

ACTIVIDAD FÍSICA ADAPTADA



I.N.E.F.

INSTITUTO NACIONAL DE EDUCACIÓN FÍSICA

ACTIVIDAD

FÍSICA

ADAPTADA

UNIVERSIDAD POLITÉCNICA DE MADRID

Dimas Carrasco Bellido
David Carrasco Bellido
Darío Carrasco Bellido

ÍNDICE

TEMA 1

ACTIVIDAD FÍSICA ADAPTADA

- 1.1. Extranormalidad.
- 1.2. Temporalidad.

TEMA 2

LA EDUCACIÓN ESPECIAL

TEMA 3

TERMINOLOGÍA BÁSICA

- 3.1. Revisión terminológica.

TEMA 4

HISTORIA DE LA EDUCACIÓN FÍSICA ESPECIAL

- 4.1. Historia de las actividades físicas adaptadas.
- 4.2. Historia de la Educación Física Especial.

TEMA 5

COMPONENTES DE LA EDUCACIÓN FÍSICA ESPECIAL

TEMA 6

ASOCIACIONES Y MIEMBROS DE ESTE CAMPO

- 6.1. Asociaciones a nivel nacional e internacional.
- 6.2. Miembros que trabajan en el campo de la actividad física adaptada.

TEMA 1

ACTIVIDAD FÍSICA ADAPTADA

La asignatura de *Actividad Física Adaptada* trata de profundizar en una serie de poblaciones que están integradas por personas que se alejan de las normas que dicta la sociedad. A este tipo de poblaciones se le denominan poblaciones especiales.

Las poblaciones especiales se agrupan en varias categorías en función de diferentes sujetos:

1. Según los grados de extranormalidad o excepcionalidad.

Esta categoría se subdivide a su vez en varios grupos, si tenemos en cuenta las disfunciones de la base orgánica o base interna del individuo. Los diferentes grupos y sus diversificaciones son:

1.1. Alteraciones psíquicas: se divide en:

- a) *Oligofrenia*: personas que no llegan a culminar el desarrollo completo de su mente (no llegan a 85 de coeficiente intelectual), no cumpliendo las exigencias de la sociedad actual. Esta alteración se la dio la propia naturaleza, no interviniendo la voluntad del individuo.
- b) *Superdotación*: personas que presentan una supereficiencia y/o mayor cantidad y calidad intelectual (cociente intelectual superior a 120), física y afectiva respecto a la media poblacional..
- c) *Psicosis*: personas que presentan una desestructuración intelectual y personal.

1.2. Alteraciones física: se divide según el tipo de disfuncionalidad:

- a) *Disfuncionalidad sensorial*: personas que presentan disfunciones a nivel de los sentidos y que le impide o comunicarse o expresarse, como por ejemplo las visuales o las auditivas, tales como los amblíopes, los hipoacúsicos, etc.
- b) *Disfuncionalidad motóricas*: personas cuyo cuerpo es una armadura o carcasa que le impide desarrollar cualquier movimiento como podría hacerlo otra persona normal, es decir, que tiene una movilidad reducida debido a que sus sistema osteomuscular presenta poca o nula efectividad. Las causas fundamentales son:

- Las consecuencias genéticas.
- Dis/atrofias.
- Plejías.
- Consecuencias no genéticas.

Las consecuencias directas de estas enfermedades, tales como la espina bífida, las diferentes plejías, son, la falta de comunicación, la poca movilidad y las pocas vivencias que viven.

c) *Desajustes y desarmonías en la salud*: personas que presentan ciertas afecciones médicas que le obligaran a un autocontrol consciente durante toda la vida. Se divide en varios tipos:

- Cronicidad.
- Organicidad.
- Mentalidad.

Las consecuencias directas de estas enfermedades son las actitudinales, las vivenciales y las relaciones. Los ejemplos más significativos son:

- Hemofilia (gonósomica X Y)
- Ictiosis: piel en escamas (gonosómico X).
- Diabetes.
- Galactosemia: metabolismo de las lácteos.
- Gelíacos: metabolismo del gluten.
- Cardiovasculares.
- Epilepsia.
- Afecciones respiratorias:
 - Asma.
 - Muscoviscidosis.

1.3. Alteraciones psicosociales: esta vendrá determinada por el área cerebral afectada, tal y como se refleja en el dibujo que se presenta a continuación. Se divide en:

a) *Alteraciones en la evolución afectiva*: destacan:

- Depresión anaclítica: enfermedad que lleva al niño a la muerte sino tiene presente en un tiempo de seis meses el cariño de la persona que le cría.
- Dificultades de aprendizaje.

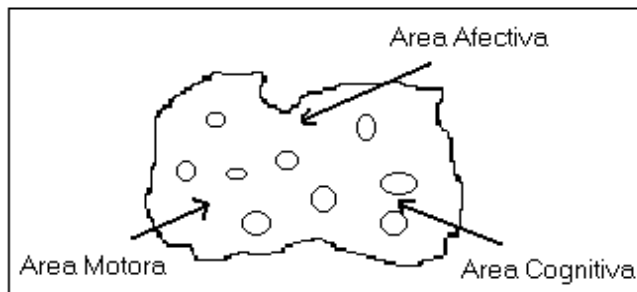
b) *Alteraciones de conducta: conductopatías*: destacan:

- Niño difícil.
- Psicopatía: persona que tiene una conducta incorrecta, pero su entorno lo puede proteger.

c) *Alteraciones sociales: sociopatías*: la conducta de la persona es la suma de los comportamientos a lo largo de la vida. Este grupo se divide:

- Delincuencia: conducta del individuo que no es protegida por su entorno. Estos comportamientos delictivos están castigados por la ley a diferencia de las conductopatías en la que no intervienen las leyes. Se dividen en:
 - Vicios sociales de nuestra civilización.
 - Consecuencias de alteraciones psíquicas.
 - Gerontopatías.
- Toxicomanias.
- Discriminación.

AREAS DEL SER HUMANO



2. Según el momento de aparición.

Esta categoría viene determinada por la base temporal biológica, es decir, la temporalidad. Este factor nos indica:

- El momento de la vida en que se produce la perturbación, alteración etc...
- Si esta alteración es reversible o irreversible, esto va a ser sumamente significativo en la vida de la persona que lo vivencia.
- Será más importante cuanto más tiempo lleve vivido la persona.
- Influirá el tipo de lesión que adquiera.

- Repercute siempre en las tres grandes áreas del ser humano: afectiva, psíquica y motora.

Existen tres épocas de aparición o de periodos de manifestación:

2.1. Prenatal: antes de nacer, es decir en el periodo de gestación que consta de una duración de 9 meses. Este periodo de gestación consta a su vez de varias fases:

- a) *Fase congénita*: unión del óvulo con el espermatozoide dando lugar al la formación del cigoto.
- b) *Fase embrionaria*: en ella se forman los órganos vitales del embrión, tales como SNC, corazón, pulmones etc... Su duración es de tres meses. Si se produce alguna alteración en esta fase, el daño puede ser grave y profundo.
- c) *Fase fetal*: en ella se culmina la formación del feto. Su duración es de 6 meses.

Las minusvalías que se pueden encontrar de origen prenatal se clasifican en varios grupos en función de las causas que lo produjeron:

⇒ ***Hereditarias o genéticas***: se subdividen a su vez en:

- Cromosómicas: alteración en alguno de los 23 pares cromosómicos. Destacan:
 1. *Autosómicas*: en el par 21 se produce el Síndrome de Down, bien por herencia o por traslocación, que se da cuando la madre o es muy joven para tener el hijo o muy mayor. La edad ideal para tener el hijo es de 25-35.
 2. *Gonosómicas*: dentro de este grupo destacan los síndrome de Turner (XO), que consiste en que un feto femenino no desarrolla como tal y da un hombre, o el síndrome de Klinefelter (XXY), que es idéntico al anterior pero a la inversa, o el síndrome de los superhombres y superhembras (XXXX, XXXY), los cuales, dan lugar a que el hombre o la mujer manifiesten conductas inadecuados como asesinar.
 3. *Estructurales*.
 4. *Génicas*.

- Metabólicas: se relacionan con la alteración de los sistemas funcionales. Nos podemos encontrar con los siguientes:
 - *Fenilcetonuria*: alteración metabólica de las proteínas, concretamente en la enzima del hígado.
 - *Idiociencia amaurotica familiar*: alteración metabólica de las grasas. Se diferencia entre la juvenil y la infantil. Aparentemente son chicos sanos pero la alteración se va a manifestar enseguida, concretamente en la infantil a los 5-7 años y en la juvenil a los 15 años.
 - *Galactosemia*: alteración metabólica de los carbohidratos. Se debe al mal funcionamiento de una enzima que no convierte la galactosa en glucosa.
- Endocrinológicas: se relacionan con el sistema regulador de las hormonas. Una alteración del mismo puede provocar trastornos como:
 - *Gigantismo*: desproporción de manos, altura, pies etc...
 - *Enanismo*: se produce como consecuencia del exceso de secreción de la hormona del crecimiento. Se pueden diferenciar varios tipos entre el que destaca el *cretinismo*, el cual, además de ser enano es deficiente mental.

⇒ *Congénitas o adquiridas*: se producen como consecuencia de alguna alteración en el periodo embrionario, o del azar o de alguna intoxicación. Algunas de ellas se pueden operar incluso dentro de la madre. Nos encontramos que las que más destacan son:

- *Espina bífida oculta*: se produce como consecuencia de que la columna vertebral no ha cerrado lo suficiente por déficit de ácido fólico en la madre y la médula espinal se sale.
- *Meningocele*: sale el feto al exterior con líquido cefalorraquídeo y meninges pero la médula está dentro.
- *Heritroglastosis o incompatibilidad sanguínea*: cuando la madre y el feto no comparten el mismo grupo sanguíneo.
- *Talidomida*: intoxicación que produce una deformidad en el feto que le hace nacer sin miembros, aunque lo demás es normal.

2.2. Perinatal o connatal: periodo en torno al parto. Cualquier alteración que se produzca en este periodo se denomina distocia. Se distingue tres posiciones al nacer, la normal o cefálica, la podálica o de nalgas y la atravesada que necesita de la cesárea. Aquí, si un parto es bueno se le llama eutócico y si es malo, distócico.

Los diferentes trastornos que nos encontramos dentro de este grupo:

- *Anoxia*: cuando el cordón umbilical corta la respiración al feto.
- *Afixia*: si se tarda en dar respiración asistida al feto, se producen lesiones, tales como la ataxia, atetosis y espástica.
 - *Ataxia*: se localiza en la corteza cerebral. Sus manifestaciones son:
 - ❖ Movimientos bruscos, rígidos y lentos.
 - ❖ Afectación labios y lengua.
 - ❖ Rostro inexpresivo.
 - ❖ No hay control de babeo.
 - ❖ Mayor afectación de las extremidades inferiores.
 - ❖ Hipertonía.
 - *Atetósica*: se localiza en los ganglios basales. Sus manifestaciones son:
 - ❖ Afectación lingual.
 - ❖ Afectación de los músculos de la masticación, la respiración y la articulación.
 - ❖ Voz espasmódica.
 - ❖ Movimientos involuntarios.
 - *Atáxica*: se localiza en el cerebelo. Sus manifestaciones son:
 - ❖ Dirección y movimientos alterados.
 - ❖ Marcha descordinada.
 - ❖ Imposibilidad para caminar en línea recta.

2.3. Postnatal: después de nacer. Las minusvalías que se pueden encontrar de origen prenatal se clasifican en varios grupos en función de las causas que lo produjeron:

⇒ *Factores externos*: infecciones. Nos encontramos con:

- Encefalitis: inflamación del cerebro. Dentro de las encefalitis hay un caso especial llamado encefalopatía saturnina.
- Meningitis.
- Poliomielitis.

⇒ *Factores internos*: son las disfunciones cerebro – vasculares, las neurológicas, las degenerativas, como la esclerosis múltiple, el parkinson, los derrames cerebrales etc..

⇒ *Traumatismos directos*: se producen como consecuencia de un traumatismo en la columna vertebral, viéndose afectada la médula. Algunos casos que nos encontramos son:

- C1 a C4: afecta al cuello y al diafragma. Produce cese respiratorio y por consiguiente la muerte.
- C5 a C7: afecta a los miembros superiores. Produce tetraplejía, aunque puede ser incompleta.
- D1 D6: afecta a la musculatura dorsal e intercostal. Produce parálisis del tronco y miembros inferiores, es decir, paraplejía.
- D7 a D12: afecta a la musculatura abdominal. Produce parálisis cuadrado lumbar y miembros inferiores, es decir, paraplejía con menos afección que la anterior.
- L1 a L2: afecta cuadrado lumbar. Produce parálisis de miembros inferiores, es decir, paraplejía flácida.
- L3 a S5: afecta a músculos inferiores. Produce parálisis radicular parcial, es decir, monoplejía.

3. Según la conducta disocial que se manifiesta.

Esta categoría viene determinada por la base psicosocial del individuo y su inadaptación a la normativa vigente. En ella encontramos muchos casos que son analizados tanto desde el punto de vista de esta asignatura como desde el punto de vista psicológico. Entre ellas, nos encontramos las delincuencias juveniles.

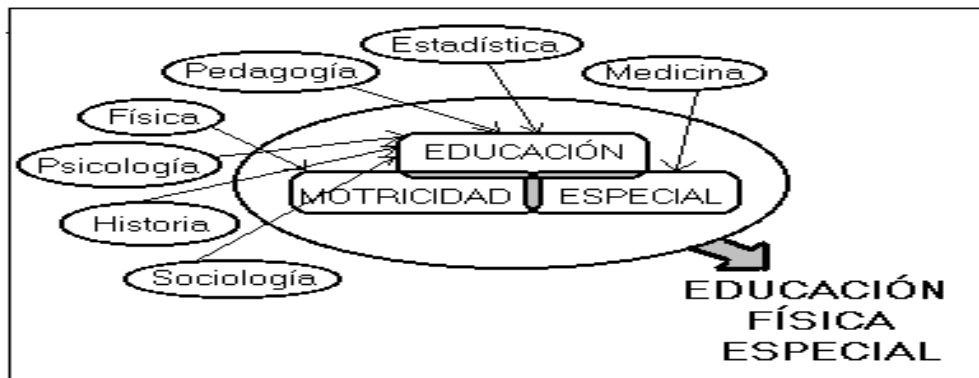
TEMA 2

LA EDUCACIÓN ESPECIAL

Fijándonos en el título del tema, nos encontramos dos términos, que parecen a priori contradictorios, como son:

- **Educación:** lleva consigo un extenso e intenso conocimiento del ser humano.
- **Especial:** concepto que expresa solidaridad, limitación a, particularidad educativa, concreción en un área determinada.

Tal y como muestra el dibujo siguiente, la educación se encuentra influida por diversas ciencias que le aportan multitud de conocimientos, tales como la estadística, la pedagogía, la física, la psicología, la historia y la sociología. Mientras que el concepto especial, se encuentra influido por la medicina (rehabilitación física, fisioterapia, anatomía, biomecánica), la pedagogía, la psicología funcional etc.



Todas estas ciencias, unidas entre sí, bajo los conceptos de educación y especial, dan lugar a una ciencia nueva llamada *educación especial*, la cual, concebida desde el ámbito que corresponde a esta asignatura, abarca a todas las áreas del ser humano, incidiendo en su motricidad.

INTERACCIÓN DISCIPLINAR CON EDUCACIÓN FÍSICA ESPECIAL

La educación especial se puede definir como el camino alternativo de la educación general, al que se acogen las personas que no se adaptan a los recursos y medios tradicionales de la educación general.

Esta educación especial ha progresado a lo largo de los años, dando lugar a una rama que conocemos con el nombre de *Actividad Física Adaptada*. La definición que hicieron de esta rama en 1970 fue, complicación diferenciada – global de todas las posibles actividades físicas que cualquier y toda persona puede realizar siempre que reúna los

requisitos para la misma. Mientras que la definición queda *María Inés García Fernández* en el 2000 es la siguiente: conjunto de recursos de movimientos orientados a la educación, al rendimiento y al ocio de las personas. Estas personas conllevan a la práctica alteraciones o perturbaciones modificadoras de su salud y del bienestar, si no fue aquella, previamente seleccionada y organizada.

Todos los recursos de movimientos utilizados por la actividad física adaptada serán impartidos por un educador, el cual, al dirigirse a este tipo de personas deberá tener presente las tres “ r “ del docente, como son:

1. *Respecto*: debe saber y conocer cuales son las posibilidades y límites de cada uno de sus alumnos. La utilización de este concepto genera libertad, comprensión y solidaridad.
2. *Risa*: debe fomentar la risa, ya que, elimina obstáculos, quita dramatismo y genera confianza, salud mental y cordialidad. Se debe evitar la burla, las dobles intenciones, las sonrisitas mal pensantes.
3. *Reflexión*: debe reflexionar sobre los programas, las poblaciones, la afectividad, ya que, genera conocimientos, saberes, vivencias formativas etc.

Además de las tres “ r “ del docente, el docente tendrá presente aquello que dijo *Boykin*: “ los niños deficientes son en primer lugar niños y luego deficientes ”. Apoyándonos en este pensamiento, recordamos que la Educación ha de cumplir tres funciones fundamentales que *Willmann* denomina:

a) Asistencia.

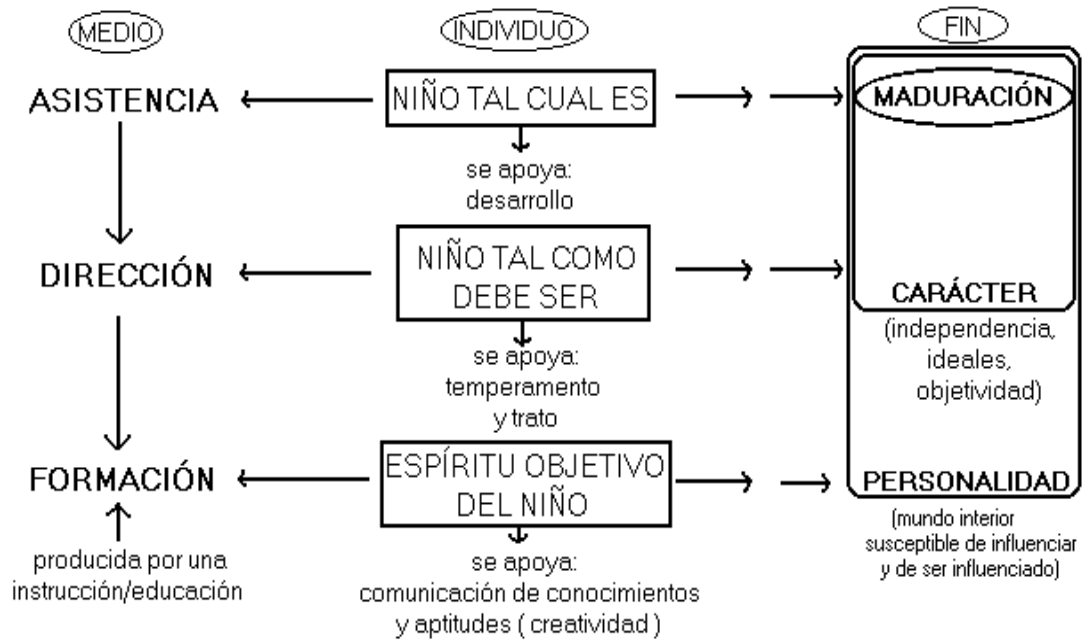
Se aplica al niño tal y cual es, se apoya en el desarrollo y pretende llegar a la maduración.

b) Dirección.

Tiene en cuenta al niño tal cual debe ser, según *Lochner*, es dar forma atendiendo a la psique de la persona. Busca despertar y fortalecer el ideal, la voluntad, la estimación de los valores, los sentimientos, la conciencia de obligación y de responsabilidad.

c) Formación.

Desarrolla el espíritu objetivo del niño, a través de un objeto intermediario que es el material formativo. El objeto de la formación es la instrucción que se apoya en la comunicación de conocimientos y en favorecer aptitudes. Su meta es la constitución del mundo interior de objetos transubjetivos (susceptibles de influencia y de influenciar), llamado personalidad.



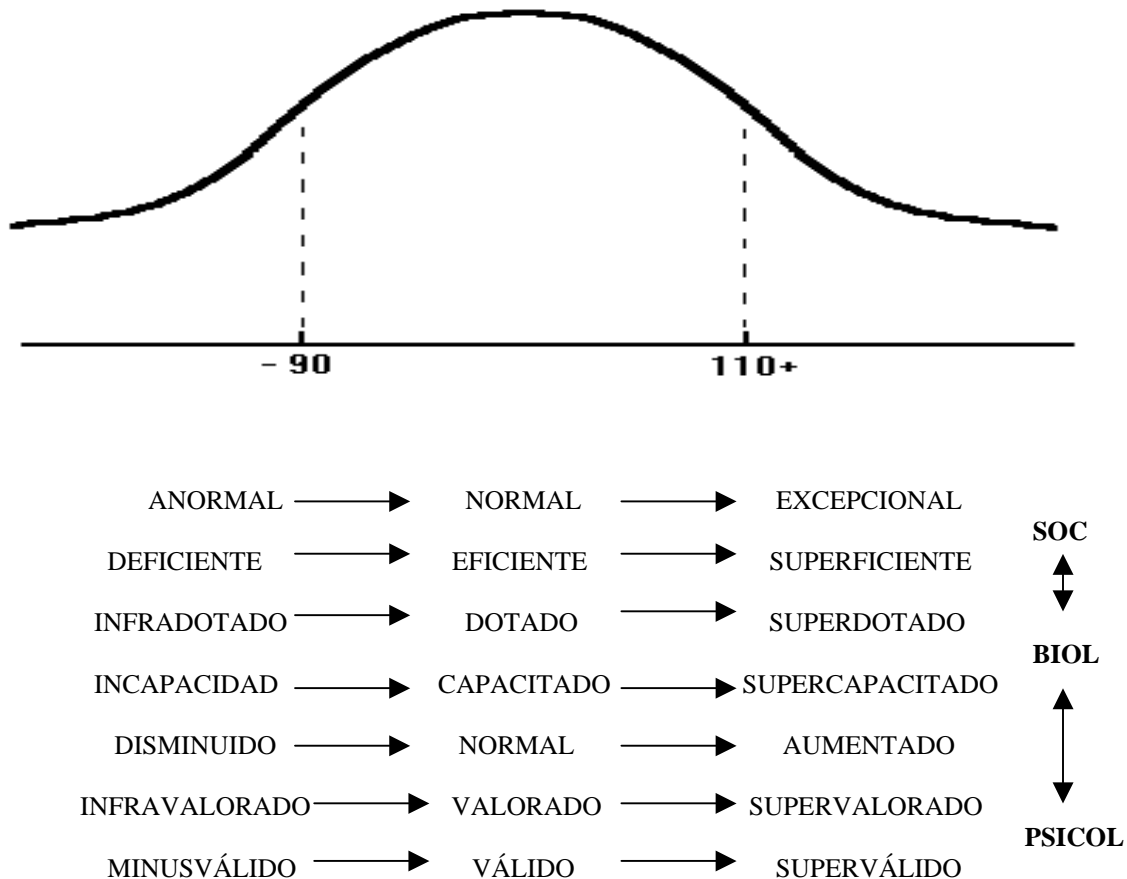
TEMA 3

TERMINOLOGÍA BÁSICA

1. Revisión terminológica.

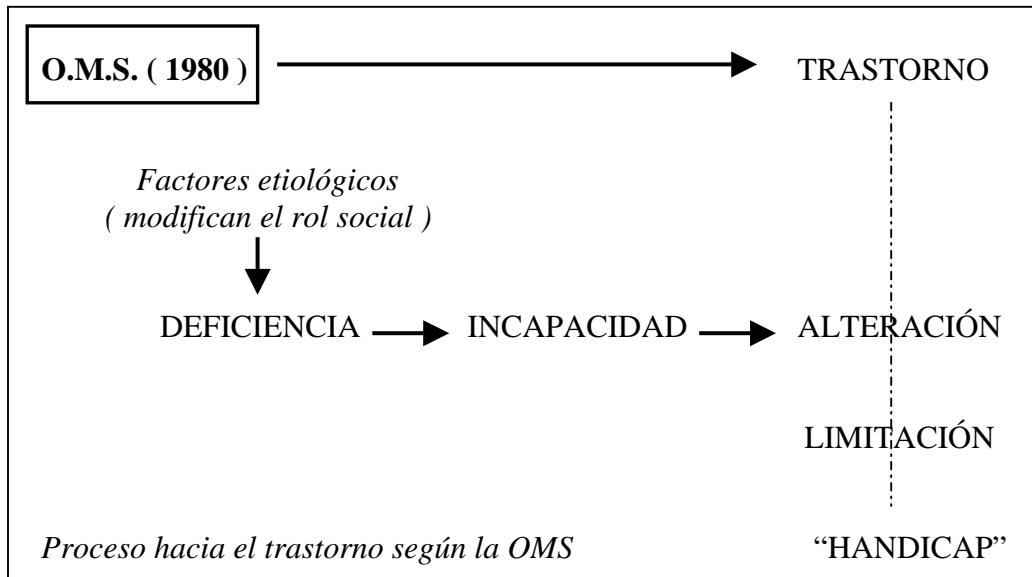
Como se ha comprobado multitud de veces, todos los sujetos que integran las poblaciones especiales no se pueden englobar en un solo término que los defina. La denominación de los sujetos de educación especial, incluye tanto al deficiente como al superdotado, o sea, a individuos que se desvían (hacia arriba o hacia abajo) del término medio en grado suficiente como para requerir tratamiento o ejercitación especial con objeto de obtener de él, el máximo desarrollo.

La tabla que se muestra a continuación nos da la distribución y nominación de la población por el coeficiente intelectual:



En cuanto a la terminología educativa, primero nos vamos a fijar en lo que dice la **OMS** en la “ *Carta de los 80* ”, para ella, el proceso que conduce a un trastorno se inicia con los **factores etiológicos**, del tipo que sea (enfermedad, circunstancias, actitudes,

necesidades sociales), que modifican el rol social llevándonos a una *deficiencia*, ésta nos conduce a una *incapacidad* y como resultado a una *alteración o trastorno o limitación*.



Del esquema anterior sacamos la conclusión de que los diferentes pasos nos llevan a un mismo final que es la minusvalía, la cual, provoca directamente unas consecuencia en tres campos diferentes, como son:

a) El individuo: entre las que destacan:

- Disminución de autonomía.
- Disminución de movilidad.
- Disminución de actividades ociosas.
- Disminución de integración social.
- Disminución de independencia económica.

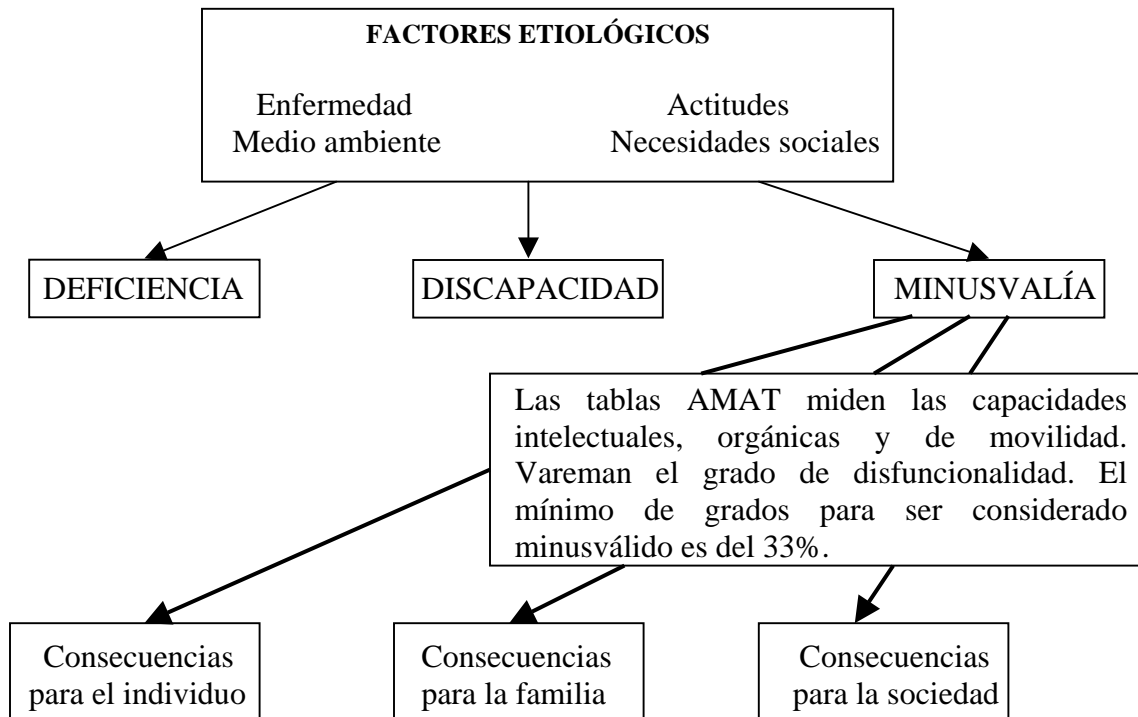
b) La familia: entre las que destacan:

- Mayor necesidad de atención.
- Relaciones sociales perturbadas.
- Factor económico alterado.

c) La sociedad: entre las que destacan:

- Demanda de atenciones.
- Pérdida de productividad.
- Integración social perturbada.

Como resumen del proceso hacia el trastorno y consecuentemente a la minusvalía, se presenta el siguiente cuadro explicativo:



Los intentos de definición de los términos “ deficiencia ”, “ trastorno ”, etc., tienen en cuenta casi exclusivamente, estados resultantes de manifestaciones físicas y dejan de lado aquellas, cuyo elemento esencial es de orden psicológico.

En la carta de la OMS, cada definición corresponde a un estado diferente, consecutivo de una enfermedad. Las diferentes definiciones queda son:

1. Deficiencia: es una anomalía de estructura o de apariencia corporal humana y del funcionamiento de un órgano o de un sistema, cualquiera que sea la causa. La deficiencia representa una perturbación de tipo orgánico.
2. Incapacidad: son las consecuencias de la deficiencia en el plano del rendimiento funcional y de la actividad del sujeto. La incapacidad representa una perturbación a nivel personal. Este término no se debe usar, ya que toda persona tiene algo de capacidad por mínima que sea, por eso, es más correcto utilizar el término *discapacidad*.

Estos conceptos al intentar traducirlos al castellano, y siendo ésta una lengua riquísima en vocabulario y con una gran cantidad de acepciones en el mismo, nos encontramos con una gran cantidad de términos diferentes, tales como:

3. Normal: según *Tramer*, es aquel estado del hombre que le hace capaz para resolver tareas vitales adecuadas a su edad, tanto las que se hallan en relación consigo mismo como en relación con los demás.

Harms dice que, este concepto de “normalidad” (seguir una normas que marca el Estado) no existe en la mente de los niños porque para ellos es natural. Según él, “ la normalidad perfecta es perfectamente anormal ”.

4. Anormal: utilizado por primera vez por *Seguin* en oposición a normal. Alcanzó un sentido peyorativo, al igual que subnormal, llegando a significar idea de manicomio.
5. Adaptación: autorregulación del sujeto para responder de modo positivo a una situación, una vivencia, a todo lo que le va sucediendo, utilizando adecuadamente los elementos subjetivos y los elementos del mundo que lo rodea.

En el ámbito sociológico, una persona adaptada, es una persona positiva.

6. Inadaptación: supone un obstáculo muy difícil de superar. Si el obstáculo no se resuelve en el momento adecuado, hay una absorción total del problema que nos desplaza surgiendo la inadaptación. Para resolver el problema, la persona ha de ser positiva.

En el ámbito sociológico, una persona inadaptada, es una persona negativa.

7. Disminuido: según *Telford – Sawrey*, es el estado que resulta de la suma total de las limitaciones personales y sociales, que surge de la incapacidad.
8. Deficiente: significa persona falto o incompleto de algo. Requiere del empleo de denominación complementaria, lo que le convierte en un buen término.
9. Minusválido: dicese de la persona que tiene en cierto aspecto disminuidas sus facultades físicas.

La ley LISMI, lo define como toda persona cuyas posibilidades de integración educativa, laboral o social, se hallen disminuidas como consecuencia de una deficiencia, previsiblemente permanente, de carácter congénito o no, en sus capacidades físicas, psíquicas o sensoriales.

Este es el término utilizado por el Estado español, ya que incluye al deficiente mental, físico y sensorial.

Vamos a concluir exponiendo cuales son los términos más aceptados en la actualidad:

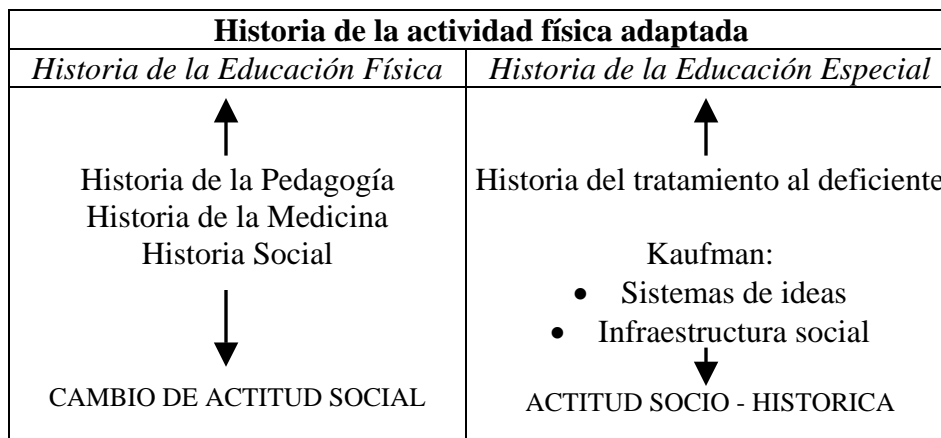
- A nivel de asociaciones de padres, las únicas palabras de carácter positivo, son las de deficiente, especial, minusválido y disminuido.
- Si nos decidimos por un término negativo, el más aceptado es ambientes médicos y populares es el de subnormal.
- En Latinoamérica se está empezando a introducir el de discapacitado.

TEMA 4**HISTORIA DE LA EDUCACIÓN FÍSICA ESPECIAL****1. Historia de las actividades físicas adaptadas.**

Para poder profundizar en la historia de la **Educación Física Especial** debemos tener presente la historia de dos campos diferentes que van a ir de la mano a medida que pasan los años, sobre todo en este último siglo. Estos dos campos diferentes son la educación física y la educación especial.

La historia de la **Educación Física** se va a dividir en varios períodos, concretamente en tres. Esta división viene determinada por la actitud social predominante, la cual va cambiando con el tiempo hacia mejor, gracias a los avances de la pedagogía y la medicina.

La historia de la **Educación Especial** se identifica con las diferentes maneras de tratar a los deficientes a lo largo de la historia. *Kaufman* dice que para poder entender las diversas formas de trato al deficiente debemos estudiar la ideología e infraestructura del momento. Teniendo en cuenta esto, *Lowenfeld* nos divide la historia de la educación especial en 4 periodos diferentes.

**2. Historia de la educación física especial.**

Como hemos analizado en el punto anterior, la historia de la Educación Física Especial va unida a la de la Educación Física y la Educación Especial, las cuales vamos a estudiar.

Dentro de la historia de la Educación Física, *French* y *Jansma* dividen la historia de la Educación Física Especial en tres periodos, apoyándose en dos posiciones, los progresos de la medicina y pedagogía, y los cambios de actitud de la sociedad:

1. Periodo primitivo y de antigüedad.

Periodo que va desde la Prehistoria hasta el siglo VI a. C. El tratamiento médico para desarrollar o rehabilitar las capacidades físicas o motoras de los deficientes, estaba envuelto en una combinación de magia y religión. Por lo tanto, al principio tenía orientación médica, siendo correctiva por naturaleza.

2. Periodo griego y romano.

Periodo que va desde el siglo VI a. C. hasta el siglo XVI d. C. La religión tenía todavía un papel preponderante en Medicina, pero en ésta empezaron a tener importancia las dietas, baños y ejercicios físicos.

Herodoto en el año 480 a. C. prescribía dietas especiales y planes de ejercicios como tratamiento. Fue el primer griego en escribir sobre la relación existente entre el ejercicio físico y la medicina.

Hipócrates, su discípulo, defendía que, a través de ejercicios apropiados, se ayudaba a que la constitución del cuerpo fue sana, contribuyendo a un envejecimiento lento.

Asclepio en el siglo II a. C. utilizaba la marcha y la carrera en el tratamiento de determinadas dolencias.

Con la decadencia del Imperio Romano y el fortalecimiento de la cristiandad, surge la nueva concepción del cuerpo y la utilización de los ejercicios físicos cae en desuso. La Medicina y la Religión vuelven a ser combinadas.

3. Último periodo.

Periodo que va desde del siglo XVI al siglo XX. Se renueva el sentido terapéutico. *Mercurialis* en su tratado “ De Arte Gymnastics ”, estableció los siguientes principios (están todos vigentes excepto el segundo):

- Todos los ejercicios deben conservar la salud.
- El ejercicio no debe perturbar la armonía entre los humores principales.
- El ejercicio debe ser adecuado a cada parte del cuerpo.
- Todos los individuos deben ejercitarse regularmente.
- Las personas enfermas no deben realizar ejercicios que empeoren las condiciones de enfermedad ya existentes.
- En la convalecencia deben ser prescritos ejercicios específicos individuales.
- Las personas sedentarias necesitan urgentemente el ejercicio.

Andre, a principios del siglo XVII, defendía que el ejercicio era un medio inigualable para curar infinitas dolencias. A él se le debe el término “ ortopédico ”.

Tissot, en el siglo XVIII, prescribió juegos y deportes adaptados para deficientes físicos, quedando como iniciador de la Educación Física Adaptada.

Los comienzos de la gimnasia correctiva, tal y como es practicada todavía hoy, se atribuye a *Per Henrik Ling*, considerado como el padre de la Educación Física Adaptada. Desarrolló ejercicios físicos para rehabilitar varias condiciones físicas anormales. Tuvo gran aceptación en muchos países, entre ellos España.

En el siglo XIX y comienzos del siglo XX, La Educación Física tenía perspectivas médica y propiedades correctivas, respondiendo a las necesidades militares, médicas y escolares.

En España, como en otros países, la obligatoriedad de la enseñanza primaria, dotó a las escuelas de una población heterogénea, existiendo una mayor preocupación por la mecánica corporal, prevención y corrección de actitudes corporales incorrectas, así como de la mejora de la condición física.

En 1879, en la *universidad de Harvard* se creó el primer departamento de Educación Física Correctiva.

Ya en pleno siglo XX, *Stafford*, propuso que los individuos con deficiencias físicas compitiesen en atletismo. Esto condujo a las pruebas de atletismo en silla de ruedas. *Shriver*, inició los Juegos Olímpicos Especiales para deficientes mentales.

En la 1ª Guerra Mundial, brotes epidémicos de parálisis infantil, crean necesidades para los que la Educación Física tuvo que encontrar respuesta. En aquella época, el cuarenta por ciento de los reclutados para el servicio militar fueron considerados inaptos y la responsabilidad recayó en la falta de calidad de los programas escolares de educación física.

Después de la 1ª Guerra Mundial y con la segunda en puertas, se organizan programas de rehabilitación física en los hospitales, con gran componente gimnico deportivo. En este periodo se desarrolló mucho la terapia física y se convirtió en un servicio unido a la medicina.

En la 2ª Guerra Mundial, Inglaterra, dada la insuficiencia de terapeutas de clase médica se auxilió de los servicios de profesores de educación física, con gran éxito.

Después de la 2ª Guerra Mundial, Estados Unidos, sabiendo de la débil condición física y sabiendo los resultados de las actividades terapéuticas, empiezan a demostrar interés hacia el medio educativo. Por lo que en 1947, se reúne una comisión de expertos de Educación Física, para definir esta nueva área de motricidad (posteriormente sería la actividad física adaptada). Se realizan juegos olímpicos para varios tipos de deficiencias, con el fin de llamar la atención pública.

En 1976, Estados Unidos consagra la enseñanza de la Educación Física como parte integrante de la educación de Deficientes. En España se decreta la integración en el año 1986.

Dentro de la historia de la Educación Especial, *Lowenfeld* dividen la historia de la Educación Física Especial en cuatro periodos, apoyándose en los cambios de actitudes sociales en relación al deficiente a lo largo de la historia:

1. Separación.

Periodo que va desde la prehistoria hasta el siglo I. Haciendo un esquema de los puntos a destacar queda lo siguiente:

- *Sociedades primitivas e históricas*: se dan los dos polos con respecto al deficiente, unos los aniquilaban y otros los veneraban.
- Realizaban magia y ciencia natural.
- Existía el *Código Manú*, el cual, propugnaba la eliminación de los mismos.
- *Hanmurabi* (tribu) realizaban con ellos profecías, ya que eran para ellos un símbolo de impureza o un tema tabú.
- *Egipto* los divinizaba.
- En *Grecia* se llegaban a realizar el infanticidio en vasijas o abandonándolos a su suerte debido a que mostraban ambivalencia. Por ejemplo, Homero, Tiresias.
- *Palestina* se caracterizaba por el *Torá*, en donde bien se vendían como esclavos o se les protegía.
- En Roma, el emperador permitía el infanticidio en los 10 primeros años de vida del sujeto. Propugnaban su eliminación.

Las personalidades más destacadas de esta época son:

- Zaratrusta (¿ a.C.).
- Buda (siglo VI a.C.).
- Confucio (siglo VI a. C.)
- Cristo (siglo I a. C.)

2. Protección.

Periodo que va desde el siglo I hasta XVII. Se divide en dos épocas:

2.1 Roma: se caracteriza por:

- Existía la “ *Columna Lactaria* ”, donde se depositaba a los niños que no se querían.
- Siglo II. *Sorano de Efeso* propugna la prevención.
- Siglo IV. *Constantino*: influencias monoteístas. Edictos de abolición de infanticidio y venta.
- Siglo V. *Justiniano*: código

2.2. Edad Media: se caracteriza por:

- La anormalidad es símbolo de demonio.
- Sublimación: *San Francisco de Asís* en la época del Humanismo dice, “ bienaventurados los pobre de espíritu ”, y además que “ los imbéciles son personas inocentes y cristianas ”.
- Se produce una desvatación debido a las guerras, plagas, miedo y la superstición.
- Siglo VIII. *Carlomagno* fomenta la natalidad y dice no al infanticidio.
- En el 787, *Datheus*, construye el primer asilo para los niños abandonados. Más adelante se construyen hospitales y residencias de acogidas como el hospital de *Mansur* (Grecia).
- Se dicta el *régimen familiar de Gheel*.

2.2.1. Baja edad media: se caracteriza por:

- Se produce un cambio:
 - a) Deficiente producto del pecado y del demonio, según el decreto de Graciano en 1150.
 - b) La inquisición, que dura desde el siglo XII hasta el siglo XVIII, formula inspectores para determinar las áreas de mayor deprimiento.
- 1247. Se implantan legados para crear hospitales como el de *Bethlen*, que era una jaula de grillos donde las personas estaban inmovilizados con grilletes.

- 1260. En San Luis se crean los abogados del cielo, quienes acogieron a los ciegos de España.

2.2.2. *Renacimiento*: se caracteriza por que del cielo van a la tierra y por lo siguiente:

- 1376. En Hamburgo se crea la jaula de idiotas.
- Siglo XV. *Metlinger* define epilepsia y menciona que surge como consecuencia de la inmoralidad de la madre.
- Reforma. *Lutero* dice que el deficiente mental es una masa de carne..
- Siglo XVI. Destacan los siguientes autores:
 - *Cardano*: menciona que existen posibilidades educativas del sordo.
 - *Luis Vives*: dicta una normativa para Europa sobre la beneficencia dementes, expósitos, hospitales.
 - *Pedro Ponce de León*: clérigo que vivía en el Monasterio de Burgos que inventó el código y la dactilología que permitía la posibilidad de comunicarse y de heredar a sordos y ciegos.
 - *Bonet*: fomenta la lectura labial sistematizada y alfabeto manual.
 - *Paracelso*.
 - *Pérez de Herrera*: implanta el plan de ordenación legal de beneficencia.
 - *Platter*: trabaja con deficientes mentales, critenios (deficientes mentales profundos y más deficiencias) y sordos.
 - *Pare*.
 - *Vicente de Paul*: dice que los deficientes mentalmente retrasadas y los enfermos no son brujos.
- Siglo XVII. Destacan los siguientes autores:

- *Lana Terzi*: trabaja la fonoarticulación.
- *Dagarno*: inventó la dactilología a dos manos.
- En esta época ninguna persona mentalmente diferente escapaba a la acusación de la brujería.
- Los retrasados y los enanos sirven de divertimento en palacios.

3. Emancipación.

Periodo que va desde el siglo XVII hasta el siglo XX. En este periodo se produce un cambio de actitud pasando de tener caridad hacia los deficientes a introducirlos en una parte de estudio para las ciencias. Haciendo un esquema de los puntos a destacar queda lo siguiente:

- Siglo XVIII. Desatacan las siguientes personalidades:
 - *Jovellanos* fomenta la creación de hospicios.
 - *Murcia*. Crea las Casas de Misericordia, en donde se les acoge pero se les divide por edades y deficiencias.
 - *Carlos III*. Da las siguientes ordenes en 1778 y 1785, “ orden y método de policía para recogimiento de mendigos de Madrid con arreglo a las anteriores órdenes ”.
 - *Carlos IV*. Dice que los expósitos tienen los mismos derechos que los legítimos.
 - 1715. *Pereyra* es un portugués que divulga los estudios de Ponce de León en toda Europa. Él menciona y divulga que el sordo puede hablar.
 - 1712. *L'epe* es un alemán rival de Pereyra que dice que fue él, el que descubrió lo de los sordos y no Pereyra.
 - 1771 – 1829. *Hauy* y *Braile*. Ellos propugnan que el ciego puede aprender a leer a través de un sistema de 6 puntos. *Hauy* crea el primer sistema cuneiforme de escritura y *Braile* al quedarse ciego de un ojo y del otro de forma psicológica intenta aprender a leer a través de ese sistema de puntos.
- Escolarización mediante la iglesia católica en escuelas dominicales. Se crea la primera escuela para deficientes sensoriales.

- Siglo XIX. Se producen avances científicos, sobre todo en Inglaterra en la era Victoriana. La llegada de Napoleón creó un gran problema porque trajo pobreza, pero también con él se creó el instituto de *Pestalozzi*, que era una escuela para ciegos y sordos.

Desatacan los siguientes personajes:

- *Itard* (1774 – 1838): descubrió al niño salvaje y dijo que las primeras etapas de la vida son fundamentales para el aprendizaje a través de los sentidos.
- *Esquirol* acuñó los términos de amencia y demencia. Además fue el primero que rompió los esquemas médicos del momento sobre los enfermos mentales diciendo que a ellos no se les podía maltratar. Esto significó un cambio en el deficiente mental.
- *Seguin* crea escuelas para deficientes mentales.
- *Down* (1826 – 1896) dice que el deficiente mental con origen hereditario debe recibir una educación precoz.
- *Ireland* defiende los intereses de la mujer y su embarazo y propugna el empleo para el deficiente.
- *West* retraso de desarrollo, idiotez y pobreza.
- *Arnold* (1876): surgen los problemas del oralismo.
- Avanzan los procesos de escolarización, concretamente:
 - IMP en Barcelona.
 - *Nebreda* en Madrid.
 - 1886: deficientes mentales en Suecia.
 - 1864: deficientes físicos en Suecia.
- Siglo XX. La escolarización es obligatoria, la cual se caracteriza por:
 - Se dan clases de perfeccionamiento.
 - El objetivo es crear miembros útiles para la sociedad.
 - En 1945 se dicta la declaración de los derechos del niño.

4. Integración.

Periodo que va desde el siglo XX hasta hoy en día. En este periodo se dictan diferentes leyes como son:

- En España en 1945 se dicta la ley de Educación Primaria que en su artículo 33 dice: “ El Estado para asistir a la infancia deficiente, inválida, y subnormal, para darle educación adecuada ha de crear escuelas especiales para niños anormales y deficientes mentales ”.
- En 1948 se produjo la declaración de los derechos humanos.

Tras las guerras, se crearon nuevas actitudes y expectativas, como son los conceptos de comprensión, adaptación, aceptación, normalización e integración. Todos estos conceptos llevan a la mentalización de la integración del deficiente.

TEMA 5

COMPONENTES DE LA EDUCACIÓN FÍSICA ESPECIAL

Ya se ha dicho en el tema referido a la historia de la Educación Física Especial, que en Estado Unidos, en 1947, se había reunido una Comisión de peritos de Educación Física, para formular una definición que incorporase actividades de desarrollo, juegos, deportes y actividades sistemáticas en educación física para deficientes.

De ahí sale la definición dada por la *Asociación Americana de la Salud, Educación Física y Recreación (AAHPER)* en 1952 y que transcribe *Arnheim* en 1977, diciendo que la **Educación Física Adaptada** es:

“ Un programa diversificado de actividades de desarrollo, lúdicos, deportivos y rítmicos, adecuados a los intereses, capacidades y limitaciones de los alumnos con dificultades, por las que no puedan participar sin restricciones y con seguridad y continuidad en las actividades de un programa regular de educación Física ”.

Esta definición según *Matos 81*, presenta características propias de la época, concretamente las limitaciones del alumno se realzan aún más, ya que apenas se habla del desarrollo motor y son pocas las deficiencias atendidas.

En la década de los sesenta se desarrolla la corriente de la **Educación Psicomotriz** que es integrada en los programas de Educación física para Deficientes. Según *Le Camus 79*, la educación psicomotora engloba tanto la prevención como la reeducación de los problemas psicomotores, de los aprendizajes escolares y de relación social. La *Psicomotricidad* presenta una perspectiva unificada y global del alumno, eliminando la dicotomía entre la actividad mental y la actividad motriz.

Con todo esto y con el fin de aglutinar las perspectivas de la Educación Física para Deficientes, la AAHPER propone en 1973 una nueva designación, **Educación Física Especial**, que está integrada por los siguientes componentes:

1. Correctiva.

Componente que trata los problemas posturales ortopédicos a través de programas de ejercicios y actividades específicas planificados individualmente.

2. Terapéutica.

Componente que propone tratamientos individuales de actividad motriz para objetivos específicos.

3. Reeducación o rehabilitación.

Componente que modifica o mejora una función o estructura a través de ejercicios y/o actividades físicas y/o motora específicas.

4. Adaptada.

Componente cuyo objetivo es modificar actitudes, por lo que adaptan deportes y juegos de tal forma que permitan a las personas con limitaciones, dificultades o deficiencias participar en actividades y/o proporcionar medios para que cada persona desenvuelva destrezas suficientes en varias actividades de forma que puedan participar conjuntamente con los colegas.

5. Vivencial.

Componente cuyo objetivo es aumentar la tolerancia de los delgados (debiluchos) y enfermos al ejercicio a través de su participación en programas individuales progresivamente más vigorosos. Últimamente incluye también la prevención y mejora de los niveles bajos de desarrollo o realización motriz e incluso de condición física en niños de preescolar y EGB. Incluye la estimulación precoz y la psicomotricidad, como técnicas.

6. Especial.

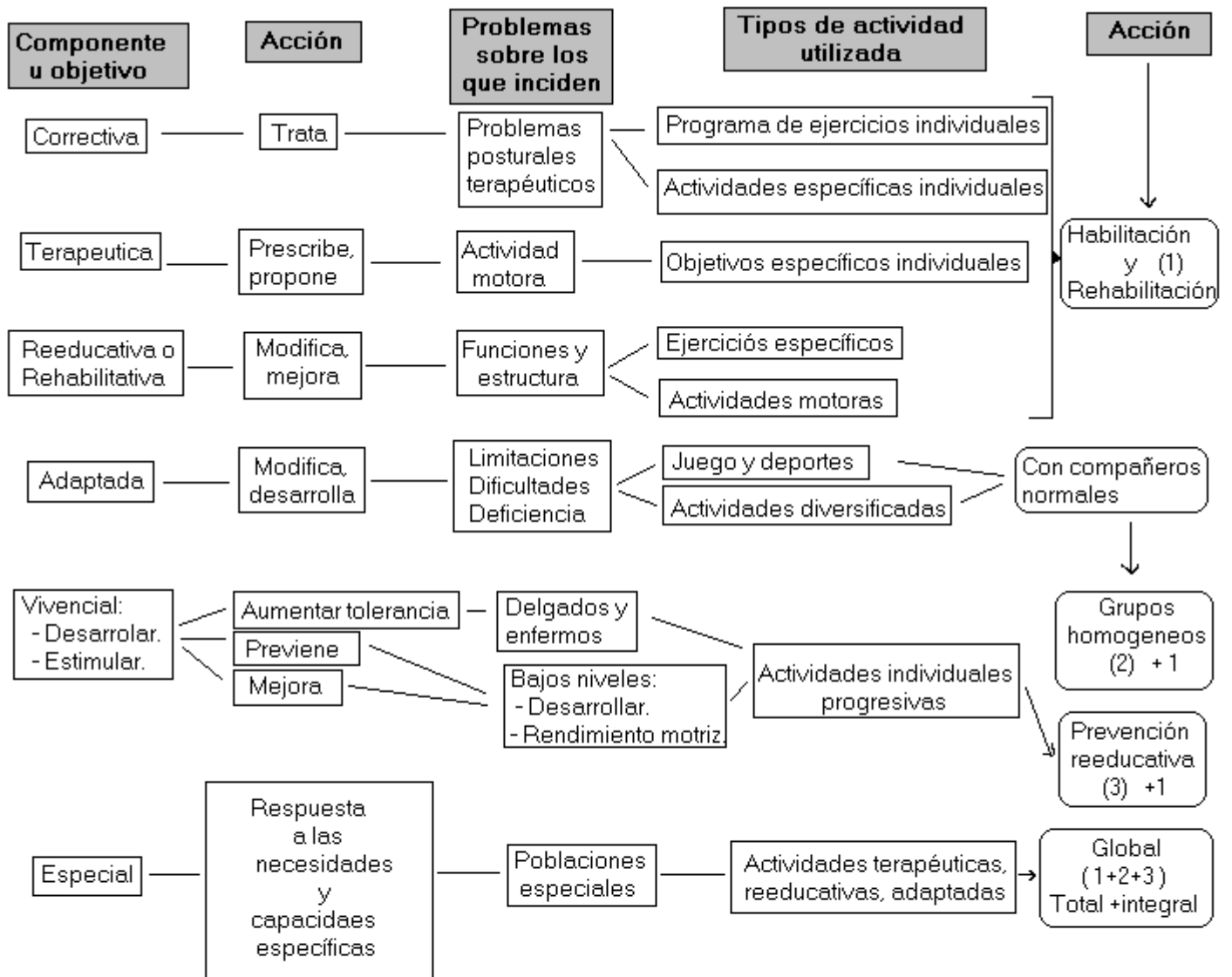
Componente que tratará de dar respuesta a las necesidades y capacidades específicas de los sujetos de las poblaciones especiales a través de actividades terapéuticas, reeducativas y adaptadas.

Esto quiere decir que la Educación Física Especial, hace cotidianamente hincapié en uno de sus componentes. Normalmente podemos decir que:

- Los programas con dominante correctiva, terapéutica, reeducativa o rehabilitadora, integran acciones de habilitación y rehabilitación.
- Los programas vivenciales tienen como fin la prevención y reeducación de las actividades motrices básicas. Incluye, pues, psicomotricidad, movimientos básicos y patrones motores fundamentales, pasando por todas las etapas evolutivas inclusive la tercera edad.
- Los programas de componente adaptada, pretenden que sea practicada por grupos relativamente homogéneos.

La reglamentación americana diferencia claramente a la Educación Física como un servicio fundamental, por lo que la fisioterapia y la recreación tenidas como servicios afines

no pueden ser consideradas como sustitutos para un programa de Educación Física, pues no son sinónimos de Educación Física.



TEMA 6

ASOCIACIONES Y MIEMBROS DE ESTE CAMPO

1. Asociaciones a nivel nacional e internacional.

Las diferentes asociaciones deportivas o federaciones deportivas que se pueden encontrar las poblaciones especiales son:

- I.F.A.P.A.: Federación Internacional de Actividad Física Adaptada.
- E.A.R.A.P.A.: Asociación Europea en torno a la investigación en Actividad Física Adaptada.
- A.N.D.E.: Se divide en dos, la federación de competición y los Special Olympics.
- F.E.D.M.F.: Federación Española de Deportes para Minusválidos Físicos.
- A.S.P.A.C.E.: Asociación de Paralíticos Cerebrales.
- F.E.D.S.: Federación Española de Deportes para Sordos.
- F.D.M.P.S.: federación de Deportes para Minusválidos Psíquicos.

2. Miembros que trabajan en el campo de la actividad física adaptada.

Los diferentes miembros que trabajan en este campo son:

- a) Médico: es el que determina el tipo de déficit concreto (neurólogo, pediatra ...).
- b) Pedagogo: ubica al alumno en un nivel escolar conforme a los informes hechos por el resto de los profesionales, no por la edad cronológica.
- c) Maestro: es el tutor del aula, con la especialidad de pedagogía terapéutica.
- d) Fisioterapeuta: moviliza al alumno pasivamente consciente e inconscientemente por parte del alumno. Recupera la funcionalidad.
- e) Logopeda: en algunas ocasiones consiguen que el alumno hable, o les enseñan que modulen.
- f) Terapeuta ocupacional: se ocupa de la movilidad de manos y en su defecto de los pies. En el momento que utilizan bien las manos, pasan a talleres, para utilizar la mente mediante el trabajo ocupacional.

3. Areas que se desarrollan en la Educación Especial.

Cualquier profesional de la Educación especial, tiene que conocer el historial de cada uno de los alumnos que van a pasar por sus manos, para así desarrollar un plan colectivo e individual para cada uno.

La progresión que sigue un niño en la Educación Especial cuando ingresa en uno de estos centros es la siguiente:

1. Estimulación sensio – motriz.

Estimulan sus sentidos, los cuales no los tienen estimulados. Se denomina estimulación precoz si se le aplica a niños entre los 0 y 3 años, mientras que psicoestimulación si es después de esa edad.

2. Psicomotricidad.

Mediante técnicas de motricidad se intenta desarrollar la mente del niño. Se utiliza fundamentalmente los sentidos.

3. Educación adaptada.

Realizan las cosas en función de las posibilidades. Posteriormente tendrán una orientación y formación profesional.

4. Talleres.

Están protegidos por empresas.

EXAMEN

1. Describe la relación y las diferencias entre hábito, conducta y comportamiento.
2. Enumera y explica la progresión que sigue un niño al entrar en un centro de educación especial.
3. ¿Cómo se denomina el respaldo legal que tienen los minusválidos ante la sociedad?. Explícala.
4. Identifica, en una progresión de lo específico a lo general, la posición de cualquiera de estas enfermedades dentro del cuadro clasificatorio de la extranormalidad, explicando en que consiste la enfermedad y los diferentes grupos y subgrupos. Las enfermedades a elegir son: Talidomida, Hipoacusias, Cretinismo y Fenilcetonuria.
5. Autor y obra que hayas leído. ¿Obtuviste algún beneficio?. ¿Te interesó?.

BIBLIOGRAFIA

1. Barton, L. (1998). *Discapacidad y sociedad*. Madrid. Ed. Paideia.
2. Comité Olímpico Español (1994). *Deportes para minusválidos físicos, psíquicos y sensoriales*. Madrid. C.O.E.
3. Molina García, S. (1994). *Deficiencia mental. Aspectos psicoevolutivos y educativos*. Archidona. Ed. Aljibe.
4. Schede, F. (1971). *Fundamentos de la Educación Física*. Madrid. Científico – médica.