

Universidad de la República

Facultad de Psicología

Trabajo Final de Grado

Monografía

Psicología del deporte y la actividad física.

Powerchair

Lucia Villares Martínez

C.I: 5.087.674-4

Tutor: Prof. Adj. Mag. Jorge Salvo

Montevideo, Uruguay

2017

## **Índice:**

Resumen	4
Fundamentación	5
Antecedentes	6
Referentes teóricos	8
Psicología del deporte	8
Discapacidad	11
Antecedentes en Uruguay	18
Deporte Adaptado	21
Powerchair o fútbol en sillas de ruedas motorizadas	25
Características del deporte	26
Antecedentes de powerchair en Uruguay	28
Motivación	30
Calidad de vida	31
Autoestima	32
Inclusión	33
Vínculos	33
Redes	34
Consideraciones finales	35
Bibliografía	37

Agradecimientos:

*Este trabajo hubiese sido imposible sin el grato apoyo de todos aquellos que de alguna manera u otra contribuyeron a su realización.*

*A la Universidad de la Republica y a la Facultad de Psicología por otorgarme la posibilidad de formarme como profesional y poder darme la posibilidad de conocer personas increíbles. A las cuales también estoy muy agradecida por su constante apoyo.*

*A mi tutor Jorge Salvo quien ha sido mi referente y guía durante este último tiempo.*

*Un agradecimiento especial a la Fundación Oportunidad, a su directora Sandra Díaz Valdez y a una de las madres de los deportistas, Ema Young, por su amabilidad, cálida recepción y aportes de valiosa información. A los deportistas, los cuales me motivaron a la realización de este presente trabajo.*

*A mi familia por su perseverante apoyo y su gran esfuerzo, intentando siempre de una manera u otra estar a mi lado.*

*A mi tía, la Licenciada en Psicología Adriana Martínez por su apoyo, amabilidad y el aporte de destacada información.*

*A mis amigos que han sabido contener, motivar y acompañar en los momentos justos.*

## **Resumen:**

El presente trabajo tiene como propósito desarrollar la Psicología del Deporte como disciplina y sus diferentes intervenciones, en este caso nos vamos a centrar en el deporte Powerchair, fútbol en silla de ruedas motorizadas.

La Psicología del Deporte se la considera como una rama de la Psicología relativamente nueva, esta comenzó a desarrollarse en 1968, a través del I Congreso Mundial de Psicología del Deporte. Igualmente, en el siglo XX se podían encontrar trabajos pioneros.

Actualmente es una rama de la psicología que tiene mucho auge, ya sea por la cantidad de deportes que existen y no solo recreativos sino también de alto rendimiento.

Weinberg & Gould afirman que: la Psicología del Deporte y el ejercicio comprende el estudio científico de las personas y sus conductas en el contexto deportivo de las actividades físicas y la aplicación práctica de dicho conocimiento.

Esta disciplina tiene diferentes áreas de intervención: deporte de alto rendimiento, deporte de base o iniciación, deporte comunitario, salud, ocio y deporte adaptado.

En los siguientes apartados se desarrollará el deporte adaptado como una de las áreas de intervención. Entendiendo a éste como aquella actividad física deportiva que es susceptible de aceptar modificaciones para posibilitar la participación de las personas con discapacidades físicas, psíquicas o sensoriales.

El Powerchair es considerado un deporte en el cual pueden participar deportistas con discapacidades severas y también es uno de los pocos deportes en los cuales interactúan personas de distinto sexo y diferente edad.

En Uruguay, se cuenta con dos equipos de jugadores de Powerchair, de los cuales se forma la selección de fútbol de Powerchair. Ésta ha participado en varios campeonatos nacionales y sudamericanos.

**Palabras claves:** psicología del deporte, discapacidad, deporte adaptado, powerchair.

## **Fundamentación:**

Es interesante poder ver como las personas con discapacidad cada día pueden acceder a más recursos y como ellas mismas pueden lograr cosas que quizás en tiempos anteriores era inimaginable, como por ejemplo, el hacer un deporte. Por esto también me llamó la atención el poder hacer una monografía relacionada a estos temas, y haciendo hincapié en el recorrido que tuvieron que hacer las personas con discapacidad para un reconocimiento. Para luego lograr tener un deporte que todas estas puedan realizarlo. Que no solo les sirve para lograr una autonomía, sino que también para ponerse metas en la vida que son de suma importancia para alcanzar ciertos logros.

Por esto me propuse hacer un recorrido por distintos temas hasta llegar al deporte adaptado, donde elegí el powerchair como un deporte que me resultó muy atractivo y beneficioso para aquellas personas que gozan practicarlo.

El deporte para las personas con discapacidad, sea recreativo o competitivo, tiene grandes beneficios desde lo físico hasta lo psicológico. Es un motor importante también para la rehabilitación.

Y si hablamos del deporte, hay que hacer referencia a la importancia que tiene el psicólogo del deporte dentro de este ámbito. Muchas personas quizás con poco conocimiento sobre lo que es la psicología del deporte, creen que el psicólogo del deporte solo se enfoca en lo que tiene que ver al deporte en competición o alto rendimiento, lo cual esto no es así, ya que, el psicólogo del deporte también se enfoca en lo que tiene que ver con el deporte recreativo. Claramente con objetivos diferentes para cada deporte en específico, pero siempre acompaña los procesos de ambos. Esto me resultó inevitable destacarlo como tema a tratar en las próximas páginas, que tiene que ver con el rol que este cumple y sus áreas de intervención.

A raíz de lo anterior es que me parece de suma importancia darle el valor que se merece a estos temas y que se siga trabajando para que cada día más personas con discapacidad se sientan integradas a la sociedad y no excluidas. Para esto el hacer deporte y fomentarlo como forma de inclusión es de gran significado.

## **Antecedentes**

### Antecedentes de la Psicología del Deporte en el Mundo

A través del I Congreso Mundial de Psicología del Deporte, en 1968, se produjo el reconocimiento de la Psicología del Deporte. Igualmente ya desde antes en el siglo XX se podían encontrar trabajos pioneros.

Luego en el Congreso Mundial, el que tuvo lugar en Roma, se pudo ver el progreso de la Psicología del Deporte, teniendo más importancia la parte sociológica que la científica.

Este congreso tuvo dos consecuencias importantes, por un parte la fundación de la International Society of Sport Psychology, con la cual se obtuvo una mejor facilidad de intercambio de información entre diferentes países. Por otra parte en 1970, apareció la primera revista específica de Psicología del Deporte: la International Journal of Sport Psychology.

A principio de los años setenta, con el lento reconocimiento de la disciplina, una serie de autores europeos trataron de delimitar y determinar el ámbito de la Psicología del Deporte. Siguiendo con esto en 1974, un grupo de trabajo de la Federation Européenne de la Psychologie du Sport et des Activités Corporelles (FEPSAC), propuso la siguiente definición general y descriptiva:

“La Psicología del Deporte es una disciplina científica, cuya materia de investigación se basa en las manifestaciones psíquicas de los deportistas que realizan ejercicios físicos de forma sistemática... Investiga las características de la personalidad del deportista, los fundamentos psicológicos de las capacidades motrices, la preparación general para el deporte de competición, la ayuda psicológica, la distribución y elección de deportistas, la psicología de grupos, la psicología del deportista, al igual que la psicología del entrenamiento y competición.” (Cagigal, 1974)

Esta definición reduce a la Psicología del Deporte en el estudio sólo de los protagonistas.

Cagigil entiende a la Psicología del Deporte como la psicología del hombre que hace deporte.

Por otro lado en Estados Unidos no generó tanto interés plantear la definición de la Psicología del Deporte como en Europa, sino que los motivó a iniciar las primeras aplicaciones. Estaban interesados en evaluar la personalidad de los atletas y en solucionar sus problemas “patológicos” a través de un enfoque clínico. Este enfoque tuvo tres limitaciones para la nueva disciplina: en primer lugar, redujo la Psicología del Deporte a psicología del deportista, limitándose a estudiar solamente a la persona que realiza la actividad deportiva, sin poder tener en cuenta todos los demás integrantes que intervienen en las situaciones deportivas: entrenadores, adversarios, aficionados, árbitros, directivos y periodistas. En segundo lugar, se generalizó los “trastornos” del deportista como problemas de su personalidad, su motivación o su ansiedad, y no se analizaron los demás factores, como la interacción de éste con los demás sujetos, objetos y situaciones con

las convive. Y por último, se consideró al profesional de la psicología del deporte con el papel de solo asesorar en problemas emocionales y se dejó de lado a los deportistas sin ninguna aficción y muy motivados.

Posteriormente la Psicología del Deporte se fue ampliando y algunos autores como Lawther y Sleet (1973) propusieron que la Psicología del Deporte no se redujera al estudio de la personalidad del deportista o de su conducta en la competición deportiva, sino que englobe sus interacciones y su modo de vida.

### Antecedentes de la Psicología del Deporte en Uruguay

En 1965 en Roma, se crea la Sociedad Internacional de Psicología del Deporte (S.I.P).

Luego el profesor Waldemar Blanchard comienza a dar algunos conceptos de Psicología del Deporte dentro del programa de entrenadores deportivos del Instituto Superior de Educación Física.

Blanchard junto a otros profesores y médicos uruguayos asisten en el mes de noviembre de 1967 en Buenos Aires, al Congreso Internacional de estudio integral del deporte y al segundo Congreso Argentino de Medicina del Deporte.

Posteriormente se dio un acontecimiento importante, la presencia del Prof. Raimundo Dinello en el tercer Congreso Mundial de la Sociedad Internacional de Psicología del Deporte en España en 1973.

En 1976, se crea la asignatura Psicología del Deporte en el curso de entrenadores de ISEF.

El 26 de setiembre de 1986, se funda en Porto Alegre, Brasil la Sociedad Sudamericana de Psicología del Deporte, la Actividad Física y la recreación (SOSUPE), dirigida por el Dr. Benno Becker Jr., quien luego tiene un papel importante en el desarrollo de esta disciplina en Uruguay.

El 16 de Junio de 1989, bajo la presidencia del Lic. Carlos Ferrés, sumado a la influencia del Dr. Benno Becker Jr., se crea la Sociedad Uruguaya de Psicología del Deporte en Uruguay (SUPDE).

Luego en 1990, la Sociedad Uruguaya de Psicología del Deporte inicia las primeras jornadas uruguayas de Psicología del Deporte.

Al siguiente año, la SUPDE organiza dos cursos de introducción a la Psicología del Deporte.

En octubre de 1991, en la Sala Magna de la Universidad Católica Damaso A. Larrañaga, en Montevideo, se realiza el 1° congreso Uruguayo de Psicología del Deporte.

Un año después en 1992 en Educación Física (ISEF), se crea el plan de estudio del curso de profesores.

En 1995, ocurren dos hechos importantes: en primer lugar se realizó el IV Congreso Sudamericano de Psicología aplicada al Deporte y el 2° Congreso Uruguayo de Psicología del Deporte, tendiendo lugar en la Sala Magna de congresos de la Intendencia Municipal de Montevideo. En segundo lugar, se presenta un proyecto de formación profesional en la Facultad de Psicología de la Universidad de la República, el cual es aceptado. Se inicia el primer curso de Introducción a la Psicología aplicada al Deporte.

En el año 2000 asume una nueva comisión directiva en la Sociedad Uruguaya de Psicología del Deporte, con la presidencia del Lic. Psic. Jesús Chalela. En dicho año comenzaron los ateneos científicos organizados por la misma SUPDE.

A mediados del 2002, se inicia el primer año de 2° nivel de Psicología aplicada al Deporte en Facultad de Psicología de la Universidad de la República (UDELAR).

En 2003, Uruguay asume la presidencia de la Sociedad de Psicología de la Actividad Física y el Deporte (SOSUPE), siendo asignado a dicho cargo el Lic. Carlos Ferrés.

En mayo de 2005 en la Sala de Congresos de la Intendencia Municipal de Montevideo, se realiza el VII Congreso Sudamericano de Psicología del Deporte y el III Congreso Uruguayo de Psicología del Deporte, el cual fue organizado por la SOSUPE y la SUPDE. En dichos eventos asistieron destacados conferencistas extranjeros.

### **Referentes teóricos**

#### **Psicología del Deporte**

##### Definición:

El deporte es uno de los fenómenos sociales más destacados en el siglo XX. Éste afecta a la vida de muchas personas de diferentes edades y sexo. Dentro del mismo se pueden estudiar los principales procesos psicológicos básicos.

El entorno deportivo comprende un laboratorio de estudio, en el cual se integran diferentes procesos psicológicos básicos. Este entorno ha llevado a que se desarrolle un nuevo campo de investigación y aplicación de la psicología: La Psicología del Deporte. Esta se considera una subdisciplina dentro de las ciencias del deporte.

La psicología del deporte estudia por un lado los factores psicológicos que incluyen en la participación y en el rendimiento deportivo, y por otro los efectos psicológicos derivados de la participación en un programa deportivo o de ejercicio físico.

En el primer aspecto se puede ver como la psicología del deporte examina la afectación de los factores psicológicos que indican en la iniciación y en la duración de la práctica deportiva, así



como también en el rendimiento del deportista. En el segundo aspecto vemos como esta disciplina analiza los efectos psicológicos tanto positivos como negativos.

La Psicología deportiva, no debe limitarse a sólo estudiar el deporte competitivo y de alto rendimiento, sino que también debe interesarse en la actividad física como diversión, aventura o sólo por mantener la condición física. Algo de suma importancia y que acompaña lo antes dicho es que esta disciplina no puede reducirse solo al estudio del deportista, sino que implica poder estudiar las diferentes interacciones que éste tiene con los demás, que hacen y dicen los otros sujetos que interactúan con él. Estas interacciones vienen acompañadas también de las interacciones que mantiene el entrenador.

### Rol del Psicólogo Deportivo y Áreas de intervención

La práctica y formación del psicólogo son tan necesarias y están estrechamente vinculadas al concepto que se tenga de lo que es, o debe ser, un psicólogo del deporte. Por esto surgen dos interrogantes, por un lado que puede ofrecer la psicología a este ámbito de la actividad humana que engloba la actividad física y el deporte. Por otro lado que tipo de relaciones, necesidades y problemas están implicados en la práctica deportiva y el ejercicio. Desde estas interrogantes se plantean demandas de solución o mejora por parte de la psicología.

Para responder, se parte del análisis del perfil del psicólogo del deporte, lo que permitirá conocer cuáles son los conocimientos, destrezas, formas de actuación necesarias para luego saber cuál es la formación requerida, y por ende poder diseñarla y ponerla en práctica.

El Psicólogo del Deporte se debe interesar por la mejora del rendimiento y el bienestar de todas las personas que integran un ámbito deportivo sea competitivo o recreativo, como por ejemplo, deportistas, entrenadores, árbitros, directivos, aficionados.

Este ejerce la función de formador al momento de explicar a deportistas, padres, entrenadores, árbitros o directivos mediante cursos, seminarios, conferencias, los tres factores más importantes. El primero se refiere a los procesos psicológicos que rigen el comportamiento humano. El segundo tiene que ver con los procedimientos metodológicos que pueden utilizar para observar las interacciones que se dan en las situaciones deportivas. Y por último, y en tercer lugar poder visualizar las técnicas psicológicas que pueden mejorar el rendimiento y bienestar de los deportistas o técnicos.

El Psicólogo del Deporte tiene la función de asesor cuando este ofrece una serie de servicios psicológicos de apoyo a todos los que estén implicados en la situación deportiva, para que estos puedan: identificar las variables psicológicas en la situación deportiva, evaluar los datos de una serie de observaciones y por último dominar técnicas psicológicas, para manejar la concentración, motivación y el control emocional en determinadas situaciones deportivas.

Todo lo antes dicho tendrá su mayor eficacia si se aplica desde el inicio de la temporada y se mantiene.

Por otro lado en el caso de la iniciación deportiva, el psicólogo del deporte cumple la función de dar pautas conductuales a entrenadores y padres.

Blasco (1994) y Capdevila (2000) plantean al Psicólogo del Deporte como asesor, junto con otros profesionales del campo de la salud y la educación física, en la adhesión al ejercicio a diferentes colectivos que puedan mejorar de esta manera su calidad de vida.

Muchas veces el Psicólogo del Deporte debe ejercer un papel clínico en aquellos casos en que la dinámica deportiva produce problemas como el sobreentrenamiento, el burnout, las lesiones, los trastornos alimentarios o el dopaje.

Según el Colegio Oficial del Psicólogos (1998) describe el modus operandi de un psicólogo del deporte en su quehacer profesional contemplando esta secuencia cronológica: primero evaluar a la persona y la situación, segundo fijar objetivos a alcanzar, tercero planificar y programar el trabajo a realizar y posibles alternativas, cuarto elegir los procedimientos, técnicas e instrumentos más apropiados para ello, quinto establecer sistemas de control que permitan evaluar los resultados que se van alcanzando durante la aplicación del programa y por último poder realizar una evaluación final en función de los objetivos.

El trabajo del psicólogo del deporte se puede conceptualizar en los siguientes ámbitos y modos de actuación: las funciones que se van a desempeñar, las personas con las que interactúa, poder elegir los procedimientos, técnicas e instrumentos que emplea, sus temas de investigación, los momentos y lugares en los que actúa, y por último los problemas que se plantean.

Las funciones que puede desempeñar un psicólogo del deporte son varias. No solo como "solucionador" de problemas emocionales para el rendimiento del atleta, sino que puede ofrecer y desempeñar una gran cantidad de funciones y no sólo orientadas al deportista, sino a la mayoría de las personas implicadas en la situación deportiva.

Como primera función, es la investigación y análisis de lo deportivo en tres niveles: teórico, metodológico y aplicado. Por un lado se encarga de enseñar y formar a diferentes personas y en distintos niveles. Por otro lado se encarga de evaluar y diagnosticar personas, situaciones y contextos. En dichas evaluaciones se prima la evaluación observacional de las interacciones tanto a personas como sociales. Otra de las funciones es poder asesorar y planificar, aconsejando y sirviendo de consultor a las personas e instituciones.

El psicólogo del deporte debería de formar parte de la organización, planificación y programación del entrenamiento. Poder intervenir en la solución de problemas organizacionales y personales para optimizar el rendimiento y desarrollo del deportista.

Siguiendo lo antes dicho, las áreas de intervención se pueden agrupar en tres grandes grupos. El primero son los ámbitos de trabajo, los cuales pueden ser: en una institución dedicada a la investigación, ejerciendo la docencia en organismos como entidades deportivas, facultativos o como profesionales del deporte, como psicólogo vinculado a un club, federación, desarrollando en ellos funciones que le son propias. Y por último atendiendo las demandas que entrenadores, deportistas y organizaciones le plantean y pueden abarcar una amplia gama que iría desde el asesoramiento hasta la intervención directa. El segundo grupo plantea los niveles de la práctica deportiva. El trabajo y funciones del psicólogo del deporte cambian dependiendo si se trate de iniciación deportiva, deporte aficionado, profesional o elite, deporte recreativo, terapéutico o rehabilitador. Se puede planificar un trabajo psicológico para cada deporte pero dependiendo de la meta, será distinto. Por último, el tercer grupo, tiene la finalidad de la actividad físico-deportiva. El deporte es un medio y como tal puede orientarse para diferentes fines. En este caso del trabajo del psicólogo del deporte podrá diferir según se destine a promover la educación, el mantenimiento y recuperación de la salud, a la rehabilitación y/o reinserción de personas con algún tipo de problema o marginación, al tratamiento de poblaciones con necesidades especiales, al rendimiento deportivo, o solo cuando se practique como actividad de recreación.

Luego en el quehacer del psicólogo deportivo se ven dos categorías muy marcadas: el deporte de rendimiento y el deporte de base o iniciación.

El deporte de rendimiento fija como objetivo la obtención de resultados, esto implica un entrenamiento continuo y planificado. El trabajo del psicólogo del deporte en este caso consiste en el entrenamiento de habilidades psicológicas que permitan al deportista afrontar la competición y optimizar su rendimiento de acuerdo a sus posibilidades.

En lo que refiere al deporte de base o iniciación, no tiene un carácter competitivo, sino formativo y lúdico. Sus objetivos son la formación de niños y jóvenes tanto en lo deportivo como en lo personal y social. El trabajo del psicólogo del deporte es diferente al anterior. En este caso es adoptar un carácter de intervención indirecta a través de entrenadores, familiares y profesores.

### **Discapacidad**

#### Historia y evolución en el mundo:

La discapacidad como es mencionada en el capítulo I del modelo social de la discapacidad, es de origen religioso, dando lugar a pensar que las personas con discapacidad eran un castigo de los dioses por un pecado cometido por los padres de dicha persona. También lo veían como un ser improductivo y a su vez una carga que debería ser arrastrada por sus padres o personas allegadas.

A partir de esto, se considera posible ver la existencia de dos modelos: el eugenésico y el de marginación. Desde el primer modelo se considera a la persona con discapacidad como un ser

cuya vida no merece la pena ser vivida, por este motivo muchos niños fueron sometidos a infanticidio.

En Roma, el estado tenía el derecho de evitar que sus ciudadanos fueran deformes, a tal punto que nunca llegaban a obtener la calidad de seres humanos. Todos los ciudadanos eran propiedad del estado como los jóvenes eran propiedad de sus padres.

En cambio, en Atenas los soldados con discapacidad generalmente recibían pensiones, ya que estos no habían nacido con la discapacidad y no llevaban el estigma generado por la religión que conllevaba castigos. Por otro lado, también podemos ver que dichos padres que si tenían un niño con diversidad funcional desde el nacimiento, no eran castigados socialmente ni dejados fuera de la comunidad, siendo ellos los supuestos culpables de la diversidad funcional.

En cambio, en Esparta eran los miembros más ancianos de las tribus los que tenían la potestad de decidir si el recién nacido tenía derecho a la vida o no. El recién nacido era expuesto ante un consejo de ciudadanos para una inspección.

Es de suma importancia resaltar que la tendencia de eliminar niñas y niños con discapacidad congénita no solo fue por razones religiosas, sino que, también los gastos económicos eran muy altos y los consideraban improductivos.

Grecia también era un país que tenía ciertas reglas para sus ciudadanos, este exigía ciertas cualidades sobre ellos. Imponían un culto a la salud y a la belleza física. Acompañando a estas creencias, los filósofos como Platón, consideraban necesario eliminar a los débiles y a los deficientes. Siguiendo estos pensamientos, Sócrates veía la posibilidad de crianza de un niño defectuoso como un acto irresponsable. Aristóteles deseaba que los deformes fueran eliminados, ya que dentro de los intereses de la sociedad era lo más práctico y creía en la posibilidad de que dichas enfermedades fueran transmitidas hereditariamente.

No obstante, Atenas fue la única ciudad antigua que daba indemnización a los pobres y personas con discapacidad.

En el siglo II d.C, en Roma, la costumbre del infanticidio disminuyo hasta ser abolida. Igualmente la discriminación seguía y las únicas escapatorias que tenían para poder sobrevivir se trataban de las burlas de otros y diversión de ciertas familias ricas, con un trato cruel que muchas veces llevaba a la muerte de estas personas.

Por otro lado, el modelo de marginación, sorprendía con un modo de pensar particular, donde la exclusión era la mejor solución y respuesta social.

Este modelo se diferencia con el anterior por no cometer infanticidio. Igualmente gran parte de los niños y niñas mueren a causa de la falta de interés, herramientas médicas y recursos. Dentro de la falta de recursos podemos ver que los encargados de diagnosticar eran el médico y el

sacerdote, pero en la mayoría de las ocasiones era éste quien se encargaba del peritaje médico, prediciéndolo sobre una base teológica.

En la edad media a diferencia del modelo anterior que se encuentra en la edad antigua, las personas con discapacidad se encontraban incluidas dentro del grupo de pobres y mendigos. De este modo podían ocupar un lugar en la sociedad, participando en las formas de organización de la vida corporativa. Por otro lado, los mendigos forman un papel imprescindible en la sociedad, ya que complementa el puesto del rico y a su vez es una pieza elemental en el orden natural.

Los niños no deseados en esta época eran abandonados, muchos iban a la Iglesia, pero la gran mayoría se vendían como esclavos a quien los encontrase. A raíz de esto muchas mujeres deseaban dar a luz a los niños en las Iglesias para que sean mejor atendidos. Luego esto comenzó a convertirse en algo masivo, por lo cual comenzaron a crearse numerosos asilos y orfanatos. Lamentablemente estas instituciones se limitaban a dar solo asistencia elemental, lo que por desgracia no era suficiente para aquellos niños y niñas afectados por diversas funcionalidades más graves. Pero los otros niños con discapacidad que sobrevivían eran utilizados como objeto motivador de caridad.

Como se ha mencionado anteriormente en la edad media, los niños y niñas que sobrevivían debían apelar al asilo en las iglesias, pero cuando ya eran mayores su modo de supervivencia era la mediocridad, poder exponer sus defectos o enfermedades para lograr la compasión o solicitar la caridad. Igualmente en este período como en el anterior, las personas con discapacidad fueron objeto de diversión y de ridículo, sacándole un provecho: ser el centro de la diversión.

En consecuencia a las frecuentes guerras y grandes epidemias, aumento muy rápidamente el número de personas enfermas y con discapacidad. Las pestes no solo tuvieron una influencia en el número de muertes que había, sino que también determinó un cambio en las estructuras pudiendo llevar a cabo una nueva sociedad, donde los mendigos tenían un papel muy importante.

Durante el periodo de la Inquisición se produjo un cambio radical en el cual las personas con discapacidad pasaron a ser vistas como hijas del pecado y obra del demonio, eran la prueba viviente de la existencia de Satanás. A raíz de esto las enfermedades pasaron a ser consideradas como pruebas o castigos de Dios, y muchos niños con discapacidad eran producto de prácticas de brujería y hechicería.

Por último, otro modelo que tuvo su auge dentro de la discapacidad, fue el modelo rehabilitador, el cual nace de la guerra y los accidentes laborales a partir del siglo XX. Este modelo plantea dos cambios: el primero, ya no se habla de la discapacidad como causas religiosas, sino que pasaron a ser causas científicas, donde la modificación toma un papel importante. El segundo, considera a las personas con discapacidad como útiles, pueden tener algo que aportar o de algún modo ser rentable a la sociedad.

A causa de las guerras se comenzó a relacionar a las personas con discapacidad con los heridos de guerra, y ésta empezó a ser visto como una insuficiencia, una deficiencia a ser erradicada.

Como vimos anteriormente, las causas pasaron a ser científicas y como resultado de esto, se pudieron ver mayores avances y nuevos tratamientos donde gran parte de los niños y niñas con discapacidad, sobreviven y tienen mayor probabilidad de vida. Con esto vemos que el modelo esta apuntalado hacia la rehabilitación y recuperación de la persona. Dentro de él, aparece plasmado un fenómeno nuevo, la institucionalización.

A pesar de los cambios hay cosas que se mantienen, como por ejemplo, que las personas con discapacidad siguen siendo objeto de burla, para con ello, ganarse la vida.

Al finalizar la Segunda Guerra Mundial, se empezaron a ver más cambios y otro tipo de aportaciones como por ejemplo: el nacimiento del movimiento médico y la psicología de la rehabilitación. Pero en algunos países como Alemania, los nazis comenzaron a practicar los campos de concentración y las cámaras de gas, lugares donde era el fin de muchas personas con diversidad funcional.

En cambio en Estados Unidos, las personas con discapacidad participaban activamente dentro del estado. Luego de la guerra y finalizada la situación de emergencia volvieron a ser encerrados en las distintas instituciones.

En lo que respecta a los avances, se fue tomando conciencia de que la rehabilitación no era solamente algo físico, sino que implicaba otros campos de intervención como era lo social y psicológico. En base a esto se hizo hincapié en los factores psicosociales y se sumaron más instituciones y organismos internacionales.

Durante el renacimiento se comenzó a rehabilitar a la persona a través del empleo y la asistencia pública. Fue una época de suma importancia para la formación del concepto de derechos, que luego será muy relevante para la evolución del tratamiento de personas con discapacidad.

En los inicios del siglo XVI, se empezó a generar un roce entre las personas ricas y personas necesitadas, esto género que se diera la acumulación de riquezas en unos y pocos recursos en otros. Esto se agravó provocando temor y agresividad. Los marginados pasaron a ser personas de no fiar y a consecuencia de ello se los acusa de faltas, pecados y delitos. A su vez, se les consideraba que deshonraban el género humano.

Inglaterra por otro lado pasó a ser un caso ilustrativo ya que para asegurar la lealtad, los monarcas comenzaron a proveerle dinero a los que más necesitaban. Luego derivó en una serie de medidas, donde se formó la Ley de Pobres de 1601. Esta medida, fue el primer reconocimiento de la necesidad de intervención del estado en las vidas de las personas con discapacidad, donde se empezaron a cerrar algunas instituciones benéficas y el estado se hizo cargo de lo que en

algún momento era de la Iglesia.

Volviendo al modelo rehabilitador y a diferencia del anterior, este modelo es de suma importancia para niños y niñas, ya que tienen una posibilidad de supervivencia mucho mayor. Ya no son considerados un castigo de los dioses, sino que, se considera que se debe hacer todo lo que se necesite para lograr una normalización.

Este modelo pone énfasis en el aspecto médico y en la normalidad, pero poco les importaba si el objeto de tratamiento era un adulto, niño o niña. Esto explica el hecho de que los niños debido a la institucionalización no disfrutaban de su niñez como debería de ser, no aprovechaban de jugar, aprender y vivir en familia. Cortándole todo tipo de relaciones.

En los siglos XVIII y XIX, se originó la educación especial, cuando Pedro Ponce de León enseñó a hablar a un sordomudo, a través de la sordomudística. Un método en el cual aplicó técnicas de aprendizaje oral, lectura labial y pronunciación.

Esto tuvo una enorme trascendencia en el modelo rehabilitador. Que dio origen para que se iniciara primero con niños y niñas sordas y luego para los que tenían alguna diversidad funcional en la visión. Posteriormente, al ser tan exitoso se expandió a las escuelas especiales pensadas para personas con discapacidades físicas e intelectuales.

Por otro lado resaltan los cambios en relación al trabajo, donde la persona con discapacidad pasó a tener lo que se llama empleo protegido. Es un paso muy importante, ya que las personas con discapacidad podían generar experiencias y aprendizajes. No obstante, a pesar de lograr tener puestos de trabajo la solución no era tan fácil como parecía. Se comenzó a ver que las personas con discapacidad no estaban preparadas para ningún tipo de trabajo, sumado a su falta de confianza en ellos mismos a causa de su sobreprotección y a la falta de una educación igualitaria para enfrentar las demandas de la sociedad.

Como se ha dicho anteriormente el modelo rehabilitador busca la recuperación, pero a su vez sitúa el problema exclusivamente en la diversidad funcional, lo que genera un desprecio hacia las aptitudes generales de las personas con discapacidad. Esto conlleva a que este modelo se centre en la enfermedad, pasando a categorizar a las personas como normales o anormales. Es el médico quien realiza esta categorización.

En el siglo XX, comenzaron a verse ciertos cambios, se pasó a pensar en las personas con discapacidad como una amenaza para la salud e inteligencia de futuras generaciones. Trayendo aparejado, a que varias personas fueran encerradas en instituciones con el fin de que no fueran una carga para la sociedad. Esta práctica generalmente se llevaba a cabo contra la voluntad de las personas, y muchas veces los hacían trabajar largas horas sin ninguna paga. A su vez eran sometidos a dietas alimenticias y vestimentas inadecuadas.

Al pasar los años estas instituciones se convirtieron en lugares sumamente vergonzosos.

En los años sesenta y ochenta, las personas que eran acogidas en las instituciones se trasladaron a hogares comunitarios y familias de acogida.

Para recapitular, podemos decir que el modelo rehabilitador considera a la discapacidad, como un problema de la persona, que sugiere cuidados médicos y un tratamiento encargado de conseguir la cura y un cambio en la conducta.

El modelo rehabilitador es criticado por muchas razones, quizás una de las que más resalta, es que pretende borrar y ocultar las diferencias, poniendo énfasis en lo idéntico, donde es el médico quien determina sus derechos.

Todo se centra en que hay que ser iguales a los demás, teniendo diferentes destrezas y habilidades, y sino las tienes, pareciera que no estas dentro de la sociedad, y por eso hay que cambiarlas. Y dentro de ahí, como ya lo mencione, es donde el médico determina la vida de la persona con discapacidad. Stiker (1999) lo denomina como *"el ideal de goma de borrar" - "the social ideal of erasure"*.

Habiendo mencionado los tres modelos, se puede ver la existencia de un cuarto modelo, el cual es descrito por Agustina Palacios como el modelo social de la discapacidad.

El modelo social de la discapacidad comienza en el siglo XX, en Estados Unidos e Inglaterra.

A principios de dicho siglo, se consideraba a la persona con discapacidad como un cuerpo con la mente defectuosa. La diversidad funcional implicaba una dependencia familiar, una tragedia personal y un problema para la sociedad.

Luego a fines del siglo XX, las personas con discapacidad comenzaron a tomar iniciativa e impulsar sus propios cambios. Propusieron romper las barreras sociales y ambientales a través del transporte y edificios accesibles.

Al tiempo, gracias a la participación que tenían las personas con discapacidad en el ámbito político, se conformó un área de derechos civiles y una legislación antidiscriminatoria.

En Estados Unidos surgió por primera vez los derechos en las políticas de discapacidad. A partir de dichos derechos y sumados a otros que hacen referencia a los afrodescendientes, fue que impulsaron el "movimiento de vida independiente".

Por otro lado, en Reino Unido, se pudieron abarcar cambios en la política social y en la legislación de derechos humanos.

Siguiendo con el concepto de vida independiente, se puede decir que fue un antecedente del nacimiento del modelo social.



Un referente para este modelo fue la historia de vida de Ed Roberts.

Ed Roberts, era una persona con discapacidad severa el cual quería entrar a la Universidad, pero sus familiares y médicos creían imposible que el aspirara a ese tipo de proyectos.

Igualmente Roberts no desistió y decidió presentar la solicitud para la Universidad de Berkeley, California. Y al tiempo fue admitido.

Luego de su admisión, la Universidad comenzó a tomar más personas con discapacidad, logrando formar un grupo de estudiantes.

En 1967, la Universidad logro tener doce estudiantes, los cuales se alojaban en la enfermería, ya que la Universidad no contaba con accesibilidad a ciertos lugares. Por esta razón fue que dichos estudiantes comenzaron a visualizar que de día eran estudiantes como el resto, pero de noche eran pacientes. A causa de esto, Roberts decidió modificar la visión de pacientes que ellos tenían, haciendo hincapié a que ellos eran sanos como el resto de los estudiantes.

En 1966, Roberts viajó a Washington para llevar a cabo el diseño de los dispositivos, con el fin de incluir a personas con discapacidad a ciertos lugares que antes no tenían acceso.

Luego en 1970, Roberts propuso que los programas para estudiantes con discapacidad, deberían ser llevados a cabo y diseñados por personas con discapacidad, ya que son ellas las que realmente conocen sus necesidades. Dicha propuesta se aceptó, y a su vez pudo abrir una oficina en el Campus de la Universidad de Berkeley, equipada con rampas. Esto llevó a Roberts a obtener experiencia con sus diseños, pudiendo luego diseñar lo que se precisaba para una vida independiente.

Según Roberts, el concepto de vida independiente se refiere al control que una persona tiene sobre su propia vida.

En 1972, surge la idea de un Centro de Vida Independiente.

En 1973, en Norteamérica, se creó la Ley de Rehabilitación. Pero a la hora de aplicarla, los gobiernos se dieron cuenta que la adopción de medidas antidiscriminatorias a favor de las personas con discapacidad, requerían grandes inversiones de dinero. Lo que provocó un crecimiento muy grande de las movilizaciones, donde lucharon por modificaciones. Esto llevó a que el grupo de personas con discapacidad ocupara un edificio como forma de manifestación. Con el éxito tenido en la ocupación se conformó un grupo de derechos, para poder presionar al gobierno y conseguir transporte público accesible.

Años más tarde en 1978, el Congreso otorgó a la Comisión de Servicios de Rehabilitación, donde Roberts era director, el poder de otorgar dinero a los Centros de Vida Independiente. Desde estos Centros se enseñaba que nadie conocía mejor las necesidades de las personas con discapacidad

que ellos mismos.

En 1990, el grupo de personas antes dicho, decidieron formar un Programa Nacional de Cuidados de Asistencia, con el objetivo de lograr que las personas con discapacidad estuvieran fuera de las clínicas.

En dicho año, se crea la Ley de Americanos con Discapacidad, "American with Disability Act 1990", la cual está vigente en la actualidad.

Volviendo a lo planteado en el principio, Agustina Palacios habla del modelo social en dos conceptos. Por un lado, el modelo social propone que la discapacidad no es de origen religioso, sino que son limitaciones de la propia sociedad, donde las soluciones se deben apuntar hacia cambios en la misma.

Por otro lado, propone que las personas con discapacidad tienen mucho que aportar a la sociedad, desde la inclusión hasta la aceptación de la diferencia. Pero para que esto suceda deben ser aceptadas tal cual son.

En lo que respecta a los niños y niñas con discapacidad, se apunta a que estos tengan el mismo desarrollo y educación que los niños y niñas sin discapacidad.

Por último, el modelo social presenta una serie de respuestas sociales, que se basan en la búsqueda de la inclusión. Para esto plantean la accesibilidad universal, el diseño para todos y todas, la transversalidad en las políticas y el empleo.

### **Antecedentes en Uruguay**

En Uruguay, la escasez de información sobre personas con discapacidad es una de las manifestaciones que se dan por la poca atención que históricamente se les prestaba.

La información comenzó a darse a partir del año 2002, lo que esto visualiza es que durante mucho tiempo las personas con discapacidad quedaban al margen de la sociedad. Recién en el año 2011 con el censo poblacional se pudo acceder a cierta información.

Según el censo poblacional del 2011, el 15,9% de la población tiene algún tipo de discapacidad, siendo el 9,2% niños y adolescentes. No existe mucha diferencia entre quienes viven en el medio urbano con 16,4% y el medio rural con 15,3%.

La discapacidad intelectual es la que tiene mayor prevalencia, lo cual también se correlaciona con la pobreza y los bajos recursos. El no poder asistir a una educación muchas veces ayuda a agravar este tipo de discapacidad. Por esto, en el censo se observó que gran parte de la población que presenta algún tipo de discapacidad posee bajos recursos.

En Uruguay, los sectores públicos que suministran prestaciones y servicios a personas con

discapacidad son los siguientes: Ministerio de Salud Pública y ASSE (Administración de los Servicios de Salud del Estado), Ministerio de Desarrollo Social a través del Programa Nacional de Discapacidad (PRONADIS), Administración Nacional de Educación Pública (ANEP), Instituto de Seguridad Social (BPS), Instituto Nacional de Empleo y Formación Profesional (INEFOP), e Instituto Nacional del Niño y el Adolescente del Uruguay (INAU).

En la actualidad, la información y los recursos para personas con discapacidad son mucho mayores pero igualmente todavía siguen existiendo barreras. Uno de los adelantos es la mayor accesibilidad no solo en la vía pública sino que también en diferentes lugares que son mayormente concurridos por personas con discapacidad. Otro de ellos es el deporte que lo profundizaremos más adelante, pero sin embargo es uno de los adelantos que tiene grandes beneficios. Por otra parte se sigue trabajando con el fin de romper las barreras que todavía existen.

#### Definición:

Según la OMS (2001), el modelo social de la discapacidad, considera el fenómeno fundamentalmente como un problema de origen social y principalmente como un asunto centrado en la completa integración de las personas en la sociedad. La discapacidad no es un atributo de la persona, sino un complicado conjunto de condiciones, muchas de las cuales son creadas por el contexto/entorno social. Por lo tanto, el manejo del problema requiere la actuación social y es responsabilidad colectiva de la sociedad hacer las modificaciones ambientales necesarias para la participación plena de las personas con discapacidades en todas las áreas de la vida social.

Por otro lado el concepto de discapacidad basado en la Convención sobre los derechos de las Personas con discapacidad (ONU, 2007), plantea tres dimensiones:

- A nivel del cuerpo, las deficiencias.
- A nivel individual, las limitaciones en la actividad.
- A nivel social, las restricciones en la participación social.

La discapacidad en una persona está vinculada a las deficiencias que le impiden el comportamiento sin discapacidad. Esto no supone la presencia de una enfermedad.

Tales deficiencias se manifiestan en la imposibilidad o dificultad para la realización de actividades tales como movilizarse, ver, comunicarse, oír y relacionarse, y en restricciones en el ámbito social y laboral, tanto a causa de las limitaciones que el propio organismo impone, como por la falta de inclusión por parte del entorno.

Entonces se entiende por discapacidad a la desventaja que tiene una persona para participar en igualdad de condiciones.

Es importante destacar que existen ciertas clasificaciones en relación al grado de discapacidad, ellas son: mínima, moderada y severa.

La discapacidad mínima o leve la padecen las personas que presentan alguna dificultad para llevar

a cabo actividades de la vida diaria, sin embargo, la persona es muy independiente y no requiere apoyo de terceros y puede llegar a superar barreras de su entorno. En cambio la discapacidad moderada presenta una disminución o imposibilidad importante en su capacidad para realizar la mayoría de las actividades diarias, e incluso puede llegar a necesitar apoyo en labores básicos de su autocuidado. La discapacidad severa se entiende por la existencia de limitaciones físicas o psíquicas que hagan imprescindible la ayuda permanente de otras personas para realizar las actividades básicas de la vida, como por ejemplo: vestirse, desplazarse, alimentarse e interactuar socialmente.

El propósito de la Convención es promover, proteger y asegurar el goce pleno, en condiciones de igualdad de todos los Derechos Humanos. Esto se ve reflejado a través del lema de la misma **“Nada de nosotros sin nosotros”**.

Esta convención se basa en ocho principios rectores:

- El respeto a la dignidad, la autonomía, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas.
- La no discriminación.
- La participación e inclusión plena y efectiva en la sociedad.
- El respeto por las diferencias y el respeto por las personas con discapacidad como parte de la diversidad y la condición humana.
- La igualdad de oportunidad.
- La accesibilidad.
- La igualdad entre el hombre y la mujer.
- El respeto a la evolución de las facultades de las niñas y niños con discapacidad y su derecho a preservar la identidad.

Esto implica importantes consecuencias para las personas con discapacidad, ya que pueden contar con herramientas jurídicas para hacer valer sus derechos e incrementar la conciencia pública.

Por ello es importante destacar tres leyes que respaldan estos derechos:

- **Ley nº 18.418:** Apruébese la Convención sobre los Derechos de las personas con discapacidad, firmada en la ciudad de Nueva York, Estados Unidos de América, el día 3 de abril de 2007. Sala de Sesiones de la Cámara de Representantes, en Montevideo, el 5 de noviembre de 2008.
- **Ley nº 18.776:** Uruguay, julio 2011. Apruébese la adhesión al Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, adaptado en la ciudad de Nueva York, Estados Unidos de América, el 13 de diciembre de 2006.
- **Ley nº 18.651:** Uruguay, marzo 2010. Protección integral de personas con discapacidad: Artículo 1: establece un sistema de protección integral a las personas con discapacidad, tendiente asegurarles su atención médica, su educación, su rehabilitación física, psíquica,

social, económica, profesional y su cobertura de seguridad social, así como otorgarles los beneficios, las prestaciones, y estímulos que permitan neutralizar las desventajas que la discapacidad les provoca y les dé oportunidad, mediante su esfuerzo, de desempeñar en la comunidad un rol equivalente al que ejercen las demás personas.

## **Deporte adaptado**

### **Historia**

El deporte adaptado se comienza a dar en China en 2700 a.C, con la práctica del Cong Fu, para prevenir la degeneración y mantener un buen equilibrio físico.

Posteriormente Platón y Aristóteles continuaron sus escrituras sobre la relación de la actividad física y la salud. A su vez en Roma, Galeano escribe diferentes tratados sobre la terapia aplicada al ejercicio físico.

A mediados de la Edad Media, Hieronymus Mercurilanis en su obra Arte Gimnástica, propone algunos principios sobre los que debe basarse una recuperación física a través del ejercicio, para poder tratar a cada sujeto con su deficiencia.

En 1780, Joseph Clement Tissot introduce las bases para luego postular los deportes adaptados y la actividad recreativa. En este mismo año fue la primera vez que se usó el término deporte adaptado.

A partir del siglo XX, aparece el verdadero inicio del deporte para personas con discapacidad con carácter lúdico y motivante. Eso ocurrió a través de sesiones de terapia física y rehabilitadora, donde se denominó al deporte como terapéutico.

Después de la Primera Guerra Mundial, en Alemania el deporte recreativo tomó un gran impulso por parte de un grupo de personas ciegas y amputadas de guerra. Este deporte tomó una gran importancia para personas con alguna discapacidad, ya que podría mejorar los posibles traumas psicológicos de la guerra y su estancia en los hospitales.

A finales del 1918, Carl Diem y Mallwitz, intentaron revivir la idea del deporte, pero hasta final de la Segunda Guerra Mundial no se pudo adquirir conciencia de la importancia del deporte.

Luego con el descubrimiento de los antibióticos, los lesionados medulares de la Segunda Guerra Mundial tuvieron un mejor pronóstico y mayores esperanzas de vida. En el mismo periodo, en Estados Unidos y Gran Bretaña se comenzó a establecer un mejor cuidado a estos pacientes. Pero es con la creación del centro especializado en Stoke Mandeville, que la rehabilitación comienza a especializarse. En este contexto de cambios e innovaciones, se propone la idea de potenciar la práctica de la actividad física y deportiva como otra de las ayudas para el proceso de rehabilitación.

En 1944, en el hospital de Stoke Mandeville, en Aylesbury, Inglaterra, se creó el centro de lesionados medulares. Este hecho comprendió un acontecimiento muy importante, donde surge la figura del Sir Ludwig Guttmann como el padre del deporte adaptado. Esta figura a su vez es el director de dicho centro médico, en el cual a partir del acontecimiento, introdujo deportes competitivos como parte de la rehabilitación. Estos deportes fueron el golpeo (punchball), escalada de cuerda y polo en silla de ruedas.

Pocos años después, en el año 1948, se celebraron los primeros Juegos en Stoke Mandeville para Parapléjicos, en los que participaron 23 hombres y 3 mujeres, que compitieron en tiro con arco en silla de ruedas.

En 1952, Guttmann organizó la primera competencia internacional de deportes en silla de ruedas, donde ingleses y holandeses fueron participes.

Por otro lado, Lipton creó la Fundación norteamericana para los deportes en silla de ruedas y fijó tres objetivos. Primero, poder acercar a las personas con discapacidad al deporte y estimular el deporte competitivo. Segundo, promover las buenas relaciones entre Estados Unidos y los demás países por el deporte en sillas de ruedas. Y por último, poder generar y reunir fondos para estos fines.

En 1924, se fundó el Comité International des Sports des Sourds (CISS), como modo de celebración de los primeros Juegos Mundiales para sordos en París.

Guttmann, propuso que se celebraran los Juegos cada cuatro años en la misma ciudad donde se celebraban los Juegos Olímpicos. De esta manera los Juegos Paralímpicos se comenzaron a celebrar en el 1960 en Roma, donde la participación de los deportistas era limitada a lesión medular y pospoliomielitis, tenían afectado las extremidades inferiores y la función locomotora. Todos los participantes iban en silla de ruedas y por esta razón se los llamó juegos para parapléjicos.

Sir Ludwig Guttmann define al deporte adaptado como “una fuerza impulsora para que las personas con discapacidad busquen o restablezcan el contacto con el mundo que les rodea y, por consiguiente, el reconocimiento como ciudadanos iguales y respetados manifestando que: en términos generales, los objetivos del deporte incluyen los mismos principios para los minusválidos que para los no minusválidos. Además, el deporte posee un enorme valor terapéutico y desempeña un papel fundamental en la rehabilitación física, psicológica y social de los minusválidos”.

En 1964, el International Sports Organization for the Disabled (ISOD), proporcionó la oportunidad de la práctica deportiva a nivel internacional a personas ciegas, amputados y personas con discapacidades locomotoras como parálisis cerebral.

Se creó en 1968 la Cerebral Palsy Society, para promocionar los primeros juegos para parálíticos en Francia.

En 1978 se formó el Movimiento Paralímpico, donde dio lugar a la creación de organizaciones independientes como CP-ISRA (Cerebral Palsy- International Sports and Recreation Association).

Luego en 1981, surgió IBSA (International Blind Sport Association), para ciegos y deportistas con deficiencias visuales.

En 1982, se conformó el International Coordinating Committee (ICC) dentro de la International Organization of Sport for the Disabled (IOSD). El ICC se formó para coordinar el deporte adaptado y negociar en nombre de tales, pero su duración no fue muy larga, ya que en 1987 en Arhem, Holanda, se celebró un seminario donde participaron varios países y estos decidieron que debía crearse una nueva organización internacional, para poder representar a todos los deportistas con discapacidad de todo el mundo. Esta organización tenía la responsabilidad no solo de promocionar el deporte élite sino que también el deporte recreativo. Fue por esto que el 21 y 22 de septiembre de 1989 en Dusseldorf, Alemania, se creó el International Paralympic Committee (CPI), quien es responsable de sustituir al ICC en los Juegos Paralímpicos de Barcelona en 1992.

En los juegos de Madrid de 1992, el deporte que ha tenido una tardía incorporación fue el grupo de discapacidad intelectual, con lo cual se trató de incorporar en los Juegos de Atenas de 2004, pero solo se logró solo como modalidad de exhibición.

Luego en 2008, en Pekín, fueron los siguientes Juegos.

En Londres de 2012, se intentó volver a incorporar la discapacidad intelectual.

En 2016, fueron por primera vez sede en Sudamérica los Juegos Paralímpicos con sede en Rio de Janeiro, Brasil, donde participaron 4359 deportistas de 160 países.

En el año 2020, será Tokio, Japón, la sede de los Juegos Paralímpicos.

### Definición:

Según Sanz (2012) "El término deporte adaptado engloba todas aquellas modalidades deportivas que se adaptan al colectivo de personas con algún tipo de discapacidad o condición especial, bien porque se han realizado una serie de adaptaciones y/o modificaciones para facilitar la práctica de ese colectivo, o porque la propia estructura del deporte permite su práctica sin adaptaciones".

Siguiendo lo antes dicho, por esa misma razón es que algunos deportes adaptados han tenido que ajustarse a las necesidades del colectivo para la práctica del deporte o mismo muchas veces se ha diseñado un deporte con necesidades específicas de la discapacidad.

Las adaptaciones que se pueden realizar se agrupan en cuatro ítems; sobre reglamento, material,

instalación y adaptaciones.

La práctica de deportes adaptados compone tres elementos: la modificación de las estructuras ajustadas a cada deportista, la individualización para cada necesidad y la socialización generada a través de prácticas grupales.

Sanz y Reina (2014), proponen cuatro grandes ámbitos de aplicación: el ámbito educativo como las escuelas, donde se adquieren los conocimientos básicos de una modalidad deportiva en cuestión, el ámbito recreativo donde el deporte realizado es con objetivo de ocupar el tiempo de ocio de los participantes y disfrutar mediante la práctica, rehabilitador, circunscrito al ámbito hospitalario, formando parte de los programas de rehabilitación a través de deportes que faciliten, potencien y contribuyan a la recuperación de la persona y por último el ámbito competitivo, está marcado por un objetivo de rendimiento, cobrando una mayor importancia el componente competitivo.

Continuando con esto, García de Mingo (1992) propone una serie de estadios o tipos de práctica de actividad física o deportiva por los que puede pasar una persona con discapacidad para lograr su máxima integración en el aspecto motor. Primera fase, de rehabilitación en los diferentes niveles motores, psíquicos y sociales. Segunda fase, de deporte terapéutico, donde se busca un perfeccionamiento de las cualidades desarrolladas en la anterior fase. Tercera fase, de deporte recreativo en el cual se busca ocupar el tiempo de ocio mediante la práctica deportiva. Cuarta fase, de deporte de competición con el objetivo de conseguir beneficios en el ámbito personal, como su autonomía o su máximo desarrollo personal. Quinta fase, de deporte de riesgo y aventura, fase a la que llegan pocas personas, aunque cada vez son más las asociaciones y clubes que potencian este tipo de deporte con las máximas garantías de seguridad.

En el deporte adaptado se pueden encontrar una serie de roles y funciones sociales. En primer lugar, como sensibilizador, como forma de mostrar a la sociedad las posibilidades y rendimientos de las personas con discapacidad. En segundo lugar, es supresor de barreras, ya que, se necesitará la adaptación de instalaciones accesibles y seguras para las competencias deportivas. En tercer lugar, el deporte adaptado es vehículo para la integración de personas con y sin discapacidad por compartir los mismos espacios. En cuarto lugar, es promotor de programas de actividad física y deporte. Aquí entran en juego las redes como proveedor de ofertas de actividades variadas y adaptadas a las necesidades de cada colectivo. En quinto y sexto lugar, se toman en cuenta los recursos materiales con los cuales mejora la oferta de actividades, mayores materiales y tecnología. Esto hace que el deporte sea más seguro. Por otro lado es favorecedor de valores como el fairplay. En último lugar se puede visualizar al deporte adaptado como potenciador de la autosuperación y autonomía personal, permitiendo que la persona con discapacidad aprenda a hacer autónoma, y con esto esforzarse para alcanzar el máximo rendimiento deportivo.



## **Powerchair o fútbol en silla de ruedas motorizadas**

### Antecedentes en el mundo:

El fútbol en silla de ruedas eléctricas o motorizadas para personas con discapacidades severas, se comenzó a jugar en Francia en el año 1978. Más tarde se extendió por toda Europa, hasta que en el año 1979 sin tener ningún contacto con Francia, Canadá empezó a desarrollar un deporte llamado "el poder del fútbol", este deporte se logró llevar a cabo en los Estados Unidos y Japón. Mientras que en otros países como Bélgica, Portugal y Suiza se jugaba el "futbol para silla de ruedas".

Luego entre 1980 y 2005, dentro de esos 25 años varios estilos de juegos se desarrollaron, pero la gran mayoría fueron inspirados por Francia y Canadá. Igualmente cada país adaptó su juego para satisfacer sus propias necesidades.

En enero de 2005, por iniciativa de Francia, los representantes de Canadá, Estados Unidos, Inglaterra, Japón y Portugal se reunieron en París para deliberar la posibilidad de convertir al deporte como internacional. Para esto se logró poner una fecha fija en la cual habría que unificar los cuatro distintos estilos de deporte con el fin de crear una nueva disciplina internacional.

En octubre de dicho año, los países antes nombrados sumando a Bélgica y Dinamarca, se volvieron a reunir para finalizar el libro de reglas y se creó oficialmente el fútbol en silla de ruedas motorizadas. Nueve meses después de este acontecimiento, se escribieron las nuevas normas deportivas. Con esto y sumándole la redacción de una serie de artículos se logró crear la federación internacional.

En julio del año 2006, en los estados de Atlanta y Georgia en Estados Unidos, las nuevas normas deportivas fueron aprobadas y validadas. En este mismo periodo los artículos de la nueva federación se adoptaron en la Asamblea General el 24 de julio. En octubre del mismo año, la Federación Internacional de Asociaciones de Fútbol Powerchair presentó sus artículos en París.

Un año después la FIPFA (Federation Internationale de Powerchair Football Association) organizó su primera copa del mundo en Tokio. Ocho países fueron los que lograron competir. Tuvieron transmisión en vivo donde miles de personas del mundo pudieron verlo.

Luego, en el año 2008, se realizó la primera competencia internacional de clubes en Francia. Este EPFA Champions League eléctricas reunió a los ocho mejores equipos de cuadros europeos. A su vez, en el mismo año en Irlanda y Suiza se desarrollaron las clínicas de apoyo.

A mediados del año 2009, se realizó el curso de formación internacional para árbitros. En dicho año se desarrollaron tres hechos. En primer lugar, se disputó la primera Copa América organizada por el estado de Atlanta, Estados Unidos. En ella se integraron los mejores equipos del país organizador y de Canadá. En segundo lugar, se desarrolló la clínica de apoyo en Polonia. Y en

tercer lugar, la FIPFA adquiere la condición de federación dada por el IPC (Comité Paralímpico Internacional).

Más tarde, en 2010, se realizó la segunda Champions League y la segunda Copa América. La Champions League se disputó en Inglaterra, donde Escocia y Gales no participaron pero hicieron demostraciones. En cambio Vancouver, Canadá fue sede de la Copa América.

En el 2011, Australia participó y tuvo sede de una serie de demostraciones con Nueva Zelanda. En el mismo año en París, se realizó la primera Copa del Mundo con 10 países presentes: Australia, Bélgica, Canadá, Inglaterra, Francia, Irlanda, Japón, Portugal, Suiza y Estados Unidos. Al mismo tiempo en París se celebró la segunda Asamblea General.

A mediados del año 2012, se lleva a cabo en Portugal un curso internacional para jugadores menores de 16 años. En el mismo período se realizaron demostraciones en París con la participación de Alemania, Austria, Finlandia e Italia.

A comienzos del año 2013, tuvo sede en Viena, Austria, una nueva serie de demostraciones y clínicas para jugadores.

Ya en el año 2014, se comenzaron a ver más competencias y demostraciones a nivel mundial en las cuales se unieron más países. Fue la Copa de Europa de Naciones en Limerick, Irlanda. Luego en Rio de Janeiro, se disputó la COPA (Copa de Américas).

En el mismo año, la FIPFA organizó el primer torneo internacional de jugadores menores de 18 años en París. Al mismo tiempo se unieron países nuevos a la FIPFA como Austria, Finlandia, Argentina, Uruguay y Nueva Zelanda.

A mitad del corriente año, en Junio, se realizará la tercera Copa del Mundo en Florida, Estados Unidos, donde Uruguay tendrá oportunidad de participar.

### **Características del deporte:**

El Powerchair es el fútbol en silla de ruedas motorizadas, este deporte tiene casi la misma reglamentación que el fútbol convencional, solo que posee algunas modificaciones para adaptar a las personas con discapacidad.

Estas refieren:

- Es un deporte que lo juegan personas que necesitan una silla motorizada para su vida diaria.
- El uso de una silla de ruedas equipada con una rack delantero de protección y con el cual se golpea a la pelota.
- La silla también cuenta con un cinturón de seguridad en el regazo, para evitar incidentes en caso de colisión.

- En cuanto a la pelota, esta es de cuero o de otro material de baja fricción, y difiere de la pelota de fútbol normal en cuanto al tamaño; la de Powerchair es de 33 cms. de diámetro. Se caracteriza por contar con una presión especial cuyo objetivo es la minimización de rebotes.

Para competir en este deporte internacionalmente se utiliza una silla especial llamada strick forst, cuya potencia de giro es mayor. Estas sillas fueron diseñadas por un jugador. Son sillas de alto costo, por lo que generalmente cada jugador deberá contar con una, ya que la Fundación solo tiene una de reserva.

Los equipos se conforman por cuatro jugadores titulares y aproximadamente cuatro suplentes.

La duración del partido se mide en dos tiempos de treinta minutos cada uno, con un descanso de diez minutos intermedios.

Según nos afirma el reglamento de la FIPFA (Federation Internationale Powerchair Football Association) (2015) "Los habilitados para jugar a nivel competitivo son jugadores con una discapacidad física diagnosticada que lleva a una limitación de actividad verificable y permanente, y como consecuencia el atleta necesita el uso de movilidad motorizada para poder jugar un deporte".

La discapacidad necesaria mencionada en la cita anterior se mide en grados, los cuales varían según la espasticidad del músculo. Para poder participar de este deporte, se debe pertenecer a los grados 5, 6, 7 u 8. A continuación se hará mención de las disfuncionalidades que encierra cada grado.

Grado 5 - Diplejía moderada o hemiplejía moderada o severa: puede o no utilizar auxiliares de marcha. Tiene espasticidad moderada en ambos miembros inferiores. Los brazos o las piernas pueden tener espasticidad moderada causando dificultad en la marcha. Tienen buena fuerza funcional y problemas mínimos de control en miembros superiores, y puede andar con o sin asistencia.

Grado 6 - Tetraplejía severa moderada con atetosis ambulante: de moderados a graves problemas de control en tres o cuatro miembros. Anda sin apoyo en su actividad diaria. Tienen más problemas de control en los miembros superiores que los de clase 5, pero menos en los inferiores que la clase 5. Sus síntomas son más exagerados cuando corren o lanzan que cuando caminan.

Grado 7 - Hemiplejía, triplejía, tetraplejía moderada o mínima (ambulante): se movilizan normalmente sin auxiliares de marcha. De moderada a mínima espasticidad en la mitad del cuerpo. Andan sin apoyo, pero debido a la espasticidad que tienen parece que cojean. Poseen buena capacidad funcional en el lado dominante del cuerpo. El lado dominante tiene un mejor desarrollo y una buena progresión del movimiento andando y corriendo. En las extremidades superiores el brazo y el control de la mano están solamente afectados en el lado no dominante. Hay un buen control funcional del lado dominante.

Grado 8 - Diplejía, hemiplejía, o atetosis mínima: es el grupo con la menor deficiencia ambulante. Pérdida mínima de funcionalidad total causada por la descoordinación. Los atletas de la clase 8

están afectados mínimamente con una diplejía/hemiplejía o afectados mínimamente con una atetosis. Ellos pueden correr, saltar con una pierna, sin ningún tipo de material ortopédico. Tienen una mínima pérdida funcional causada por la descoordinación, normalmente vista en las manos, quizás también se aprecia la pérdida de coordinación en una pierna o en un mínimo acortamiento del tendón de Aquiles.

También se precisa para jugar a nivel competitivo dos PF1, son chicos con mayores limitaciones físicas, al momento de jugar los PF1 tienen que ser supervisados por clasificadores internacionales que le dan la aprobación. Estos clasificadores internacionales tienen que estar avalados por la FIPFA, el cual es el organismo que rige todo el reglamento.

Los atletas deben presentar un formulario médico, el cual debe contener un diagnóstico y evaluación del paciente, que demuestre sus capacidades funcionales, y un apartado, detallando su condición médica, debiéndose además especificar los factores de riesgo.

En la actualidad existen en Uruguay cuatro equipos de Powerchair, dos de ellos más consolidados, estos son "Huracán de Carrasco" y "Deportivo Montevideo", ambos conformados por diez jugadores. De estos dos equipos siete deportistas son los que componen la selección, que es llevada adelante gracias a la Fundación Oportunidad. Los otros dos equipos pertenecen más a lo que sería el ámbito amateur, uno de los cuales es de Fray Bentos que hoy en día lo conforman seis jugadores, y el otro está en formación en la ciudad de Flores.

Recabando datos de la Fundación Oportunidad es que podemos afirmar, que el deporte ha podido avanzar y darse a conocer en nuestro país, ya que han podido participado en torneos nacionales con equipos argentinos y brasileiros.

### **Antecedentes de Powerchair en Uruguay:**

En marzo del 2013, la Fundación Arcángeles de Colombia, llega a Uruguay con el proyecto Maximus y la propuesta de desarrollar el Quadrugby y otros dos deportes a elección en la región. Este proyecto era hasta septiembre del 2014 y luego cada país tenía que evaluar como continuar con el proceso.

En Uruguay se decide, además del Quadrugby, realizar Powerchair Football y otros dos deportes más, Boccias y fútbol 7, para ofrecerle algún deporte mas a toda la población con discapacidad física que se acerque a dicha Fundación.

Desde que la fundación se comenzó a vincular con el proyecto Maximus, comenzaron a trabajar para armar la Fundación Oportunidad y poder darle continuidad al proyecto.

El Powerchair Football comenzó en Uruguay con 4 deportistas: Sofía Larreborges, Santiago Marsiglia, Nicolás Cibils y Juan Luis Platero. El entrenador a cargo era Carlos de la Fuente. A lo largo de los meses se fueron sumando cada vez más jugadores.

En diciembre del 2013 viajaron por primera vez a competir en el Primer Torneo Nacional Argentino. Participaron de esta competencia los siguientes deportistas: Santiago Marsiglia, Nicolás Cibils, Juan Luis Platero, Lucía Barboza, Nicolás Tucci, Marco Antonio Díaz y Francisco Wild.

Luego de ese viaje continuaron trabajando con el equipo en la ciudad de Montevideo.

En abril del 2014 viajaron a competir al Primer Mundialito de Powerchair Football en Rio de Janeiro, Brasil. En dicha competencia fueron: Nicolás Cibils, Juan Luis Platero, Marco Antonio Díaz, Brian Medina, Francisco Wild y Fabián Medina.

El Primer Mundialito fue una bisagra importante en el desarrollo del fútbol, donde técnicos y jugadores pudieron aprender de lo técnico y de lo deportivo.

Otro aspecto importante que se desprendió gracias al Mundialito, fue poder pensar el deporte desde otro punto de vista, más competitivo.

Fue así como surgió en tierras brasileras la planificación de la primera Copa Powerchair Libertadores, que se organizó en mayo del 2015 en Montevideo. En esta copa participaron dos equipos de cada país, los países participes fueron Argentina, Brasil y Uruguay.

A mediados del 2015 se comenzó a formar un equipo en Fray Bentos y en Flores.

El equipo Uruguayo continuó participando en diciembre de cada año del torneo nacional argentino, hasta que en el 2015 salió campeón de la Zona A y Zona B y se cerró una etapa en la participación de ese torneo.

En mayo del 2016 la selección uruguaya fue invitada a participar del Defi Sportif en Canadá. Los charrúas regresaron con la Copa luego de ganarles a un equipo brasiler, tres canadienses y uno estadounidense.

En diciembre del 2016 se llevó a cabo la segunda copa Powerchair Libertadores, con los dos mejores equipos de Argentina, Brasil y Uruguay. Uruguay llegó con sus dos equipos a la final, siendo Huracán de Carrasco el campeón de América del Sur.

A mediados del 2017, se llevará a cabo el Mundial de Powerchair en Estados Unidos, donde Uruguay estará presente.

Actualmente hay 35 personas usuarias de sillas de ruedas motorizada que han jugado al fútbol. Hay dos equipos en Montevideo y dos en desarrollo en el interior.

El deporte no es ni beneficioso ni perjudicial, ni produce rápidamente beneficios o prejuicios, pero todo depende de la forma y la finalidad con que se practique y las condiciones en que se lleve a cabo.

Existe evidencia en la cual se pueden visualizar como facilita la mejora de ciertas habilidades y

produce muchos beneficios en el tratamiento de trastornos psicológicos.

El deporte es un aspecto importante en la vida de las personas. No es solo una actividad recreativa sino que también es una parte sustancial para una vida sana y equilibrada.

Este favorece el bienestar físico, emocional y social, ya que incrementa la autoestima y favorece la interacción social y la adquisición de habilidades.

La discapacidad ha sido una excusa habitual para mantener una escasa actividad física. Esta pareciera imposible para una persona con discapacidad, ya que antes eran personas que permanecían sedentarias. En la actualidad esto ha ido cambiando y el deporte ha tomado mayor importancia, aunque todavía hay barreras.

Las personas con discapacidad presentan una predisposición a tener problemas cardiovasculares, sobrepeso, obesidad y diabetes, por esto el deporte es fundamental en su vida y forma parte de su buena salud. La práctica de un deporte de forma continua va a mejorar su desarrollo físico, intelectual, emocional y social.

Es también un factor importante para los procesos de socialización y las relaciones interpersonales. En el área de la salud, tanto física como psíquicamente, el deporte puede ser útil para la prevención de trastornos y rehabilitaciones o recuperación.

Dentro de los beneficios del deporte encontramos los psíquicos como la motivación, la autoestima y la calidad de vida. Por otro lado los beneficios sociales del deporte se pueden visualizar en las redes, vínculos, localización, reconocimiento e inclusión.

### **Motivación**

La motivación es una variable psicológica muy importante, ya que muchas veces es la principal responsable de que un deportista abandone o se detenga en el ámbito deportivo.

En el deporte, la motivación es a veces entendida como activación pero es algo incorrecto entenderlo así, son constructos separados o independientes.

La motivación es una tendencia o disposición. Ésta hace referencia al conjunto de factores que influyen en la decisión de hacer algo o no. Este factor depende de las características del sujeto, y no solamente de ello, sino que también de los objetos o eventos a los que tiende a acercarse o alejarse.

Se puede decir que la motivación es la probabilidad de que alguien haga algo en determinando momento.

Buceta, (1998), propone determinar la relación entre el beneficio que le producirá al individuo hacer algo, el coste y el esfuerzo que le supone hacerlo.

Las dimensiones que rodean el término motivación han sido estudiadas proponiéndose cinco patrones de comportamiento relacionados con ellas: dirección, continuidad, intensidad y resultados. (Rodríguez A. 2000; Escartí y Brustand, 2002).

En el contexto del deporte, la "dirección" se refiere al por qué un sujeto se orienta hacia un tipo de

actividad u otra; la “persistencia” se refiere a la concentración al realizar una tarea, la duración del ejercicio; la “continuidad” es la persistencia de la motivación durante el ejercicio de un deporte; la “intensidad” hace referencia al por qué los sujetos se esfuerzan en realizar alguna actividad, empleando tiempo y energía; y por último los “resultados”, la influencia que estos pueden tener a la hora de practicar un deporte. (Rodríguez A. 2000; Escartí y Brustand, 2002).

Es muy importante para lograr una buena motivación, poder plantear objetivos a lo largo de la temporada, es la forma de mantener motivado al deportista. Estos objetivos deben poder ser alcanzados, flexibles a los cambios o modificaciones y deben contar con un margen de tiempo o fecha límite.

Dentro de la motivación existen dos tipos, la motivación intrínseca y la motivación extrínseca. Por un lado, la motivación intrínseca es aquella que no tiene un objetivo en sí mismo, excepto el placer propio o interés personal. Ésta encuentra su fundamento en una serie de necesidades psicológicas definidas, como puede ser la efectividad, la curiosidad o causa personal.

Este tipo de motivación surge por tendencias internas o necesidades psicológicas sin que haya recompensa.

Por otro lado la motivación extrínseca está relacionada con las causas que provienen del exterior y que no se encuentra dentro de la persona. Se refiere a incentivos o reforzadores externos al sujeto y pueden ser positivos o negativos.

### **Calidad de vida**

Por otro lado la calidad de vida y salud tiene una doble relación, en la medida en que la salud es una dimensión importante de la calidad de vida y al mismo tiempo un resultado de ella.

Definir la categoría calidad de vida no es sencillo por la multiplicidad de factores que la determinan, de elementos que la integran y los efectos que produce. (Saforcada, 1999)

Según Garcia 1998, la calidad de vida es el resultado de la compleja interacción entre factores objetivos y subjetivos, los primeros constituyen las condiciones externas: económicos, sociopolíticos, culturales que facilitan o entorpecen en el pleno desarrollo de la persona y su personalidad. Los segundos están determinados por la valoración que el sujeto hace de su propia vida.

El concepto de calidad de vida en su caracterización dependerá del modelo de concepciones y prácticas en salud desde el cual se lo defina. (Saforcada, 1999)

En el caso de las personas con discapacidad se debe poner en práctica para mejorar la calidad de vida algunos aspectos: la autonomía, elección, autodeterminación, participación, responsabilidad, solidaridad y comprensión. Eso sumado a los programas específicos.

La autonomía no significa que una persona viva sola, sino que pueda tener las posibilidades de elegir, trabajar, relacionarse con los demás, amar y ser amado, tener una vida privada y ante todo poder tener sus propias decisiones.

La solidaridad que se expresa en la unión de las personas hacia un fin común y en la responsabilidad recíproca individual consigo mismo y con los demás. Esta se ve reflejada en las actividades que realiza el individuo para mejorar sus condiciones de vida.

Para que esto ocurra y la persona con discapacidad pueda expresarse libremente y hacer sus cosas sin ningún tipo de prejuicio, hay que eliminar las barreras que dificultan la autonomía. Se las debe integrar en todos los niveles, en procesos de reflexión y toma de decisiones, a nivel político, económico y social.

### **Autoestima**

Con respecto al concepto de autoestima citare una serie de autores para poder comprender mejor el término.

Según Rosenberg (1965, 1979; citado en Ramos, 2008) la considera como el conjunto de sentimientos de respeto y valía personal hacia uno mismo.

Shavelson, Hubner y Stanton (1976; citado en González-Pienda, 1997) indican que la autoestima son las percepciones que un individuo tiene sobre sí mismo, las cuales se forman mediante la interpretación y juicios que éste hace de su experiencia personal y ambiente.

Por el mismo lado y con una definición similar Wells y Marwell (1976; citado en Ramos, 2008), considerándola como la descripción, cargada de connotaciones afectivas y evaluativas, que hace la propia persona de sí misma.

Por otro lado Pope y McHale (1988; citado en García, 1997) la definen como una combinación entre la información objetiva que el individuo posee de él mismo y el juicio personal, emocional y subjetivo que hace de dicha información.

La autoestima en los últimos tiempos se ha visto como un factor importante en distintos ámbitos de la psicología. En el deporte se puede ver como esta influye en los deportistas de distintas formas, ya sea en su carencia o posesión. Esta determina muchas veces el equilibrio psicológico y el éxito de las personas. A su vez estas suelen experimentar la autoestima bajo la forma de un sentimiento o una necesidad básica, que puede ser difícil de aislar o identificar, ya que lo experimentan contantemente y forma parte de sus respuestas emocionales.

Wells y Marwell, (1976, citado por Branden, 2001) desarrollaron una clasificación de las definiciones de la autoestima basándose en dos dimensiones; los procesos de evaluación y afecto.

Como la mayoría de las diferencias conceptuales, la diferencia entre la evaluación y el afecto no siempre es fácil de efectuar coherente y claramente. Sin embargo, el énfasis en una o en el otro conduce a diferentes formas de descripción, explicación y algunas veces, medida. La auto-evaluación implica normalmente más mecanismos, descripciones causales, mientras que el auto-afecto tiende a elicitar conceptualizaciones más "humanistas". (Branden, 2001)

Por otro lado Smelser (1989), presenta tres aspectos a considerar en la definición de autoestima:



existe un primer componente cognitivo, la autoestima implica caracterizar algunas partes del self en términos descriptivos; poder, seguridad, agencia. Implica preguntar qué tipo de persona es uno. En segundo lugar, existe un elemento afectivo, una valencia o grado de naturaleza positiva o negativa adherida a esas facetas identificadas; llamamos a esto alta o baja auto-estima. En tercer lugar, y en relación con el segundo, existe un elemento evaluador, la atribución de un valor en base a algún modelo idea.

Se considera a la autoestima como el componente emocional y afectivo del auto-concepto, en el cual predomina el componente cognitivo.

Por último y según Gaja (2013), la autoestima es la clave de la felicidad porque es el filtro que media entre nosotros y la realidad.

### **Inclusión**

Cuando hablamos de inclusión hacemos referencia al ideal de una sociedad inclusiva, es decir, integrar a la vida comunitaria a todos los miembros de la sociedad, independientemente de su origen, condición social, física o actividad. Pudiendo también generar a través de algunas políticas sociales una sociedad no solo inclusiva sino también que sea promotora de esta, que se encargue de poder enseñar y aprender desde distintos ámbitos a poder incluir y saber que todos somos personas a pesar de las diferencias.

El deporte es un medio que fomenta la inclusión entre personas con o sin discapacidad. Este permite tener valores, una disciplina, salud, desarrollo personal y social que mejora las relaciones con los demás sujetos. Favorece el relacionamiento interpersonal y a su vez es un motor inclusivo.

El deporte fortalece la pertenencia a un grupo, los vínculos, las redes y a su vez el desarrollo psicológico, la autonomía y la identidad del sujeto.

### **Vínculos**

Según Pichón Rivière (1980) el vínculo es la mínima unidad de análisis de la Psicología Social; esta presupone que no se basa en el estudio del sujeto en cuanto tal, sino el vínculo que el sujeto establece con otro sujeto. Este vínculo que se establece es una relación bidireccional; la psicología social hace énfasis en como un sujeto se relaciona con un objeto –en este caso el otro sujeto, el cual es sujeto de necesidad - y viceversa: cómo afecta allí al sujeto que tiene el vínculo con el otro.

Pichón destaca también que el vínculo es una estructura compleja ya que en el mismo hay más de dos elementos en juego, la relación está dada de sujeto a sujeto pero el tercer vínculo que se interpone es la cultura. También resalta que en toda situación colectiva coexisten múltiples procesos de aprendizaje como las vivencias, experiencias y nociones o conceptos.

En el vínculo está implicado todo y complicado todo. Esto refiere a que el vínculo está implicado en y por el aparato psíquico del sujeto por lo cual se lo caracteriza por tener mejor manejo de la realidad. En tanto el aparato psíquico se encuentra implicado y complicado en todo vínculo, el aparato psíquico es dinámico en su totalidad. (Pichón Rivière, 1980)

Además del vínculo Pichón plantea que dentro de un grupo existen roles. El rol es el desempeño de cada persona en una situación dada, es la manera en que una persona demuestra lo que se espera de su posición. Dentro de estos roles se distinguen dos, el rol prescrito el cual está determinado por una organización específica como por ejemplo la institución. En los roles prescritos se encuentra el preparador físico, el técnico y el jugador. En segundo lugar, están los roles dinámicos que dentro de ellos se encuentran el líder, el portavoz, el chivo emisario y el saboteador. El líder es en el cual los miembros del grupo depositan en los aspectos positivos. En cambio en el chivo emisario se depositan en los aspectos negativos o atemorizantes. El saboteador se encarga de dificultar el cambio y atentará contra la tarea. Y por último tenemos al portavoz, el cual es la persona que habla por todos los integrantes del grupo ya sea por un acontecimiento grupal, ansiedades y necesidades de la totalidad del grupo.

También en todo grupo debemos observar el FODA fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas.

### **Redes**

Anteriormente se habló de los beneficios de la práctica deportiva y formar parte de un grupo. Dentro de los beneficios de la práctica deportiva, como anteriormente mencione, encontramos las redes sociales, las cuales han tenido un gran impacto a nivel mundial y su uso es mayoritariamente en jóvenes.

Las redes sociales promueven una serie de beneficios, ya que disminuyen tiempos y distancias, además se las puede utilizar no solo como medio de comunicación, sino que, también como medio de expresión, alfabetización y aprendizaje. Muchas personas con discapacidad no tienen los medios para poder moverse hasta una institución donde se le pueda brindar enseñanza, y el uso de esa red ha sido para ellos una manera de poder llevar el aprendizaje de la institución a un lugar de su uso cotidiano.

Otro de los problemas que se encuentran es que las instituciones no cuentan con la accesibilidad necesaria como para que puedan concurrir. Por eso el uso de la red social no es solo un medio comunicativo.

Un beneficio a destacar, es poder a través de la red social hacer promoción de los deportes para hacerlos conocidos por otras personas y así hacer que cada día más personas puedan realizar actividad física.

Otro aspecto que cabe mencionar y el cual es de suma importancia, es el correcto uso de las redes sociales. Éstas, son un medio muy importante, necesario, beneficioso y positivo, pero muchas veces el uso incorrecto de dichas redes pueden generar que sea negativo y no beneficioso, todo depende de la forma de uso que se le den.

### **Consideraciones finales**

En conclusión, se pueden visualizar una serie de cambios, desde la discapacidad, la psicología del deporte y la importancia de la actividad física.

En el caso de la discapacidad vemos un antes y un después, un antes relacionado al esconder a las personas con discapacidad, a la marginidad y al ser objeto de burla. Las personas con discapacidad tuvieron que cargar con este tipo de tratos para poder sobrevivir y ganarse la vida. En cambio hoy en día, vemos que sus luchas a través de los años tuvieron sus frutos. Igualmente todavía no se pudo lograr obtener una sociedad totalmente inclusiva, donde las personas con discapacidad no sean vistas como personas menores a las personas sin discapacidad, donde en todos los lugares tengan acceso y sin ningún prejuicio puedan obtener un empleo digno. Estamos encaminados a romper estas barreras pero todavía tenemos camino por recorrer.

Por otra parte, la psicología del deporte, como disciplina nueva dentro de la psicología, ha tenido y sigue teniendo una gran difusión y desarrollo, esto permite que la sociedad y más específicamente los deportistas se concienticen de su gran importancia y los beneficios que trae.

En relación a la actividad física, también se ve un antes y un después. Un antes donde no existía el acceso para las personas con discapacidad a ningún tipo de actividad y menos a la actividad física. En cambio, hoy en día es mayor el número de personas con discapacidad que realizan deporte. Esto se debe a su mayor difusión y grandes beneficios, ya sea a nivel psíquico o físico. A su vez es una gran herramienta para la rehabilitación.

La mayoría de los beneficios suelen alcanzarse a medida que las prácticas deportivas se van integrando en entornos lo más normalizados posibles, en lo que se igualen los derechos y oportunidades de participación.

Volviendo a la psicología del deporte vemos como cada día más clubes solicitan psicólogos deportivos. Esto es a causa de que no solo el rendimiento deportivo ayuda a superar metas y logros, sino que también es la mente un gran factor. De aquí la importancia que tiene para los deportistas entrenar su mente, su autoestima y su motivación, ya que primero debemos confiar en nosotros mismos, para que el resto lo haga. Este entrenamiento conlleva tiempo y trabajo interdisciplinario, por parte del psicólogo, entrenadores y directivos.

La motivación es un factor de suma importancia, el cual no solo toma a la persona sino que también todo lo que se desprende de ella misma. Y viene acompañada de la autoestima, la cual

juega un papel significativo dentro de la motivación.

Dentro de todos estos factores se debería trabajar el tema de la frustración que viene acompañado del entrenamiento de la mente. Saber también que el perdedor no es aquel que perdió una batalla, sino quien ante cualquier adversidad se rinde.

Poder tener la oportunidad de ver a los deportistas de Powerchair jugar y practicar con mucho entusiasmo y vitalidad, me hizo darme cuenta de los grandes beneficios que realmente genera el deporte para las personas con discapacidad. Les permite tener mayores herramientas para la vida cotidiana, poder ser independientes y lograr mayores vínculos y redes.

Algo importante y no es de menor importancia es el rol del entrenador, el cual hace un trabajo inclusivo, siempre de igual a igual.

Por ultimo hay que destacar que queda mucho por hacer, pero lograr ver como de a poco las personas con discapacidad logran integrarse a la sociedad y al deporte, es algo que nos tiene que gratificar a todos.

## **Bibliografía**

- Alacrem, B. G. (2015). Deporte, herramienta para la inclusión social. Recuperado de: <https://eixamestudis.wordpress.com/2015/07/02/deporte-herramienta-para-la-inclusion-social/>
- Antón, A. M. & Rodríguez, G. S. (2011). La motivación y el rendimiento. Recuperado de: <http://www.efdeportes.com/efd163/la-motivacion-y-el-rendimiento-en-el-deporte.htm>
- Branden, N. (2001). La psicología de la autoestima. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.
- Cagigal, J.M. (1974) Psicología del Deporte ¿psicología del por qué?
- Cruz, J. (1997). El psicólogo del Deporte. Síntesis. Madrid, España.
- Discapacidad y salud- de interés- beneficios del deporte. Recuperado de: <http://www.saludemia.com/-/vida-saludable-dicapacidad-de-interes-deporte>
- Dosil, J. (2001). Aproximación a la Psicología del Deporte. Gersam. Buenos Aires, Argentina.
- Dosil, J. (2003) ciencias de la Actividad Física y del Deporte. Síntesis, Madrid, España.
- El deporte adaptado. Recuperado de: <http://www.deportedigital.galeon.com/salud/adaptado.htm>
- Fipfa (2008). The History of the Development of Powerchair Football. Recuperado de: <http://fipfa.org/histoire-du-developpement-du-powerchair-football/>
- Fipfa World Cup (2017). Recuperado de: <http://fipfaworldcup.org/>
- Fundación Oportunidad. Fútbol PC. Recuperado de: [http://www.fundacionoportunidad.org/?page\\_id=60](http://www.fundacionoportunidad.org/?page_id=60)
- Gaja, R. (2013). Bienestar, autoestima y felicidad. Barcelona: Debolsillo
- Garcia, C. (1998). Calidad de vida, aspectos tecnicos y metodologicos.
- García de Mingo, J. A. (1992). Actividades físicas y deporte para minusválidos. Madrid, España. Campomanes.
- García, P. R. Psicología positiva: la autoestima, el auto-concepto y el sentido del humor en personas con discapacidad motriz. Recuperado de: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/11145/1/TFM-G%20400.pdf>
- González-Pienda, J., Núñez, J., González-Pumariega, S. y García, M. (1997). Autoconcepto, autoestima y aprendizaje escolar. Psicothema, 9, 271-289.
- Historia, antecedentes en Uruguay. Recuperado de : [http://www.supde.org/institucional\\_historia.php](http://www.supde.org/institucional_historia.php)

- La motivación intrínseca y la motivación extrínseca. Recuperado de:  
<https://psicologiamotivacional.com/la-motivacion-intrinseca-y-la-motivacion-extrinseca/>
- Ley N° 18.418. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Poder Legislativo, República Oriental del Uruguay, 5 de noviembre de 2008.
- Ley N° 18651. Protección integral de personas con discapacidad. Poder Legislativo, República Oriental del Uruguay, 9 de marzo de 2010.
- Ley N° 18.776. Adhesión de la república al protocolo facultativo de la convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Poder Legislativo, República Oriental del Uruguay, 5 de julio de 2011.
- Méndez, C. B. Puntos a favor y en contra de las redes sociales. Recuperado de:  
<https://docs.google.com/document/d/1S2467qHvRa8PfP-WRpkw5JE9HeJ8pIB9FKyOuO1ZKRg/mobilebasic?hl=es>
- Meresinan, S. (2013). La situación de niñas y adolescentes con discapacidad en Uruguay. La oportunidad de la inclusión. Recuperado de:  
<https://www.unicef.org/uruguay/spanish/discapacidad-en-uruguay-web.pdf.pdf>
- Ministerio de desarrollo social (MIDES) – Programa nacional de discapacidad (pronadis). Recuperado de: <http://pronadis.mides.gub.uy/>
- ONU. (2006). Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Nueva York, Estados Unidos.
- Página Oficial del Comité Paralímpico Español. Recuperado de:  
<http://www.paralimpicos.es/publicacion/principal.asp>
- PCFA. (2015). Powerchair Football. Clínica de entrenamiento. Buenos Aires: Referees y Clasificadores.
- Posada, A. H. (2014). Las personas con discapacidad. Su calidad de vida y la de su entorno, vol. 4, núm. 4, pp.60-65. Recuperado de:  
<http://www.redalyc.org/pdf/741/74140408.pdf>
- Powerchair football en Uruguay. Recuperado de:  
<http://espectadornegocios.com/core.php?m=amp&nw=ODg5OTM=>
- Ramos, R. (2008). Elaboración y validación de un cuestionario multimedia y multilingüe de evaluación de la autoestima. Melilla: Universidad de Granada.
- Riviére, P. (1980). La teoría de los vínculos. República Argentina, Buenos Aires.
- Saforcada, E. (1999) Análisis de las concepciones y prácticas en salud, En Psicología sanitaria. Análisis crítico de los sistemas de atención de la salud. Buenos Aires: Ed.

Paidós.

- Sanz, D., Reina, R. (2012) Actividades físicas y deportes adaptados para personas con discapacidad. Ed. Paidotribo. Barcelona, España.
- Sanz, D. & Reina, R. (2014) La iniciación deportiva adaptada a las personas con discapacidad física: Eslalon. En Ríos, M (Paidotribo), 564 juegos y tareas de iniciación deportiva adaptada a las personas con discapacidad (p. 188-208) Barcelona, Paidotribo.
- Smelser, N. J. (1989): Self-esteem and social problems: An introduction. En Mecca, A. M. et alii (eds.): The social importance of self-esteem. University of California Press, 294-326.