros organismos deportivos para personas con y sin discapacidad.

Por último, a primeros de 2010, la International Wheelchair Rugby Federation (IWRF) ha recibido la consideración por parte del IPC de Federación Internacional, desligándose así de IWAS, y ser así el máximo organismo que regula y sanciona el rugby en silla de ruedas.

Según Craven (2003), las motivaciones que llevan a establecer colaboraciones entre ambas Federaciones (a nivel internacional y/o nacional) obedece a motivos tan diversos como pudiera ser el anhelo de prestigio (a veces político) de la Federaciones Deportivas por tener a su amparo a los deportistas con discapacidad, aunque existen otros motivos como el de colaboración, reciprocidad, apoyo, asociación y mejora del deporte en cuestión.

Ya a nivel nacional, la Federación Española de Deportes para Personas con Discapacidad Física (FEDDF) regula la práctica deportiva para aquellos deportistas con discapacidad física que no sea de origen cerebral (parálisis cerebral y/o accidentes cerebrovasculares), quienes son acogidos por la Federación Española de Deportes para Paralíticos Cerebrales (FEDPC). Aunque la génesis, desarrollo y organización de la FEDDF será tratada extensamente en los próximos capítulos, queremos finalizar este capítulo con una reflexión acerca de diferentes modelos organizativos que funcionan en la actualidad.

Asistimos en la actualidad a un proceso de cambio, en el que las tradicionales federaciones de deporte adaptado están cediendo, poco a poco, la gestión de diferentes deportes a sus respectivas federaciones deportivas. Este proceso, impulsado desde los entes de gobiernos internacionales, conlleva un gran esfuerzo de coordinación de agentes como el Consejo Superior de Deportes, el Comité Paralímpico Español, así como las Federaciones Deportivas y las Federaciones de Deportes Adaptados. Para estas últimas, ello implica un proceso de gran confianza y colaboración, tutelando ese proceso de integración y cediendo personal y técnicos cualificados en deporte adaptado, entre otras acciones. Por su parte, las Federaciones Deportivas deberán redimensionar sus estructuras y cargas de

trabajo para acoger a este grupo de deportistas, con las necesidades humanas y materiales que ello requiere para el desarrollo del deporte en cuestión (Jofre, 2009). Actualmente, en nuestro país se ha producido ya la inclusión en las Federaciones de Remo, Hípica y Ciclismo (Sagarra, 2009).

Pero esa colaboración no se ciñe sólo a las federaciones deportivas y de deporte adaptado. Así, desde 2008, en nuestro país se han venido realizando campeonatos de natación, esquí, ciclismo y atletismo con deportistas de la FEDDF, la FEDPC y la FEDC.

Sin embargo, este proceso de integración a nivel nacional tiene, por supuesto, sus repercusiones en la organización del deporte adaptado a nivel autonómico o territorial. Y es que encontramos, por un lado, comunidades autónomas como la Valenciana, que tienen un modelo mediante el cual, bajo una misma organización (la Federació d'Esports Adaptats -FESA-), se organiza todo el deporte adaptado de esa comunidad autónoma, dando respuesta al deporte de base, de competición y de elite, además de otros proyectos y actividades especiales como el programa Hospi-Sport (Jiménez, 2007). En cambio, en otras comunidades, como la de Extremadura, existen federaciones territoriales de deporte adaptado (p.e. Federación Extremeña de Deportes para Minusválidos Físicos -F.Ex.D.M.F.- o Federación Extremeña de Deportes para Parálíticos Cerebrales -F.Ex.D.P.C.-). El caso extremeño ha evolucionado de manera que, al amparo de la Consejería de los Jóvenes y el Deporte de la Junta de Extremadura, los Juegos Extremeños del Deporte Especial (JEDES) organizan competiciones deportivas regulares para los anteriores colectivos, amén del de discapacidad intelectual (Alvano y Fernández, 2009). Este tipo de propuestas organizativas, particulares de cada comunidad autonómica, creemos que debe tender a ofrecer una amplia oferta de práctica deportiva de base, que sirva de sustento para la futura práctica de deporte competitivo.

Para finalizar con este epígrafe, Jofre (2009) indica que, filosóficamente y en líneas generales, el sector del deporte adaptado está de acuerdo con el proceso integrador. Sin embargo, pensamos que éste es un proceso de transición que debe realizarse con cautela y de forma acertada, salvaguardando los intereses y necesidades de los deportistas que realizan una modalidad adaptada, sobre todo aquellas que no tienen su homónimo, como puede ser el caso de la boccia o el goalball, deportes que harán que perduren durante mucho tiempo las Federaciones de Deporte Adaptado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alvano, D. y Fernández, N. (2009). La comunidad autónoma y las políticas deportivas para personas con discapacidad. En J. Pérez y D. Sanz (Eds.), Libro de Actas de la I Conferencia Nacional de Deporte Adaptado (CD-Rom, Bloque I). Toledo, 19 y 20 de mayo de 2010.
- Basil, C., Bolea, E., y Soro-Camats, E. (1997). La discapacitat motriu. En C. Giné (Coord.), *Trastorns del desenvolupament i necessitats educatives especials* (pp. 249-352). Barcelona: Edicions UOC.
- Brittain, I. (2010). *The paralympic games explained*. Oxon: Routledge.
- Comité Paralímpico Español (2010). *Página Web Oficial*. En: paralimpicos.sportec.com. Acceso el 15 de enero de 2010.
- Craven, P. (2003). Presente y futuro del modelo de inclusión de las estructuras paralímpicas en las estructuras olímpicas. En J.O. Martínez (Ed.), *Libro de Actas de la Conferencia Internacional de Deporte Adaptado* (pp. 53-66). Cádiz: Instituto Andaluz del Deporte.
- DePauw, K.P. y Gavron S.J. (2005). *Disability sport* (2nd ed.). Champaign, IL: Human Kinetics.
- Doll-Tepper, G. (1999). Disability sport. En J. Riordan y Krüger, A. (Eds.), *The international politics of sport in the 20th century* (pp. 177-190). London: E&FN Spon.
- Doll-Tepper, G. (2001). Adapted Physical Activity: Issues and challenges from an international perspective. *Seminar of International Perspectives (European Master Degree in Adapted Physical Activity)*. Leuven: Documento inédito.
- Federación Española de Deportes para Personas con Discapacidad Física (2010). *Página Web Oficial*. En: <http://www.feddf.es>. Acceso el 15 de enero de 2010.
- Fédération Equestre Internationale (2010). *Official Web Page: Para-Equestrian*. En: <http://www.fei.org/DISCIPLINES/PARA-EQUESTRIAN/Pages/Default.aspx>. Acceso el 28 de enero de 2010
- Federation Internationale de Tir a L'Arc (2010). *Official Web Page: Para-Archery*. En: <http://www.para-archery.org/News/index.php>. Acceso el 28 de enero de 2010.
- Fédération Internationale des Sociétés d'Aviron (2010). *Official Web Page: Paralympic/Adaptive*. En: <http://www.worldrowing.com/index.php?pageid=17>. Acceso el 28 de enero de 2010.
- International Association for Disabled Sailing (2010). *Official Web Page*. En: <http://www.sailing.org/disabled/index.php>. Acceso el 28 de enero de 2010.
- International Paralympic Committee (2010). *Official Web Page*. En: www.paralympic.org. Acceso el 15 de enero de 2010.
- International Paralympic Committee (2006). IPC strategic plan 2006-2009. En: http://www.paralympic.org/export/sites/default/IPC/Reference_Documents/2008_05_Updated_Strategic_Plan.pdf. Acceso el 17 de enero de 2010.
- International Table Tennis Federation (2010). *Official Web Page*. En: http://www.ittf.com/index_front_page.html. Acceso el 28 de enero de 2010.
- International Tennis Federation (2010). *Official Web Page: Wheelchair tennis*. En: <http://www.itf-tennis.com/wheelchair/>. Acceso el 28 de enero de 2010.

-
- International Wheelchair Basketball Federation (2010). *Official Web Page*. En: www.iwbf.org. Acceso el 29 de enero de 2010.
 - International Wheelchair and Amputee Sports Federation (2010). *Official Web Page*. En: <http://www.iwasf.com/iwasf/index.cfm>. Acceso el 17 de enero de 2010.
 - Jiménez, E. (2007). La organización y gestión deportiva adaptada. El caso de FESA. En J. Pérez (Coord.), *Discapacidad, calidad de vida y actividad físico-deportiva* (pp.251-266). Madrid. Dirección General de Deportes de la Comunidad de Madrid.
 - Jofre, A. (2009). El reto de la integración del deporte adaptado español en el deporte convencional. En J. Pérez y D. Sanz (Eds.), *Libro de Actas de la I Conferencia Nacional de Deporte Adaptado* (CD-Rom, Bloque I). Toledo, 19 y 20 de mayo de 2010.
 - Labanowich, S. (1989). The Paralympic Games: A retrospective view. *Palaestra*, 5 (4), 9-52.
 - Palau, J. (2003). Diferentes modelos de organización de Federaciones Internacionales Paralímpicas. En J.O. Martínez (Ed.), *Libro de Actas de la Conferencia Internacional de Deporte Adaptado* (pp. 80-81). Cádiz: Instituto Andaluz del Deporte.
 - Sagarra, M. (2009). La estructura del deporte adaptado: pasado, presente y futuro. En J. Pérez y D. Sanz (Eds.), *Libro de Actas de la I Conferencia Nacional de Deporte Adaptado* (CD-Rom, Bloque I). Toledo, 19 y 20 de mayo de 2010.
 - Steadward, R.D. (1996). Integration and sport in the Paralympic movement. *Sport Science Review*, 5 (1), 26-41.
 - Union Cyclisme Internationale (2010). *Official Web Page: Para-Cycling*. En: <http://www.uci.ch/templates/UCI/UCI5/layout.asp?MenuId=MTI2MzI&LangId=1>. Acceso el 28 de enero de 2010.
 - World Organization Volleyball for the Disabled (2010). *Official Web Page*. En: www.wovd.info. Acceso el 29 de enero de 2010.

1.6 UN PASO ADELANTE: EL COMITÉ PARALÍMPICO ESPAÑOL

Alberto Jofre Bernardo

Día 6 de septiembre de 1995. Sede del Consejo Superior de Deportes. Madrid. Su Alteza Real la Infanta Doña Elena inaugura solemnemente la Asamblea Constitutiva del Comité Paralímpico Español. Se abre una nueva era para el movimiento paralímpico en España.

La creación del Comité Paralímpico Español supone la culminación de un proceso que tiene sus primeros pasos casi treinta años antes, cuando se fundó, en 1968, la Federación Española de Deportes de Minusválidos (FEDM) por parte del entonces Delegado Nacional de Deportes, D. Juan Antonio Samaranch. Son los inicios institucionales del movimiento paralímpico español, aunque nadie entonces lo conociera por ese nombre ni se imaginara hasta dónde se podría llegar en el mundo del deporte de personas con discapacidad con el paso de los años. Hasta el día de la creación de la FEDM se habían dado unos tímidos primeros pasos en este mundo, especialmente en Barcelona, pero es ya con la federación cuando comienza a estructurarse la práctica deportiva y la competición entre los deportistas con discapacidad.

En el espacio de tiempo que transcurre entre la creación de la FEDM y la constitución del Comité Paralímpico Español se produce un camino de ida y vuelta entre la aglutinación (o unión) y la disgregación. En un principio la FEDM aglutinó a los deportistas con varios tipos de discapacidad, pero a medida que las competiciones y los entrenamientos se fueron sofisticando y elevando de nivel, se comenzó a comprobar que hacía falta una especialización según el tipo de discapacidad. Es así como se inicia el proceso disgregador, el que dará como resultado, en los años 80, la segregación de dos federaciones, las de Deportes para Ciegos y Deportes de Parálíticos Cerebrales, y la conversión de la FEDM en la Federación Española de Deportes de Minusválidos Físicos.

Junto a estas tres federaciones, existían en España otros dos colectivos de deportistas, las personas con discapacidad intelectual y auditiva, que históricamente habían seguido caminos diferenciados y que también se constituyeron en federaciones, las de Deportes de Minusválidos Psíquicos (posteriormente Discapacitados Intelectuales) y Deportes para Sordos.

Así pues, a mediados de los años 80 existían ya las cinco federaciones de deportes de personas con discapacidad, que son reconocidas oficialmente en la Ley del Deporte, del año 1990. Y muy pronto estas federaciones se dan cuenta de que, una vez salvaguardadas sus especificidades, la única forma de defender sus intereses como colectivo de deportistas con discapacidad era desde la unidad de acción, lo que les condujo al camino de vuelta hacia la unión, hacia la aglutinación, esta vez hacia la creación de un Comité Paralímpico Español.

La idea de crear un Comité Paralímpico Español surgió no solo de la necesidad de unirse de las federaciones españolas de deportes adaptados a las personas con discapacidad, sino que también significa la materialización de una estructura paralela y similar a la del deporte olímpico, por un lado, y a la del movimiento paralímpico internacional por otro.

Al igual que las federaciones de deportes olímpicos tienen su punto de encuentro en el Comité Olímpico Español, los deportistas con discapacidad debían tener su Comité Paralímpico Español. Mientras que el primero está formado por federaciones específicas de cada deporte, el segundo lo está por federaciones deportivas de tipos de discapacidad.

Asimismo, el Comité Paralímpico Internacional existía ya desde 1992 y era lógico y necesario que cada país estableciera su estructura nacional similar y que pudiera integrarse en aquél.

Con todos estos antecedentes, en la citada fecha del 6 de septiembre de 1995, nace el Comité Paralímpico Español, un organismo sin ánimo de lucro y con personalidad jurídica propia que tiene como fines fundamentales el desarrollo y perfeccionamiento del deporte de personas con discapacidad, estimulando y orientando su práctica y la preparación de las actividades que tengan representación en los Juegos Paralímpicos; el fortalecimiento del ideal paralímpico entre los españoles, mediante la adecuada divulgación de su espíritu y filosofía, y la colaboración con las federaciones españolas afiliadas a las federaciones internacionales reconocidas por el Comité Paralímpico Internacional.

Así, el Comité Paralímpico Español se configuró como el órgano de unión y coordinación de todo el deporte practicado por personas con discapacidad en el Estado español y de su representación en el ámbito internacional, en estrecha colaboración con el Consejo Superior de Deportes.

Cabe destacar aquí que aunque la Federación Española de Deportes para Sordos es un miembro integrante del Comité Paralímpico Español, el deporte practicado por estos deportistas no está incluido en la estructura del Comité Paralímpico Internacional por decisión del Comité Internacional de Deportes para Sordos.

Desde su creación en 1995, el Comité Paralímpico Español cuenta con la Presidencia de Honor de Su Alteza Real la Infanta Doña Elena, una presidencia además muy activa, ya que ha presidido prácticamente todas las reuniones de la Asamblea General que se han producido desde entonces (dos al año) y se ha desplazado a visitar a los deportistas españoles en los Juegos Paralímpicos de Atlanta 1996, Sidney 2000, Atenas 2004 y Pekín 2008, además de celebrar recepciones con el equipo paralímpico español en varias ocasiones.

Además de los representantes de las cinco federaciones españolas de deportes adaptados a las personas con discapacidad, en la Asamblea General del Comité Paralímpico Español hay miembros en representación del Consejo Superior de Deportes, el Ministerio de Sanidad y Política Social, el Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación, el Comité Olímpico Español, la Fundación ONCE y la Asociación Española de Periodistas e Informadores Deportivos.

Como muestra de la importancia de esta presencia institucional en el máximo órgano de gobierno de la institución, las tres Vicepresidencias de Honor del Comité Paralímpico Español les corresponden a la Secretaría de Estado-Presidencia del Consejo Superior de Deportes, a la Secretaría General de Política Social y a la Presidencia del Comité Olímpico Español.

El Presidente del Comité Paralímpico Español es elegido por la Asamblea General cada cuatro años. Desde su fundación en 1995 y hasta finales de 2004 el Presidente fue D. José María Arroyo Zarzosa, a quien le relevó en el cargo el actual Presidente, D. Miguel Carballeda Piñeiro.

También la Asamblea General designa al órgano directivo de la institución, el Comité Ejecutivo, que está compuesto por el Presidente, dos Vicepresidentes, el Secretario General, el Tesorero y dos Vocales y entre los cuales están incluidos los cinco Presidentes de las Federaciones Españolas de Deportes adaptados a las personas con discapacidad.

En la breve historia del Comité Paralímpico Español caben ya destacar sonados éxitos en la participación española en las distintas ediciones de los Juegos Paralímpicos celebrados desde entonces.

La "prueba de fuego" del Comité fueron los Juegos de Atlanta 1996, donde el equipo español afrontaba el reto de mantener el glorioso resultado cosechado en Barcelona. Y finalmente así fue, ya que España revalidó su quinto lugar en el medallero, con 106 metales (39 de oro, 31 de plata y 36 de bronce), una cifra muy similar a la de 1992 (106 medallas, con 34 oros).

En Sidney 2000 se repitió de nuevo el éxito e incluso se aumentó. España se aupó a la tercera posición del ranking final por países, con 107 medallas (39 de oro, 30 de plata y 38 de bronce), participando además representantes españoles en todas las disciplinas paralímpicas excepto tres (baloncesto en silla de ruedas, rugby en silla de ruedas y voleibol).

En Atenas 2004, se produjo un importante punto de inflexión con respecto a Juegos anteriores y estuvo marcada por la irrupción de nuevas potencias que han elevado muchísimo el nivel y la competitividad, poniendo las medallas mucho más caras. La aparición apabullante de China como gran potencia mundial, pero también de otros países con menor tradición como Ucrania, desplazaron al equipo español a un meritorio séptimo puesto en el medallero, con 71 medallas (20 de oro, 27 de plata y 24 de bronce).

Esta tendencia se ha mantenido en la última cita celebrada hasta ahora, los Juegos Paralímpicos de Pekín 2008. Allí, las nuevas potencias surgidas cuatro años antes mantuvieron su línea ascendente y a ellas se les unieron algunas nuevas, como fue el caso de Brasil. Esto provocó una durísima competencia que otorgó un gran valor al décimo puesto en el medallero logrado por el Equipo Español, que consiguió 58 metales (15 de oro, 21 de plata y 22 de bronce).

En cuanto a los Juegos Paralímpicos de Invierno, la participación española ha sido muy positiva en la "era CPE", destacando la actuación en Nagano'98, donde las ocho medallas de oro de Magda Amo, Eric Villalón y Juan Carlos Molina catapultaron a España hasta el séptimo lugar del medallero. Siete medallas en Salt Lake City 2002 y dos metales en Turín 2006 completan el cuadro de la brillante actuación de los esquiadores españoles en los Juegos Paralímpicos.

VANCOUVER

El Equipo Español que participó en los Juegos Paralímpicos de Vancouver 2010 estuvo formado por nueve deportistas, de las cuales cuatro fueron deficientes visuales, con sus correspondientes guías, más una discapacitada física.

Todos ellos participaron en la disciplina de esquí alpino, que estuvo compuesto de cinco competiciones: eslalon, eslalon gigante, súper-gigante, súpercombinada (prueba que consta de una manga de eslalon y otra de gigante y descenso).

Tanto los deficientes visuales Anna Cohí y Gabriel Gorce, como la discapacitada física Úrsula Pueyo debutaron este año en unos Juegos Paralímpicos de Invierno, mientras que Andrés Boira afrontó su segunda participación, tras la de Turín 2006. El más veterano del equipo fue Jon Santacana, que ya ganó tres medallas en Salt Lake City 2002.

Los resultados se pueden considerar como buenos, manteniéndose el nivel alcanzado en anteriores ediciones.

Los artífices de todos los éxitos no son otros que los deportistas: los atletas, nadadores, ciclistas, judokas, jugadores de boccia, etcétera, que con su esfuerzo diario y su afán de superación han hecho de España una potencia mundial paralímpica y se han convertido en todo un símbolo de hasta dónde puede llegar una persona con discapacidad, un ejemplo para toda la sociedad de lo que puede lograr una persona cuando se lo propone.

Purificación Santamarta, Teresa Perales, Sebastián Rodríguez, Eric Villalón, Ana M^a Peiró, Richard Oribe, Javier Conde, Sara Carracellas, Xavier Torres, Enhamed Enhamed, David Casinos... son sólo los nombres más destacados de una interminable lista que abarca decenas de medallistas paralímpicos, que han aportado a España cerca de 500 medallas a lo largo de la historia de los Juegos Paralímpicos.

ADOP

Pero si la creación del Comité Paralímpico supuso un antes y un después en la historia del movimiento de los deportistas con discapacidad en España, un nuevo punto y aparte supone también la puesta en marcha del Plan ADO Paralímpico (ADOP).

Las larguísimas e históricas reivindicaciones de los deportistas paralímpicos respecto a la necesidad de ser considerados en igualdad de condiciones que sus homólogos olímpicos y poder disfrutar, por lo tanto, de becas y de un programa de preparación deportiva similar al ADO (puesto en marcha con motivo de los Juegos Olímpicos de Barcelona'92) dieron por fin su fruto en el año 2005.

Prácticamente desde la puesta en marcha del ADO, antes de 1992, comenzaron a sonar esas voces reivindicando un ADO Paralímpico. Y esas voces encontraban a menudo la lógica comprensión de las distintas Administraciones y poderes públicos, que muchas veces prometieron atender esa justa petición. Sin embargo, las promesas no se cumplían y el ADO Paralímpico seguía sin llegar.

Y fue en los Juegos Paralímpicos de Atenas 2004 donde se vio con mucha más claridad que una serie de países como Gran Bretaña, Ucrania o China habían obtenido unos resultados notablemente mejores a los de anteriores citas, gracias a unos serios programas de preparación de los deportistas paralímpicos. España, sin embargo, se había estancado en cuanto a resultados e incluso descendió varios puestos en el medallero con respecto a Sydney o Atlanta. La necesidad de actuar era ya acuciante.

Y fue allí, en Atenas, donde se volvió a producir, por parte de los representantes gubernamentales, la promesa de que se pondría en marcha el Plan ADO Paralímpico. En Atenas, los deportistas españoles volvieron a contar con el apoyo sincero y rotundo de la Familia Real, en la persona de la Reina Doña Sofía y la Infanta Doña Elena. Y los representantes políticos allí presentes, los ministros Jesús Caldera y María Jesús San Segundo y la secretaria de Estado Amparo Valcarce, liderados por el presidente del Consejo Superior de Deportes, Jaime Lissavetzky, se conjugaron, liderados por Jaime para sacar adelante el tan nombrado ADO Paralímpico.

"Una promesa más", pensaron algunos. Pero esta vez fue la definitiva. Menos de un año después, el 25 de junio de 2005, el presidente del Gobierno, José Luis Rodríguez Zapatero, recibió a una delegación paralímpica en el Palacio de La Moncloa y allí mismo se firmó el Plan Apoyo al Deporte Objetivo Paralímpico (ADOP). Las partes firmantes fueron las Secretarías de Estado para el Deporte y de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad, el Comité Paralímpico y, sobre todo, lo más importante, representantes de ocho grandes empresas: Telefónica, Fundación ONCE, Caja Madrid, Iberdrola, ACS, Grupo Leche Pascual, El Corte Inglés y RTVE.

A través del Plan ADOP, los patrocinadores destinan una serie de cuantías económicas durante los cuatro años del ciclo paralímpico, que se gestionan con el único objetivo de propiciar la preparación óptima de los deportistas españoles para lograr el mayor éxito posible en los Juegos Paralímpicos.

El Plan ADOP, que nació con un presupuesto inicial de 7,3 millones de euros para el cuatrienio 2005-2008, terminó dicho periodo con un total de 17,8 millones, dado que al grupo inicial de empresas se fueron uniendo otras nuevas: Pfizer, Sanitas, Cepsa, Decathlon, AXA, Liberty Seguros, Groupama Seguros, Renfe, Fundación Adecco, Ferrovial, Gas Natural, Red Eléctrica de España, Holcim y Grupo Mahou San Miguel.

Una vez concluido el primer ciclo del Plan ADOP, en 2009 el movimiento paralímpico volvió a sentir la renovación del compromiso institucional y empresarial cuando se procedió a la firma pública del nuevo Plan ADOP Londres 2012, con José Luis Rodríguez Zapatero otra vez a la cabeza de una representación de las empresas e instituciones que han decidido seguir apostando por el Equipo Paralímpico Español.

En esta ocasión, el Consejo Superior de Deportes, el Ministerio de Trabajo y Política Social, Telefónica, Groupama Seguros, Liberty Seguros, AXA, Persán, Iberdrola, El Corte Inglés, Gadis, Grupo Leche Pascual, Sanitas, Fundación ONCE, Renfe, Fundación ACS y RTVE han reunido la cantidad económica de algo más de 17 millones de euros para afrontar con las mayores garantías posibles los Juegos Paralímpicos de Londres 2012.

El ADO Paralímpico ofrece ayudas a los deportistas que estén en condiciones de lograr buenos resultados en las citas paralímpicas, así como prestigio y proyección internacional para el deporte español, pero también a sus entrenadores, médicos, fisioterapeutas, psicólogos y técnicos, sin cuya participación sería imposible conseguir una adecuada preparación integral de los deportistas paralímpicos.

Más de un centenar de beneficiarios, entre deportistas, técnicos y personal de apoyo, están percibiendo las becas y ayudas previstas en este Plan, con vistas a lograr el mejor resultado posible en los Juegos Paralímpicos.

El Plan ADOP Londres 2012 consta de becas económicas para los deportistas más destacados, pero también incluye ayudas para

personal de apoyo, material deportivo, entrenamiento en centros de alto rendimiento, asistencia a competiciones internacionales o el servicio médico.

Los dos elementos fundamentales de este nuevo Plan ADOP son las Becas Pro y el Programa de Alto Rendimiento Paralímpico (Programa ARPA). Las Becas Pro, de hasta 26.000 euros anuales, son concedidas en función de los resultados obtenidos por cada deportista en los Juegos Paralímpicos de Pekín 2008 o en los Campeonatos del Mundo de años posteriores. Su objetivo es que los deportistas paralímpicos puedan hacer de la dedicación al deporte de alto nivel su principal ocupación.

En cuanto al Programa ARPA, se trata de un sistema integral de apoyo al entrenamiento de los deportistas. Con el objetivo de ofrecer las condiciones necesarias para que el proceso de entrenamiento se desarrolle bajo parámetros de máxima calidad y eficacia, el Programa ARPA ofrece ayudas económicas para los guías y pilotos de atletas y ciclistas ciegos y para los entrenadores personales de los deportistas beneficiarios del plan.

Las ayudas para material deportivo tanto adaptado como no adaptado, para el entrenamiento en Centros de Alto Rendimiento y Tecnificación y el apoyo médico, biomecánico, fisiológico, psicológico y de control de entrenamiento de máximo nivel a los deportistas son otras de las medidas incluidas en el Programa ARPA, que también incluye actividades de desarrollo personal, concentraciones o programas de investigación aplicada e hipoxia.

Como elemento capital para los deportistas con discapacidad y diferenciador respecto al ADO olímpico, el Plan ADOP contempla las ayudas para el personal de apoyo, imprescindible en el caso de deportistas con grandes discapacidades, como los paralíticos cerebrales que practican boccia o los ciegos que necesitan un guía para el esquí, el atletismo o el ciclismo, así como ayudas para la compra de material deportivo específico, como pueden ser las sillas de ruedas para competición, que usan materiales de última tecnología y cuyo coste suele ser muy elevado.

También un aspecto destacable del Plan ADOP es el Servicio Médico, puesto en marcha en colaboración con la empresa patrocinadora Sanitas. Todos los deportistas incluidos en la preselección para los Juegos Paralímpicos disfrutan de la cobertura sanitaria de esta compañía médica y disponen además de un servicio

médico del Comité Paralímpico que les asesora y supervisa en cuanto a posibles lesiones y otros aspectos de medicina deportiva, así como en lo referente al doping. Se trata de un servicio pionero en el mundo, en el ámbito paralímpico, pero también respecto a muchas federaciones de deportes olímpicos en España.

El futuro: la inclusión

Si antes hablábamos de que el movimiento paralímpico en España sufrió un proceso de ida y vuelta unión-disgregación-unión, hoy se vuelve a abrir un nuevo camino: el de la inclusión de los deportistas paralímpicos en las federaciones de deportes olímpicos.

A nivel internacional, las modalidades paralímpicas de deportes tan importantes como el ciclismo, el curling, la hípica, el remo, el tenis, el tenis de mesa, el tiro con arco o la vela tienen transferidos el gobierno y la gestión a su respectiva Federación Olímpica Internacional no estando regidas por las federaciones internacionales de deportes adaptados a las personas con discapacidad, sino que las competiciones, reglamentos, normativas, etcétera, se establecen desde mismas.

Este modelo internacional se va aplicando paulatinamente en cada país, y en España ya es una realidad en deportes como el remo o la hípica y, sobre todo, en una modalidad tan importante para el deporte paralímpico español como es el ciclismo. En estas disciplinas, ya son las Federaciones Españolas de Remo, Hípica o Ciclismo las encargadas de organizar y controlar todo lo referente a sus respectivas modalidades practicadas por personas con discapacidad, desde la tramitación de las licencias deportivas hasta la participación del equipo español en competiciones internacionales, pasando por la organización de competiciones regionales y nacionales, reglamentación, etcétera.

Aunque podría considerarse éste como un nuevo proceso disgregador del deporte adaptado a las personas con discapacidad, tiene, sin embargo, como elemento muy positivo que supone un proceso inclusivo, integrador, en la línea de las reivindicaciones del colectivo de personas con discapacidad en general, que siempre está apostando por su integración en la sociedad y en cualquier segmento de ésta.

La integración de los deportistas con discapacidad en las estructuras del deporte olímpico debe ser, por tanto, un objetivo a con-

seguir, siempre que se salvaguarden las especificidades imprescindibles del deporte adaptado, para lo cual seguirá siendo muy importante el papel vigilante de las federaciones de deportes adaptados a las personas con discapacidad y, del Comité Paralímpico Español.

Una utopía, un futuro ideal, sería aquel en el que no tuvieran que existir las federaciones deportivas de personas con discapacidad, porque éstas estuvieran plenamente integradas en las federaciones españolas y regionales de fútbol, de atletismo, de baloncesto, de natación, de esquí, de ciclismo...

Aun más utópico e ideal sería que dejaran de celebrarse los Juegos Paralímpicos porque se hubieran integrado en los Juegos Olímpicos.

Mientras ese lejanísimo futuro llega, debemos seguir trabajando, y duro, desde las estructuras actuales del deporte paralímpico.

1.7 VALORACIÓN DE LOS EFECTOS DEL DEPORTE ADAPTADO: FÍSICOS, PSICOLÓGICOS Y PSICOSOCIALES

Josep Oriol Martínez i Ferrer y Jordi Segura i Bernal

Este capítulo pretende resumir los "efectos" más significativos de la actividad física y de la práctica deportiva en las persona con discapacidad física, en los principales ámbitos del desarrollo de la salud del ser humano: Físicos (autonomía), Psicológicos (mental) y Psicosociales (vida en sociedad), enmarcándose en los "efectos"; tanto los beneficiosos y positivos, como los peligrosos o contraindicaciones; dando respuesta a estos últimos, con visión preventiva y favorecedora la salud para sus practicantes.

La actividad física y el deporte son tan antiguos como la humanidad, siendo una cualidad psicosocial del ser humano, pudiendo afirmarse que donde está el hombre se hace deporte. Pero este desarrollo deportivo del hombre no ha estado, ni mucho menos el mismo, si este ser humano presentaba algún tipo de discapacidad física, psíquica o sensorial. Hecho que históricamente le ha apartado de la práctica física y deportiva, al no reunir a priori, los tres honores olímpicos: Citius, Altius, Fortius (Martínez Ferrer, J.O. 2003).

La aplicación de la práctica deportiva en las personas con discapacidad es, por tanto, un hecho reciente y en constante evolución, y mediante su implantación podemos ir conociendo cuáles son sus efectos sobre las competencias físicas, psicológicas y psicosociales en este colectivo. Pero hoy ya nadie discute que, gracias a su aplicación, las personas con discapacidad están consiguiendo una mejor integración y normalización, aprovechando, de una manera siempre racional, el gran fenómeno social que representan actualmente las actividades físicas y el deporte a todos los niveles.

EL CAMINO HACIA LA INCLUSIÓN DEPORTIVA

No existe ningún antecedente histórico que represente un acercamiento a los conceptos básicos de la actividad física adaptada para las persona con discapacidad hasta finales del siglo XVII, siendo la escuela deportiva sueca de finales de siglo XVIII y principios del siglo XIX donde verdaderamente comienza a desarrollarse un nuevo concepto del deporte más relacionado con la salud, gracias a las experiencias vividas por su fundador, el militar sueco Mr. Per-Henrik Ling, el cual, a causa de las graves heridas de



*Logotipo de los
Juegos Paralímpicos
de Atenas 2004*

guerra recibidas, quedó en muy malas condiciones físicas, intentando recuperarlas mediante el entrenamiento deportivo-militar y rehabilitador de la época, obteniendo un pésimo resultado. A partir de aquí, se preocupó por estudiar el cuerpo humano y funciones fisiológicas, llegando a perfeccionar un nuevo método de entrenamiento físico y deportivo donde los ejercicios reforzaban el vigor y la armonía de las partes más debilitadas del cuerpo, buscando siempre un perfecto equilibrio entre elementos orgánicos y funcionales, y mejorando la atención, la voluntad y la imaginación de la persona. Después siguieron otras experiencias similares como los de la escuela alemana de Colonia, y otros en Francia y en Inglaterra.



Doctor Sir Ludwig Guttmann

Pero no ha sido hasta la llamada 'Era de los Minusválidos', después de las dos guerras mundiales, en la segunda mitad del siglo XX, cuando verdaderamente las personas con discapacidad se han integrado a las actividades físicas y deportivas con libertad, y con el beneplácito del resto de la sociedad, representando una nueva era para la humanidad.

Después de las dos Guerras Mundiales, principalmente la segunda, es cuando los países industrializados entran en una readaptación de sus costumbres y valores, entre los que se encuentra el esfuerzo por mejorar la calidad de vida de estas personas. Siendo una nueva era para la humanidad, donde algunas profesiones como la medicina, la arquitectura, la legislatura, la psicología, la sociología, etc., conjuntan sus esfuerzos y conocimientos para optimizar su en el complicado mundo social actual.

Es precisamente en la profesión médica y las relacionadas con ésta, las que introducen la actividad física y el deporte adaptado a esta población, en primer lugar como una herramienta más dentro del proceso de rehabilitación física. Pero posteriormente, y gracias a la difusión del deporte adaptado, surgen nuevos elementos de integración y normalización social, que configuran su proceso de readaptación funcional global.

Como ya evidenció el Dr. Guttmann, en el año 1944, la práctica de la actividad física adaptada a las personas con discapacidad no debería ser solo una parte complementaria de su proceso de rehabilitación, sino que podría ser mucho más, pero para ello necesitaba transformarse en una actividad que pudiera ser comprendida, admirada y respetada por el resto de la sociedad. Y el Dr. Guttmann dio en el clavo, evolucionándola a la práctica deportiva de competición.

El deporte adaptado de competición se ha visto además favorecido por el gran fenómeno social que ha representado, en los últimos 50 años, el deporte de competición. Gracias a su desarrollo, el deporte adaptado ha podido representar el esfuerzo máximo de superación de la discapacidad y su reconocimiento por toda la sociedad.

La realidad actual es que el deporte adaptado de alto nivel, representado por los Juegos Paralímpicos de Verano y de Invierno o los Special Olympics, son ya uno de los eventos deportivos mundiales más importantes, como lo demuestra la presencia de más de un millón de espectadores de pago durante la celebración de los Juegos Paralímpicos de Sydney 2000, con precios que oscilaban desde los 9 a los 100 euros.

Pero el camino iniciado en Roma, en el año 1960, con la celebración de la primera Paralimpiada de la historia ha sido muy complejo, y nada fácil. El deporte adaptado de competición ha debido de evolucionar para llegar a sus niveles actuales, pero siempre intentando no perder de vista el cumplimiento de sus objetivos principales:

- Favorecer la salud de sus practicantes.
- Mejorar su capacidad de esfuerzo y de superación.
- Mantener vivo el concepto de respeto por la diversidad.

Uno de los factores que más ha hecho posible esta evolución ha sido, sin duda, el cambio en el concepto propio de competición, donde se ha pasado de pensar que lo más importante era participar y pasarlo bien, a pensar que también era importante el intentar ganar, batir un record o mejorar la propia marca personal. Este hecho ha consolidado la capacidad de superación y de esfuerzo, en muchos casos debilitado, de las personas con discapacidad.

También debemos hacer mención al apartado de la reglamentación, que con sus peculiaridades y especificaciones, ha dado un buen ejemplo deportivo del valor que representa la igualdad de oportunidades. Estas características tienen su máximo exponente con las Valoraciones y Clasificaciones Funcionales, que se realizan antes de las competiciones y que basadas en conceptos médicos, biomecánicos y funcionales, evalúan las capacidades, todas diferentes, de los deportistas con discapacidad y los agrupan de una manera funcional según el deporte practicado, buscando una competición justa y equilibrada. Todo bajo el criterio general de que no puede competir deportivamente un atleta con poca discapacidad ante uno gravemente afectado. Estas valoraciones y cla-

*Cartel promocional del
50º Aniversario de los
Juegos de Stoke-Mandeville*



sificaciones son, por tanto, un gran ejemplo del respeto a la diversidad que tiene el deporte adaptado de competición, ni mucho menos evidente en otras modalidades deportivas.

Es también un hecho destacable la influencia que tiene este deporte sobre la mejora y el desarrollo de las llamadas ayudas técnicas, como prótesis y ortesis, sillas de ruedas, sistemas de comunicación, etc., que son utilizadas habitualmente por los deportistas con discapacidad, y que gracias a la búsqueda de mejores rendimientos deportivos, ha hecho avanzar muy rápidamente su desarrollo tecnológico, por parte de diseñadores y fabricantes. Este hecho ha favorecido, de manera muy evidente, su aplicación posterior a la vida diaria en toda la población de personas con discapacidad.

También, y es esta misma línea, el deporte adaptado de competición ha representado una influencia muy positiva de la necesidad de supresión de barreras, en especial arquitectónicas, favoreciendo el diseño para todos, tanto a nivel de equipamientos deportivos como a nivel de accesos y transporte. Podemos recordar el ejemplo vivido en Barcelona durante la organización y celebración de los Juegos Paralímpicos en el año 1992, donde la ciudad y sus ciudadanos tomaron conciencia activa de la importancia de la supresión de barreras y de la reconversión urbanística hacia una ciudad más abierta y para todos (Martínez Ferrer, J.O. 2003-2004).

*Encendido de la antorcha.
Juegos Paralímpicos
de Barcelona 1992*



Evaluación de los beneficios del deporte adaptado a las discapacidades físicas

Básicamente intentaremos hacer una extrapolación objetiva de los beneficios que el deporte aporta a las personas con discapacidades físicas, teniendo presente que la práctica deportiva adaptada no se iniciará nunca sino están consolidadas, o en su defecto estabilizadas y controladas, las secuelas que ha producido la deficiencia, lo cual garantizará que la presencia de factores positivos delante de los negativos, sea de la misma proporcionalidad que las obtenidas por el deporte en las personas sin ninguna discapacidad. Siendo el objetivo principal del deporte adaptado el favorecer la salud del que lo practica, y por tanto de su calidad de vida.

En primer lugar analizaremos los beneficios generales que toda práctica deportiva conlleva:

Beneficios generales:

- Desarrollo orgánico y funcional del individuo.
- Desarrollo de la resistencia, velocidad, fuerza y flexibilidad.
- Desarrollo de la técnica y de los mecanismos anteriormente citados.
- Perfeccionamiento de nuevas habilidades y destrezas físicas.
- Dominio corporal: control postural.
- Mejora de los movimientos de transferencia.
- Desarrollo de la salud y de los hábitos higiénicos.
- Aumento de la longevidad del individuo.
- Mejora del equilibrio y del tono muscular.
- Potenciación de hábito del ejercicio físico.
- Mejora de la calidad de vida.
- Compensación y/o reducción de las deficiencias morfológicas.
- Aumento de la capacidad cardio-respiratoria.
- Mejora del equilibrio psíquico.
- Liberación de la agresividad.
- Compensación del sedentarismo.
- Mejora de la capacidad de autocontrol.
- Potenciación de la capacidad de autoexpresión.
- Reducción de la angustia y de la ansiedad.
- Mejora de las vivencias de comportamiento social.
- Aceptación de la propia realidad.

- Incremento mediante la competición, de la asimilación de valores morales: compañerismo, cooperación, solidaridad, etc.
- Potenciación del trabajo y de la vida en grupo
- Creación de hábitos participativos y/o ocupacionales.
- Incremento de las relaciones sociales, favoreciendo la integración y la normalización social.
- Estructuración de las actividades lúdicas y de recreación.
- Desarrollo del deporte adaptado como un elemento de placer y de recreación.
- Introducción del deporte adaptado como un medio estimulador de la espontaneidad.
- Desarrollo de la creatividad.
- Ocupación positiva del tiempo libre.

Beneficios específicos:

Pero en nuestro caso, esto debe completarse con la búsqueda de la obtención de unos beneficios más específicos. Para ello deberá establecerse siempre una correlación, muy directa, entre las distintas modalidades de deporte adaptado y las diferentes discapacidades físicas que la practican.

Pero si generalizamos en grupos las distintas secuelas predominantes, si podríamos dar unos ejemplos de beneficios específicos, según sea la característica de la secuela predominante, sin entrar a especificar una modalidad deportiva en concreto.

‘Amputados’, que básicamente realizarán la práctica deportiva adaptada en la modalidad de pie, y que utilizan, en muchos casos, elementos de sustitución ortopédicos. Generalmente los beneficios que obtendrán estos practicantes serán:

- Adaptación positiva al material protésico.
- Reforzamiento del aparato locomotor homolateral y contralateral.
- Disminución de la atrofia muscular de la zona anatómica adyacente a la amputación.
- Re-vascularización del área de amputación.

Estos beneficios favorecen siempre la condición física del deportista con amputación, pero también podemos remarcar que la práctica deportiva evitará la presencia de desviaciones de la columna vertebral en los deportista con amputaciones unilaterales, así como la sobrecarga de las articulaciones indemnes gracias a un mejor reparto de las fuerzas de apoyo.

Atleta amputado tibial en salida de tacos



‘Otros deportistas ambulantes’, conformado básicamente por deportistas con secuelas de plexos braquiales, secuelas de traumatismos craneoencefálicos, secuelas de poliomielitis en extremidades inferiores o malformaciones congénitas en especial del aparato locomotor, y que realizarán la práctica deportiva adaptada en la modalidad de pie, obteniéndose con la práctica deportiva:

- Mejora del equilibrio corporal.
- Prevención de la desviación del eje vertebral.
- Mejora funcional del aparato locomotor en las zonas anatómicas afectadas por la secuela.
- Reducción del proceso de descalcificación ósea.
- Disminución de procesos tróficos y degenerativos, en especial de sus extremidades.

‘Secuelas de parálisis cerebral infantil’, que agrupa a aquellos deportistas que, en su edad infantil, desarrollaron una serie de secuelas motrices no progresivas, que afectan a su tono, fuerza muscular y a su coordinación, debidas a una lesión en su corteza cerebral inmadura. Estas secuelas se manifiestan con diferentes características: espasticidad, atetosis, ataxia, etc., y con diferentes grados de afectación, leves, moderadas, graves o muy graves. Que, en su conjunto, les confieren la característica de presentar grandes dificultades para mantener la postura, ejecutar movimientos coordinados y realizar una deambulación estable. Sin lugar a dudas, la actividad física mejorará estas deficiencias, más si cabe, cuando más precozmente inicien su práctica:

- Mejora de la espasticidad, en especial en la práctica deportiva realizada en medio acuático, favoreciendo el desarrollo de unos movimientos más uniformes y relajados.
- Mejora de la coordinación neuromuscular, favoreciendo la realización de movimientos más precisos y acompasados.
- Mejora del equilibrio postural, tanto estático como dinámico, que les favorecerá, en gran medida, una bipedestación y una deambulación más estables.
- Mejora de las actividades de la vida diaria y de relación. En muchos de estos deportistas, la falta de coordinación también va a afectar a su habla, a su deglución y a otras actividades cotidianas motrices, teniendo en cuenta las características centrales de sus secuelas. Pero que, teniendo también en cuenta este mismo factor central, la actividad física como tal, también va a paliarlas en gran medida.



Futbolistas con secuelas de parálisis cerebral infantil

‘Lesionados medulares’, que representan el grupo más numeroso de deportistas que practican las diferentes modalidades deportivas en silla de ruedas. Siendo los beneficios específicos derivados de su práctica:

- Mejora extraordinaria de la potencia muscular de sus brazos, cintura escapular y tronco, lo cual representará una mayor seguridad en sus movimientos de "transferencia" y en la impulsión de su silla.
- Potenciación de su musculatura abdominal e intercostal, que aumentará el arco de movimiento respiratorio, y por tanto su capacidad vital ventilatoria, evitando aumentos excesivos de su volumen residual pulmonar, peligrosamente aumentados por su posición de sedestación.
- Potenciación de su musculatura abdominal superior, en especial subesternal, que junto a la mejora de la orientación y del equilibrio corporal, facilitará un punto de apoyo gravitatorio esencial para su desplazamiento en silla de ruedas, así como para su marcha de tipo pendular con la ayuda de ortesis y bastones.
- También serán muy evidentes la disminución del riesgo de alteraciones tróficas, procesos de descalcificación, contracturas espásticas y mejora de la motilidad visceral, principalmente intestinal.

Todos estos beneficios específicos citados, en especial la mejora de la fuerza muscular de las extremidades y tronco, la mejora del equilibrio y la orientación, van a representar un beneficio altamente positivo para su vida en sedestación, tanto a nivel deportivo como en la vida diaria, ya que mejoraran la habilidad y el dominio de su silla de ruedas, lo cual es muy útil para sobrepasar un gran número de barreras arquitectónicas, que con frecuencia se le presentan.

‘Otros deportistas en silla de ruedas’, como por ejemplo: deportista con secuelas graves de poliomielitis, esclerosis múltiple, distrofias musculares, espina bífida o secuelas graves de parálisis cerebral infantil, que requieren, por su gravedad y extensión, la utilización de la silla de ruedas en la práctica deportiva.

En general todos ellos mejoran su capacidad de adaptación al esfuerzo, reforzando la potencia de sus zonas musculares indemnes. Además, les mejora su resistencia a la aparición de complicaciones tales como retracciones y calcificaciones articulares, y principalmente la obesidad tan habitual en las personas discapacitadas.



Esgrimista en silla de ruedas con secuelas de lesión medular (Comité Paralímpico Español)

citadas subsidiarias de silla de ruedas, o en la prevención de factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares.

En el caso de los deportistas con secuelas de tipo evolutivo, como por ejemplo en la esclerosis múltiple o algunos casos de distrofias musculares, también se ha detectado una menor evolución o lentificación de su enfermedad, que se cree debida, en parte, a la actividad física que realizan, ofreciéndoles unos mejores hábitos de vida, como por ejemplo una alimentación más equilibrada, hábitos higiénicos, espíritu de lucha, de sacrificio y mejor equilibrio mental.

LESIONES DEL DEPORTE ADAPTADO EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA

El deportista se ve perjudicado con frecuencia por las lesiones. Estas lesiones son de dos tipos, agudas y crónicas, en relación con el mecanismo de producción, con la rapidez con que se desarrollan y con la forma como se manifiestan. En el caso de deportistas con discapacidad, también están expuestos a sufrir estas lesiones, pero en su caso, habrá un tercer tipo de posibles lesiones, no presentadas en otros grupos de deportistas, pero de importante prevalencia durante su actividad física y deportiva de este grupo, las derivadas de su propia discapacidad o deficiencia.

- Lesiones agudas.
 - a) Colisión o choque.
 - b) Provocadas por un movimiento anormal forzado a nivel de una articulación.
 - c) Por auto-traumatismo.
- Lesiones crónicas.
 - a) Secuelas de lesiones agudas.
 - b) Lesiones por sobre-solicitud o sobrecarga.
- Lesiones derivadas de su discapacidad o deficiencia.
 - Derivadas de su deficiencia: aquellas lesiones producidas por la falta de alguna estructura orgánica, ya sea locomotriz, sensorial o psíquica, como por ejemplo contusiones por caídas en deportistas con un déficit en su equilibrio estático o dinámico, como sería el caso de deportistas ambulantes con secuelas de amputaciones de extremidades inferiores o secuelas de parálisis cerebral.

■ Derivadas de su secuela: aquellas lesiones que se producen en áreas anatómicas que no poseen una integridad funcional total, como por ejemplo la presencia de úlceras por presión en deportistas con lesión medular y en silla de ruedas, durante su práctica deportiva.

■ Derivadas de la utilización de aparataje: aquellas lesiones que se producen por el sobreuso o uso incorrecto de elementos de apoyo biomecánico como prótesis, ortesis o férulas, apareciendo dichas lesiones principalmente en las áreas anatómicas de contacto con dichos elementos, como por ejemplo el trastorno vascular distal, más conocido como el efecto ventosa, de las áreas de apoyo del muñón en el deportista con amputación de una extremidad inferior (Martínez Ferrer, J.O. 1994).

EJEMPLOS DE LESIONES ESPECÍFICAS MÁS COMUNES EN EL DEPORTE ADAPTADO, SU TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN

Es muy difícil hacer una síntesis de las distintas y específicas lesiones en el deporte adaptado, en especial por la gran diversidad de las discapacidades que lo componen, y además por los diferentes y distintos niveles que presentan, así como también la influencia directa de su origen o de su posible adaptación al entorno, en este caso a un deporte en particular.

Por ello, y a modo de ejemplo, se presentan en este apartado algunas de ámbito general, que afectan a un mayor número de discapacidades físicas, y en especial, las que afectan a un mayor número de deportistas que compiten en diversas modalidades deportivas.

Lesiones por la técnica de impulsión de la silla de ruedas

En las modalidades de deporte adaptado que utiliza la silla de ruedas como elemento de movilización, el elemento impulsor cambia del tren inferior al tren superior, lo que supone una pérdida importante del potencial de impulsión debido principalmente a la gran diferencia existente entre la masa muscular, y la calidad de sus fibras, de las extremidades superiores frente a las inferiores. Debiéndose tener en cuenta que, en muchos casos, estos deportistas no poseen una integridad total de la musculatura, o de la capacidad contráctil de las mismas, en sus extremidades superiores.

Existen dos técnicas básicas de impulsión, de las cuales se derivarán lesiones específicas de etiología muscular y/o articular, en los deportes que se practican desde una silla de ruedas.

La Técnica de Matson, que utiliza la musculatura del hombro, en especial el músculo deltoides, y de la cintura escapular y para-vertebral cervicodorsal, siendo el eje de la palanca de fuerza la articulación del hombro. En esta técnica el deportista realiza un movimiento impulsor parecido al de la biela de un tren, con un movimiento circular que es transmitido desde la cintura escapular y brazo, al antebrazo y a la mano que se haya en contacto con el aro impulsor de la silla. Esta técnica es habitualmente utilizada por deportistas con tetraplejía, paraplejía alta, tetra o triparésicos, o en aquellos que por otras causas existe una afectación que impide un buen agarre del aro de impulsión.

■ De la práctica de dicha técnica se derivarán posibles, y habituales, lesiones específicas musculares, en general por sobrecarga, en los músculos deltoides y bíceps braquiales; y lesiones articulares de los componentes de las articulaciones escápulo humerales y acromio claviculares, todas ellas debidas a la cinemática generada por dicha técnica.



*Atletas en silla de ruedas
utilizando la técnica de Matson
(Comité Paralímpico Español)*

La Técnica de Friction utiliza la fuerza generada por la musculatura del brazo y antebrazo, principalmente de los flexo-extensores: bíceps y tríceps; y de la musculatura de la muñeca en especial la de los músculos flexores dorsales y palmares, siendo las articulaciones involucradas en la cinética de esta técnica la del codo y la de la muñeca. En dicha técnica se realizan unos movimientos de tracción en la zona anterior y superior del aro de impulsión de la silla, y una recuperación en la zona inferior y posterior del mismo, siendo utili-

zada básicamente por todos aquellos deportista en silla de ruedas que no presentan lesiones en su tren superior y región torácica de estirpe muscular, articular o de coordinación neuromuscular.

■ De la utilización de dicha técnica se derivarán lesiones específicas de la musculatura flexo-extensora del brazo, antebrazo y mano, generalmente por sobrecarga, así como lesiones articulares de codo y muñeca. Además, en esta técnica observaremos una mayor prevalencia de lesiones por fricción en manos y dedos, e incluso de fricción en el antebrazo por la posición aerodinámica que utilizan los deportistas en silla en algunas de las modalidades que practican. También es lógico pensar que en deportes donde existe contacto entre deportistas en silla, como por ejemplo baloncesto, rugby, hockey etc..., se presenta una mayor prevalencia de lesiones traumáticas en manos y dedos como contusiones, heridas, erosiones e incluso luxaciones y fracturas de los dedos por los posibles atrapamientos y rozamientos con las sillas, tanto propias como con las de otro deportista, en las acciones de contacto directo.

El tratamiento de estas lesiones suele ser sintomático y parecido al que pueda presentarse en otras prácticas deportivas. Pero en estos casos, deben de tenerse en cuenta algunos factores que pueden hacer variar la evolución y hasta el resultado de las terapias aplicadas.

En primer lugar, debe de tenerse presente la aplicación correcta de la técnica de impulsión o una incorrecta adaptación y situación en la silla de ruedas deportiva, que pueden ser la causa principal de aparición de estas lesiones.

También es muy importante conocer las características específicas de la secuela que presenta el deportista que practican su deporte en silla de ruedas, es decir, sus posibles capacidades y sus posibles incapacidades, ya sean motoras, sensitivas, de coordinación, de equilibrio en sedestación, articulares e incluso de control neurológico sobre los distintos órganos, ya sean los del aparato neuromuscular, como en otros, como por ejemplo cardiocirculatorio, renal, endocrino, etc... Es importante también tener presente, por este motivo, la posible interacción del tratamiento farmacológico instaurado y sus repercusiones sobre la secuela, así como la posible interacción con ciertas medicaciones de base que habitualmente utilizan estos deportistas para equilibrar las repercusiones de las mismas, como puede ser la interacción farmacológica con diuréticos, beta bloqueantes, miorelajantes musculares, anti-epilépticos, anti-espasmolíticos, etc...



Atleta en silla de ruedas utilizando la técnica de Friction

Por último, y no menos importante, hay que tener presente que, a diferencia de otros deportes y de otros deportista, la posibilidad de reposo del gesto deportivo implicado suele ser de menor aplicabilidad, ya que muchos de estos deportistas utilizan la silla de ruedas para su vida diaria y reproducen constantemente gestos de impulsión, de parecidas características al gesto deportivo implicado.

Por todo lo cual, la prevención va ser el elemento principal para actuar sobre estas lesiones, debiéndose realizar en cada caso un estudio profundo de las características funcionales del deportista discapacitado (características de su secuela, posibles complicaciones en esfuerzo físico, mediaciones de base, etc.), una adaptación técnica y funcional del material a utilizar, en especial de la silla de ruedas deportiva, y por último un programa de entrenamiento específico que garantice una correcta adaptación del deportista discapacitado a las características de su deporte, al material utilizado, y a su técnica y táctica.

Lesiones de las zonas de encaje en deportista amputado de extremidades inferiores

Estas lesiones son muy características de los deportistas con amputación de extremidades inferiores, uní o bilaterales, que practican deporte en la modalidad de ambulantes, y que utilizan para su deambulación prótesis de características y diseño deportivo.

Dichas patologías suelen concentrarse en las áreas de contacto y encaje del muñón con el material protésico; y en muchos casos no son exclusivas de la práctica deportiva, pero ésta, al aumentar las exigencias y el rendimiento del binomio muñón-prótesis, aumenta el riesgo de su presentación e incluso su gravedad. En algunos casos, la patología presentada puede considerarse de carácter casi específico, ya que su prevalencia es casi exclusiva de la práctica deportiva en los amputados de extremidades inferiores, que en sus actividades de su vida diaria.

Según si el origen de la lesión es específico de la sobresolicitación del binomio muñón-prótesis, o si son de origen inespecífico, es decir, pueden aparecer en cualquier zona de la anatomía, pero su presentación es en el área de encaje, provocando un desequilibrio importante en el mencionado binomio. Podemos describir las más habituales y frecuentes:



Prótesis femoral derecha con encaje para muñón (Otto Bock)

■ De causa específica: Son las originadas por el acto de la amputación.

● Trastornos vasculares.

1. Incongruencias entre el muñón y el encaje, por adelgazamiento de muñón, a las varias horas del uso de la prótesis. Se soluciona añadiendo una media como relleno si la prótesis lo permite.

2. Edema de base de muñón por crearse un vacío entre la prótesis y el muñón en la parte distal, requiere un masaje de vaciamiento y un ajuste del encaje.

● *Miembro fantasma*. Es la sensación de persistencia del segmento amputado. Es común a todas las personas con amputación. Su aparición se favorece con la tensión, cosa que suele suceder en el deporte, se alivia con las técnicas de relajación.

● *Espolones óseos*. Son neoformaciones óseas que aparecen en los extremos óseos distales seccionados, por nueva formación ósea sobre una matriz perióstica. No suelen dar problemas, pero en caso de originar molestias requieren rebajar presión en la prótesis y en casos excepcionales su extirpación quirúrgica.

■ De causa inespecífica: Pueden asentarse en otra parte del organismo, pero su localización en el muñón agrava la sintomatología durante la práctica deportiva.

● *Neuroma de amputación*. Es una neoformación neurológica que aparece en el extremo distal del nervio seccionado, como un intento de auto-reparación. Si se comprime produce dolor urente. El tratamiento es evitar la presión de la prótesis y en cosas rebeldes su sección proximal.

● *Hiperestesia pericicatricial*. Son las sensaciones de cosquilleos y corrientes alrededor de la cicatriz, o al comprimirla. Es debida a las secciones de los nervios cutáneos sensitivos y desaparece con el tiempo, acelerando su desaparición la insensibilización progresiva.

● *Adherencia cicatricial*. Sobre planos más profundos, puede disminuirse con masaje de despegamiento y una buena hidratación dérmica. En ocasiones requiere una intervención quirúrgica para su despegamiento definitivo.

● *Bursitis y tendosinovitis*. Se producen por la excesiva compresión protésica. Se elimina evitando la compresión excesiva e inadecuada sobre las áreas de apoyo y de carga, pero puede requerir modificación del diseño de la prótesis.

- *Hipersudoración.* El sudor es un sistema de eliminación del calor corporal, que aumenta con el ejercicio. En la persona con amputación la sudoración está aumentada por la disminución de la superficie corporal, y a nivel de la amputación, porque está encerrada dentro de un encaje protésico. Debe además tenerse en cuenta que la propia práctica deportiva aumenta, ostensiblemente, la producción de sudor.

Debe disminuirse con tratamiento dermatológico tópico, pero no eliminarse del todo, ya que es un proceso fisiológico de pérdida de calor.

- *Erosiones cutáneas.* Producidas por un roce repetido de la piel de la zona de encaje y muñón sobre la prótesis. Se originan por una mala colocación protésica o por un uso excesivo e incorrecto. Su tratamiento suele ser tópico cutáneo, con el apoyo de apósitos coloideos que protejan y favorezcan la cicatrización rápida, aunque en algunos casos rebeldes deberá evitarse el uso de la prótesis durante un tiempo.
- *Foliculitis.* Consiste en la infección de uno o varios folículos pilosos. El tratamiento preventivo es una higiene extremada del muñón y del encaje, y en caso de aparición aplicar pomadas o apósitos con antibióticos tópicos.

Dorsalgias y lumbalgias por asimetría del eje corporal

Estos tipos de lesiones también están presentes en los deportistas sin discapacidad física, como por ejemplo cuando existe un mal apoyo plantar o una mala técnica en el gesto deportivo, pero generalmente tendrán una posible solución, si descubrimos la causa y/o corregimos la técnica deportiva.

En el deporte para personas con discapacidad física, en comparación, la causa será más fácil de descubrir, y estará normalmente relacionada con la propia discapacidad y su secuela consecuyente. La asimetría de las extremidades superiores por una amputación o por una secuela de un plexo braquial, desviaciones y deformaciones de la columna vertebral por una malformación congénita, por una mala postura o postura viciosa, en los deportistas con antecedentes de parálisis cerebral infantil o accidente vascular cerebral que presentan secuelas del tipo hemiparesia o triparesia, agravadas en muchos casos con la persistencia contracturas espásticas y movimientos aberrantes, asimetría de las extremidades inferiores y desequilibrio pélvico debidos a una amputación

uni o bilateral de dichas extremidades o por las secuelas de una poliomielitis en una o ambas piernas.

- Pero lo que no será tan fácil en los deportistas con discapacidad física será la solución de dicha patología o incluso de su sintomatología, en especial el reequilibrio del eje corporal, provocando importantes síndromes de dorsalgias y lumbalgias, así como degeneraciones importantes de los discos intervertebrales, persistentes y progresivas, muy difíciles de tratar en su origen, y por lo cual, tendentes a la cronificación, ya que esta pérdida de la verticalidad del eje va ser difícilmente reparable, en especial en las discapacidades de origen congénito o en las de origen traumático, sin mejor solución quirúrgica y/o ortopédica posible.

En todos estos casos la actividad física puede ser un elemento esencial en la mejora gradual de su sintomatología, por compensación contralateral y/o refortalecimiento de eje corporal, pero la práctica deportiva de competición y sus grandes exigencias, en especial en el alto nivel, pueden representar un factor de riesgo, e incluso de incompatibilidad, con la mejora y de dichas lesiones, aunque se intente corregir la técnica deportiva para evitarlas y compensarlas.

Psicología del deportista con discapacidad: valoración de los aspectos psicológicos y psicosociales

Desde hace unos quince años se han incrementado notablemente las investigaciones en psicología del deporte para personas con discapacidad. Estos avances han ido en paralelo a un mayor interés de los diversos técnicos y profesionales por el deporte adaptado, y a la formación de técnicos especializados. Pero para analizar correctamente estos avances, habrá que distinguir entre una psicología aplicada al deporte adaptado y una psicología del deportista con discapacidad, pues en un caso se trata de hacer de la actividad deportiva el objeto de conocimiento, y en el otro, de centrar el estudio en la persona del deportista.

Las condiciones de la persona con discapacidad que practica actividad físico-deportiva no difieren demasiado de las de la persona que no sufre ningún tipo de limitación funcional para su práctica. Ambas hacen ejercicio, o se entrenan y participan en eventos, aprovechando cada cual sus posibilidades; sin embargo, hay una diferencial sustancial.

En el deporte, el deportista está "al servicio" de la actividad, aunque sea el protagonista del sistema, cualquier adaptación deportiva persigue cambiar poco o mucho las condiciones de la actividad para "adaptarse" a las características de los practicantes, y facilitarles una práctica más justa, desde el punto de vista funcional, sin abandonar los objetivos competitivos y de excelencia en el rendimiento.

Pero con la adaptación sucede un hecho sorprendente, y es que la misma actividad se transforma, y surge un nuevo concepto deportivo; por así decirlo, nace una nueva actividad. Por poner el ejemplo de un deporte clásico como el baloncesto, se adaptan su reglamento y otras condiciones materiales y de instalación, a fin de que puedan jugar los niños y niñas; se reduce el tamaño y el peso del balón y se disminuye la altura de la canasta... y estos cambios hacen surgir minibasket, que en alguna medida es distinto al baloncesto "tradicional". Esta transformación se ve más clara cuando se quiere que la práctica del baloncesto sea asequible a las personas con discapacidad; para mantener el principio de equidad entre los contendientes, se incorpora al juego la silla de ruedas, lo que unido a otras modificaciones del reglamento, da lugar al baloncesto en silla de ruedas, que posee ya unas características específicas y diferenciadas del baloncesto tradicional. Estas transformaciones justificarían por sí mismas la necesidad de una psicología adecuada a cada tipo de actividad y de interacción, puesto que cada vez más la psicología es una disciplina del comportamiento diferenciado, también en el deporte.

Si entendemos la psicología del deporte como el estudio de las interacciones que tienen lugar en un entorno de práctica deportiva, siguiendo la clásica y muy acertada definición de Riera (1985), debemos admitir que ante la variedad y abundancia de las interacciones intrínsecas al deporte adaptado hacen falta conocimientos específicos, propios de esta disciplina. Por otra parte, y sin que sea una contradicción, todo lo que de común tiene la psicología en el conjunto de los deportes, debe ser común al conjunto de los deportistas, que en nuestro caso deberá hacer referencia al conjunto de las modalidades que componen el deporte adaptado.

En estos últimos años, muchas investigaciones realizadas en psicología del deporte adaptado se han interesado, como en el resto del ámbito deportivo, por el conocimiento y el manejo de la respuesta emocional del deportista ante las situaciones de entrenamiento y de competición. El deportista que sabe controlar la



*Jugador de
baloncesto en silla de ruedas
(FMDDF)*

ansiedad pre-competitiva y competitiva y que dispone de estrategias para afrontar situaciones difíciles, estará en disposición de ejecutar mejor la acción y de aprovechar al máximo sus capacidades. Los resultados de las investigaciones no indican que haya demasiadas diferencias entre los deportistas con discapacidad y los que no la presentan. Las únicas diferencias estarían relacionadas con aquellos perfiles de la discapacidad vinculados a afectaciones del sistema nervioso central o del sistema nervioso neurovegetativo (Campbell, 1997, Perreault y Marisi, 1997). La noruega Anne Marte Pensgaard y su equipo, entre los que destaca el reconocido G.C.Roberts, en una interesante investigación realizada con deportistas noruegos, comprobó que todos los deportistas, con discapacidad y sin discapacidad, usan parecidas estrategias para afrontar la tarea, pero también descubrió que los deportistas paralímpicos se sienten más satisfechos por el esfuerzo orientado a la obtención de buenos resultados, que los deportistas olímpicos, lo que indica que la persona con discapacidad, orientada al alto rendimiento, es más capaz de valorarse a sí misma y a su propio trabajo que de centrarse en los resultados alcanzados (Pensgaard y cols. 1999).

¿No es lógico pensar que quienes son conscientes de tener que superar muchos obstáculos, se sientan más satisfechos por el esfuerzo que han realizado? También es cierto que cuando percibimos barreras que creemos insalvables o cuando sentimos una sensación de imposibilidad, tendemos a hacer atribuciones externas de nuestro rendimiento, y nos es difícil prestar atención a los llamados factores internos, intrínsecos a la persona, aquellos que no podemos o no sabemos controlar o dirigir. Algunos estudios como los de White y Duda (1993), y Roberts y Ommundsen (1996) prueban que el mecanismo de la atribución externa funciona bastante bien con deportistas con discapacidad, pero no debiendo perder de vista que se trata de deportistas sometidos a una elevada presión.

El estado de ánimo de los deportistas interesa, en general, porque repercute directamente en la calidad de la ejecución. No se excluye a los deportistas paralímpicos, con la salvedad, como hemos dicho, que algún tipo de disfunciones motoras o sensiomotoras, o incluso alguna medicación de control de su secuela, añaden complejidad al control emocional. Sin embargo, más allá de los rasgos de la discapacidad, lo que más influye en el estado de ánimo es el modo cómo el deportista percibe su interacción con la tarea, y la valoración que hace de su rendimiento.

En una investigación que realizamos hace unos años con deportistas paralímpicos españoles pudimos corroborar lo que otros estudios habían confirmado; que los efectos psicológicos del alto rendimiento en el estado de ánimo de los deportistas son diversos, en función de su rendimiento final (Segura y cols. 1997). Los deportistas con un rendimiento más escaso no consiguen hacer disminuir el componente depresivo y el componente de confusión mental, mientras que los que rinden mejor lo que no consiguen controlar tanto son su sentimiento de cólera o enfado, ni su motivación básica o *drive*. No debiera ser difícil explicar estos resultados, si partimos de la base que la competición paralímpica se plantea bajo los mismos principios del deporte olímpico, y por tanto con similares exigencias del sistema.

Otro aspecto psicológico interesante es el estudio de la personalidad de los deportistas. Está generalmente aceptado que la implicación constante en programas deportivos, en especial si se inicia en edades tempranas, confiere rasgos más o menos importantes en la personalidad de los practicantes. Hubo un tiempo en el que las investigaciones se basaban en las teorías de los rasgos, basadas en la existencia de rasgos naturales en las personas, y en la creencia que estos rasgos condicionan de antemano aspectos como los intereses deportivos, las capacidades para el rendimiento, o las dotes para ocupar uno u otro puesto en el deporte o en los equipos. Más adelante se ha aceptado un peso mucho mayor de las situaciones, y por lo tanto de las experiencias vividas por los deportistas en la modulación de su personalidad. Ciertamente, la práctica deportiva puede jugar un importante papel en los procesos de socialización que la persona va viviendo a lo largo de su vida, en especial en etapas clave para la estructuración del *Self*, que coinciden con los momentos también clave de la vida deportiva (adolescencia). La personalidad está en constante evolución, se construye día a día; aunque haya etapas más fundamentales, nunca podemos decir que se haya cerrado del todo su construcción. Y como la práctica deportiva tampoco es exclusiva de unas edades concretas, podemos concluir que siempre, a cualquier edad, la actividad física y el deporte pueden contribuir favorablemente al desarrollo de la persona.

Por lo tanto, las personas con discapacidad que practican deporte pueden hallar en él, como las demás, vías fundamentales para la construcción de su identidad personal; e incluso en este caso para su reconstrucción, cuando su afectación aparezca en una

edad posterior a la infancia y adolescencia, y en especial si es derivada de un suceso traumático. Hace tiempo se aceptó también que el deporte podía ser una vía para la resocialización y la reinserción social, una manera de que la persona volviera a adaptarse y a recuperar un lugar en la sociedad. Muchos grupos y colectivos de personas con discapacidad emprendieron acciones para conseguir más y mejores oportunidades de reinserción y de integración, promoviendo movimientos sociales que tenían un papel fundamental, de tensión entre las minorías y la población.

Algunas teorías de la personalidad explican la construcción de la identidad a partir de los fenómenos de comparación interpersonal. Nos vemos a nosotros mismos en función de la comparación con los otros, y adquirimos nuestra propia imagen comparando algunos de nuestros aspectos con los de los demás. Aunque tal vez no debiera ser así, y aunque las personas más maduras no están demasiado atentas a lo que las demás piensan de ellas, en general, más o menos inconscientemente, necesitamos analizar la opinión que los demás nos transmiten de nosotros para así construir nuestro autoconcepto. En este sentido, la corporalidad juega un papel importante. Por una parte, los aspectos físicos son los primeros en ser presentados socialmente, los primeros en ser observados, y, por lo tanto, los primeros en ser confrontados. En las etapas críticas del desarrollo, como es la adolescencia, es común y frecuente que las personas padezcan conflictos internos por su apariencia física, una excesiva preocupación por la estética o por el peso. Algunos no se gustan, se ven más feos de lo que en realidad son, o más bajos, o más gruesos; llegando al punto de caer en auténticos trastornos psicológicos. Las personas intentan, si pueden, reconciliarse con su físico, que es una manera de encontrarse a sí mismas, acudiendo a centros de estética, dietas, centros de *fitness*, o a otras alternativas múltiples y variadas, propias de la sociedad del bienestar. Surge así la temática del tiempo libre, del ocio bien ocupado, de los hábitos de salud y de la adherencia a programas de ejercicio físico.

Paradójicamente, en la medida que se recupera la autoestima, la persona deja de preocuparse por su aspecto externo y, al contrario, sabe cómo disponer de él para atraer, gustar e incluso querer a los demás. En los últimos años se han abierto interesantes vías de estudio acerca de estos fenómenos, en los ámbitos del deporte y del tiempo libre. La sociedad del bienestar ha visto incrementarse exponencialmente servicios y bienes de consumo rela-

cionados con el cuidado del cuerpo, en todas sus facetas. De este modo, se van aproximando ámbitos que antes parecían no tener ninguna relación, como pueden ser los de las actividades terapéuticas y recreativas, de readaptación funcional y de actividad física adaptada.

En un interesante estudio, de orientación feminista, sobre el concepto de *empowerment* C.Ashton-Shaeffer y su equipo (2001) han demostrado que la práctica deportiva comprometida logra que las mujeres deportistas refuercen su personalidad como atletas y abandonen así su rol de discapacitadas, desprendiéndose así de estereotipos que, en la medida que las hace diferenciar -y por lo tanto comparar "a la baja" - de las demás, en nada las ayuda a conseguir un buen autoconcepto. Es muy probable que esto suceda igualmente en los hombres. En la época de las reivindicaciones sociales la práctica del deporte ayudó a las personas con discapacidad a reforzar su identidad, potenciando la cohesión intra-grupo, y como consecuencia distinguiéndose y desmarcándose del exo-grupo opuesto, el de las "personas válidas", en el lenguaje propio del colectivo de personas con discapacidad. Fue una etapa hacia la recuperación del papel en la sociedad, a la que sigue una etapa de integración, y que acaba en la etapa de inclusión, en la que el sentimiento de igualdad en la diferencia debe sustituir al sentimiento de comparación.

G.R. Leon y su equipo (1997) investigaron la *Self-actualization* en deportistas con y sin discapacidad. Se trata de un interesante concepto de la psicología de la personalidad, parecido al concepto de autorrealización. Descubrieron lo útil que es para la madurez de los deportistas poder centrarse en el desarrollo intrínseco de sus propias posibilidades deportivas, y que puedan dejar de lado, en la medida que les sea posible, el fijar su atención sobre elementos externos a su persona. El efecto comparativo, para lo bueno y para lo malo, funciona igual en cualquier tipo de deportistas, y algunas personas con discapacidad pueden caer en comparaciones ajenas.

La práctica deportiva puede proveer autoconfianza a cualquier tipo de deportista, hacerle dar cuenta del potencial que alberga, muchas veces desconocido o por descubrir, y a ayudarle a definir metas y objetivos de mejor persona, en cualquier sentido, no solo físico. Insistimos, se trata de posibilidades referidas a cualquier ciudadano, independientemente de cuáles sean sus capacidades, o de si son más o menos limitadas.



*Esquiador paralímpico
en pleno esfuerzo*

Hay evidencias científicas diversas sobre lo que acabamos de comentar, confirmadas en estudios semejantes y complementarios. Por citar alguna, la investigación que sobre *empowerment* personal hicieron de E.M.Blinde y D.E.Tabú, con jóvenes con discapacidad física y sensorial. También nosotros, estudiando a los mejores tenistas mundiales en silla de ruedas pudimos comprobar cómo deportistas de élite que están sometidos a un estilo de vida plenamente competitivo, centrados en el esfuerzo y en el rendimiento, gozan de un *sentido vital* pleno y satisfactorio (Segura y cols. 2001). Se trata de personas que en general están muy alejadas de sentir frustración existencial o de sentirse desmotivadas por vivir la vida plena e intensamente.

Desde tiempos lejanos las investigaciones han puesto de manifiesto las enormes ventajas que supone para las personas con discapacidad la práctica deportiva. Citar a modo de ejemplo la de Asken y Goodling, del año 1986, donde se enfatizaba el desarrollo de la autoconfianza y la autoestima o la prevención de sentimientos depresivos. Más recientemente, Elaine Blinde y Diane Taub han resumido en tres categorías las posibilidades de *Self-actualization* o de *empowerment* de que gozan los deportistas con discapacidad. Primero, la posibilidad de percibirse a sí mismo como una persona con mayor competencia social; incluye cualidades como la autoconfianza, la independencia y el autocontrol. Segundo, la posibilidad de darse cuenta de que uno puede superarse a sí mismo, vencer obstáculos y alcanzar metas..., igual que sucede en las personas sin discapacidad. Y finalmente, la integración social; es sabido por las personas vinculadas al mundo del deporte paralímpico, que las ganancias en el desarrollo de habilidades interpersonales son innumerables, mucho más que las del resto de deportistas. No porque éstos carezcan de posibilidades, sino porque el contraste con la sensación inicial de desvalorización o de incapacidad es mucho mayor en las personas con discapacidad.

En los últimos años un mayor número de estudiantes con discapacidad acuden a nuestra universidad Ramón Llull de Barcelona, y también nos consta en otras. En nuestros estudios de Psicología encontramos a jóvenes con lesiones medulares o discapacidad sensorial. Nos sorprendió que un buen alumno con paraplejía, totalmente normalizado, explicara que él ya no practicaba deporte. Parecía incoherente que un joven con una personalidad tan estable no fuera ya deportista. El nos despejó esta duda cuando

comentó: 'Sí, he practicado muchas actividades deportivas en silla de ruedas, y también he sido deportista paralímpico, pero ahora el deporte ya no es una mis prioridades; tengo otros intereses vitales'.

En efecto, el deporte le había reportado lo fundamental: una personalidad independiente y normalizada. Ahora está en una situación semejante a la del resto de la población: **la de necesitar recuperar los hábitos de actividad física como forma de establecer un estilo de vida saludable.**

EL DEPORTE ADAPTADO EN LA BÚSQUEDA DE LA SALUD GLOBAL DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

En los últimos decenios el deporte se ha convertido en un fenómeno social, económico y hasta político. Por lo cual es momento de aprovechar su auge en beneficio de todos y para todos.

Gracias a su gran poder de difusión, puede y debe ser un elemento muy importante de integración y normalización social para las personas que presentan algún tipo de discapacidad física, psíquica o sensorial.

Estructuras de organización y desarrollo del deporte adaptado ya existen en muchos países, en particular en todos los países industrializados. Pero todavía en todos deben de garantizarse algunas condiciones socio-deportivas para una positiva evolución, que garantice, plenamente, la salud global de las personas con discapacidad, como son:

- Seguir informando a las personas con discapacidad sobre los beneficios de la práctica deportiva.
- Concienciar al resto de la sociedad, y en especial al público deportivo, de estos aspectos.
- Conseguir un mejor trato por parte de los medios de comunicación social.
- Formar más personal especializado para preparar técnicamente, y sin riesgos, a nuevos deportistas con discapacidad.
- Garantizar la accesibilidad de todas las instalaciones deportivas y accesorias.
- Asegurar una financiación económica suficiente para llevar a cabo esta progresión positiva.



Los países en vías de desarrollo están introduciendo rápidamente el deporte adaptado

BIBLIOGRAFÍA

- Ashton-Shaeffer, C., Gibson, H. y Williming, C. (2001). Women's resistance and empowerment through wheelchair sport, *World leisure journal*, 43, 4, 11-21.
- Asken, M.J. y Goodling, M.D. (1986). Sport Psychology: An Undeveloped Discipline From Among the Sport Sciences for Disabled Athletes, *Adapted Physical Activity Quarterly*, 3, 312-319.
- Blinde, E.M. & Tabú D.E. Personal Empowerment Through Sport and Physical Fitness Activity: Perspectives From Male College Students With Physical and Sensory Disabilities, *Journal of Sport Behavior*, vol.22, 2, 181-199.
- Campbell, E. y Jones, G. (1997). Precompetition Anxiety and Self-Confidence in Wheelchair Sport Participants, *Adapted Physical Activity Quarterly*, 14, 95-107.
- Comité Olímpico Español (1994): *Deportes para Minusválidos Físicos, Psíquicos y Sensoriales*. Madrid: C.O.E.
- Doll-Tepper G. Dahms C, Doll B, Selzam H.V. ed. (1990). *Adapted Physical Activity: An interdisciplinary approach*. Germany: Springer-Verlag.
- Doll-Tepper, G. y DePauw, K.P. (1996). Theory and Practice of Adapted Physical Activity: Research Perspectives, *Sport Science Review*, 5 (1), 1-11.
- Downey John A., Low Niels L (1987). *Enfermedades incapacitantes en el niño, principios de rehabilitación*. Barcelona: Ed. Salvat.
- Goodman S., ed. (1986). *Spirit of Stoke Mandeville, the story of Sir Ludwig Guttmann*. London: Collins.
- Graham A., Solomon L (1985). *Ortopedia y tratamiento de fracturas* (2a ed.). Barcelona: Ed. Salvat.
- Leon, G.R., Fulkerson, J.A. Luepker, I.R. y Yunov, Y. (1997). Perceptions of Group and Personal Influences and Effectiveness Among Disabled and Able-Bodied Members of a Russian Wheelchair Expedition, *International Journal of Sport Psychology*, 28, 172-184.
- Maffulli N., Chan K. M., Macdonald R., Malina R. M., Parker A. Et al. (2001). *Sports Medicine for Specific Ages and Abilities*. London: Churchill Livingstone.
- Martin, J.J. (1999). Predictors of Social Physique Anxiety in Adolescent Swimmers With Physical Disabilities, *Adapted Physical Activity Quarterly*, 16, 75-85.
- Martínez Ferrer, J.O (1994). *Medical Column: "Competitive Sports for the severely disabled"*. Blind Sports International, nº 7 Diciembre 1.994. Madrid: IBSA ed.
- Martínez Ferrer, J.O. (editor científico) y colaboradores (2003). *Libro de Actas CIDA 2003 - Conferencia Internacional sobre Deporte Adaptado - Fundación Andalucía Olímpica*. Ed. Instituto Andaluz del Deporte, España.
- Martínez Ferrer, J.O. (2004). Paper de l'activitat física i l'esport adaptat en la normalització de les persones discapacitades, revista "ALOMA", número 13 gener 2004, pàg 13-23. Barcelona: F.P.C.E.i E. Blanquerna.

- Mastro, J.V., Burton, A.W., Rosendhal, M. y Sherrill, C. (1996). Attitudes of Elite Athletes With Impairments Toward One Another: A Hierarchy of Preference, *Adapted Physical Activity Quarterly*, 13, 197-210.
- Ommundsen, Y. y Roberts, G.C. (1996). Goal orientations and perceived purposes of training among elite athletes. *Perceptual-and-motor-skills*, 83(2), 463-471.
- Otero, A., Rebollo, J. (1999). *Educación Física y deportes adaptados*. Córdoba: Federación Andaluza de Deportes para Minusválidos Físicos.
- Pensgaard, A.M., Roberts, G.C. y Ursin, H. (1999). Motivational Factors and Coping Strategies of Norwegian Paralympic and Olympic Winter Sport Athletes, *Adapted Physical Activity Quarterly*, 16, 238-250.
- Perreault, S. y Marisi, D.Q. (1997). A Test of Multidimensional Anxiety Theory With male Wheelchair Basketball Players, *Adapted Physical Activity Quarterly*, 14, 108-118.
- Riera, J. (1985). *Introducción a la psicología del deporte*. Barcelona: Martínez Roca.
- Ríos, M (2003). *Manual de educación física adaptada al alumnado con discapacidad*. Barcelona: Paidotribo.
- Rodríguez Márquez, N. (1994). *Tú puedes*. (La azarosa historia de los minusválidos en el deporte). Madrid: Ediciones Morata S.L. - rtve.
- Segura, J. (1993). Idees per al desenvolupament d'una psicología aplicada a l'esport de minusvàlids, *Apunts*, XXX, 31-36.
- Segura, J., Manzano, E., Noblejas, M.A. y Martínez, J.Oriol. (2001). *Sentido vital en tenistas en silla de ruedas*, Actas del VIII Congreso Nacional de Psicología de la Actividad Física y el Deporte, "perspectivas de la psicología de la A.F. y el D. en el tercer milenio", p. 205-208. Asociación Galega da Psicologia...
- Segura, J., Molist, E., Arcarons, M. y Piqué, N. (1997). *Nivel de práctica deportiva y estado de ánimo en discapacitados físicos*, Comunicación al VI Congreso Nacional de Psicología del Deporte, Las Palmas de Gran Canaria, Marzo.
- Sherrill, C. y Williams, T. (1996). Disability and Sport: Psychosocial Perspectives on Inclusion, Integration and Participation, *Sport Science review*, 5(1), 42-64.
- Varios Autores (2002). *Dossier: Deporte Adaptado*, revista MINUSVAL núm 135, Julio - Agosto 2002, pág. 17-40. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- White, S.A. y Duda, J.L. (1993). Dimensions of goals and beliefs among adolescent athletes with physical disabilities. *Adapted-physical-activity-quarterly*, 10(2), 125-136.
- Williams J.G.P., Sperryn P.N.- ed (1982). *Medicina Deportiva*. Barcelona: Ed. Salvat.

1.8 LAS CLASIFICACIONES MÉDICAS DEPORTIVAS Y LA COMPETICIÓN

Ángel M. Gil Agudo

Uno de los aspectos más destacados, controvertidos y que dotan al deporte para personas con discapacidad de singularidad respecto al practicado por personas que no la presentan es el proceso de valoración y clasificación médico-deportiva que se realiza previamente al desarrollo de la competición. Este proceso surge de la necesidad de garantizar la justicia de los resultados y la igualdad de oportunidades entre los deportistas que presentan discapacidades diferentes.

Se trata, en definitiva, de poner a todos los deportistas en la misma línea de salida creando grupos con discapacidad homogénea para que los competidores no tengan una ventaja sobre otros en función del grado de su discapacidad. No se pueden ver perjudicados los deportistas con deficiencias graves frente a los que las poseen más leves. Los triunfos, en su caso, han de venir dados en función de las cualidades innatas y de la preparación de los participantes en cada una de las clases.

En un momento inicial únicamente eran las personas con lesión medular las que hacían deporte, pero, afortunadamente, el número de deportistas con discapacidad está en constante aumento y, en consecuencia, los tipos de discapacidades son de naturaleza cada vez más variadas. Todo ello contribuye a que el problema de las clasificaciones cada vez se complique más y que se dificulte enormemente la posibilidad de tener criterios objetivos para organizar los grupos de discapacidad homogénea sin caer en la poco atractiva solución de crear una clase para deportista.

Como hemos visto, nos movemos en una situación ambivalente. Por un lado, la necesidad de tener una competición justa y equilibrada sin situaciones ventajosas en relación con el grado de discapacidad nos conduciría a un número muy elevado de clases. Pero, por otro lado, la necesidad de ofrecer unos eventos cargados de competitividad, elemento clave para la superación personal, nos lleva a pensar que es preciso reducir la cantidad de clases para que sea muy elevado el número de deportistas incluidos en cada categoría y, así, dar mayor realce a los éxitos deportivos.

La evidente dificultad de la tarea planteada obliga a una doble consideración. En primer lugar, para los deportistas y técnicos que han de realizar un esfuerzo de comprensión y colaboración con los valoradores/clasificadores puesto que, muchas veces, se enfrentan con deportistas cuyo perfil funcional no está recogido en ninguno de los grupos por tener una discapacidad muy específica o que es muy difícil asignarle un grupo en concreto. En segundo lugar, para los responsables de elaborar los criterios en los que se han de basar los sistemas de valoración/clasificación, que han de estar en continua revisión de dichos sistemas para dar cabida a las nuevas situaciones planteadas.

Los sistemas de valoración han ido cambiando y adaptándose a la realidad de la situación del movimiento del deporte para personas con discapacidad. Inicialmente, cuando Sir Ludwig Guttmann introdujo el deporte como elemento terapéutico para los lesionados medulares, no existía ningún sistema, todos los deportistas competían juntos. Pronto se comprobó que los que ganaban las competiciones tenían un nivel de lesión medular más bajo, o dicho de otra manera, su discapacidad era más leve. El primer sistema estableció una clase para los parapléjicos y otra para los tetrapléjicos. Esta división inicial dio paso a una subdivisión posterior en varias clases siempre tomando como referencia el nivel de lesión medular.

Cuando se incorporaron deportistas con otro tipo de discapacidades como amputados, personas con secuelas de poliomielitis, parálisis cerebrales, etc., surgieron sus propios sistemas de clasificación también basados en la lesión anatómica. Cada uno de ellos tenía su propia competición y su propia Federación Internacional de Deporte de Minusválidos que agrupaba a deportistas con discapacidad pareja:

ISMGF: agrupa a los lesionados medulares.

ISOD: agrupa a los deportistas amputados y los llamados "Les Autres".

CP-ISRA: agrupa a los deportistas con parálisis cerebral.

IBSA: agrupa a los deportistas con deficiencia visual.

Como se citó anteriormente, esta situación provocó la aparición de numerosos eventos. Había demasiadas clases, demasiados campeones y poca competición.

Con este planteamiento, surgió el reto de ofrecer unas reglas de juego que permitiesen competir a todas las personas con discapacidad física en una misma competición, en igualdad de condiciones, para ofrecer una mayor espectacularidad y así poder hacerse un hueco dentro de los medios de comunicación y facilitar el impulso oportuno que precisaba el movimiento paralímpico. El resultado fueron las llamadas "clasificaciones funcionales".

La primera competición donde entraron en vigor las clasificaciones funcionales fue en los Juegos Paralímpicos de Barcelona de 1992. Recibieron ese nombre porque para poder reunir en una misma actividad deportiva personas con discapacidad diferente el punto de partida en común es la capacidad funcional existente. Se trata de analizar qué gestos y qué actividad puede realizar el deportista independientemente de la lesión que provoca su discapacidad.

Con este criterio funcional y no anatómico surgen las clasificaciones por deportes. Cada modalidad deportiva tiene unos requerimientos de movilidad determinados en los que la importancia de los músculos varía en función del gesto predominante. El ejemplo paradigmático en el sentido de ser el primer deporte en el que se aplicó este nuevo concepto de clasificación funcional es el baloncesto en silla de ruedas. Establece cuatro categorías fundamentales en función de la posibilidad de llevar a cabo determinados movimientos con el tronco que tienen como consecuencia un diferente volumen de acción.

La tarea de establecer un sistema justo de valoración-clasificación deportiva para deportistas con discapacidad es muy compleja en sí misma. Como se citó previamente, se trata de conjugar dos aspectos contradictorios como son la especificidad e individualidad de cada persona con discapacidad (es muy difícil encontrar dos personas con la misma discapacidad, quizás en los amputados) y la necesidad de crear grupos en los que coincidan muchos deportistas sin que haya desventajas entre ellos. Por este motivo, es un tema al que le acompaña permanentemente la polémica. Ningún sistema se muestra definitivo. Cuando se aprueba uno nuevo, en seguida, surgen voces que destacan sus imperfecciones. En este sentido, cabe señalar que ninguno de los sistemas empleados hasta este momento se basa en un riguroso análisis biomecánico del gesto deportivo con las técnicas disponibles en la actualidad (sistemas de registro de presiones, sistemas de análisis de movimientos 3 D, electromiografía, etc.).

Esta falta de datos objetivos científicos puede ser una de las causas de la controversia. No obstante, si se han llevado a cabo estudios biomecánicos, fisiológicos o incluso funcionales en cuanto a rendimiento deportivo en los que se han contrastado alguno de los sistemas actuales.

Los sistemas de clasificación anatómicos se basaban en un detallado balance muscular de las extremidades y en un examen del control de tronco. El deportista, por lo general, no se siente cómodo con este tipo de valoraciones al tener unas connotaciones médico-sanitarias y no deportivas. Por el contrario, los sistemas de clasificación funcional precisan de la colaboración del interesado y el resultado final depende, en gran medida, de la subjetividad del clasificador que observa cómo se desenvuelve en su faceta el propio deportista. Con estos sistemas funcionales, basados en la observación de la actividad deportiva, en algún caso, no resulta distinguible el gesto realizado debido al entrenamiento, a la actividad del músculo inervado o a la adaptación de algún aditamento a la silla de ruedas (topes laterales en el asiento o respaldo, cinchas, etc.).

En espera de que se realicen investigaciones con técnicas de análisis biomecánico que aporten objetividad a las clasificaciones deportivas, pensamos que lo más completo sería realizar ambos procedimientos. El criterio de la Comisión Médica Nacional de la FEDDF es que ambas cuestiones son complementarias. Se trata de un proceso continuo denominado valoración/clasificación recogido bajo la denominación de Método Español a propuesta de su mentor el Dr. Ricardo Hernández, primer presidente de nuestra Comisión Médica.

Nuestra federación es polideportiva, nuestros deportistas pueden cambiar de modalidad deportiva en cada temporada. Esto justifica que hemos de tener un documento base en el que se recojan los aspectos básicos de su discapacidad. Correspondería a la llamada valoración y se ha de presentar en la ficha de valoración médico-deportiva de la FEDDF que todo deportista debe aportar en el momento de cumplimentar su licencia federativa. A nivel federativo sería incompleto tener únicamente la clasificación en un deporte.

La segunda parte corresponde a la clasificación. En un primer intento se pretendió que desde los datos obtenidos en la valoración pudiera obtenerse de manera automatizada la clasificación.

En la actualidad esto no es posible y, tras la valoración médica citada, es preciso realizar la clasificación para asignar al deportista su clase en el deporte elegido. Con arreglo a las normativas vigentes, para las clasificaciones seguimos las normas aprobadas por los comités internacionales de las diferentes disciplinas deportivas que, en la práctica totalidad de los casos, siguen un criterio funcional. El clasificador puede ser cualquier persona que conozca el gesto habitual de dicha modalidad, es decir, médicos, fisioterapeutas, deportistas, entrenadores, etc.

En resumen, para que un deportista pueda competir en nuestra federación con su clase correspondiente ha de seguir un proceso que consta de dos fases:

- Valoración: Cumplimentación de la ficha médico-deportiva de la FEDDF a realizar por un médico de su correspondiente federación territorial.
- Clasificación: Observación en juego por parte de un clasificador autorizado (médico, fisioterapeuta, técnico, deportista, etc.) siguiendo las normas internacionales de clasificación funcional de cada deporte.

VALORACIÓN

Como se señaló anteriormente, en la ficha de valoración médico-deportiva empleada por la FEDDF, que todo deportista debe presentar en el momento de tramitar su licencia federativa, se sigue el llamado Método Español. Aunque pretende hacer un repaso por todas las facetas de la personalidad incluidas, los parámetros visual y mental, en la práctica, y debido al tipo de discapacidad de los deportistas de nuestra federación, habitualmente solo examinamos el parámetro motórico. Éste, a su vez, consta de tres factores determinantes como son el muscular, el cinético y el goniométrico. Posteriormente, se añadió la respuesta neuromuscular, test que examina la coordinación del acto motor y que se utiliza fundamentalmente en los deportistas con lesiones cerebrales (ej.: parálisis cerebral, traumatismos craneo-encefálicos, etc.).

El factor muscular se obtiene mediante el análisis detallado de cada grupo muscular y se valora su grado de actividad según la escala de Daniels en una puntuación de 0 a 5 que va desde nada de contracción hasta la fuerza normal.

En el factor cinético se comprueba la permeabilidad de cada articulación, su capacidad de desplazamiento sin que el atleta explorado intervenga en su desplazamiento. Es decir, se trata de comprobar si una articulación está libre de rigideces o de anquilosis y de verificar en cuantos planos del espacio está libre de movimiento aunque sea de forma pasiva (sin la participación del deportista). Los planos del espacio de posible movilidad articular, también llamados grados de libertad de movimiento, vienen determinados por la anatomía de cada articulación. Por ejemplo: la articulación del hombro tiene, en condiciones normales, tres grados de libertad de movimientos (se puede mover en sentido antero-posterior, medio-lateral y rotaciones), mientras que el tobillo tiene sólo uno, la flexo-extensión.

El factor goniométrico recoge la amplitud que alcanza el desplazamiento articular, es decir, se miden los grados que se pueden desplazar en cada articulación de forma activa por el deportista. Para explorar la dimensión del arco articular se ha decidido medir los recorridos contra la gravedad, lo que significa que el atleta cuenta con una musculatura en la zona de al menos tres puntos según escala de Daniels citada previamente. Como es lógico, se mide con un goniómetro o un transportador de ángulos.

La medida de la respuesta neuromuscular en el deportista minusválido es un factor que nos completa el rendimiento real que se puede obtener de los factores integrantes del parámetro motórico. Por ejemplo, en algunas secuelas de parálisis cerebral, en las cuales se mantiene bastante conservado el parámetro motórico, siendo la aptitud real del deportista minusválido muy deficitaria, por trastornos evidentes en sus vías de respuesta neuromuscular. La puntuación final de esta prueba será 0, 1, 2 ó 3 puntos.

CLASIFICACIÓN

Después de tener la información básica sobre la situación de la discapacidad del deportista proporcionada por la valoración, pasamos a la clasificación. Como no podía ser de otra manera, en la FEDDF empleamos los sistemas de clasificación vigentes que han sido aprobados por los correspondientes organismos internacionales. Se trata de un proceso específico para cada deporte, de tal manera que un mismo atleta tendrá diferente clase según la modalidad deportiva que practique.

La clasificación es realizada por el clasificador autorizado correspondiente que no tiene que ser necesariamente un médico, pudiendo ser también un fisioterapeuta, un técnico, un jugador, etc. Se basa en la observación por parte del clasificador de la práctica deportiva en competición del atleta y en las capacidades funcionales que demuestra. El criterio para clasificar depende de la capacidad funcional y no en el tipo de discapacidad. Esto significa que atletas con discapacidades diferentes como un lesionado medular y un parálítico cerebral pueden situarse en la misma clase funcional para algunos eventos como, por ejemplo, en natación para el estilo braza, porque tengan una capacidad funcional igual o similar.

A nivel internacional, en algunos deportes, como por ejemplo el baloncesto en silla de ruedas, se realiza directamente la clasificación sin realizar el paso previo de valoración, ya sea por el Método Español o por los más clásicos de balance muscular y articular, quedando éste último para los casos dudosos. En otros como la natación se realiza primero un examen en camilla objetivando los balances muscular y articular por un médico o fisioterapeuta y, posteriormente, una prueba funcional en la piscina por un técnico (entrenador preferentemente).

En muchos casos, la clasificación de un deportista no es definitiva. Puede cambiar por varios motivos. En primer lugar, porque el deportista en cuestión presente una discapacidad evolutiva, no permanente, como una esclerosis múltiple, una distrofia muscular, etc. y su movilidad se vea modificada. En segundo lugar, porque los clasificadores no tengan elementos de juicio suficiente al no verle el tiempo necesario en acción (ejemplo: baloncesto en silla de ruedas) o sea un deportista que esté en sus inicios y no domine suficientemente el estilo de la modalidad deportiva (ejemplo: natación). Finalmente, porque cambie su situación en juego en relación con los aditamentos utilizados o las ayudas técnicas. En este último aspecto es conocida la posibilidad de que un jugador de baloncesto en silla de ruedas pueda cambiar su clase al cambiar las adaptaciones en su silla si le supone un aumento de su volumen de acción (cinchar muslos o tronco, topes laterales de asiento o respaldo, etc.).

Lógicamente, existen los mecanismos oportunos para que, en su caso, el deportista que no esté de acuerdo con la clase asignada ponga una reclamación o protesta.

A continuación, se realiza una breve explicación de los puntos clave de los sistemas de clasificación de los deportes practicados por deportistas con discapacidad física más habituales:

Atletismo

Clases para eventos en *pista*:

- T 42: Amputación unilateral de miembro inferior por encima de rodilla.
- T 43: Amputación bilateral de miembro inferior por debajo de rodilla.
- T 44: Amputación unilateral de miembro inferior por debajo de rodilla o atletas que pueden caminar con una moderada limitación de la función de uno o ambos miembros inferiores.
- T 45: Amputación bilateral de miembros inferiores por encima de rodilla o amputación bilateral de miembros superiores por encima de codo.
- T 46: Amputación unilateral por encima de codo, amputación unilateral por debajo de codo o un atleta que tiene una función normal de ambos miembros inferiores pero una limitación en el tronco o en sus miembros superiores.
- T 51: Debilidad leve en hombros. Puede flexionar los codos con normalidad pero tienen una capacidad limitada para extenderlos. Puede extender la muñeca pero no flexionarla. No presenta movimiento en los dedos. No presenta función en el tronco ni en los miembros inferiores.
- T 52: Tienen una buena función de los hombros, codos y muñecas. Presentan unos movimientos limitados en los dedos. Ninguna actividad en el tronco o en las piernas.
- T 53: Presentan una función normal de brazos y manos. Tienen una ausencia de movilidad en el tronco o una movilidad muy reducida. No actividad en las piernas.
- T 54: Función normal de brazos y manos. Tienen una función de tronco normal o una limitación moderada. Pueden tener alguna actividad en las piernas.

Clases para eventos de *campo* (saltos y lanzamientos):

- F 42: Deportistas con amputación unilateral de pierna por encima de la rodilla, con amputación bilateral por encima de rodilla y atletas con amputaciones combinadas de brazos y piernas.

También puede incluir personas con dificultades severas para caminar como los que tienen afectación de una pierna por secuelas de polio.

- *F 43*: Atletas con amputación bilateral de piernas por encima de la rodilla o con amputaciones combinadas de piernas y brazos. Pueden tener una función normal en el brazo de lanzamiento asociado con una limitación funcional en las piernas o algunos problemas de equilibrio.
- *F 44*: Amputación unilateral por debajo de la rodilla. Atletas con función normal en el brazo de lanzamiento y una pequeña limitación funcional en las piernas o con ligeros problemas de equilibrio.
- *F 45*: Amputación bilateral de brazos por encima de codo y por debajo de codo.
- *F 46*: Amputación unilateral por encima de codo y unilateral por debajo de codo. Los atletas pueden caminar con una función normal en el brazo de lanzamiento y una pequeña limitación funcional en el tronco, en la pierna o en el brazo que no se emplea para el lanzamiento.
- *F 51*: Debilidad leve en hombros. Puede flexionar los codos con normalidad pero tienen una capacidad limitada para extenderlos. Puede extender la muñeca pero no flexionarla. No presenta movimiento en los dedos. No presenta función en el tronco ni en los miembros inferiores.
- *F 52*: Los hombros y los codos son normales. Habitualmente tienen una buena función de las muñecas pero los movimientos de los dedos están limitados. Ninguna función en tronco o piernas.
- *F 53*: Los hombros, codos y muñecas son normales con una discreta limitación funcional de la mano. Ninguna función en el tronco o en las piernas.
- *F 54*: Función normal de brazos y manos. Ninguna función en el tronco o en las piernas.
- *F 55*: Función normal en brazos y manos. En el tronco puede haber movimientos de extensión y de rotación. Ninguna función en las piernas.
- *F 56*: Función normal de brazos y manos. En el tronco puede haber movimientos de rotación y de desplazamiento hacia delante y hacia detrás sin necesidad de sujetarse a la silla. Puede tener algún movimiento en las piernas.
- *F 57*: Función normal de brazos y manos. En el tronco se pueden dar movimientos de rotación, desplazamientos hacia

delante-detrás y movimientos laterales hacia uno y otro lado si necesidad de sujetarse con la mano a la silla. Tienen más función en las piernas que los de la clase anterior F 56.

- *F 58*: Función normal de brazos y piernas. Función normal de tronco. Tienen una función en las piernas mayor que los de la clase anterior F 57.

Baloncesto en silla de ruedas

Para que un deportista pueda ser aceptado para jugar al baloncesto en silla de ruedas ha de tener una discapacidad mínima. Este límite es motivo de controversia puesto que la normativa no es muy clara hasta el momento. Se limita a decir que pueden jugar todas aquellas personas con una discapacidad permanente objetivable con técnicas de imagen (Rx, TAC, RMN, etc.) en sus piernas que le impida correr, saltar o pivotar como una persona sin discapacidad.

Una vez que el jugador tiene la discapacidad mínima pasa a ser clasificado por el sistema de la International Wheelchair Basketball Federation (IWBF). De acuerdo con la clasificación se le asigna una puntuación que va desde 1 punto hasta 4.5 puntos. Se suma la puntuación de todos los jugadores en pista y el resultado no puede ser superior a 14 puntos en ningún momento del partido.

Este sistema de clasificación se basa en los movimientos realizados en la silla y la estabilidad del tronco que condicionan un determinado volumen de acción.

- *Jugador clase 1*: No tiene movimiento en las piernas y poco o ningún movimiento en el tronco. No pueden despegar el tronco del respaldo sin apoyar las manos en la silla. Cuando pierden la posición de partida necesitan recuperar dicha posición con sus manos. No tienen estabilidad en una situación de contacto y generalmente cuando cogen un rebote lo hacen con una sola mano mientras la otra se agarra a la silla.
- *Jugador clase 2*: Generalmente no tienen movilidad en las piernas, pero tienen una posibilidad de mover la parte superior del tronco en sentido rotatorio despegando la espalda del respaldo. No controlan el movimiento lateral ni el desplazamiento antero-posterior. Tienen una estabilidad precaria en contactos y precisan del apoyo de sus manos en la silla para no caerse ante un choque.
- *Jugador clase 3*: Pueden tener algún movimiento en sus piernas pero lo característico es la posibilidad de mover su tronco en sentido antero-posterior lo cual le permite ampliar su volumen

de acción y botar el balón por delante de sus rodillas. Son capaces de coger un rebote por encima de la cabeza con las dos manos a la vez.

- *Jugador clase 4:* Tienen amplios completos del tronco, tanto rotación completa, movimiento antero-posterior como también y, de manera específica hacia los lados aunque a diferencia de la clase siguiente tienen una limitación hacia uno de los lados. Tienen estabilidad en los contactos y en los rebotes. Pueden despegar el tronco del respaldo para lanzar a canasta.
- *Jugador clase 4.5:* Es el jugador con una discapacidad más leve dentro del campo. A diferencia del jugador clase 4 su tronco se puede desplazar de manera estable hacia ambos lados sin limitación alguna, además de poder realizar el resto de movimientos (rotación y antero-posterior) de manera segura. Tienen una leve discapacidad en una pierna o una amputación por debajo de rodilla. Se comportan de manera muy estable tanto en los contactos como en los rebotes y el dribbling.

En aquellos casos en los que un jugador no cumpla exactamente los criterios de cada una de las clases señaladas se pueden asignar 0.5 puntos por encima o por debajo de una clase determinada. Es decir, por ejemplo, el jugador 1.5 tiene un volumen de acción superior al de la clase 1 pero no llega al de clase 2. De tal forma que podemos tener jugadores con clase 1.5, 2.5 ó 3.5. Esta situación no ha de ser lo habitual y sirve para dar solución a casos singulares.

Ciclismo

- *LC 1:* Atletas con una discapacidad muy leve en las piernas. La discapacidad es tener una amputación de antepié o una diferencia entre la longitud de las piernas de 7-12 cm.
- *LC 2:* Los atletas de esta clase tienen deficiencia en una pierna pero son capaces de pedalear usando ambas piernas (con o sin prótesis). En esta clase se incluyen aquellos que tienen amputaciones unilaterales por encima o por debajo de la rodilla o bien aquellos con una diferencia de longitud entre sus piernas mayor de 12 cm.
- *LC 3:* Atletas que sólo pueden pedalear con una pierna. Aquí se incluyen aquellos que tienen una debilidad muscular en ambas piernas o una posibilidad de flexionar la rodilla inferior a 50°.
- *LC 4:* Atletas con deficiencias en ambas piernas (con o sin deficiencias en brazos). En esta clase se incluyen los deportistas con

doble amputación de piernas por encima o por debajo de las rodillas que tienen un uso limitado de las prótesis, o bien aquellos que tienen debilidad más marcada que la clase anterior en los músculos de ambas piernas.

Esgrima

Solo pueden competir deportistas en silla de ruedas.

- Clase 2: Atletas con malo o moderado equilibrio de tronco en sedestación. Los atletas con mal equilibrio en sedestación no tienen deficiencias en el brazo activo. Los que tienen mejor control de tronco tienen una mínima deficiencia en el brazo activo.
- Clase 3: Atletas con buen equilibrio de tronco sin apoyo de sus piernas (doble amputados por encima de rodilla). El brazo activo es funcional.
- Clase 4: Atletas con buen equilibrio de tronco y con posibilidad de apoyar las piernas. El brazo activo es funcional.

Esquí alpino

Existen 7 clases para participar de pie y otras 3 en silla de sky (LW 10, LW 11 y LW 12) . Los perfiles de cada clase son los siguientes:

- LW 1: Doble amputación por encima de rodilla o similar.
- LW 2: Amputación unilateral por encima de rodilla.
- LW 3: Doble amputación por debajo de rodilla.
- LW 4: Amputación unilateral por debajo de rodilla.
- LW 5-7: Doble amputación de brazo.
- LW 6-8: Amputación unilateral de brazo.
- LW 9: Combinación de amputaciones de brazo y pierna.
- LW 10: En silla. Mal control de tronco en sedestación.
- LW 11: En silla. Moderado control de tronco en sedestación.
- LW 12: En silla. Buen control de tronco en sedestación.

Natación

En este deporte pueden competir juntos atletas con discapacidad de origen diverso. El prefijo "S" significa estilo libre, espalda y mariposa; "SB" braza y "SM" para los relevos. A continuación, se describen de manera muy aproximada los perfiles funcionales de cada clase:

- *S1, SB1, SM1*: Nadadores con problemas severos de coordinación en las cuatro extremidades o no pueden utilizar sus piernas, tronco, manos y mínimamente los hombros.
- *S2, SB1, SM2*: Discapacidad similar a los de la clase S1 pero tienen una mayor capacidad de propulsión en sus brazos y piernas.
- *S3, SB2, SM3*: Nadadores con aceptable brazada pero no pueden utilizar sus piernas o el tronco. Tienen una capacidad funcional superior a la clase S2.
- *S4, SB3, SM4*: Los nadadores de esta clase utilizan sus brazos, tienen una mínima debilidad en sus manos pero ninguna actividad en el tronco y en las piernas. En aquellos nadadores con problemas de coordinación se ven afectadas todas las extremidades pero de manera predominante las piernas. También severa deficiencia en tres extremidades.
- *S5, SB4, SM5*: Nadadores con uso completo de sus brazos y sus manos pero sin posibilidad de utilizar el tronco y las piernas. También aquí se incluyen nadadores con problemas de coordinación.
- *S6, SB5, SM6*: Nadadores con uso completo de manos y brazos con algún control de tronco pero no en las piernas. También se incluyen nadadores con problemas de coordinación aunque puedan caminar; personas con enanismo y nadadores con grandes deficiencias en dos extremidades.
- *S7, SB6, SM7*: Nadadores con uso completo de sus brazos, manos y tronco que además presentan alguna actividad funcional en sus piernas. Nadadores con problemas de coordinación o debilidad en el mismo lado del cuerpo (brazo y pierna homolateral). Deficiencia en dos extremidades.
- *S8, SB7, SM8*: Nadadores con uso completo de sus brazos, manos y tronco que además presentan una mayor actividad funcional en sus piernas que los de la clase S7. Nadadores con restricción articular severa de las piernas. Ausencia de funcionalidad en un brazo.
- *S9, SB8, SM9*: Nadadores con severa debilidad únicamente en una pierna. Nadadores con problemas muy ligeros de coordinación. Habitualmente pueden realizar la salida desde fuera de la piscina.
- *S10, SB9, SM10*: Nadadores con una debilidad muy ligera en las piernas. Nadadores con restricción de la movilidad de la cadera. Nadadores con alguna deformidad en sus pies o una mínima amputación. En esta clase se sitúan los nadadores con mayor capacidad funcional.

Powerlifting

En esta modalidad deportiva los deportistas con amputaciones y "les autres" compiten junto con atletas con parálisis cerebral, lesión medular o enanismo, separados en categorías por peso.

El criterio para la discapacidad mínima es:

- Amputados y "les autres" (ISOD): amputación unilateral a través o por encima del tobillo. Discreta limitación funcional en las piernas o discreta alteración del equilibrio.
- Lesionados medulares (ISMWSF): Atletas con una pérdida de función en sus piernas de al menos un 10%.

Además, todos los atletas deben poder realizar una extensión completa de los codos o una pérdida en la extensión de los codos no superior a 20°.

Tenis de mesa

Este sistema de clasificación comprende 10 clases funcionales para atletas con parálisis cerebral, amputaciones y "les autres". Las 5 primeras clases juegan en silla, las 5 siguientes de pie.

- *TT1*: La extensión de codo y mano se consiguen por un movimiento de balanceo iniciado en el hombro. La coordinación del movimiento del brazo está severamente comprometida.
- *TT2*: La extensión de codo es suficiente y los movimientos de la mano están bien coordinados pero son débiles.
- *TT3*: Mínima pérdida de función en la mano activa. Los movimientos de tronco se realizan por el agarre de la mano no activa en la silla. La parte inferior del tronco permanece en contacto con el respaldo.
- *TT4*: Movimientos normales del brazo. No hay control de los movimientos en dirección antero-posterior del tronco. Doble amputados de piernas con muñones cortos.
- *TT5*: Los atletas pueden realizar movimientos del tronco hacia delante-detrás sin apoyarse con la mano no activa. Se pueden utilizar los muslos para empujar. Se puede realizar algún movimiento lateral del tronco.
- *TT6*: Combinación de deficiencias en la mano activa y en las piernas.
- *TT7*: Afectación de ambos brazos. Amputación doble por encima o por debajo del codo.

- *TT8*: Severa deficiencia en una o ambas piernas. Amputación unilateral por encima de la rodilla o doble amputación por debajo de la rodilla.
- *TT9*: Buen balance dinámico. Deficiencia mínima en uno o ambos brazos o diferencia de longitud entre ambas piernas. Amputación unilateral por debajo de la rodilla.
- *TT10*: Función normal en el brazo activo. Pérdida mínima en el brazo libre. Amputación en el brazo libre hasta $1/3$ del antebrazo.

Tenis en silla de ruedas

El único requerimiento es que el jugador tenga diagnosticada una discapacidad para la movilidad. Es decir, el jugador debe tener una permanente pérdida sustancial de función en una o ambas piernas. Hasta el momento no se habían definido clases aunque sí parece que se van a establecer en breve plazo.

Tiro con arco

El sistema de clasificación se divide en 3 clases:

- *ARST*: Estos deportistas tienen una discapacidad menor en los brazos y/o en las piernas y muestran algún grado de debilidad muscular, alteraciones en la coordinación y/o en la movilidad articular. Lo realizan de pie.
- *ARW 1*: Estos deportistas tienen discapacidades en brazos y piernas. Tienen limitaciones en el recorrido articular, debilidad muscular en los brazos y ausencia de control de tronco en sedestación o bastante precario. Las piernas se consideran no funcionales debido a amputación y/o similar limitación de movimiento, fuerza y control. Compiten en silla de ruedas.
- *ARW 2*: Los arqueros de esta clase tienen paralizada la parte inferior del cuerpo incluidas las piernas pero un buen control de tronco. Compiten en silla de ruedas.

Tiro olímpico

Se dividen en dos grupos principales:

- *SH 1*: Competidores con pistola y rifle que no requieren un soporte para el arma.
- *SH 2*: Competidores con rifle que no pueden sujetar con sus brazos el arma y que, por tanto, precisan de soporte.

Cada uno de estos grupos se subdivide a su vez en tres clases A, B, C según el control de tronco.

Vela

El sistema de clasificación se basa en las funciones requeridas para navegar. Pueden competir juntos atletas con discapacidad de diferente origen. Se valoran 4 parámetros: estabilidad, función manual, coordinación, visión. El sistema de clasificación funcional establece una puntuación que va de 1 a 7. La puntuación total de la tripulación no debe superar los 12 puntos.

Voleibol

Existe una modalidad de juego sentado y otra de pie.

- *Sentado*: Juegan en una misma clase atletas con amputaciones y "les autres".
- *De pie*: se distinguen tres clases (A, B, C). En cualquier momento el equipo debe tener como máximo un jugador de clase A y como mínimo un jugador de clase C en juego.
 - Clase A: Un atleta con discapacidad mínima. Se incluyen, por ejemplo, amputaciones de dedos, diferencia de longitud entre ambas piernas, fusión del tobillo o de la muñeca.
 - Clase B: Atletas con discapacidad media. Ejemplos de esta clase sería: amputaciones por debajo de codo o debajo de rodilla.
 - Clase C: Atletas con el grado de discapacidad más alto. Amputaciones por encima de codo o de rodilla, así como amputaciones combinadas de piernas y brazos y otras deficiencias comparables.

BIBLIOGRAFÍA

- Comité Médico Nacional FEDMF (1995). *Manual de Valoración y Clasificación*. Método Español. Madrid: FEDMF.
- COOB '92, S.A. División de Paralímpicos (1992). *Guía de clasificaciones generales y funcionales*. Barcelona: COOB'92.
- Cooper, R. (1990). Wheelchair racing sports science: A review. *J Rehabil Res Dev.*, 27(3), 295-312.
- Gil Agudo A., Del Ama, A., Crespo, B. (2010). Wheelchair basketball quantification. *Phys Med Rehabil Clin N Am*, 21,141-156.
- Gil Agudo, A. (2008). La atención clínico-sanitaria a la discapacidad y su papel en la difusión de las actividades físico-deportivas. En Pérez Tejero J. (editor). *Discapacidad, calidad de vida y actividad físico-deportiva. La situación actual mirando hacia el futuro*, (pp. 15-62). Madrid. Consejería de Deportes de la Comunidad de Madrid.
- Internacional Wheelchair Basketball Federation. (2002). IWBf. Player Classification System Wheelchair Basketball. IWBf web site. Available online at: www.iwbfb.org/classification/.
- McCann. C. (1996), Sports for the disabled: the evolution from rehabilitation to competitive sport. *Br J Sports Med*, 30,279-80.
- Paralympic Games Sydney 2000. (2000). *Understanding athlete classification and disabilities*. Media guidelines.
- Strohkendl, H. (1986). The new classification system for wheelchair basketball. In: Sherrill, C. (ed). *Sport and disabled athletes* (pp101-112). Champaign, IL: Human Kinetics Publisher.
- Vanlandewijck, Y., Spaepen A., Lysens R. (1995). Relationship between the level of physical impairment and sports performance in elite wheelchair basketball players, *Adapt Phys Act Quart*, 12,139-150.
- Vanlandewijck, Y., Theisen. D., Daly, D. (2001). Wheelchair propulsion biomechanics. Implications for wheelchair sports. *Sports Med*, 31(5), 339-367.
- Weiss, M, Curtis, K. (1986). Controversies in medical classification of wheelchair athletes. En Sherrill, C. (ed). *Sport and disabled athletes* (pp.93-100). Champaign, IL: Human Kinetics Publisher.

1.9 LA PREVENCIÓN DEL DOPAJE EN EL DEPORTE ADAPTADO

Josep Oriol Martínez Ferrer y Josep Antoni Pascual Esteban

El deporte adaptado está evolucionando constantemente gracias a los avances tecnológicos y científicos que en el ámbito deportivo se están desarrollando en nuestra era. Gran parte de estos trabajos de investigación están relacionados con la mejora del rendimiento físico y deportivo de las personas con discapacidad. Hasta hace unos años el estudio del entrenamiento, las cargas, volúmenes y las intensidades de trabajo eran el foco de atención, pero en la actualidad, esta tendencia va cambiando, ampliándose hacia la mejora de las condiciones de recuperación del individuo, el llamado entrenamiento invisible. Son una gran cantidad de factores los que se describen como integrantes de este entrenamiento invisible: horas de descanso y sueño, ritmos circadianos, hábitos de vida, material deportivo utilizado, características de cada discapacidad, posibles repercusiones de sus secuelas, etc. Pero los más estudiados y desarrollados son los factores relacionados con la nutrición deportiva y las ayudas ergogénicas, como positivos; y el dopaje como negativo. Al hablar de ellos, hay que diferenciarlos claramente, porque en ocasiones comparten límites muy próximos, que llegan incluso a confundirlos.

AQUELLO QUE ES VALIOSO DEL DEPORTE Y EL CONCEPTO DE DOPAJE

El deporte ocupa un lugar destacado en nuestra sociedad, y lo ha ocupado desde que se tiene memoria. La búsqueda de la excelencia del ser humano a través del afán de superación así como la preservación de la salud en todos sus aspectos han sido los grandes motores que han impulsado su desarrollo en todas las culturas, épocas y grupos sociales, de los cuales, aunque con cierto retraso, lo han sido también las personas con discapacidad.

Sin embargo, la ética, la honradez, el "*juego limpio*", así como el respeto por uno mismo y por los demás, y por las normas que regulan la competición, son también cualidades de gran valor social, consustanciales al deporte y que contribuyen notablemente a su grandeza. Estos son los valores que definen el llamado "*espíritu deportivo*".

En la consecución de la excelencia deportiva se han utilizado históricamente todas las herramientas a nuestra disposición, desde la magia y la brujería hasta la aplicación de la alta tecnología, en algunos casos médica o farmacológica.

La natural preocupación de las autoridades deportivas por la salud de los deportistas ante la tentación de la utilización excesiva o negligente de algunos de estos medios propició la creación de una serie de normas de obligado cumplimiento para el control, vigilancia y erradicación de estas prácticas conocidas como "Dopaje" y al nacimiento del "Control Antidopaje".

El concepto de dopaje partía de una idea aparentemente evidente o intuitiva: *el uso de alguna sustancia "química" o método con la capacidad de mejorar el rendimiento deportivo*. Esta idea, aunque incompleta, continúa siendo, después de tantos años, la más utilizada por el público en general, e incluso por muchas autoridades. En realidad, la definición más formal siempre ha estado relacionada con conceptos vinculados con la salud:

"El uso de un artificio (sustancia o método), potencialmente peligroso para la salud de los deportistas y/o susceptible de mejorar su rendimiento, o la presencia en el organismo de un deportista de una sustancia, o la constatación de un método, que figuren en la lista anexa al Código Antidopaje del Movimiento Olímpico" (Conferencia Mundial sobre el Dopaje en el Deporte. Declaración de Lausana 1999).

Dopaje es la palabra que define aquello que es opuesto al espíritu deportivo, el hacer trampas, el "juego sucio", intentar obtener aquello que no nos corresponde. El "reverso tenebroso" por parafrasear la expresión empleada en una conocida saga cinematográfica. No debemos olvidar sin embargo las definiciones más estrictas y actuales de lo que es dopaje que no solo hacen referencia a la utilización de sustancias o métodos, sino también a su tráfico, a la posesión de los mismos, tanto por los deportistas, como por entrenadores, personal sanitario, directivos deportivos, otros... E incluso la no aceptación o el incumplimiento de las normas en materia de Control de Dopaje, que han establecido las autoridades deportivas mundiales a través de su Código Mundial Antidopaje. La definición actual de dopaje es, pues, una definición más legal, y puede ser expresada como: la trasgresión de una o varias normas antidopaje (Art. 1 del Código Mundial Antidopaje, AMA; 2003).

*Las bases del éxito del deporte adaptado son:
Correcta nutrición e hidratación
- Ayudas ergogénicas individualizadas -
Juego Limpio "No a las drogas"
(Comité Paralímpico Español)*



EL DOPAJE EN EL DEPORTE DE PERSONAS DISCAPACITADAS

La lucha contra el dopaje en el deporte adaptado es igual de intensa y concienzuda que en cualquier otro ámbito. Aunque no se conoce todavía exactamente la prevalencia del dopaje entre deportistas con discapacidad, no existe ninguna razón para creer que el problema sea diferente del que existe en el resto del mundo del deporte.

La historia de controles antidopaje a gran escala en el mundo del deporte para discapacitados comenzó en 1983. Antes de eso, los controles se realizaron dentro de competiciones nacionales, con algunos casos positivos ocasionales.

En los primeros Juegos para "Les autres" organizados por la Federación Internacional de Deportes para Discapacitados (ISOD) celebrados Oslo, Noruega, en 1983, se tomaron algunas muestras, pero no fueron analizadas. En 1984, se realizaron algunos controles en los Juegos Paralímpicos para deportistas en silla de ruedas de Stoke Mandeville (Gran Bretaña). En 1986, se hizo un esfuerzo considerable para implementar controles antidopaje en los Campeonatos del Mundo de Gotemburgo, Suecia, donde se tomaron y analizaron alrededor de 100 muestras. Cuatro muestras fueron positivas. Sin embargo, el procedimiento de toma de muestras fue cuestionado y el ICC-predecesor del International Paralympic Committee -IPC- (<http://www.paralympic.org>) que no tenía una política antidopaje, y decidió declarar los resultados invalidados. En los Juegos Paralímpicos de Seúl 1988, se llevaron a cabo 50 controles, pero se limitaron a ciertos días, dándose un solo caso positivo.

Con la formación del actual IPC., en 1989, y a través del trabajo de su Comisión Médica, emergió una política antidopaje más clara en deportes para discapacitados. Y fue desde los Juegos Paralímpicos de Barcelona 1992 cuando se estableció un programa de controles en competiciones internacionales oficialmente sancionadas por el IPC. En el período entre Barcelona 1992 y Sydney 2000, han sido confirmados un total de 12 casos positivos.

Los Juegos Paralímpicos de Sydney 2000 supusieron un cambio radical en cuanto a la estrategia anti-dopaje a través de la inclusión de controles pre-competición. Se encontraron 9 casos positivos entre los 128 controles pre-competición. De entre los, aproximadamente, 500 controles en competición se encontraron otros 2 casos positivos. Todos los casos en Sydney fueron casos graves

de dopaje, relacionados con el uso de esteroides anabolizantes o diuréticos, sancionados, en aquel momento, con descalificación y suspensión durante cuatro años.

Durante los Juegos de Atenas 2004, se realizaron un total de 169 controles pre-competición, además de 29 controles específicos para eritropoyetina, y 476 en competición y 61 controles de eritropoyetina.

Los Juegos Paralímpicos de Beijing 2008 han significado la "mayoría de edad" en la lucha anti-dopaje en el deporte adaptado y paralímpico ya que los estándares, número de muestras -que ha alcanzado una cifra record- y tipo de muestras, consiguiendo un nivel muy eficiente y altamente valorado por la Agencia Mundial Anti-Dopaje (WADA-AMA). Han sido introducidos los controles en sangre y los controles de hormonas junto a los ya habituales de orina, tanto pre-competición como en competición.

Juegos	OO. nº muestras	Positivos	PP. nº muestras	Positivos
Barcelona	1873	5	300	1
Atlanta	2000	6	450	0
Sydney	2100	12	630	11
Atenas	2815	27	735	10
Beijing	4900	9	1155	3

Comparación de controles de dopaje en los últimos cinco Juegos Olímpicos (OO) de verano y Paralímpicos (PP) de verano. Número de muestras y positivos.

¿Qué es diferente en el control de dopaje del deporte adaptado?

Algunos deportistas con discapacidad tienen necesidades especiales, que deben ser consideradas cuando se realizan controles de dopaje.

- Para asegurar su integridad y respeto, los deportistas con discapacidades visuales o intelectuales deben tener una persona acompañante que supervise todo el proceso de control antidopaje en su nombre.
- Los métodos de toma de muestra pueden adaptarse para deportistas que requieran catéteres, usen drenaje con preservativo o tengan discapacidades severas que requieran la utilización de un frasco mayor para la toma de muestra.
- Durante el proceso se puede ayudar al deportista, siempre y cuando dé su consentimiento.

- Para aquellos casos en que algunos deportistas deban utilizar sustancias prohibidas por razones médicas y de soporte vital, se ha introducido un procedimiento denominado Exenciones de Uso Terapéutico (TUE). Este procedimiento puede permitir a los deportistas (con o sin discapacidad) obtener permiso específico para la utilización de sustancias incluidas en la lista prohibida. El IPC evalúa y sanciona estas solicitudes. La WADA (World Anti-doping Agency) las revisa y tiene la potestad de invertir la sanción.

Los deportistas que necesiten tomar estas sustancias prohibidas, por razones médicas, deben solicitar esta exención, o les serían aplicadas las penas propias del uso de estas sustancias prohibidas. Las exenciones dependen de la sustancia y el deporte en cuestión, siendo un criterio importante, para su aprobación final, el que la sustancia no debe tener un efecto de mejora del rendimiento deportivo, en esa modalidad deportiva adaptada.

- Disreflexia autónoma, efecto "Boosting". Las personas con lesiones medulares cervicales o torácicas superiores pueden padecer reflejos simpáticos anormales, denominados disreflexia autónoma. Este reflejo es causado por estímulos dolorosos en la parte inferior del cuerpo, en especial la distensión o irritación de la vejiga urinaria. Los síntomas de la disreflexia son subida rápida de la presión sanguínea, dolor de cabeza, sudoración, manchas oscuras en la piel y carne de gallina. En casos severos, puede haber confusión, hemorragia cerebral e incluso muerte.

Este reflejo puede ocurrir espontáneamente o ser causado deliberadamente mediante el llamado "boosting", desencadenado por maniobras externas que provoquen un efecto irritativo, no controlado, a la médula espinal por debajo del nivel de lesión, como por ejemplo retenciones voluntarias de orina en la vejiga urinaria o pequeñas heridas o punturas en las extremidades inferiores, que por su parálisis sensitiva no son dolorosas para el deportista con discapacidad.

Puesto que esto es un riesgo para la salud, el IPC prohíbe la competición en estado disrefléxico. Si un deportista muestra signos de disreflexia autónoma durante el calentamiento, es retirado inmediatamente de la competición. Hay que tener presente que esto no es considerado un método de dopaje y por tanto no está sujeto a las sanciones propias. Únicamente puede suponer la retirada de aquella competición en particular por razones puramente médicas.



En los deportistas con secuelas de lesiones medulares, cervicales o dorsales altas, debe controlarse la presencia de disreflexia autónoma antes y durante la competición (FMDDF)

Antecedentes, presente y futuro de la lucha contra el Dopaje

La represión del dopaje deportivo está sufriendo un profundo cambio en nuestros días. Este cambio tiene una línea evolutiva clara, la que va del ámbito deportivo, con su reglamentación y sus procedimientos de sanción, al ámbito público general, y por tanto, al ámbito legal y judicial.

Las causas de esta evolución pueden resumirse en las siguientes:

- El dopaje salpica a todos los ámbitos del deporte y, por tanto, también al deporte no estrictamente competitivo. La sociedad, en general, comienza por tanto a considerar que el tema trasciende de la actividad deportiva organizada y se convierte en un tema general del que los ciudadanos hacen responsables a los representantes y dirigentes deportivos.
- El dopaje en el deporte se enmarca, en último término, en el marco educativo y en otros ámbitos con clara responsabilidad de los poderes públicos, como lo es el sanitario y los posibles delitos cometidos contra la salud pública.

El problema pasa de ser deportivo a ser un problema social, precisamente, porque se piensa que trasciende de aquel ámbito.

Este tránsito conceptual no ofrecería problemas si no fuera porque las reglas de conexión de uno y otro ámbito de actuación, deportivo y social, no están claramente establecidas y se acaban produciendo fricciones y graves conflictos de competencia jurídica.

- El papel de los Estados está pensado para la defensa de la sociedad en su conjunto y, por tanto, su carácter esencial es la prevención, aplicada en estos casos, y en términos jurídicos, a través del Derecho Penal.
- El rol de las federaciones deportivas y del Comité Olímpico Internacional (C.O.I.) y también el I.P.C., es un papel centrado en el control de las sustancias que utilizan los deportistas. Por tanto, factores como los referidos al tráfico de sustancias se escapan normalmente de su competencia. La prevención y la represión se centran en el ámbito de los deportistas federados, no entrando a controlar a los demás practicantes ni a los de las prácticas deportivas no federadas u organizadas.

Está claro que estas reflexiones nos sitúan ante un entorno complejo, socialmente difícil de explicar, confuso en su articulación y

en el que lo fundamental consiste en saber cuál es el bien jurídico protegido. Durante mucho tiempo se ha dicho que era la ética deportiva. En el momento actual puede decirse que esta perspectiva pierde peso, para hacer de la protección de la salud el valor fundamental. Este valor hace pensar que los responsables ya no pueden ser solamente los agentes deportivos.

La crisis generalizada del sistema convencional durante el verano de 1998

El esquema descrito de convivencia entre las normas deportivas y las normas estatales y jurídicas, cambia rotundamente con la posición adoptada por algunos países europeos, en especial la posición de Francia, y en menor grado de Italia, que rompen con el entorno normativo deportivo, y aplican el derecho penal a los casos de dopaje. Los acontecimientos acaecidos en las fechas próximas al verano de 1998, en las que se ve implicado el deporte de alto nivel y de alta repercusión mediática, producen una fuerte convulsión social, siendo presentados como hechos fraudulentos propios de una práctica generalizada de dopaje. Tras la admisión por parte de algunos deportistas de élite, se produce un franco rechazo social que sigue pensando que deben ser los mejores los que sean capaces de vencer limpiamente las exigencias físicas deportivas.

A partir de esta situación surge la necesidad de la confluencia de posiciones. Y esta confluencia se produce con la convocatoria de la denominada "Conferencia Mundial sobre Dopaje", celebrada en Lausana (Suiza), en febrero de 1999. Esta conferencia sienta las bases para una nueva organización del control de dopaje en el mundo y, sobre todo, supone la conjunción de los agentes deportivos y los organismos estatales e internacionales, para la creación de un organismo responsable de la elaboración de una jurisdicción única aplicable a todos los ámbitos del deporte potenciando la esencia deportiva, y el desarrollo del deporte como fenómeno social.

A partir de estos principios, empiezan a darse los primeros pasos y se diseñan los primeros borradores de régimen jurídico y técnico, primero desde su sede provisional en Lausana (Suiza), y en la actualidad en su sede central, en la ciudad canadiense de Montreal, dando forma al borrador del futuro Código Mundial Antidopaje único, ratificado por los gobiernos de muchos países y por CIO, I.P.C. y muchas federaciones internacionales deportivas.

La creación de la Agencia Mundial Antidopaje (WADA / AMA)

La creación de una Agencia Internacional (www.wada-ama.org) independiente ha permitido armonizar la política de represión del dopaje deportivo centrándose, fundamentalmente, en la propuesta de los siguientes aspectos de régimen jurídico:

- Unificación de los listados de sustancias y métodos prohibidos, en especial en la forma de inclusión de los mismos, tanto cualitativa como cuantitativamente.
- Unificación de las sanciones, forma de imposición y delimitación de responsabilidades.
- Unificación de los sistemas y procedimientos, referidos tanto a la toma de muestras de control como a su transporte y custodia.
- Unificación de los criterios de homologación de los laboratorios encargados del análisis de las muestras, en metodología, aparataje y sistemas de control de calidad.
- Delimitación de los sistemas jurídicos al ámbito deportivo, siendo el último nivel de apelación la Corte de Arbitraje Deportivo (CAS/TAS).
- Incentivación del estudio y la investigación común, como forma de asentar de forma correcta, y no especulativa, las regulaciones que se establecen.
- Establecimiento de un programa educativo mundial, para la erradicación del dopaje, en todos los ámbitos de la sociedad y del deporte.

La Convención Internacional contra el Dopaje en el Deporte

El 19 de octubre de 2005, la Conferencia General de la UNESCO, en su 33ª reunión, aprobó por unanimidad la "*Convención Internacional contra el Dopaje en el Deporte*".

La finalidad de la Convención es promover la prevención del dopaje en el deporte y la lucha contra éste, con miras a su eliminación. Por primera vez, gobiernos de todo el mundo han acordado aplicar el peso del derecho internacional al antidopaje. Este hecho es importante, porque existen ámbitos específicos en los que únicamente los gobiernos poseen los medios de hacer avanzar la lucha contra el dopaje. En consecuencia, la Convención contribuye a organizar en el plano mundial las reglas, políticas y normativas contra el dopaje, que ayudarán a proporcionar un contexto de competición honrado y equitativo para todos los atletas (www.unesco.org).

*Condicionantes fundamentales y
éticos de las resoluciones
de la Conferencia General de la
UNESCO en su 33ª reunión
- Convención Internacional contra
el Dopaje en el Deporte -
19 de Octubre de 2005*

- *Considerando* que el objetivo de la UNESCO es contribuir a la paz y a la seguridad a través de la promoción de la colaboración entre las naciones mediante la educación, la ciencia y la cultura.
- *Refiriéndose* a los instrumentos internacionales existentes relacionados con los derechos humanos.
- *Teniendo* en cuenta la Resolución 58/5 aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el día 3 de noviembre de 2003, referente al deporte como medio para promover la educación, la salud, el desarrollo y la paz, en particular el párrafo 7.
- *Consciente* de que el deporte ha de desempeñar un papel importante en la protección de la salud, en la educación moral, cultural y física y en el fomento del entendimiento internacional y la paz.
- *Observando* la necesidad de alentar y coordinar la cooperación internacional con miras a la eliminación del dopaje en el deporte.
- *Preocupada* por la utilización de sustancias dopantes en las actividades deportivas y por las consiguientes consecuencias para la salud de los deportistas, el principio del juego limpio (fair play), la eliminación de fraudes y el futuro del deporte.
- *Teniendo* presente que el dopaje es una amenaza para los principios éticos y los valores educativos consagrados en la Carta Internacional de la Educación Física y el Deporte aprobada por la UNESCO y en la Carta Olímpica.
- *Recordando* que el Convenio contra el Dopaje y su Protocolo adicional aprobados en el marco del Consejo de Europa son los instrumentos de derecho público internacional que han sido la fuente de las políticas nacionales de lucha contra el dopaje y de la cooperación intergubernamental.
- *Recordando* las recomendaciones sobre el dopaje formuladas por la Conferencia Internacional de Ministros y Altos Funcionarios Encargados de la Educación Física y el Deporte, en su segunda, tercera y cuarta reuniones organizadas por la UNESCO en Moscú (1988), Punta del Este (1999) y Atenas (2004), respectivamente, así como la Resolución 32 C/9 aprobada por la Conferencia General de la UNESCO en su 32ª reunión (2003).

- *Teniendo* presentes el Código Mundial Antidopaje adoptado por la Agencia Mundial Antidopaje en la Conferencia Mundial sobre el Dopaje en el Deporte en Copenhague, el 5 de marzo de 2003, y la Declaración de Copenhague contra el dopaje en el deporte.
- *Teniendo* presente asimismo el prestigio entre los jóvenes de los deportistas de alto nivel.
- *Consciente* de la permanente necesidad de realizar y promover investigaciones con miras a mejorar la detección del dopaje y comprender mejor los factores que determinan la utilización de sustancias dopantes para que las estrategias de prevención sean más eficaces.
- *Consciente* también de la importancia de la educación permanente de los deportistas, del personal de apoyo a los deportistas y de la sociedad en general en la prevención del dopaje.
- *Teniendo* presente la necesidad de crear capacidades en los Estados Parte para poner en práctica programas de lucha contra el dopaje.
- *Consciente* también de que incumben a las autoridades públicas y a las organizaciones encargadas de las actividades deportivas obligaciones complementarias en la lucha contra el dopaje en el deporte, y en particular la de velar por una conducta adecuada en los acontecimientos deportivos, sobre la base del principio del juego limpio (fair play), y por la protección de la salud de los que participan en ellos.
- *Reconociendo* que dichas autoridades y organizaciones han de obrar conjuntamente por la realización de esos objetivos, en todos los niveles apropiados, con la mayor independencia y transparencia.
- *Decidida* a seguir cooperando para tomar medidas nuevas y aún más enérgicas con miras a la eliminación del dopaje en el deporte.
- *Reconociendo* que la eliminación del dopaje en el deporte depende en parte de la progresiva armonización de normas y prácticas antidopaje en el deporte y de la cooperación en el plano nacional y mundial.

La Convención contribuyó a integrar el Código Mundial Antidopaje en el derecho internacional, al obligar a los países a tomar medidas consecuentes con sus principios. Hay cierto grado de flexibilidad en las estrategias que los gobiernos pueden adoptar para poner en vigor la Convención, ya sea mediante legislación, reglamentación, políticas o prácticas administrativas. Pero en todo caso los gobiernos tendrán que tomar medidas específicas con el fin de:

- Restringir la disponibilidad de sustancias o métodos prohibidos destinados a los deportistas (salvo en casos de uso legítimo con fines terapéuticos), lo que incluye medidas de lucha contra el tráfico.

- Facilitar los controles antidopaje y apoyar los programas nacionales de controles.
- Suspender el apoyo financiero a los deportistas y al personal de apoyo a los deportistas que violen las normas antidopaje o a las organizaciones deportivas que incumplan el Código.
- Alentar a los productores y distribuidores de suplementos nutritivos a que establezcan 'prácticas idóneas' en materia de etiquetado, mercadeo y distribución de productos que puedan contener sustancias prohibidas.
- Apoyar los programas de educación sobre la lucha contra el dopaje destinados a los deportistas y a la comunidad deportiva en general.

El Código Mundial Anti-dopaje (WAC)

En noviembre 2003 se desarrolla en Copenhague (Dinamarca) la "2ª Conferencia Mundial Antidopaje", donde tanto federaciones deportivas de distintos ámbitos como un gran número de países, con el compromiso de sus gobiernos de luchar contra el dopaje en el deporte y respetar la salud de sus deportistas, aprueban el primer Código Mundial Anti-dopaje (WAC), que entraría en vigor después de los juegos de Atenas, WAC 2005. Este nuevo código incluía, entre otras normativas, la homologación de su aplicación para todos sus firmantes:

- Estándar Internacional de la Lista Prohibida (con revisión anual).
- Estandarización de las Sanciones.
- Estándar Internacional de Control Anti-dopaje (2003).
- Estándar Internacional de Excepción de Sustancias de Uso Terapéutico - T.U.E. (2005).
- Estándar Internacional de Laboratorios y procesos de análisis (2005).

Este Código ha sido de nuevo revisado en noviembre 2007 durante la "3ª Conferencia Mundial Antidopaje" celebrada en Madrid (España); donde de nuevo, pero con más países y organizaciones deportivas implicadas y firmantes, fue aprobado unánimemente el nuevo y actual CÓDIGO MUNDIAL ANTIDOPAJE 2009, que ha sido puesto en vigor después de los Juegos de Beijing 2008, y que será válido hasta el año 2012. En esta nueva y renovada versión destacan los siguientes aspectos significativos.



Algunas ayudas ergogénicas nutricionales, fabricadas sin controles rigurosos, pueden contener sustancias que provoquen un resultado analítico positivo en un control de dopaje

-
- Cambio en la definición del Dopaje.
 - Cambios en las sanciones para la infracción del Código.
 - Participación activa de los firmantes a nivel nacional; por ejemplo la creación y homologación de las Agencias Nacionales Anti-dopaje (NADO's).
 - Aplicación del concepto jurisdiccional de "Reconocimiento Mutuo" entre los estamentos y organizaciones firmantes.
 - Nuevos parámetros conceptuales para la inclusión de sustancias en la lista anual de Sustancias Prohibidas.
 - Revisión del estándar Internacional de la Lista Prohibida.
 - Revisión del estándar de Control Anti-dopaje.
 - Revisión del estándar Internacional de Exenciones de Uso Terapéutico - T.U.E. (2010).
 - Revisión del estándar Internacional de Laboratorios y procesos de análisis (2010).

Los tres ejes de la lucha contra el dopaje

- La reglamentación antidopaje
- Los controles antidopaje
- La Educación: prevención del dopaje

En los últimos tiempos el dopaje viene siendo cada vez más omnipresente e insidioso. Los deportistas y el personal de apoyo a los deportistas (comprendidos los entrenadores, los directores técnicos y el personal médico) realizan esfuerzos cada vez más complejos para sacar ventaja, por mínima que sea, lo que a menudo acarrea graves consecuencias para la salud.

El uso indebido de sustancias o métodos ha provocado problemas cardiovasculares, enfermedades hepáticas y renales, dependencia psicológica o física y a veces hasta ha causado muertes. La gama de las lesiones se ha visto aumentada por la práctica del dopaje por vía sanguínea y la manipulación genética destinada a realzar el rendimiento deportivo.

Las repercusiones del dopaje van más allá de los atletas afectados o del deporte en sí. El dopaje es un problema que afecta al conjunto de la sociedad, asimismo el deporte es un instrumento pedagógico importante para los jóvenes, pues mediante su prác-

tica los niños suelen asimilar los valores fundamentales y paradigmas de buena conducta que conservan toda la vida.

El dopaje tiene la capacidad de socavar y quebrantar los beneficios positivos de la práctica deportiva, por lo que resulta esencial que los gobiernos, las comunidades, las organizaciones deportivas y las personas adopten medidas para asegurar su erradicación.

La reglamentación antidopaje

Diversos autores y juristas especializados como A. Millán (2006) consideran que el dopaje no es un problema exclusivo de federaciones deportivas, sino que se trata de una cuestión de Estado. Se produce la evidencia de que el dopaje no es solo una amenaza deportiva sino también social, que suele consagrar el triunfo del tramposo legitimando el recurso de la mentira como forma deshonesta. El deporte es parte del desarrollo de un Estado y no se puede atacar de manera esporádica, sino que debe ser un ataque frontal. Millán (2006) asegura que esta lucha frontal contra el dopaje debe ser una responsabilidad compartida entre gobiernos, federaciones deportivas y asociaciones civiles.

Tanto en la Declaración de Copenhague como en los acuerdos adoptados en el seno del COI (www.olympic.org), en Lausana 1999 se estableció que el dopaje no puede ser considerado de forma aislada, ya que se trata de un problema de seguridad pública, por lo que necesariamente el Gobierno debe estar involucrado. Los documentos firmados por los representantes de los diferentes Comités Olímpicos Nacionales y sus Gobiernos hacen un llamamiento para que las asociaciones civiles se acerquen a los órganos gubernamentales para hacer una alianza que combata esta práctica prohibida del dopaje.

Que los estados y gobiernos queden fuera de la lucha contra el dopaje sería contrario al concepto que entendemos como dopaje, ya que afecta tanto a la competición deportiva como a la salud del deportista y de la población general. Se plantea, por tanto, la imposibilidad de dar marcha atrás en el proceso de intervención gubernamental. Los Estados y las organizaciones públicas internacionales son partes afectadas y también garantes de los intereses en juego resultando de vital importancia seguir las directrices de la Agencia Mundial Antidopaje (WADA/AMA). Esta Agencia tiene su principal fuente de financiación en el apoyo de los diferentes

gobiernos, que aportan el 50 % de su presupuesto, así como de una aportación equivalente procedente del Comité Olímpico Internacional (COI). Es imprescindible la armonización de las normativas antidopaje y una cierta homogeneidad en las políticas nacionales, tanto en los instrumentos públicos internacionales como las legislaciones estatales que deben asumir, en la mayor medida posible, los criterios normativos emanados de la organización privada del deporte.

Como conclusión, debe establecerse que, por un lado, la responsabilidad de la lucha contra el dopaje debe recaer en los poderes públicos y no en los organismos internacionales deportivos, y, por otro, no debe darse marcha atrás en ese proceso de la intervención pública, dada la afectación en el orden jurídico interno y por tratarse de la salud que constituye una garantía social universal.

Los controles antidopaje

Las sustancias y métodos dopantes constituyen la esencia del dopaje. Su posible detección, en muestras de deportistas federados que han participado o que pueden participar en competiciones oficiales organizadas, constituye la base del control que se realiza con el fin de comprobar una posible trasgresión de las normas que prohíben utilizar dichas sustancias en el deporte.

El procedimiento de control del dopaje está perfectamente regulado en el estado español (www.cerodopaje.com) y se realiza con las garantías necesarias y suficientes para el responsable del control y para el deportista controlado.

Estos procesos comprenden:

- La selección del deportista a controlar.
 - La recogida de las muestras y el envío de las mismas al laboratorio de análisis.
 - El análisis de las muestras, su evaluación, y la emisión de sus resultados.
 - La aplicación de las consecuencias del resultado analítico y, en caso de proceder, la sanción correspondiente.
- Un deportista con licencia para participar en competiciones de ámbito estatal y/ o internacional, tiene obligación de someterse a controles de dopaje durante las competiciones o fuera de ellas, y mientras su licencia se encuentre en activo. Los controles pueden ser requeridos por cualquiera de los siguientes organismos:

- El Comité Paralímpico Internacional.
- Las federaciones deportivas internacionales de deporte adaptado.
- El Consejo Superior de Deportes.
- La Comisión Nacional Antidopaje.
- El Comité Paralímpico Español.
- La federación deportiva española correspondiente.
- En su caso, la liga profesional concerniente.

El deportista debe ser consciente de que la negativa a pasar un control requerido por estos organismos supone una infracción grave de dopaje, siempre sancionable.

■ Los procesos de recogida de muestras en un control del dopaje en competición se realizan por un equipo, cuyo responsable es un médico habilitado por la Comisión Nacional o Internacional Antidopaje, el cual es designado para ello por la entidad solicitante del control, que le proporciona la correspondiente acreditación. Este médico estará acompañado al menos de un técnico, con formación sanitaria o no. En los controles de dopaje fuera de competición, es posible que no haya designación de técnicos que acompañen al responsable de los procesos de recogida de muestras.

■ Un deportista puede ser seleccionado para pasar un control por clasificación, por sorteo o por designación. El deportista que se convoca conoce que va a pasar un control del dopaje porque el responsable de la recogida de muestras, o un delegado suyo, le entrega un formulario de notificación, en el que constan sus datos personales y federativos, así como la ocasión en que se va a realizar el control y las condiciones del mismo. Este formulario también incluye otras advertencias complementarias de interés.

■ El deportista debe cerciorarse de la veracidad de los datos de la notificación, que debe estar firmada por quien hace entrega de la misma, y firmar la recepción de la misma.

A partir de entonces, en un control en competición el deportista dispone de un máximo de treinta minutos para presentarse en el área de control del dopaje.

Este plazo en algunos deportes puede estar ampliado hasta completar una hora, que excepcionalmente puede volver a ser ampliado por el responsable de la recogida hasta un máximo total de dos horas. Generalmente, se designa a una persona -escolta- que acompaña al deportista desde que recibe la notificación

hasta que se presenta en el área de control del dopaje, circunstancia ésta que es obligatoria en determinadas ocasiones, por ejemplo en los Juegos Paralímpicos.

En un control fuera de competición la notificación se realiza generalmente sin previo aviso, y el proceso comienza de inmediato.

■ Una vez recibida la notificación, y en el plazo máximo indicado, el deportista deberá acudir al área de control, pudiendo ir acompañado de una persona, donde debe presentar la notificación y asimismo debe identificarse mediante documento oficial con fotografía.

Una vez que el deportista ha accedido al área de control, no puede abandonar la misma hasta que finalice el proceso. Cuando el deportista declara estar dispuesto, se inicia el proceso de recogida de la muestra. El mismo deportista puede elegir y revisar el material básico a utilizar para esta recogida, homologado por la Comisión Nacional Antidopaje.

El deportista debe suministrar la muestra en presencia de uno de los componentes del equipo de recogida, en las condiciones establecidas.

El deportista que pasa un control debe cerciorarse de que, aunque la muestra se suministre en varias etapas, al final debe haber una única muestra, que se ha de subdividir en los dos frascos A y B con el mismo código numérico, y que deben cerrarse perfectamente con un precinto codificado.

Finalmente, el deportista ha de firmar el acta de recogida, una vez se cerciore de la veracidad de los datos que se han incluido en la misma. Asimismo, debe declarar los medicamentos previamente utilizados, y sobre todo, debe presentar los documentos de justificación de uso terapéutico de sustancias prohibidas, si es el caso. La regulación, no obstante, puede incluir la obligación de presentarlos previamente a la Comisión Antidopaje correspondiente.

La Educación como factor esencial en la prevención del dopaje

En una visión generalista de los casos que resultan positivos en los controles de dopaje podríamos afirmar que existen tres tipos de "positivos":

- los de atletas que se dopan con pleno conocimiento de causa.
- los accidentales (suplementos contaminados, mala praxis, etc.).
- los que lo hacen por puro desconocimiento de las reglas antidopaje.



Los laboratorios que efectúan los controles analíticos de las muestras en un control de dopaje deben estar homologados por la WADA-AMA

La experiencia muestra que estos dos últimos tipos, aquellos no deliberados, suponen un porcentaje nada despreciable de los casos positivos. La prevención del dopaje en cada uno de esos "tipos" requiere una aproximación metodológica muy distinta.

Mientras que la educación y la información son fundamentales para evitar los positivos correspondientes a los casos no premeditados, en el primer caso la educación no tiene prácticamente efecto. Los controles y las sanciones parecen ser la única herramienta realmente eficaz.

Todos los organismos rectores del deporte están firmemente convencidos de que la educación es el eje de todo programa encaminado a eliminar el dopaje en el deporte. La prevención duradera se logra más cabalmente mediante la educación de los deportistas y la comunidad deportiva en general. Es importante que los jóvenes lleguen a comprender los daños que provoca el dopaje, tanto en el deporte como en las personas. La escuela constituye un contexto pedagógico ideal, porque en ella los jóvenes deben aprender el juego limpio (*'fair play'*) y el trabajo en equipo, como parte de los programas de educación física o mediante su participación en actividades deportivas.

¿Se puede competir y ganar sin dopaje?

El dopaje no puede ni debe suplir a:

- Unas condiciones físicas básicas idóneas.
- Un entrenamiento correctamente programado.
- Un adecuado reposo.
- Una alimentación controlada.
- Unas ayudas ergogénicas permitidas.
- Una terapia supervisada con medicamentos permitidos.
- Una conciencia colectiva de "Juego Limpio".

Con esta pauta, y sin dopaje es indudable que se puedes vencer, ser mejor que los otros competidores, o colaborar a que, formando parte de tu equipo, ganes al rival deportivo.

¡DI NO AL DOPAJE, JUEGA LIMPIO!

BIBLIOGRAFÍA

- Barbod S.; Montero J.A. (2002). *Anàlisi de la problemàtica del dopatge*. Barcelona: Diputació de Barcelona, Àrea d'Esports.
- Bernadot, D. (2001). *"Nutrición para deportistas de alto nivel"*. Barcelona: Hispano Europea.
- Moragas, M. (1999). *"Esport mediàtic i espectacle: què ens queda de l'esport?"*. Congreso Internacional: Los límites del Deporte. El doping del dopaje. Barcelona: Centre Estudis Olímpics - UAB.
- Martínez Ferrer, J.O. (editor) (2003). *Libro de Actas CIDA 2003*. Conferencia Internacional sobre Deporte Adaptado. Málaga: Fundación Andalucía Olímpica. Ed. Instituto Andaluz del Deporte, España.
- Millán Garrido A. (2006). *Algunas reflexiones sobre el régimen jurídico del dopaje en el deporte*: resumen de la conferencia en Javier Latorre, subdirector IUSPORT. Publicado en CONADE, Barcelona 5 de abril 2006.
- Ministerio de Educación, Cultura y Deporte - Consejo Superior de Deportes - (2005). *Prevención del dopaje en el ámbito deportivo federado: acciones informativas dirigidas al deportista federado*. Madrid: C.S.D.
- Palomar Olmeda, A. (2000). Los modelos de represión del dopaje deportivo y el papel de las instituciones europeas, *Documentos en Medicina del Deporte*, nº 3, 9 -16. Sevilla: Centro Andaluz de Medicina del Deporte.
- Parry, J. (1999). *"Ethics and doping"*. Congreso Internacional: Los límites del deporte. El doping del dopaje. Barcelona: Centre Estudis Olímpics - UAB.
- Pascual, J.A y Martínez Ferrer, J.O, (2003). Doping Disabled. *Minusport*, nº 2, 40 a 46, Barcelona: Minusport.
- Pujol-Amat, P. (1998). *Nutrición, salud y rendimiento deportivo*. Barcelona: Espax.
- Williams, M.H. (2002). *Nutrición para la salud, la condición física y el deporte*. Barcelona: Paidotribo.
- VVAA.(1998). Doping, *CARRERA SIN META*. Madrid: Consejo Superior de Deportes.
- UNESCO (2005). Resoluciones de la Conferencia General de la UNESCO 33ª reunión *"Convención Internacional contra el Dopaje en el Deporte"*. París, 19 de Octubre de 2005.

1.10 LOS PROGRAMAS DE PROMOCIÓN DEPORTIVA Y LAS ACTIVIDADES DE SENSIBILIZACIÓN

Ruperto Menayo Antúnez

Además de los programas conocidos como Hospiesport, existen actividades de sensibilización social como las "Jornadas del Deporte para Todos" desarrolladas por la Federación de Deportes de Minusválidos Físicos del Principado de Asturias, así como otras no vinculadas a ningún programa concreto, llevadas a cabo por las federaciones de las diferentes comunidades autónomas, que a pesar de no disponer de un título que las defina, sí presentan todos aquellos elementos necesarios para el cumplimiento de los objetivos de sensibilización e integración social que cualquier programa debería considerar, observándose aspectos comunes en las distintas autonomías analizadas.

En general, el objetivo prioritario de estos programas y actividades es aproximar la realidad de la discapacidad física a la población escolar sin discapacidad, e informar y hacer partícipes de los deportes adaptados a los alumnos de los diferentes centros escolares. Además, a través de ellas se intenta captar a posibles alumnos para los programas de deportes destinados a deportistas con discapacidad desarrollados en las escuelas deportivas municipales. Mediante las actividades propuestas en estas escuelas se trabaja en la integración de las personas con discapacidad fomentando la convivencia dentro de las instalaciones deportivas con deportistas sin discapacidad.

También observamos como aspecto común a las federaciones autonómicas que se realizan conferencias periódicas, a través de diversas asociaciones destinadas a la población adulta y utilizan la infraestructura de la universidad o de centros gestionados por los ayuntamientos para dar a conocer el deporte adaptado, con el fin de captar voluntarios y buscar apoyos económicos que permitan sufragar los gastos derivados de su organización.

Con respecto al desarrollo de los distintos programas de promoción del deporte adaptado, en general estas entidades cuentan con plantillas de monitores titulados (de uno a tres por actividad, dependiendo de su dificultad y del número de deportistas inscritos) que garantizan el cumplimiento de los objetivos mencionados y aseguran la calidad de la intervención, así como las condiciones de segu-

ridad requeridas en cualquier situación que implique una interacción entre los deportistas y el medio en el que se desenvuelven.

Otro aspecto a destacar es que, en la mayoría de los casos, las actividades vinculadas a estos programas se llevan a cabo en distintos centros e instalaciones, a través de permisos y convenios establecidos con las entidades encargadas de su gestión, de manera que los deportistas conviven a diario con todas aquellas personas que las utilizan, fomentando las relaciones personales y promoviendo así la sensibilización de éstos hacia los deportistas con discapacidad.

En este sentido, podemos constatar la utilización de instalaciones deportivas municipales y centros de enseñanza públicos, como gimnasios, salas de barrio, pistas polideportivas y piscinas, como lugares para la práctica deportiva.

Además, existen espacios naturales empleados para la realización de actividades en la naturaleza aprovechados por las federaciones para la práctica de estos deportes al aire libre, sumando los beneficios del disfrute del entorno natural a aquellos derivados de la propia actividad física.

En cuanto a la oferta de actividades de estas federaciones, observamos que se desarrollan en horario semanal, básicamente a través de las escuelas deportivas municipales como ya mencionamos, computando un ratio de entre una y cinco sesiones semanales de práctica, generalmente de una hora de duración. En este sentido, los grupos se conforman en función del número de deportistas inscritos y de los recursos materiales disponibles, por lo que existen diferencias en este aspecto, contando con grupos de cinco a nueve alumnos.

Por tanto, en el análisis realizado de los programas y de las actividades ofertadas por las distintas federaciones autonómicas, observamos cómo a pesar de no disponer de un "título" concreto que defina sus objetivos o el carácter de los mismos, sí existe un incipiente desarrollo de actuaciones dirigidas a dar a conocer a la población el trabajo que desarrollan con personas con discapacidad, tratando de ofrecer alternativas y experiencias que posibiliten la integración social de los deportistas y la sensibilización de la sociedad hacia este colectivo a través de la práctica del deporte adaptado.

A continuación se presentan tres modelos de promoción y de sensibilización pioneros en nuestro país: "Hospisport de Catalunya", "El deporte al alcance de todos" y las "Jornadas de juegos motores sensibilizadores".

1.10.1 HOSPI SPORT CATALUÑA: UN PROGRAMA DE SALUD, MEDIANTE EL DEPORTE ADAPTADO, PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA

Josep Oriol Martínez i Ferrer

La Unión Europea siempre ha tenido presente en sus programas de desarrollo, dedicarse a la normalización y integración de las personas con discapacidad.

Así lo ha demostrado en sus programas específicos Helios I (1990-1993) y Helios II (1993-1996), donde el deporte adaptado ha estado incluido en los protocolos de readaptación funcional de estas personas, muy especialmente en el Helios II. Durante los cuatro años de desarrollo de este programa, se estableció un grupo de trabajo que protocolizó los niveles de intervención del deporte y la actividad física en el proceso de readaptación funcional, así como los perfiles curriculares de los profesionales que deben intervenir. Todo este trabajo ha sido reflejado en el Libro Blanco del Programa Helios II, siendo considerado como ejemplo de "Buena Práctica", el Programa Hospi Sport, desarrollado por la Federación Catalana de Deportes de personas con Discapacidad Física. Hecho que fue distinguido con la medalla de Bronce de los Premios Helios II 1996, por su eficaz desarrollo y ejemplaridad.

EL PROGRAMA HOSPI SPORT

Hospi Sport es una de las máximas aspiraciones de la Federación Catalana d'Esports per a Minusvàlids Físics (F.C.E.M.F.) desde 1992, hacia la utilización del deporte como elemento de Salud para las personas con discapacidad. La finalidad de este programa es favorecer el proceso de readaptación funcional y reinserción social de las personas con discapacidad física grave, ingresadas en los hospitales de Cataluña, mediante su iniciación a la práctica deportiva adaptada.

Ya hace más de 10 años, y quién lo iba a decir, cuando a finales del año 1992 la F.C.E.M.F. en pleno, presidida por D. Juan Palau Francas, apostó unánimemente por el desarrollo de este programa, costase los esfuerzos que costase, y aprovechando el gran éxito conseguido con la organización y celebración de los Juegos Paralímpicos de Barcelona'92. Siendo puesto en marcha gracias a la importantísima colaboración institucional del gobierno de la

Generalitat de Catalunya, en especial de los Departament de Sanitat i Seguretat Social, del Departament de Benestar Social, y de la Direcció General de l'Esport, así como de otros esponsors privados que, paulatinamente, también fueron dando un importante soporte al Programa.

Uno de los aspectos más importantes del Programa Hospi Sport, y que puede ser el más significativo y diferencial, es el hecho que los usuarios abandonen durante unas horas el ambiente hospitalario que los envuelve, para realizar su actividad física en instalaciones deportivas compartidas con todo tipo de usuarios, y totalmente preparadas para recibir personas con discapacidades físicas. Hecho que ha facilitado, sin duda, su difusión social entre la población practicante de actividades físico-deportivas, las instituciones deportivas y las administraciones públicas, en especial las de gestión deportiva y sanitaria.

Al Hospi Sport se han inscrito, hasta el año 2004, más de 35 instituciones hospitalarias de Cataluña y se han beneficiado más de 3.100 personas con discapacidades físicas graves. Todos las cuales han desarrollado sus programas de iniciación deportiva dentro de las más de 40 Escuelas de Iniciación Deportiva Adaptada que se han puesto en marcha, agrupando deportes tan diversos como: Atletismo, Baloncesto en silla de ruedas, Boccia, Ciclismo, Esgrima, Esquí, Fitness, Natación, Tenis de mesa, Tenis en silla de ruedas, Tiro con arco, Submarinismo, Vela adaptada.

Este programa ha sido ya galardonado ampliamente, tanto a nivel nacional, con el Premi Fundació la Caixa de Medicina i Esport Dr. Cardenal y Dr. de Chopitea en 1994, como a nivel internacional, con la obtención, ya comentada, en el año 1996, de la Medalla de Bronce de los Premios Helios II de la Unión Europea en la modalidad de readaptación funcional.

Objetivos fundamentales del programa Hospi Sport

El deporte es una actividad favorecedora de la salud en su concepto más amplio; por tanto las actividades físicas y deportivas destinadas a las personas que presentan grandes discapacidades físicas son de gran importancia, hoy día, en vías de aplicación de un plan de salud integral para ellas. Contribuyendo a mantener un tiempo de ocio activo y agradable, además de útil para su integración en la sociedad.



*Logotipo del Programa
Hospi Sport Catalunya*

Las actividades físicas adaptadas juegan, por tanto, un papel importante en los planes de readaptación funcional y normalización social destinados a estos colectivos, actuando primordialmente en:

- La conservación y, si es posible, la mejora de sus capacidades físicas, que hayan sido restauradas mediante la rehabilitación médica o que se hayan conservado con medidas de prevención sanitaria adecuadas.
- Fortalecer su autoestima aumentando la confianza en sus capacidades y competencias.
- Favorecer el proceso de socialización y normalización de estas personas a la colectividad general.

El Programa Hospisport, basándose en estas premisas, ha previsto y ha cumplido los siguientes objetivos:

Objetivo sanitario

Completar el proceso de rehabilitación médica intrahospitalaria de personas con discapacidad físicas graves ingresadas en los hospitales catalanes, sin la necesidad de utilizar recursos hospitalarios, en especial los económicos.

Objetivo socio-comunitario

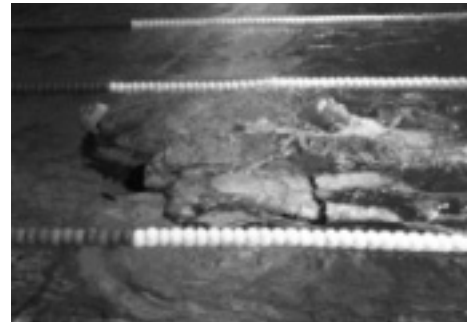
Favorecer, mediante la integración deportiva de los usuarios en las escuelas deportivas, la concienciación y sensibilización de la sociedad sobre la normalización y autonomía de las personas con discapacidad, aprovechando el gran fenómeno social que representa hoy el deporte.

Objetivo particular del usuario

Beneficios psicológicos, funcionales y sociales que cada usuario puede obtener con la práctica de la actividad física adaptada. Dichos beneficios dependerán siempre del origen, la tipología, gravedad de las secuelas y del ambiente social que lo rodea.

Objetivo de promoción deportiva

Fomentar la práctica deportiva de competición entre los usuarios que presenten características óptimas, tanto físicas como psíquicas, para su práctica. Favoreciendo el desarrollo del deporte adaptado de competición, como máximo exponente del espíritu de superación de las personas discapacitadas (Martínez Ferrer, J.O. 1996, 2001 y 2003).



La natación adaptada favorece la readaptación funcional

Aspectos significativos de la introducción de las actividades físicas adaptadas en los programas de salud para personas con discapacidad

La introducción a la práctica deportiva en las personas con discapacidad es un proceso complejo, con distintas fases y de distinto signo, según se aplique a las diferentes deficiencias; en especial las de tipo congénito o las de tipo adquirido en edades posteriores. Aparte de las posibles implicaciones personales o colectivas a que se verá sometida cada persona en su entorno social.

Pero sí podemos hacer ciertas diferenciaciones entre los distintos momentos de aparición de la discapacidad y del desarrollo de su secuela, desde el punto de vista de su introducción a la práctica deportiva adaptada, en el entorno de los programas de salud destinados a estas personas.

En primer lugar tendremos las discapacidades congénitas o adquiridas en la primera infancia. El niño se desarrolla y aprende a relacionarse con su mundo y con la sociedad, con su discapacidad a cuestas. Lo más probable es que afecte a su vida emocional, o que vaya a escuelas especiales, y esto determinará de una manera muy directa sus amistades y sus perspectivas de desarrollo, en especial físico-motriz.

En estos casos la actividad física y el deporte adaptado forman parte de su plan de aprendizaje y formación, convirtiéndose en un elemento relacionador y motivador desde las perspectivas físicas, psíquicas y sociales que puede y debe alcanzar. En estos casos el deporte suele tener tintes terapéuticos, estimulantes o rehabilitadores, pero su principal aportación es la integración y la autoestima, aunque solo se trate de un entorno muy circunscripto para estos colectivos.

El otro grupo definido sería el de las deficiencias adquiridas en la juventud o en la edad adulta. La afectación física, psíquica o sensorial corta de golpe una línea y un estilo de vida. Las personas afectadas sucumben inicialmente para después comenzar un largo y complicado camino rehabilitador, integrador y normalizador. Las expectativas de la práctica deportiva deben comenzar en los propios hospitales o en las salas de rehabilitación, como un elemento más de sus actividades de readaptación funcional a su nuevo papel social que, a partir de entonces, tendrá la persona con discapacidad.

Es en este grupo es donde se centra el desarrollo de los programas de actividad física adaptada, en el contexto del desarrollo de un Plan de Salud Integral para ellos. Donde la introducción de las actividades físicas adaptadas a sus características y estados secue-
lares, deben contemplarse desde la perspectiva de la mejora de su salud y de su calidad de vida, bajo el control y dirección del equipo de readaptación funcional multidisciplinar, con el objetivo de favorecer su proceso de continuidad, ya sea como una actividad lúdica, de ocupación del tiempo libre, pero favorecedora de la salud; o como una actividad más enmarcada en el deporte adaptado, con el desarrollo de una capacidad de superación y de esfuerzo, propios de la competición deportiva, pero que en ningún caso perjudique su salud.

Como conclusión debemos considerar que, sea cual sea el nivel de actividad física que alcance la persona con discapacidad en el desarrollo de su programa, éste debe garantizar, en todo el proceso, ser: **Una práctica deportiva racional favorecedora del desarrollo de la salud de su practicante, en su concepto global, y consecuentemente mejorar su calidad de vida** (Martínez Ferrer, J.O. 2002 y 2004).

Estructura del proceso de iniciación a la actividad física adaptada en el marco del Programa Hospi Sport

El programa Hospi Sport contempla la introducción de la actividad física adaptada desde la perspectiva de su participación plena en el equipo de readaptación multidisciplinar, conformado por un grupo de profesionales, médicos rehabilitadores, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, logopedas, psicólogos, sociólogos, y en nuestro caso con la introducción de médicos especializados en deporte adaptado, licenciados en educación física, entrenadores deportivos, monitores especializados y voluntarios expertos.

Modelo de iniciación a la actividad física adaptada (Martínez Ferrer, J.O 2001, 2002 y 2004)

Todo proceso de iniciación a la práctica deportiva adaptada debe dirigir siempre sus acciones en base a los siguientes criterios:

- Planificarlas teniendo en cuenta que sus usuarios serán personas con problemas de aprendizaje motriz.
- Definir los objetivos que se pretenden alcanzar: rehabilitar, capacitar, prevenir y desarrollar físicamente a los usuarios.



La adaptación deportiva es útil para la adaptación a la vida diaria

-
- Adaptarlas con la finalidad de favorecer la participación integral de personas con diferentes discapacidades.
 - Diseñarlas con el objetivo de mejorar las capacidades motrices de los individuos, procurando un desarrollo motor máximo, especialmente de las áreas anatómicas indemnes.
 - Dirigidas por equipos multidisciplinares, con modelos de trabajo totalmente pautados, con el objetivo principal de seguir preparando a la persona para su integración posterior, dotándola de la máxima capacidad de autonomía posible, en nuestro caso, para las actividades físicas y deportivas.

Los diferentes niveles de iniciación a la actividad física serán progresivamente:

Primer Fase: Dependiente en todos los casos de los equipos intrahospitalarios del programa, con el correspondiente tratamiento cinesiterápico clásico, incorporando poco a poco el ejercicio terapéutico no considerado como actividad física específicamente, pero que sí representa una actividad neuromuscular que sigue los mismos patrones fisiológicos que la actividad física.

Segunda Fase: Ya sea en el propio hospital o fuera de él, en las llamadas Escuelas de Iniciación Deportiva Adaptada, dependientes del programa. Esta fase nunca se iniciará hasta que las secuelas que presentan los usuarios estén estabilizadas.

Esta fase denominada por el programa como "Deporte Terapia", utiliza técnicas deportivas aplicables a la obtención de mejoras en aspectos determinados de la funcionalidad de las personas discapacitadas, aprovechando los aspectos lúdicos y recreativos de los juegos deportivos, con el objetivo de mejorar la motivación del individuo dentro del programa general de readaptación funcional.

Tercera Fase: Fase de características extrahospitalarias denominada de "Deporte de Mantenimiento o de Iniciación a un Deporte". Esta fase no deberá ser iniciada hasta que estén totalmente consolidadas las secuelas de la noxa sufrida. La práctica deportiva va dirigida a mantener y mejorar el rendimiento físico y el nivel funcional obtenido en la rehabilitación médica.

En esta fase deberán aplicarse unos protocolos de inclusión basados en criterios derivados del tipo de secuela discapacitante, grado de autonomía, estadios psicológicos del usuario, criterios

médico-rehabilitadores, criterios médico-deportivos, aspectos sociológicos y familiares, edad y sexo, criterios de iniciación deportiva y criterios selectivos de la práctica deportiva.

Cuarta Fase: Donde se presenta todo el abanico de posibilidades que ofrecen los Deportes Adaptados. Esta cuarta fase ya no debería realizarse dentro del programa Hospi Sport, sino en una institución deportiva específica o en un club deportivo para personas con discapacidad o integrado. El deporte de competición ofrecerá a la persona con discapacidad la posibilidad de conocerse mejor y rendir al máximo, pero no debería perjudicar su estado físico ni su vida profesional, que sin duda tanto le habrá costado alcanzar.

Previamente a la incorporación de un nuevo usuario al Programa Hospi Sport debe, en todos los casos, realizarse una serie de actuaciones indispensables para el éxito de la participación del mismo en las actividades de iniciación deportiva, en especial a partir de la segunda fase del proceso de iniciación deportiva anteriormente desarrollado. Estas acciones son la base para garantizar el éxito de su desarrollo, y en especial, de la mejora de la salud del usuario que va a realizarlas.

- Selección hospitalaria de los usuarios, bajo criterios médicos y deportivos.
- Selección de la actividad deportiva a iniciar.
- Selección de la instalación adecuada para una actividad físico-deportiva específica.
- Detección y adecuación del material médico-sanitario y deportivo necesario para el desarrollo de la actividad.
- Determinación del personal sanitario, de enseñanza deportiva y de soporte necesario para esa actividad.
- Formación específica, si fuera necesario de todo el personal necesario para esa actividad.
- Determinación del calendario y horario de la actividad, siempre bajo criterios médicos, hospitalarios, de las características del usuario y su discapacidad y por último, de la instalación deportiva donde ha de llevarse a cabo.
- Organización del transporte adaptado y del personal de soporte al mismo, según calendarios y horarios establecidos.



Deporte de mantenimiento fuera de las instalaciones hospitalarias



El deporte no debe alterar la vida diaria del practicante

Una vez garantizadas todas estas acciones podemos definir, de un modo general, el perfil básico de las actividades del Día Tipo del Programa Hospi Sport:

- Recogida de los usuarios en la institución o instituciones sanitarias usuarias, según el calendario y horario establecido.
- Transferencia de los usuarios al transporte adaptado asignado, con la ayuda del personal voluntario y de las ayudas técnicas específicas necesarias.
- Transporte de los usuarios a la instalación asignada a la actividad deportiva, en el horario establecido.
- Transferencia de los usuarios desde el transporte adaptado hasta los vestuarios adaptados de la instalación deportiva asignada, con la ayuda del personal voluntario específico y las ayudas técnicas específicas necesarias.
- Adecuación a los usuarios a su ropa o indumentaria deportiva necesaria para una actividad específica, con el soporte del personal voluntario necesario.
- Adecuación sanitaria de los usuarios para una correcta y segura actividad deportiva específica, con el soporte del personal sanitario y voluntario asignado.
- Adecuación del espacio deportivo y material específico a utilizar por parte de los enseñantes deportivos y voluntarios.
- Traslado de los usuarios al área deportiva asignada a la actividad, con el soporte de voluntarios específicos de dinamización.
- Presentación de los enseñantes deportivos a los usuarios, según horario establecido.
- Adecuación del material específico a los usuarios, según características, para el inicio de la actividad físico deportiva programada.
- Inicio de la actividad deportiva dirigida por los enseñantes deportivos con el soporte de voluntarios específicos, y siempre bajo el control y supervisión del personal médico asignado.
- Finalización de la actividad físico deportiva, según horario establecido.
- Traslado de los usuarios a los vestuarios adaptados, con el soporte de voluntarios específicos de dinamización.

- Control médico sanitario de las posibles incidencias y su resolución.
- Soporte del personal voluntario específico a los usuarios, para su higiene corporal y de colocación de la ropa de traslado.
- Transferencia de los usuarios desde los vestuarios hasta el transporte adaptado, con la ayuda del personal voluntario específico y las ayudas técnicas específicas necesarias.
- Resumen de las incidencias durante la actividad físico deportiva, por parte de los enseñantes deportivos y voluntarios específicos.
- Transporte de los usuarios desde la instalación asignada a la institución sanitaria, en el horario establecido.
- Transferencia de los usuarios desde el transporte adaptado hasta la institución sanitaria según horario establecido, con la ayuda del personal voluntario específico y las ayudas técnicas específicas necesarias.
- Resumen de incidencias, en todas las actividades, por el responsable de grupo, al coordinador de la institución sanitaria.

Sistema de organización del Programa Hospi Sport.

El Programa Hospi Sport está diseñado para garantizar el éxito sus objetivos generales definidos, a través del desarrollo y cumplimiento de un plan director establecido para este fin. En él se hayan reflejadas todas las tareas y responsabilidades del personal del programa, así como el organigrama de mando necesario para el desarrollo de las mismas.

A nivel funcional, la dirección de la F.C.E.M.F. fijó unas necesidades básicas a cubrir, una parte de las mismas, la mayor parte, es responsabilidad directa de la dirección del Programa, pero la otra parte es responsabilidad de las instituciones hospitalarias, con el objetivo de establecer una interrelación directa entre ellas y el Programa Hospi Sport a todos los niveles, y que el desarrollo del Programa no quede nunca reducido a una prestación de servicios, sino que se desarrolle bajo el principio de una acción multidisciplinar, en servicio de las personas con discapacidad ingresadas en hospitales y otras instituciones sanitarias de Cataluña.

Con esta cultura organizativa las responsabilidades han sido repartidas de la siguiente manera.



El transporte adaptado es muy necesario para el desarrollo de las actividades

Responsabilidades del equipo directivo del Programa:

- Coordinación general del Programa
- Coordinación económica.
- Coordinación de las Escuelas de Iniciación Deportiva Adaptadas.
- Cobertura médico-deportiva de los usuarios a través de la "Mutualidad General Deportiva".
- Control médico-deportivo, por parte de los equipos médicos de la F.C.E.M.F.
- Facilitar transporte adaptado a los usuarios con medios propios o concertados.
- Participación de los usuarios en el Programa durante un año completo, como mínimo.
- Seguimiento de los usuarios para su integración finalista.
- Soporte técnico y administrativo a los coordinadores hospitalarios.
- Información constante de las actividades a las autoridades sanitarias y hospitalarias.
- Coordinación y elaboración de presentaciones específicas del Programa.
- Selección de las instalaciones deportivas, sede de las Escuelas de Iniciación Deportiva Adaptadas.
- Soporte técnico para la adaptación, según características de los usuarios, a las instalaciones deportivas, sede de las Escuelas de Iniciación Deportiva Adaptadas.
- Cobertura completa de técnicos deportivos y monitores específicos de las Escuelas de Iniciación Deportiva Adaptadas.
- Coordinación del personal voluntario específico de las actividades del Programa.
- Formación continuada de los técnicos deportivos, monitores y voluntarios del Programa.
- Elaboración de informes trimestrales y de Memoria Anual del Programa Hospi Sport.

Responsabilidades de las instituciones sanitarias adscritas al Programa:

Las instituciones sanitarias, públicas o privadas, tienen que garantizar las siguientes acciones, con el objetivo de mantener una pauta de colaboración de carácter interdisciplinar.

- Soporte institucional de la dirección sanitaria de la institución.

- Nombramiento de un coordinador del Programa Hospi Sport, dentro de la institución sanitaria.
- Coordinación de las actividades del Programa dentro de la institución sanitaria.
- Soporte humano específico para las actividades deportivas dentro y fuera de la institución hospitalaria.
 - Fisioterapeuta y/o personal de enfermería.
 - Asistente social y/o psicólogo.
 - Auxiliares y/o celadores de soporte.
 - Voluntarios de la institución sanitaria.
- Facilitación de datos médicos y administrativos, a la dirección del Programa, de los usuarios propios adscritos al mismo.
- Informe trimestral de incidencias por parte del coordinador de la institución sanitaria.

En relación al **Organigrama de Mando** (ver organigrama adjunto), el órgano colegiado de dirección del Programa Hospi Sport es la Junta Directiva de la F.C.E.M.F., que es el órgano responsable de responder delante de las instituciones patrocinadoras, colaboradoras, esponsores e instituciones sanitarias; en especial ante los órganos patrocinadores de la Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social, Departament de Benestar Social y la Direcció General de l'Esport. Este control institucional se ha llevado a cabo a través de un Comité de Seguimiento del Programa Hospi Sport formado por:

- Presidente del F.C.E.M.F.
- Representante del Departament de Sanitat i Seguretat Social.
- Representante del Departament Consellería de Benestar Social.
- Representante de la Direcció General d'Esports.
- Director ejecutivo del Programa.

Presididos por el Presidente actual de la F.E.D.M.F., ex-presidente de la F.C.E.M.F. y fundador del Programa, D. Juan Palau Francas.

En los últimos años de desarrollo del Programa, este Comité de Seguimiento ha sido transferido, en busca de un carácter más operativo y funcional del mismo, a un órgano consultivo de la Generalitat de Catalunya, que por sus características y composición ha facilitado, sin duda, un mejor y más operativo seguimiento del mismo. Este órgano consultivo, Consell Assesor sobre l'Activitat Física i Promoció de la Salut de la Generalitat de Catalunya,

presidido por el Doctor Carles Vallbona, agrupa a todas las instituciones responsables de la promoción de las actividades físicas y deportivas, y a las responsables de la promoción de la salud en Cataluña. Desde este órgano consultivo gubernamental, se ha podido realizar un mejor y más efectivo seguimiento del mismo, facilitando además la coordinación y soporte institucional necesario para su desarrollo.

Este consejo asesor ha declarado, ininterrumpidamente desde 1999, a este Programa con el atributo institucional de: Interés Nacional de Catalunya para promoción de la salud por medio de la Actividad Física.



Organigrama Programa Hospi Sport Catalunya

La Junta Directiva de la F.C.E.M.F. es el órgano federativo encargado de nombrar al equipo directivo del Programa Hospi Sport, que en diferentes periodos se ha hecho cargo del desarrollo ejecutivo del mismo (ver organigrama adjunto). Este equipo directivo, con el objetivo de cubrir todas las funciones inherentes al mismo, consta de los siguientes miembros:

- Director ejecutivo.
- Coordinador médico.
- Coordinador deportivo y de escuelas de iniciación.
- Coordinadores delegaciones territoriales.
- Coordinador económico.
- Responsable de secretaría administrativa.
- Coordinador de formación continuada.
- Responsable de voluntariado.

La Junta Directiva de la F.C.E.M.F. ha cubierto, en distintos periodos, estos puestos de dirección tanto con personal contratado específicamente, como con personal derivado de las estructuras directivas y de gestión de la propia F.C.E.M.F.

Las funciones asignadas a cada uno de ellos son, de una manera general, las siguientes:

- *Director ejecutivo:* máximo responsable del equipo operativo del programa, y responsable del desarrollo del mismo ante la Junta Directiva de la F.C.E.M.F. y el Comité de Seguimiento. Responsable de las relaciones institucionales, en especial de la difusión del Programa a todos los niveles, de la realización de los objetivos marcados, del control presupuestario y de la confección de los informes trimestrales y las memorias anuales. Por último, es responsable de coordinar y garantizar el desarrollo de las funciones de los demás miembros del equipo de dirección.
- *Coordinador médico:* responsable del equipo médico del Programa, siendo el máximo responsable del seguimiento médico de los usuarios. Responsable de las relaciones con las instituciones sanitarias, en especial sus órganos de gobierno, siendo el interlocutor directo de los coordinadores internos de cada una de las instituciones sanitarias adscritas.
- *Coordinador deportivo y de Escuelas de Iniciación:* responsable de los programas deportivos aplicados en cada escuela de iniciación, y en especial la designación los responsables de las mismas. Responsable de las relaciones con los gestores de las instalaciones deportivas. Responsable de garantizar la dotación de material deportivo para las escuelas, y asesorar a las instalaciones deportivas en materia de adecuación y/o adaptación de sus instalaciones para su utilización por grupos específicos de usuarios del programa.
- *Coordinador delegación territorial:* responsable del desarrollo del programa en su delegación territorial, en la actualidad en las territoriales de Barcelona, Girona, Lleida y Tarragona, en coordinación directa con el Director Ejecutivo. Responsable de la búsqueda de recursos propios para el desarrollo del mismo en su delegación. Responsable de garantizar el transporte adaptado necesario, ya sea con medios propios como concertados. También realiza tareas de seguimiento de actividades e incidencias, coordinación de voluntarios propios y soporte administrativo, así como de preparar informes parciales para su inclusión en los informes trimestrales y memoria anual.



Los voluntarios requieren una formación especializada

- *Coordinador económico:* responsable, conjuntamente con el Director ejecutivo, de la contabilidad y de la política presupuestaria del Programa, así como de la ejecución de controles trimestrales del presupuesto, y memorias económicas y de justificación de subvenciones concedidas.

- *Responsable de secretaría administrativa:* responsable de todas las tareas administrativas derivadas del Programa, filiación de usuarios, seguro médico, correspondencia, archivo, confección de material informativo, memorias, papelería técnica, material de oficina, etc.. y de dar soporte administrativo a las Delegaciones Territoriales hasta su autogestión definitiva.

- *Coordinador formación continuada:* responsable de los programas de formación continuada del personal adscrito del programa, ya sea del tipo de enseñanza deportiva adaptada, de tipo sanitario, de trato con las diferentes discapacidades. Este programa de formación continuada se lleva a cabo en sesiones de carácter general, para todo el personal incluyendo voluntarios, o de carácter específico cuando es necesario reforzar una formación específica, en particular cuando es necesario reforzar la formación en adaptación de la enseñanza deportiva, o en el trato y características de una discapacidad en concreto.

- *Responsable de voluntariado:* responsable de la captación del personal voluntario adscrito al Programa y su distribución a las tareas encomendadas, en especial a las de soporte y dinamización de grupos de usuarios, ayuda al transporte adaptado, soporte a las actividades físicas adaptadas. Junto al responsable de formación continuada, realiza tareas específicas de formación para este personal de soporte.

Procedencia de los usuarios del Hospi Sport

El Programa Hospi Sport está diseñado para ayudar a las instituciones hospitalarias públicas y privadas y a instituciones parahospitalarias que agrupan a agrupan a personas con discapacidad física.

Gracias al trabajo centralizado que realiza la FCEMF, dichas instituciones solo deben hacerse cargo de la selección de los usuarios en sus instituciones, según protocolos pactados, y del control médico de la evolución de los mismos.

Los equipos de transporte adaptado, voluntariado, personal de enseñanza deportiva, responsables de Escuelas de Iniciación y

personal médico de control deportivo dependen de la dirección de programa, favoreciendo la optimización de los recursos y el máximo aprovechamiento de los mismos, por toda la comunidad sanitaria de Catalunya.

Hasta 2004 se han incorporado al programa 35 instituciones de carácter sanitario, que por categorías quedarían distribuidos así:

- Centros hospitalarios:
 - Hospitales tercer nivel: 3
 - Hospitales segundo nivel: 9
 - Hospitales generales: 12
 - Públicos: 8
 - Privados: 4
 - Hospitales monográficos: 3
- Centros parahospitalarios: 10

En la actualidad, al Programa Hospi Sport se han acogido más de 3.100 usuarios, que han realizado sus actividades físico-deportivas durante un periodo mínimo de un año. Siendo la distribución de usuarios con discapacidad física, hasta el año 2004, y según la característica predominante de su secuela, la siguiente porcentual:

- Lesión medular 32% (20% Para. - 12% Tetra.)
- Esclerosis Múltiple 15%
- T.C.E. 14%
- Parálisis Cerebral 11%
- Amputados 8%
- Poliomiélitis 5%
- Espina Bífida 5%
- Distrofias Musculares 3%
- Otros 7%



La procedencia de los usuarios es muy heterogénea

Experiencias compartidas en la Unión Europea

Como ya ha sido reseñado al principio de este capítulo, la Unión Europea siempre ha tenido presente en sus programas de desarrollo, dedicarse a la normalización y integración de las personas discapacitadas. Pero ha sido en el Programa de Acción Comunitaria a favor de las personas minusválidas Helios II (1993-1996), donde el deporte adaptado ha sido incluido en los protocolos de readaptación funcional para estas personas.

Durante los cuatros años de duración del Helios II expertos de Alemania, Holanda, Austria, Francia, Italia, Portugal, Gran Bretaña y España formaron un grupo de trabajo que estableció los niveles de intervención del deporte en el proceso de readaptación funcional, así como los perfiles curriculares de los profesionales que intervienen. Todo este trabajo ha sido reflejado en el Libro Blanco del Programa Helios II editado por la Comisión Europea, Dirección General V.

Posteriormente, y también con el soporte de la Comisión Europea, se creó el grupo europeo "Sport in Rehabilitation", con un representante por país de: Italia, Francia, Alemania, Austria, Holanda, Finlandia, Portugal, Gran Bretaña, Bélgica, Dinamarca, Irlanda, Suecia y el Programa Hospi Sport representando a España.

Este grupo europeo desarrolla trabajos en diversas áreas de utilización del deporte en la rehabilitación, como por ejemplo: de investigación a través de su comité científico conectado con diversas universidades europeas, de promoción con publicaciones específicas, de divulgación a través de Internet y de la publicación de un Newsletter, de formación de diversos profesionales con cursos y seminarios, de ayuda a países no comunitarios, en este momento a Bosnia Herzegovina. etc.

Análisis global de los resultados de la aplicación de los principios del Programa Hospi Sport

Gracias a la difusión del deporte y de las actividades físicas para personas con graves discapacidades, éstas se han convertido en un instrumento imprescindible en su readaptación física y moral, así como para su integración y normalización social.

Así lo han entendido las federaciones de deportes para personas con discapacidad y las instituciones públicas que patrocinan este Programa, poniéndolo al servicio de todas las personas con graves

discapacidades ingresadas en los hospitales, para conseguir que ellas y la sociedad, que a veces las segrega, encuentren caminos suficientes para formar una sociedad única y pluralista en el siglo XXI.

Sería muy difícil resumir todos los objetivos conseguidos por el Programa Hospi Sport durante estos más de 10 años, pero sí me gustaría reflejar algunos de los que podrían considerarse más significativos:

- La incorporación de los grandes discapacitados a la práctica deportiva, como por ejemplo tetraplégicos, grandes afectados de esclerosis múltiple, secuelas de traumatismos craneoencefálicos o niños con graves afectaciones de distrofias musculares.
- La implantación progresiva del programa en la mayor parte del territorio catalán, dando la posibilidad de la práctica deportiva adaptada a personas con discapacidad que nunca habían gozado de ella.
- Desarrollo de la sensibilización social y deportiva en toda Cataluña, ayudando a la supresión de barreras arquitectónicas, en especial en las instalaciones deportivas y sus accesos. Y con la formación de nuevos enseñantes y voluntarios especializados en el deporte adaptado y en el trato con personas con discapacidad física.
- Fomentar y generalizar la inclusión de las actividades físicas y el deporte adaptado como herramienta terapéutica, dentro de los equipos de readaptación funcional de las instituciones sanitarias catalanas, que habitualmente tratan a personas con discapacidad física.
- Contar con la alta sensibilidad, la motivación solidaria; y porque no también decir, la gran inversión económica realizadas por la Generalitat de Catalunya, la Diputación de Barcelona y de numerosos ayuntamientos catalanes; que siempre han creído en este Programa. Todo posteriormente completado por la implicación, directa e importante, de ayudas recibidas de diversas fundaciones privadas de carácter social como: Agrupació Mútua, Caixa Sabadell, Carmen y María José Godó, Caja Madrid, que han hecho posible la ampliación del programa hasta los niveles actuales de desarrollo y servicio.
- Gozar de nombres propios, que con su espíritu solidario y visionario han contribuido al éxito del Programa, muchas veces en los momentos más difíciles y necesarios. En primer lugar, y como

mejor exponente, D. Juan Palau, impulsor máximo del Programa desde sus inicios, pero también otros como los ex Consellers D. Xavier Trías, D. Eduard Ruis, D. Antoni Comas, al ex Secretari General de l'Esport y actual presidente de la Agrupación Mútua D. Josep Lluís Vilaseca, al profesor doctor Carles Vallbona, y a relevantes miembros de la F.C.E.M.F. como D. Bertand de Five, D. Antoni Marcos de la Asunción, Merche Ríos o Ramón Gisbert, entre otros.

Y por último, y no por ello menos importante, los beneficios, pequeños o grandes, que han obtenido nuestros usuarios con discapacidad física durante su periodo de participación en el Programa, que creemos ha contribuido a su readaptación funcional, a su integración social y a su normalización; todo gracias a la práctica de la actividad física y deportiva como cualquier otro ciudadano de nuestra sociedad.



Sirva este capítulo como agradecimiento a todos. A políticos, dirigentes, personal de las instituciones sanitarias, enseñantes, monitores, voluntarios, chóferes, por su total implicación y colaboración para el desarrollo del Programa. Y a todos los usuarios, padres y familiares, agradecerles también su paciencia y su comprensión, cuando las cosas no fueron del todo sobre ruedas.

*La presencia de familiares
y amigos facilitan la
normalización*

BIBLIOGRAFÍA

- Cuenca, M (coord.), Ocio y equiparación de oportunidades. *Documentos de estudios de ocio núm. 6*. Bilbao: Universidad de Deusto.
 - Doll-Tepper G. Dahms C, Doll B, Selzam H.V. (1990). *Adapted Physical Activity: An interdisciplinary approach*. Berlin: Springer-Verlag.
 - F.C.E.M.F. (1993-2003). *Memòries Anuals del Programa Hospi Sport (de 1993 a 2003)*, Barcelona: Excm. Diputació de Barcelona- FCEMF (documentos inéditos).
 - Maffulli N., Chan K. M., Macdonald R., Malina R. M., Parker A. Et al. (2001). *Sports Medicine for Specific Ages and Abilities*. London: Churchill Livingstone.
 - Martínez Ferrer, J.O. (1996). El deporte adaptado como herramienta de readaptación física reinserción social: La experiencia del Programa Hospi Sport, *revista científica de la Sociedad Española de Paraplejía "Medula Espinal"*, nº 1, 9-13. La Coruña: S.E.P.
 - Martínez Ferrer, J.O. (2001). *La actividad física adaptada como instrumento de readaptación funcional*, Acta del IV Forum Olímpico - Deporte Adaptado: Competición y Juegos Paralímpicos. Barcelona: Fundació Barcelona Olímpica (documento inédito).
 - Martínez Ferrer, J.O. (editor) (2003). *Libro de Actas CIDA 2003 - Conferencia Internacional sobre Deporte Adaptado - Fundación Andalucía Olímpica*, Sevilla: Instituto Andaluz del Deporte.
 - Martínez Ferrer, J.O. (2004). Paper de l'activitat física i l'esport adaptat en la normalització de les persones discapacitades, *"ALOMA"*, nº 13, 13-23. Barcelona: F.P.C.E.i E. Blanquerna.
 - Otero, A., Rebollo, J. (1999). *Educación Física y deportes adaptados*. Córdoba: Federación Andaluza de Deportes para Minusválidos Físicos.
 - Ríos, M. (coord), (1998). *El juego y los alumnos con discapacidad*. Barcelona: Paidotribo.
 - VVAA. (1996). HELIOS II. *Guía Europea de Buena Práctica. Hacia la igualdad de oportunidades de las personas discapacitadas*. Bruselas: Comisión Europea DG V/E.3.
 - VVAA (2002). Dossier: Deporte Adaptado, *MINUSVAL nº. 135*, 17-40. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Varios Autores (2003). En El Libro Blanc de l'Esport a Catalunya. *Esport i Salut* (pp. 87-92) i *Esport Adaptat*, (pp. 101 -108). Barcelona: Generalitat de Catalunya.

1.10.2 EL DEPORTE AL ALCANCE DE TODOS

Merche Ríos Hernández

INTRODUCCION

En el año 1990 se inició el programa denominado "El deporte al alcance de todos" cuyo fin era colaborar en la normalización e integración de las personas con discapacidad física mediante el deporte. De carácter pionero, impulsado, diseñado y coordinado por la Federación Catalana de Deportes para Minusválidos Físicos, en su primer año fue de alcance estatal y contaba con la subvención del Ministerio de Asuntos Sociales y el aval de la Diputación de Barcelona, mediante Servicios Sociales. En su segundo año de aplicación, la Diputación de Barcelona a través de Servicios Sociales y de Deportes, le dio continuidad beneficiándose un grupo de once ayuntamientos de su demarcación: Badalona, Castelldefels, Cornellà de Llobregat, Gavà, Granollers, l'Hospitalet de Llobregat, El Prat de Llobregat, Sant Boi de Llobregat, Sant Feliu de Llobregat, Terrassa y Viladecans.

La característica principal de este programa fue el de su flexibilidad para adaptar los objetivos a la realidad existente en cada uno de los municipios, con la finalidad de convertirlos en una herramienta útil y operativa, dando preferencia a un modelo dinámico y mutable por encima de un esquema rígido de grandes objetivos pero alejados del contexto municipal donde debían aplicarse.

El objetivo principal que perseguía era conseguir aproximar al colectivo de personas con discapacidad física al mundo de la práctica física, para colaborar en la mejora de su calidad de vida. Dada la precariedad en la que se encontraba este colectivo, víctima de una situación heredada de muchos años atrás que casi los había ignorado completamente, el objetivo de este programa no era prioritario tan solo para los responsables deportivos municipales, sino también para los que incidían en su desarrollo social global. Nos encontrábamos, pues, ante una situación en la que se tenía que poner necesariamente en práctica la colaboración interrelacionada de dos áreas de responsabilidad: deportes y servicios sociales. Sin olvidar que otras áreas como, prioritariamente, las de urbanismo y educación, tenían que colaborar para el adecuado funcionamiento y aplicación del programa.

Mediante "El deporte al alcance de todos", se pretendía abrir un camino hacia la normalización, ofreciendo recursos básicos a los ayuntamientos colaboradores para que crearan estructuras permanentes en las que el colectivo de personas con discapacidad encontrase los medios que les facilitaran su integración y normalización, utilizando en este caso el deporte como medio vehicular. Sabíamos a priori que el proceso iba a ser lento y que iban a ser múltiples los obstáculos o barreras que nos iban a limitar la capacidad de acción. A pesar de ello, de ese esfuerzo inicial tan agotador, se fueron creando esas estructuras facilitadoras que optimizaron el derecho a la práctica deportiva del colectivo de personas con discapacidad.

Un factor decisivo para el impulso de este programa fue la organización en Barcelona de los Juegos Paralímpicos del año 1992. Se cumplía un doble objetivo: fomentar el deporte adaptado y, a la vez, sensibilizar a la población en general que frecuentemente ignoraba, por desconocimiento, los derechos de las personas con discapacidad física.

OBJETIVOS DEL PROGRAMA

Objetivo general:

- La promoción del deporte como un medio de integración y normalización de las personas con discapacidad física.

Objetivos específicos:

- Desarrollar una campaña de sensibilización social para dar a conocer la problemática del colectivo.
- Establecer canales de oferta/demanda: municipio y colectivo de personas con discapacidad, asegurando que los mecanismos de promoción hicieran llegar la nueva oferta al colectivo.
- Posibilitar la práctica deportiva de aquellas personas que lo solicitaban en grupos convencionales o, cuando no era posible, en grupos específicos.
- Organizar cursos de formación destinados al personal técnico deportivo municipal, educadores y maestros y monitores de tiempo libre, entre otros.
- Realizar un estudio de las instalaciones deportivas existentes y de su adaptabilidad.

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN

Equipo del programa: una coordinadora (la misma autora de este capítulo) y once técnicas especializadas en inclusión social.

Cada uno de los ayuntamientos colaboradores insertaba al personal técnico del programa (uno por ayuntamiento) en el Patronato o Departamento de Deportes de éste, en coordinación con los servicios sociales correspondientes.

Aprovechando las infraestructuras y los mecanismos administrativos existentes y los recursos humanos, la técnica del programa asignada ofrecía el asesoramiento necesario para desarrollar y materializar los objetivos del programa.

Semanalmente, tenía lugar la reunión de coordinación con las técnicas del programa en la sede de la Diputación de Barcelona (Servicios Sociales), con el objeto de realizar un seguimiento y poder dar el apoyo necesario a las necesidades detectadas, además de diseñar colegiadamente la operativización de los objetivos, con el fin último de aumentar la eficacia en el desarrollo y la consecución de los mismos.

OPERATIVIZACIÓN DE LOS OBJETIVOS

Tal y como se ha comentado anteriormente, la técnica del programa, durante el primer mes de la intervención, en colaboración con los responsables de Deportes y Servicios Sociales, realizaba la adaptación del programa general a la realidad municipal, concretando las actuaciones que se consideraban oportunas. No obstante, como marco general en cuanto a la operativización de los objetivos se apuntaban las siguientes directrices:

- Realizar un estudio de contextualización sociodeportiva, en el que se recogieran datos sobre el entorno social del colectivo de personas con discapacidad física: censo, urbanismo, transporte, adaptabilidad de las instalaciones deportivas, análisis de la oferta deportiva municipal, entre otros, con el fin de ordenar y priorizar las actuaciones a realizar.
- Favorecer el concepto de multidisciplinariedad con una cooperación más frecuente y enriquecedora entre las diferentes áreas municipales.
- Presentación del programa a los medios de comunicación.

-
- Promocionar el deporte entre el colectivo :
 - En la oferta municipal se reservó un tanto por ciento de plazas para las personas con discapacidad.
 - Se favoreció el asociacionismo deportivo mediante jornadas, conferencias, envío de información a particulares y a los medios de comunicación locales, para facilitar la práctica y la canalización de las demandas.
 - Se organizaron acontecimientos deportivos adaptados con la presencia de equipos federados.
 - Se incluyeron exhibiciones deportivas adaptadas en acontecimientos de deporte convencional.
 - Se sensibilizó a los clubes deportivos locales para potenciar una actitud favorable hacia la integración de deportistas con discapacidad física.
 - Organización de la campaña de sensibilización:
 - Presencia en centros docentes en los que se presentaba una carpeta de recursos pedagógicos con el título de "Trabajemos la diversidad" desde la cual se aportaban actividades sensibilizadoras, tanto en el aula como en la sesión de Educación Física.
 - Trabajo con entidades de tiempo libre, cívicas, asociaciones de padres y madres... mediante conferencias, jornadas informativas, transmisión de información a los medios de comunicación... donde se escuchaba la voz del protagonista: la persona con discapacidad física. De esta manera, pretendíamos sensibilizar y concienciar a la población en general, para incrementar el valor de solidaridad.
 - Impartición de jornadas, conferencias, cursos dirigidos a los técnicos y técnicas deportivas y a otros agentes implicados en el proceso de apertura de la oferta municipal deportiva.
 - Ampliación de las fuentes documentales y bibliotecas con libros relacionados con el conocimiento de la discapacidad física y su entorno.
 - Creación de los canales de información/animación con tal de conseguir el mayor número de participantes posibles.

LOS LÍMITES DE LA INTERVENCIÓN

A pesar de que el programa tan solo se mantuvo durante dos años, pudimos conseguir que los objetivos planteados tuvieran continuidad en cada ayuntamiento participante. No obstante, debemos reconocer que el proceso no ha finalizado aún, dadas las barreras que todavía persisten en nuestra sociedad. Todavía está pendiente que el propósito del programa sea una realidad en su totalidad porque no está exento de dificultades. Por tanto, sigue siendo un reto municipal conseguir que cualquier persona con discapacidad pueda realizar práctica deportiva en igualdad de condiciones que las personas sin discapacidad.

A continuación se registran los principales condicionantes:

■ CONDICIONANTES SOCIALES:

El desconocimiento de la población: evitación, insolidaridad y falta de sensibilización.

La sociedad todavía no está suficientemente sensibilizada y no dispone de la información real sobre las características del colectivo de personas con discapacidad. Esta desinformación provoca ideas preconcebidas, tópicos y prejuicios basados en falsas creencias, que repercuten en actitudes negativas y poco facilitadoras de la inclusión social. Estas actitudes pueden ser una grave fuente de problemas cuando pretendemos que la persona con discapacidad comparta las actividades deportivas municipales en un grupo ordinario.

Escaso conocimiento de la rentabilidad social:

Cuando una entidad, cualquiera que sea su origen, decide emprender una acción tendente a mejorar la calidad de vida de alguno de estos colectivos que integran a las personas con discapacidad, nos encontramos desafortunadamente con sectores que critican que se destinen medios a una minoría, cuando hay problemas de ámbito más mayoritario que no han estado todavía solucionados. No se trata tanto de justificar los medios que se dedican al colectivo en cuestión, sino de conseguir una visión global de la sociedad, la cual ha de ser lo más equiparadora posible, favoreciendo la igualdad de oportunidades.

■ CONDICIONANTES INFRAESTRUCTURALES:

Olvido institucional heredado:

Durante mucho tiempo las personas con discapacidad habían vivido de la caridad y de la beneficencia, marginados del resto de

ciudadanos. A pesar de los cambios de los últimos años, todavía estamos lejos de conseguir un estado de bienestar en que todos y todas puedan estar en igualdad de condiciones.

Barreras arquitectónicas y ausencia de transporte adaptado:

A pesar de las normativas que regulan la integración de las personas con discapacidad, nuestras ciudades no están pensadas en su totalidad para las personas con movilidad reducida y con ceguera o baja visión. El mobiliario urbano, las instalaciones deportivas (excepto las de nueva construcción), los servicios públicos en general, la vivienda, el transporte...limitan la autonomía del colectivo.

■ **CONDICIONANTES DEL PROPIO COLECTIVO:**

Poca vertebración asociativa:

El colectivo de personas con discapacidad es disperso. No existe una red asociativa que aglutine a la mayoría de interesados, lo cual implica que los problemas se individualicen y que cada persona se desenvuelva según su propio nivel de vida, su ambiente familiar, el apoyo que pueda conseguir de sus amistades, entre otros. Si el nivel de representatividad fuese realmente significativo se podría actuar de manera más global, facilitando el diálogo con las instituciones.

Problemas de marginación y automarginación:

Debido en gran parte al olvido endémico ya referido y a la falta de autonomía según el grado de discapacidad (la necesidad de que alguien atienda a las carencias que se derivan de las insuficiencias infraestructurales o derivadas de la propia discapacidad), frecuentemente nos podemos encontrar ante personas con dificultades de relación, desmotivación, abulia, falta de iniciativas, introversión, bajo índice de autoaceptación, cuestiones que pueden comportar conductas próximas a la automarginación. Bajo ningún concepto pretendemos etiquetar o estigmatizar a las personas con discapacidad. Afortunadamente cada individualidad es diferente a las demás. Nos limitamos a citar características comunes de las personas que más problemas tienen de integración. Evidentemente, aquellas personas que llevan un tipo de vida normalizada, destacan precisamente por todo lo contrario: gran energía vital, gran capacidad de superación, extraversión, etc.

■ CONDICIONANTES PARA DESARROLLAR LA ACTIVIDAD FÍSICA-DEPORTIVA

Falta de recursos económicos:

Si practicar deporte comporta unos costes para el deportista, cuando nos centramos en un deportista con discapacidad, estos costes se multiplican de manera importante: material, transporte, monitores de apoyo, instalación adaptada, entre otros.

Formación precaria del personal técnico deportivo:

La ausencia habitual de los programas educativos de los futuros técnicos deportivos de materias específicas obligatorias en Actividad Física Adaptada, provoca miedos por desconocimiento, lo que puede favorecer actitudes evitadoras de la inclusión en la oferta municipal deportiva ordinaria.

Para finalizar, señalar que debido a estos condicionantes que detectamos, tenemos que ser pacientes cuando pretendemos impulsar programas de estas características. Los resultados serán limitados y las valoraciones que se tendrán que hacer estarán más en función de los resultados cualitativos que cuantitativos, teniendo presente que el tiempo que se necesitará para llegar realmente a la igualdad de oportunidades y a la normalización será largo.

BIBLIOGRAFÍA

- Ríos, M. (1990). El deporte al alcance de todos I, *Minusport*, nº 44, 35-37, Madrid: Federación Española de Deportes para Minusválidos Físicos
- Ríos, M. (1991). El deporte al alcance de todos II, *Minusport*, nº 97, 23-27, Madrid: Federación Española de Deportes para Minusválidos Físicos
- Ríos, M. (1992). El deporte al alcance de todos III, *Minusport*, nº 103, 31-35, Madrid: Federación Española de Deportes para Minusválidos Físicos

1.10.3 LOS JUEGOS MOTORES SENSIBILIZADORES: COMO RECURSO PEDAGÓGICO EN EDUCACIÓN DE VALORES

Merche Ríos Hernández y Montserrat Payá Sánchez

INTRODUCCIÓN

Quisiéramos iniciar el presente capítulo reconociendo que no es fácil educar en la diversidad. Nuestra sociedad nos demuestra constantemente las dificultades que encontramos para que todos sus miembros se sientan partícipes con igualdad de oportunidades, y creemos que la escuela, la educación formal, es un marco ideal para educar actitudes y valores que faciliten cambiar esta realidad, aunque para ser totalmente efectiva, la acción educativa tendría que abarcar también los ámbitos de educación no formal y, de forma especial, de educación informal. Para tal fin presentaremos los juegos motores sensibilizadores como un recurso educativo que intenta ir más allá de su significado inmediato, para abarcar plenamente el ámbito de los valores, facilitando el conocimiento y reconocimiento del colectivo de personas con discapacidad con el objetivo principal de favorecer la aceptación y el respeto a la diferencia.

Experimentar una discapacidad es un recurso didáctico de sensibilización y, creemos, que puede ser muy útil para implicarnos en el ámbito de la educación moral y en valores de los alumnos y de las alumnas de los centros escolares de todas las etapas educativas, incluyendo la Universitaria. También como actividad educativa en esblais, asociaciones, casals, clubs deportivos, etc. comprometidos con la igualdad, la colaboración y el respeto a la diversidad. La experiencia, la vivencia es un procedimiento, una manera de hacer y de ver la realidad muy valiosa porque puede ayudar a conseguir actitudes solidarias, de interrelación, de cooperación e igualdad, formas positivas de relacionarnos con la diversidad, ya que, mediante la vivencia y la experimentación, mediante la empatía y el conocimiento, las personas que participan -niños, jóvenes, adultos- van adquiriendo conciencia de lo que supone tener una discapacidad, de las limitaciones que ello implica, limitaciones a veces causadas no tanto por la discapacidad en sí misma, como por el entorno físico, material y/o social en que las personas se encuentran. Pero, al mismo tiempo, también

aprenden a valorar las capacidades, las posibilidades, las otras capacidades que desarrolla cada persona, aspectos fundamentales para iniciar el conocimiento del otro, su reconocimiento desde la igualdad en la diversidad. Pensamos que el respeto a cada persona, a la diversidad, ha de partir de un conocimiento y de un reconocimiento mutuo. No podemos juzgar lo que no conocemos, ya que entonces no nos moveríamos del prejuicio, permitiendo que aparecieran una serie de ideas preconcebidas originadas por la ignorancia, lo que necesariamente desemboca en actitudes no integradoras e incluso discriminatorias, con un profundo componente segregador. Hace falta dar a conocer cada realidad, hace falta sensibilizar, y la propuesta educativa y sensibilizadora que presentaremos más adelante trabaja en este sentido (Ríos. M., Payà, M., 2001).

Los juegos motrices sensibilizadores se erigen como un recurso pedagógico que facilita la comprensión de la diversidad, al mismo tiempo que su valoración. Experimentar para interiorizar, y así poder expresar y poder relacionarse. Maniobrar una silla de ruedas, desplazarse sin ver con la ayuda de un bastón, enseñar cómo acompañar a una persona ciega, jugar a básquet en silla de ruedas... son vivencias que no solo hacen de la actividad en sí misma una fuente de aprendizaje significativo, sino que también educan en valores y actitudes, posibilitando el conocimiento de las consecuencias de la discapacidad y, con éste, su valoración, su apoyo, la proximidad libre, voluntaria y solidaria con esta realidad diferente a la propia. Son experiencias que, vividas de una manera lúdica, raramente se olvidan. Por ejemplo, incluir en las primeras sesiones del curso o seminario juegos motores sensibilizadores, puede ayudar a hacer consciente al grupo de las limitaciones y posibilidades de su compañero o compañera con discapacidad. Después, la continuación vendrá del orden de la autocrítica y de la transformación de la realidad: ¿qué puedo hacer yo, qué podemos hacer en equipo, para que la realidad, la vida de cada día sea más fácil para mis compañeros y compañeras con discapacidad y para todo el grupo?, ¿qué podemos hacer para que no haya tantas barreras y tantos obstáculos, no entendidos solamente desde su dimensión física?, ¿cuáles son mis limitaciones y mis posibilidades?, ¿realmente me acepto y me valoro a mí mismo tal como soy?

El programa de juegos motores sensibilizadores, por su estructura y contenido, también permite ser aplicado en diversos ámbitos -dentro de las programaciones escolares, pero también

en actividades de clubs deportivos, centros de tiempo libre, celebraciones puntuales, diadas de sensibilización, fiestas populares, entre otros-. Además, de esta propuesta de actividades no solamente pueden disfrutar los participantes, sino que, para todas las personas que la presencian, puede ser una fuente de reflexión y de concienciación, incluso, en el mejor de los casos, de concienciación en el sentido que Freire daba a este término, de cambio y transformación de la realidad.

APROXIMACIÓN CONCEPTUAL

Los juegos motrices sensibilizadores son aquellos que, con la presencia o no de personas con discapacidad, posibilitan que los participantes vivan de manera lúdica las limitaciones de las personas que presentan dificultades físicas o sensoriales, y valoren, al mismo tiempo, sus posibilidades y capacidades (Ríos, 1994).

El objetivo principal es sensibilizar a los participantes sobre la realidad del colectivo de las personas con discapacidad, fomentando actitudes positivas, de cooperación y solidarias basadas en el respeto a la diversidad, y con la intención de evitar la aparición de actitudes negativas o no integradoras mediante el componente activo, lúdico en el sentido que apuntábamos anteriormente, participativo, de encuentro vivencial aunque simulado con las discapacidades, de las actividades que componen la propuesta. Todo esto se materializa en los siguientes objetivos (Ríos 1994):

- Tomar conciencia de la realidad que vive una persona con discapacidad.
- Experimentar y vivenciar las limitaciones, la movilidad reducida y la disminución sensorial y, por tanto, percibir las dificultades que encuentra la persona con discapacidad en la vida cotidiana (barreras arquitectónicas, de comunicación, etc.).
- Valorar las capacidades de las personas con discapacidad.

Tal como han sido presentados, es evidente que el programa de juegos motores sensibilizadores encaja plenamente con las finalidades propias de la educación moral y en valores. El conocimiento de realidades diferentes a la propia, con sus implicaciones y consecuencias; el respeto a esas mismas realidades; la valoración de las diferencias, concebidas como algo que enriquece a la persona y que no ha de ser causa de distanciamiento, sino todo lo contrario; y el compromiso, que implica colaboración, coopera-

ción y solidaridad con las personas que experimentan dificultades, son todos ellos finalidades y objetivos no ya de la educación en valores, sino -nos permitimos afirmar- de toda acción educativa que quiera superar los límites de los aprendizajes meramente instructivos para situarse dentro del ámbito formativo de la persona.

El concepto de educación moral y en valores del que partimos en el presente capítulo es el que viene desarrollando el Grupo de Investigación en Educación Moral (G.R.E.M.) del Departamento de Teoría e Historia de la Educación de la Facultad de Pedagogía - Universidad de Barcelona-. Sintetizando, consiste en plantearse como objetivos educativos el desarrollo de toda una serie de capacidades de la persona, que van desde el autoconocimiento a la empatía, del razonamiento moral a la transformación del entorno. Pero ese desarrollo no se realiza en el vacío o simplemente a nivel formal, sin ningún tipo de referente concreto de valores, sino que se materializa dentro de los valores democráticos y de los que fundamentan la Declaración Universal de Derechos Humanos. En palabras de Adela Cortina (1993), se trataría de construir conjuntamente -alumnado y profesorado- aquellos mínimos éticos comunes, compartidos y exigibles que acercan a las personas, que compartimos como seres humanos que somos. Por ello, a este modelo de educación también se le ha denominado "construcción de la personalidad moral" (Puig, 1996).

En esta misma línea, queremos también destacar otras potencialidades o posibilidades que hacen de esta propuesta educativa un recurso especialmente relevante para el desarrollo moral y la educación en valores de los alumnos: nos referimos al triángulo simbólico entre conocimiento, área afectiva y comportamiento o conducta (Payá, 2000; 2ª ed.) Las discapacidades necesitan ser conocidas, es decir, la sociedad -todos y cada uno de nosotros- ha de saber en qué consisten, cuál es la realidad de las personas con discapacidad en situaciones de la vida cotidiana. Conociendo se llega a comprender y en esto el acto de conocimiento puramente intelectual es insuficiente. Para comprender necesitamos también los sentimientos, las emociones. De esta manera combinadas, cognición y afectividad, la conducta consecuente, coherente es la que se basa en los valores y actitudes de respeto, igualdad y colaboración. Muchas veces se han criticado propuestas curriculares de educación en valores porque estaban faltas del componente activo, porque no implicaban la voluntad, porque no se preocupaban lo suficiente por el paso a la acción. Creemos que la propuesta educativa de juegos motores sensibilizadores conside-

ra este aspecto como uno de sus objetivos prioritarios, lo que le permite ser una vía directa de educar en valores viviéndolos, de educar la personalidad moral de los educandos desde el respeto a la diversidad, diversidad que se presenta de manera real, "con rostro", que se da a conocer y que se deja sentir para que las niñas, niños y jóvenes la puedan, así, valorar.

ORIENTACIONES DIDÁCTICAS

La propuesta de procedimiento se basa en (Ríos, 1994, 1998):

1. Trabajo previo de reflexión en el aula

Realizado con la intención que la actividad no se limite a algo puntual y anecdótico, y sea así más significativa. Como ya apuntábamos líneas atrás, se trata de conocer y comprender de manera plena. No podemos, por lo tanto, correr el riesgo de que la puesta en práctica de esta propuesta se limite tan solo a su sentido lúdico, sino que queremos llegar más allá sin renunciar, no obstante, a este componente. Queremos que los niños, jóvenes y adultos, tomen conciencia de lo que significa la discapacidad y que, con ello, aprendan a valorar la diversidad. Por ese motivo, se les debe acercar la diferencia a su entorno más inmediato. Las personas que tienen alguna discapacidad no están fuera de nosotros, sino que están con nosotros. La contextualización es uno de los requisitos imprescindibles para toda acción educativa significativa -subrayada como condición sine qua non de la verdadera educación desde Rousseau-, y será la primera forma de aproximación a la discapacidad que presentaremos en los juegos motores sensibilizadores.

A continuación se ofrecen algunas propuestas previas para trabajar en el aula que ayuden a introducir a los *niños, niñas y jóvenes* en el mundo de la diversidad:

- Pasar un cuestionario que evidencie actitudes integradoras o segregadoras hacia las personas con discapacidad (comentando los resultados, reconduciendo actitudes intolerantes, etc.).
- Diseñar sopas de letras trabajando el vocabulario de las barreras arquitectónicas (escalera, desnivel, metro, autobús, obstáculo...).
- Por parejas, los alumnos elaboraran un cuestionario para detectar las barreras arquitectónicas del centro escolar y de su entorno.

-
- Inventar un cuento o historia donde sea protagonista una persona con discapacidad.
 - Introducir los sistemas de comunicación que utilizan las personas con diferentes discapacidades (Braille, símbolos Bliss, sistema pictográfico, gráficos visuales y no vocales...). Hacer alguna práctica en el aula.
 - Proyectar un vídeo sobre el deporte adaptado y proponer un debate sobre el derecho a la participación.
 - Organizar una mesa redonda con la presencia de deportistas de deporte adaptado, en la que expliquen su experiencia, los beneficios del deporte, con turno abierto de preguntas y respuestas, etc.
 - Ordenar una historia en láminas (antes recortadas y coloreadas) donde aparezca un protagonista con dificultades de movilidad (analizándolas, comentando..).
 - Leer en grupo el cuento del patito feo y reflexionar sobre la marginación por razón de la diferencia física.
 - Elaborar puzzles con fotografías de deportistas paralímpicos.
 - Visionar una película sin voz, escribir lo que se ha interpretado y, posteriormente, contrastarlo con la voz.
 - En el aula o en el gimnasio, explicar y practicar cómo ayudar en sus desplazamientos a una persona en silla de ruedas o con discapacidad visual (con la colaboración de personal de entidades representativas del colectivo).

Con estas y otras actividades que pueden incluirse en la síntesis anterior, estamos colaborando para que los educandos tomen conciencia de lo que supone vivir con una discapacidad. Se descubre, en el caso de que no lo conocieran, otra manera de situarse ante la misma realidad. Con ello se posibilita el cambio de perspectiva, se pasa del punto de mira del yo a otro diferente y no conocido, y se está en condiciones de desarrollar actitudes de empatía y colaboración con las personas con discapacidad. De esta manera también se puede comprender críticamente lo que significa una discapacidad, y generar actitudes de respeto y solidaridad. En las actividades anteriores, como se habrá observado, se reserva un lugar para analizar el propio entorno, para descubrir en él barreras que impiden o dificultan la vida cotidiana a las personas con discapacidad, al mismo tiempo que se procura también

que conozcan otras formas de relacionarse con ese entorno -en un principio no favorecedor- que utilizan las personas con discapacidad para superar esas dificultades. De esta manera, se está presentando el esfuerzo por la autonomía como un valor, y se está comunicando alegría y esperanza por un entorno que, algún día, será menos segregador y más igualitario.

Todo lo expresado en el anterior párrafo son contenidos y objetivos de la educación moral y en valores, referidos a conceptos y hechos, a procedimientos, y, evidentemente, a actitudes, normas y valores. Queremos destacarlo porque, con la educación moral y en valores, como también con la educación física, ocurre a menudo que se la reduce a uno de los tres bloques de contenidos: el de actitudes normas y valores, por lo que respecta a la primera, y el de procedimientos, por lo que respecta a la segunda. Y ambas educaciones, la educación física y la moral o ética, necesitan del concurso de los tres tipos de contenidos y objetivos para alcanzar plenamente sus finalidades formativas.

2. La organización de juegos motrices sensibilizadores (Rios, 1994)

- **De 3 a 4 años:** mediante las acciones del cuento motriz. Dada su capacidad de simbolización, los niños y las niñas se van introduciendo progresivamente en el conocimiento de la discapacidad y de sus efectos
- **De 5 a 7 años:** trabajo por rincones o estaciones de juego. Se recomienda proponer un centro de interés (el mundo del circo, de los cuentos, el bosque mágico) y en base a éste, que las niñas y niños pasen por las diferentes zonas de juego donde se propongan las actividades motrices de sensibilización.

Ejemplos:

La estación oscura, con propuestas de desplazamiento, reconocimiento y orientación con los ojos vendados:

- cómo guiar a una persona ciega,
- hacer un recorrido con bastón-guía,
- juegos sensoriales -gusto, tacto, oído, olfato-,
- carrera y saltos con antifaces,
- buscar las llaves del candado,
- la cara del gigante (poner las partes de la cara donde corresponden).

La estación de la vida diaria:

- hacer la cama con los ojos vendados o con un brazo inmovilizado,
- maquillarse con los ojos cerrados,
- vestirse con los ojos tapados o con un brazo inmovilizado,
- comer con los ojos cerrados,
- llenar la mochila de la escuela y la de ir a la montaña reconociendo los objetos sólo con el tacto,
- el pie pintor (pintar con los pies).

La estación de los desplazamientos:

- circuito en muletas o silla de ruedas,
- transferencia de una silla de ruedas a una colchoneta o a otra silla,
- bicicleta tándem con la persona de atrás con los ojos vendados,
- jugar a juegos tradicionales en silla de ruedas o con muletas (tocar y parar, 1-2-3 pica pared, el pañuelo).

La estación de la comunicación, donde se trabaja la comunicación no verbal y se introducen sistemas alternativos de comunicación:

- introducción del Braille,
- decir palabras o jugar utilizando el lenguaje de signos (por ejemplo, el juego de "tierra, mar y aire"),
- dibujar con un licornio,
- juegos de mímica.

La estación del Gran Juego, donde se vivencia tanto la discapacidad física como la sensorial

● **A partir de los 8 años:** se incluyen las anteriores más las estaciones de deporte adaptado: el goalball, basquet en silla de ruedas, voleibol sentado, boccia, entre otros. O bien pueden proponerse sesiones comparativas entre las marcas conseguidas por atletas paralímpicos y las que hacen los alumnos (por ejemplo, en salto de altura simulando la amputación de una pierna, comparando el resultado con el récord mundial 1'96 m.).

En relación a la discapacidad intelectual, debido a la imposibilidad de su simulación, se aconseja que se incida en ella exclusivamente en el trabajo de aula, aplicando aquellos recursos anteriormente expuestos que hagan especial referencia al respeto a la diferencia y a la comprensión de lo que es y supone una discapacidad intelectual. Una segunda vía de intervención en este senti-

do sería la posibilidad de poder compartir alguna actividad lúdica y/o deportiva con grupos de centros de Educación Especial, teniendo en cuenta que los grupos o equipos que se organicen estarán formados por participantes de ambos centros. Se recomienda especialmente en este caso el previo trabajo en el grupo para prevenir actitudes poco respetuosas.

Con la anterior propuesta educativa estamos realizando educación física y en valores. Que las actividades reseñadas pertenecen al área de la educación física es algo evidente; que con ellas y a través de ellas se están construyendo determinados valores que entrarían dentro de lo que hemos denominado "ética de mínimos", también está bastante patente. Entonces, ¿por qué no se utiliza -en el buen sentido del término- con mayor frecuencia esta área, la educación física, para comprometernos con el desarrollo de la personalidad moral de las niñas y niños con quienes trabajamos? Es esta una pregunta que no tiene fácil respuesta. La educación física puede ser la más integradora o la más segregadora de cuantas intervenciones educativas se realicen en un centro escolar, y no nos referimos ahora exclusivamente al ámbito de la discapacidad. ¿Cuántas veces la educación física se enfoca de manera competitiva, dejando al margen a los alumnos o alumnas con menores habilidades o destrezas, incluso ya en los primeros niveles de la Educación Infantil? ¿Somos conscientes de los valores que, por esa vía, por ese modo de proceder estamos transmitiendo? ¿Estamos de acuerdo con ellos? ¿Por qué no reconducir todo el potencial que en materia de valores posee por sí misma la educación física -y no nos estamos refiriendo tampoco a los más recurrentes, aunque imprescindibles y quizá convenga no olvidarlos, como son la educación sexual y la educación para la salud-? ¿Se puede aprender mejor el valor del respeto a la diferencia, de la igualdad y de la colaboración que en un marco relajado, distendido, lúdico, apreciado y deseado por la mayoría de los niños, como es la clase de educación física, donde se demuestre que todo el mundo tiene algo que aportar, que es necesario el concurso de todo el grupo para conseguir un objetivo común?

Es interesante también hacer notar que las actividades que conforman la presente propuesta de juegos motores sensibilizadores son bidireccionales en el sentido en que aproximan a conocer a través de la vivencia las discapacidades, al mismo tiempo también que la otra perspectiva, el otro yo, tiene también voz, está representada, en algunos casos directamente -mediante la invitación a

determinados colectivos o asociaciones-, y en otros de manera indirecta -a través del aprendizaje de otros sistemas de comunicación, como p.e. el sistema Braille de lectoescritura-. Creemos que este enfoque es necesario y valioso porque a menudo se encasilla a las personas que tienen alguna discapacidad en otra categoría, la de los diferentes, y esos encasillamientos o prejuicios se pueden y, nos atrevemos a decir, se deben romper con una comprensión y un acercamiento que no parta de lo que nos separa, lo que nos diferencia, sino de los que nos une, nos asemeja. Por otra parte, esa bidireccionalidad también evita caer en actitudes de sobreproteccionismo y de lástima que no permitirían una relación basada en los ideales de igualdad y colaboración. Se trata de buscar la igualdad, de construirla conjuntamente. Se trata también de trabajar y esforzarnos por conseguir la autonomía. Se trata de valorar la dignidad humana y por ello, porque la valoramos y la queremos, trabajaremos conjuntamente por conseguir un entorno más solidario y más justo para todas las personas, sin atender a discriminación de ningún tipo: ni por capacidades físicas, sensoriales o intelectuales, ni por cuestiones sociales, económicas o culturales, ni por motivos religiosos, políticos o ideológicos.

LA VALORACIÓN

Resulta muy aconsejable hacer un trabajo posterior que facilite la reflexión sobre la experiencia vivida, ya sea verbal, escrita -haciendo una redacción, pasando un cuestionario-, dibujando lo que han sentido, usando otras formas de expresión, entre otras (Ríos 1994). De esta manera no se limitará solamente a la participación en unas actividades novedosas, "diferentes", interesantes y sugerentes, sino que se conseguirá que queden más marcadas en sus memorias, que dejen, en este sentido, más huella, que vayan marcando forma de ser, forma moral de ser, que vayan configurando, así, carácter y disposición a obrar. En definitiva, como ya expusimos al inicio de este capítulo, que se materialice en acciones respetuosas e integradoras ante las discapacidades y la diferencia -todos/todas somos diferentes, pero todas/todos somos iguales en dignidad-.

En síntesis, no se trata de disponer de grandes medios materiales ni económicos sino de desarrollar la creatividad y aprovechar los recursos disponibles, intentando que estas actividades tengan continuidad, y evitando que se conviertan en algo puntual y anecdótico.

Sin embargo, quisiéramos apuntar una última cuestión referida, en esta ocasión, al profesorado y educadores: la relativa a que no es suficiente con poseer un determinado nivel de conocimiento teórico y práctico sobre este tema si su intervención docente no apunta normalmente hacia esos objetivos, es decir, si no se es consecuente, si no se toma partido por el respeto, la igualdad y la colaboración en otros momentos de la relación educativa. En ese sentido, la creación de espacios de análisis y reflexión sobre la propia práctica educativa -espacios que, por otra parte, no han de concebirse solamente desde lo individual, sino constituir momentos de comunicación entre todo el colectivo docente-, puede contribuir de manera fundamental a que nuestra intervención en aras de conseguir el desarrollo de las capacidades motrices, pero también el desarrollo moral y la construcción de unos valores mínimos comunes, sea la más adecuada. La valoración, por consiguiente, debe incluir también la autovaloración o autoevaluación, referida tanto a la manera de proceder del profesor en este u otro programa, como a sus actitudes ante el mismo.

Educar con la diversidad, en la diversidad, es la base de futuras actitudes de respeto en un entorno motivador donde todos y todas participan y aprenden, y esto incluye también a los educadores y al profesorado.

BIBLIOGRAFÍA

- Buxarrais, M^a R., Martínez, M., Puig, J.M^a; Trilla, J. (1995). *La educación moral en Primaria y Secundaria*. Madrid: MEC/Edelvives.
- Cortina, A. (1993). *Ética aplicada y democracia radical*. Madrid: Technos.
- Diputació de Barcelona (1991). *Treballem la diversitat!: Carpetas de recursos per a la informació objectiva i el foment d'una actitud positiva i solidària dels alumnes d'EGB cap a les persones amb discapuciació*. Barcelona: Diputació de Barcelona.
- Martínez, M. (1998). *El contrato moral del profesorado*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Payá, M. (2000). *Educación en valores para una sociedad abierta y plural: Aproximación conceptual*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Puig, J.M^a (1996). *La construcción de la personalidad moral*. Barcelona: Paidós.
- Puig, J.M^a; Martín, X. (1998). *La educación moral en la escuela. Teoría y práctica*. Barcelona: Edebé.
- Ríos, M. (1991). Juegos sensibilizadores e integradores, *Minusport*, n^o 100, 29-30, Madrid: Federación Española de Deportes para Minusválidos Físicos.
- Ríos, M. (1994). "Els jocs sensibilitzadors: una eina d'integració social". *Apunts*. n^o 39, 93-98. Barcelona: INEFC.
- Ríos, M. (1998). Los juegos motrices sensibilizadores: un medio hacia la normalización y el respeto a la diversidad. En Ríos, M. (coord). *El juego y los alumnos con discapacidad* (pp. 151-175). Barcelona: Paidotribo.
- Ríos, M. (2000). El valor educativo de los juegos motrices sensibilizadores, *Minusport*. n^o 135, Madrid: Minusport
- Ríos, M, Payá, M. (2001). "Los juegos motrices sensibilizadores y la educación moral". *Tándem*, n^o 2, pp. 51-61. Barcelona: Graó
- VVAA. *Elkarrekin*: Materiales didácticos. IBE-CERE, Centro especializado de recursos educativos, País Vasco: IBE-CERE

