

**Autor:** CLERMONT SIMARD, F. C.  
e SKROTZKY, K. (Dirs.)  
**Ano:** 2003  
**Título:** *Actividad física adaptada*  
**Lugar:** Barcelona  
**Editorial:** INDE

Cada día, conforme evoluciona a lexislación educativa, é maior a integración d@s alumn@s que presentan algún tipo de “dificultade” especial ou discapacidade nas aulas e centros ordinarios; así e todo, o profesorado debe adaptar constantemente o seu labor docente, independentemente da área curricular que imparta.

Moitas veces, os/as mestres/as de Educación Física atopámonos con escolares que presentan necesidades educativas especiais e recorreremos a diversa bibliografía para poder responder ás súas expectativas nas nosas sesións. A presente obra axudaranos nesta tarefa, xa que expón algúns aspectos interesantes da actividade física adaptada, a cal se pode definir como un ámbito de coñecementos e investigación que ten como obxectivo de seu a capacidade de integrar coñecementos de diversos colectivos especiais e os principios que rexen a persoa na súa motricidade. Disto infórmasenos no capítulo I, onde se deseña un marco conceptual con determinados aspectos relevantes.

Nos dous seguintes capítulos, conciénciasenos de como chega unha persoa a ser discapacitada, cales son os

cambios e condicionantes fundamentais e de que maneira pode cambiar a súa vida. Para atender as demandas deste colectivo (discapacitados/as), cómpre ter certa formación e coñecementos, a partir dos que se poderá encamiñar esta poboación cara á realización de actividade física.

Recordemos que, xa no ano 1976, a UNESCO celebrou a “1ª Conferencia Internacional de Ministros e Líderes en Actividade Física”, na que se estableceu que as persoas con discapacidade teñen dereitos específicos na práctica da actividade física. E así naceu a actividade física adaptada, como unha subdisciplina ou subconxunto da actividade física (preparación física ou rendemento deportivo), que pretende a actuación dun equipo multidisciplinar co fin de chegar ás diferentes dimensións d@ discapacitad@. Enténdese por discapacidade unha desvantaxe social para a persoa, que limita ou impide a realización de funcións sociais.

Nos últimos anos, a sociedade evolucionou moito neste aspecto, reducindo as barreiras arquitectónicas e concienciándose máis das necesidades de cada un.

O capítulo IV explica que para traballar con discapacitad@s debemos saber cales son os factores que inflúen nos seus desenvolvementos motores ao longo da vida, así como os aspectos máis importantes da discapacidade que se vai tratar, e a influencia/conveniencia de actividade física en cada caso. Isto repercutirá nun mellor desenvolvemento da persoa.

O capítulo V dá conta de que non é infrecuente atopar nas aulas alumn@s diabétic@s. Dos dous tipos de diabete que existen, a que se padece a idades temperás é a do tipo I, denominada tamén insulínodépendente ou diabete xuvenil. A persoa que a sofre non é quen de producir insulina, co cal deberá procurala externamente; esta contribución terá que regularse en función da actividade e consumo enerxético que se prevé que vai ter durante o día, xa que corre o risco de ter hiperglicemia ou hipoglicemia. O tratamento que se segue nesta patoloxía consiste nun réxime dietético (conseguindo un peso e glicemia próximos aos normais), tratamento farmacolóxico e exercicio físico. @ diabétic@ adoita presentar menor forza e masa muscular, así como un VO<sub>2</sub> máximo inferior. En xeral, estas persoas non teñen problemas nos exercicios de curta duración (de 15' a 30'), pero si nos de longa, xa que diminúe a concentración de insulina para mobilizar os ácidos graxos do tecido adiposo; isto pode derivar en hipoglicemia ou hiperglicemia. De todas as maneiras, o

traballo aeróbico mellora a sensibilidade dos tecidos á insulina.

Outro problema cada vez máis frecuente na sociedade é a obesidade, que se aborda no seguinte capítulo da obra. É de especial importancia na escola, a obesidade infantil. A obesidade é unha acumulación excesiva de tecido adiposo no organismo, producida por un excesivo consumo calórico en relación co gasto. Como referencia, é importante destacar que se estima que cada 2 quilogramos por encima do peso ideal diminúe a esperanza de vida nun ano; tamén hai maior propensión a enfermidades cardíacas, arteriosclerose ou diabete. Para reducir o peso das persoas con obesidade no marco escolar, débense adquirir bos hábitos alimenticios (non diminuír as calorías ingeridas, xa que se prexudicaría o crecemento, senón comer con máis calidade) e realizar un programa de educación física (algúns autores estiman cinco sesións de 45 minutos cada semana con exercicios relativamente intensos).

A fibrose cística, destacada no capítulo VII, é unha enfermidade hereditaria caracterizada por unha disfunción xeneralizada das glándulas de secreción exocrinas que ten como consecuencias trastornos pulmonares crónicos (que nun 95% d@s afectad@s son causa da mortalidade), insuficiencia pancreática (que produce lesións gástrico-intestinais) e problemas psicolóxicos (@s afectad@s danse de conta de que son diferentes fisicamente, co cal pre-

sentan atrasos na puberdade, inseguridade, poucas relacións sociais, illamento...). Nestes casos, a práctica da actividade física beneficia no ámbito psicosocial, xa que @ discapacitad@ toma conciencia das propias capacidades e aumenta a súa autonomía e autoestima; e no ámbito fisiolóxico, xa que se aumenta a resistencia dos músculos respiratorios, capacidade de traballo físico, o VO<sub>2</sub> máximo e a capacidade vital, co que haberá unha menor frecuencia de enfermidades pulmonares. Recoméndase facer exercicio 3 veces por semana en días alternos; son ideais a natación, a marcha rápida, a carreira e a bicicleta.

Outras discapacidades que se tratan no libro (capítulo VIII) son as enfermidades respiratorias crónicas. É difícil encontralas nos centros escolares, xa que o paciente tipo é un home de 50-60 anos, pero poden resultar igualmente interesantes. Estas patoloxías inclúen a asma e a bronquite crónica. Algúns tratamentos que se utilizan son os broncodilatadores, aerosois, fisioterapia respiratoria, osixenoterapia ou a preparación física; con respecto a esta última, demostrouse que as actividades como a marcha, bicicleta, subir escaleiras, natación... incrementaron nos pacientes a sensación de benestar, o apetito, a “calidade de vida” e a “alegría de vivir”, ademais de conseguir un aumento da eficacia fisiolóxica, a capacidade ventilatoria e o VO<sub>2</sub> máximo.

Outra patoloxía que se ve beneficiada pola práctica da actividade física,

aínda que non se dá en idades temperás, é o infarto de miocardio (explicado no capítulo IX), cada vez máis común nas sociedades postindustriais. A rehabilitación deste sempre segue 3 fases; na primeira, que adoita durar 2 ou 3 semanas, o suxeito realiza movementos graduais, intentando reducir os efectos que produce estar encamado. Na segunda, que dura da semana 3 á 12 logo do infarto, fanse probas de esforzo e prescribíbase actividade física, podendo durar cada sesión diaria ata 90'. Xa na terceira fase, que comeza a partir da 12ª semana e remata o 12º-18º mes postinfarto, a persoa comeza con actividades deportivas e xeralmente aeróbicas.

A espiña bífida, discapacidade que se atopa en aulas ordinarias, é unha malformación conxénita do sistema nervioso central. Neste volume alúdese a ela no capítulo X. A súa característica principal é un defecto de cerrazón dun ou varios arcos vertebrais posteriores, co cal se deforma a médula e se producen déficits neurolóxicos. Crese que parte da súa transmisión se debe a aspectos xenéticos. Algúns problemas asociados son hidrocefalia, perda de sensibilidade, dificultades de control esfinteriano e xenital e problemas motores. O seu tratamento é a cirurxía, utilización de aparatos ortopédicos e actividade física; esta última centrarase en xogos respiratorios, reforzamento de músculos, relacións do corpo co espazo e co tempo (percepción), coordinación óculo-manual e preparación física en

xeral. É unha boa opción a natación, xa que a flotabilidade permite aprender habilidades motrices que non se conseguen fóra da auga.

Dentro das distrofias musculares ou miopatías, citadas no capítulo XI, distínguense varios tipos. A distrofia muscular infantil máis frecuente e grave é a de Duchenne de Boulogne, que se transmite xeneticamente. Nela, hai un debilitamento muscular progresivo e chégase a quedar prostrado nunha cadeira de rodas arredor dos 10 anos. Prodúcense deformacións no pé, cinto pelviano (contracturas) e tronco (escoliose e cifose), infeccións respiratorias e incluso insuficiencia cardíaca. Adoita darse obesidade e atrofia, ademais de intelixencia menor que o grupo de idade e problemas socioafectivos. É moi aconsellable o exercicio físico, dirixido non só a aspectos físicos, senón tamén educativos e socioafectivos. En xeral, utilizaranse exercicios pasivos ou de postura (estiradas pasivas). Algúns autores defenden os exercicios activos (de forza), aínda que outros cren que poden ocasionar un debilitamento acelerado das unidades motrices afectadas. En calquera caso, adoitan coincidir na importancia da mobilización activa na prevención dunha perda funcional ou atrofia, considerándose ideais as resistencias que pode proporcionar o medio acuático.

Non é infrecuente atopar na escola casos de deficiencia motriz cerebral, máis coñecida como parálise cerebral,

destacada no capítulo XII. Asíciase a unha diminución, perturbación ou abolición da motricidade, aínda que presenta múltiples variedades. Xeralmente leva unidas outras discapacidades, como a epilepsia, o déficit mental, os problemas de linguaxe, bucais, de deglución, oído, etc. É importante avaliar o perfil motor e o grao de evolución e maduración. O tratamento acostuma comezar con médicos e terapeutas, para pasar logo ao especialista en actividade física que desenvolverá programas axeitados. A dita actividade física non será aplicada por igual a tod@s @s paralític@s cerebrais, por causa dos distintos graos existentes. Como norma, tentarase mellorar a toma de conciencia do corpo e as posibilidades motrices; atenderase ao esquema corporal, equilibrio, ritmo, coordinación, locomoción, concentración mental e control voluntario, enfocándose posteriormente cara á motricidade específica. Avaliarase a condición física e mellorarase principalmente a resistencia (que dará maior autonomía), flexibilidade, control postural, etc. En canto ás actividades deportivas, recoméndanse aquelas que permitan movementos globais, especialmente a natación e a hípica (esta última porque permite adquirir autocontrol por medio do dominio dun animal en movemento). Mesmo se podería contemplar o esquí alpino e o esquí de fondo adaptado.

Tocante á paraplexía e tetraplexía é preciso concienciar, debido á súa incidencia en homes mozos, do perigo

que teñen os traumatismos da columna vertebral, con consecuencias irreversibles. O seu resultado é unha parálise total ou parcial dos membros inferiores e ás veces do tronco e superiores, ademais de trastornos de sensibilidade, alteracións urinarias e esfinterianas. A readaptación física inclúe exercicios pasivos ou activos para manter a amplitude articular, programas de desenvolvemento dos músculos non paralizados e tarefas que teñan como fin aumentar a autonomía do paciente para conseguir realizar accións cotiás. Incidirase en exercicios que manteñan a flexibilidade do tronco e das extremidades superiores, desprazamentos, cambios de postura, etc. nun marco lúdico e social. Tamén se poden executar exercicios dinámicos e de contrarresistencia en cadeira de rodas, fávorecese desta maneira unha posterior independencia na sociedade. Cando se poida, ensinarase a andar entre as barras, en equilibrio, con bastóns, etc.

En canto aos deportes, comezaron a organizarse os primeiros Xogos Olímpicos para discapacitados no ano 1948, destacando principalmente o baloncesto en cadeira de rodas, o tiro con arco, algunhas disciplinas do atle-

tismo, o tenis de mesa e a natación. Esta última proporciona beneficios psicolóxicos (gózase dunha liberdade de movemento única e @ discapacitad@ pode desprazarse sen aparatos) e aumenta a capacidade vital, os músculos respiratorios e os músculos das extremidades superiores. Nisto céntrase o derradeiro capítulo.

Como conclusión, cómpre dicir que, malia que algunhas das discapacidades que nela se explican non é doado achalas na educación obrigatoria (o infarto de miocardio, por exemplo), outras si poden ser relativamente frecuentes na Educación Primaria ou Secundaria (a diabete, a obesidade, a distrofia, etc.). Delas proporcionásenos información suficiente para afrontar no noso labor docente diario con certas garantías de éxito a súa integración, especialmente dentro da área de Educación Física. Os autores, ademais de precisar a dita información, conciéncianos das dificultades que presenta o ter unha discapacidade e ofrécennos pautas para poder encaralas desde a perspectiva da actividade física, tan importante para a saúde das persoas. Lembremos a tan afamada aseveración “*mens sana in corpore sano*”.

Rubén José Annicchiarico Ramos  
CEIP de Bormoio

