

CRÈDIT N° 9:

ACTIVITATS FÍSiques PER A **PERSONES AMB DISCAPACITATS.**

ANEXO

INICIACIÓN A LOS DEPORTES DE AVENTURA PARA DISCAPACITADOS SENSORIALES VISUALES

Introducción

La siguiente sesión esta diseñada para introducir en los deportes de aventura a personas con una discapacidad visual. Y para sensibilizar a los demás alumnos sobre los problemas y dificultades que tiene la realización de actividad física en tales condiciones.

Para ello haremos una sesión en la cual la utilización del espacio, material, la intensidad y complejidad de la sesión sea impuesta por los propios alumnos mediante el uso de un ambiente de aprendizaje diseñado para discapacitados sensoriales visuales.

Existen tres categorías basadas en un examen médico:

Clase 1. El rango de percepción de la luz es cero, siendo incapaz de reconocer objetos o contornos.

Clase 2. Reconoce un objeto con una amplitud visual de 2/60 medido por el test de Snellen o una limitación del campo visual en un arco de 5° .

Clase 3. La amplitud visual abarca desde 2/60 hasta 6/60 o limitaciones del campo visual entre un arco de 5° y 60°.

En la sesión propuesta nos centraremos en los de la clase 1.

Objetivos

1. Aumentar el bagaje de experiencias que por su discapacidad no han podido desarrollar.
2. Desarrollo de habilidades básicas y desarrollo de los sentidos táctil y auditivo
3. Autonomía en el desplazamiento por un medio desconocido, mediante la mejora en la orientación, control y dominio espacial.
4. Sensibilizar al resto de compañeros sobre las dificultades que entraña desarrollar actividad física en esas condiciones.

Orientaciones metodológicas

1. Utilización de la información verbal y cinestésica, por parte del guía.
2. Variar el tono de voz para enfatizar, animar, calmar.
3. Verbalizar en todo momento las acciones a realizar, preferible que sólo se usen cuando el invidente no encuentre la solución o necesite ayuda. De esta manera fomentaremos la indagación y el descubrimiento del medio por él mismo, para que aumente los recursos para su mayor autonomía en el medio

Organización

1. Vigilar la dispersión por los posibles choques.
2. Utilizar recursos humanos si fuese necesario.
3. Utilizar estructuras estables y claras.
4. Reducir al mínimo cualquier posible lugar peligroso para la integridad física del discapacitado.
Debemos controlar que en cualquier sitio que pierda el equilibrio y caiga no se haga daño. De otro modo, podría negarse a realizar la actividad por miedo.

Material

El material se usará de manera que no entrañe peligros para el discapacitado y su organización en el espacio servirá para conseguir crear nuestro ambiente de aprendizaje como medio para conseguir nuestros objetivos. Sobre la disposición del material y su organización hablaremos más adelante.

También es importante las distintas sensaciones que entrañe el material con respecto a el tacto y a la dureza del suelo. Esto le dará información sobre lo que están tocando y por donde se están desplazando. También el tipo de dureza les dificultará más o menos el desplazamiento exigiendo más control en sus desplazamientos.

Sesión

Esta sesión será llevada a cabo en el gimnasio de la Facultad de Ciencias del Deporte de la UEX., aprovechando estas instalaciones y sus materiales para el desarrollo de las actividades. Para realizar esta sesión diseñaremos un ambiente de aprendizaje con elementos introductorios a las actividades de aventura.

Dividiremos al grupo en dos, de tal modo que unos serán los ciegos y los otros sus guías, a mitad de la sesión habrá un cambio de roles, en caso de que pueda llevarse a cabo (un discapacitado visual no podrá ser el lazarillo, como es evidente). Por parejas libremente los lazarillos guiarán a los ciegos (tapados con un pañuelo) por las diferentes zonas que a continuación indicaremos

Diseño del ambiente de aprendizaje

- Zona de espalderas

El objetivo será desplazarse lateralmente por las espalderas en las que habrá que sortear una serie de obstáculos (colchonetas, bancos suecos, cuerdas...). Para ello colocaremos ese material atado en las espalderas para complicar un poco más la travesía por las espalderas y exigir un poco más a nivel coordinativo.

- Zona del túnel

Diseñaremos una cueva con colchonetas colocadas en dos bancos en paralelo por donde podrán introducirse los ciegos siguiendo las indicaciones de sus lazarillos

- **Zona del foso**

En esta zona lo que pretendemos es que tras progresar en una serie de colchonetas colocadas a diferentes alturas, termine lanzándose al foso.

- **Zona de la cuerda**

En esta zona hay una serie de cuerda colgando en las que se invita a la trepa y a balanceos, entre otras cosas que puedan ellos mismos descubrir.

- Zona de suelo

Aquí diseñaremos una serie de obstáculos entre los cuales se tendrán que desenvolver los ciegos: plinton, colchonetas, bancos,...

- Zona de la cama elástica

En ella lo que buscamos es que los alumnos sientan la sensación de desequilibrio e ingravidez, para la mejora de la orientación espacial.

Diferencias de un ambiente de aprendizaje en niños y deficientes sensoriales visuales

En la bibliografía no hemos podido encontrar nada con respecto a la organización de ambientes de aprendizaje que no sea para una población de niños. Nosotros al ver las posibilidades que nos otorga este tipo de sesión hemos llevado un ambiente de aprendizaje a una población muy especial y que creemos que este tipo de sesión es ideal para conseguir los objetivos que nos hemos propuesto y otros muchos más que se podrían alcanzar si seguimos en este tipo de trabajos.

Las diferencias que hemos encontrado son las siguientes:

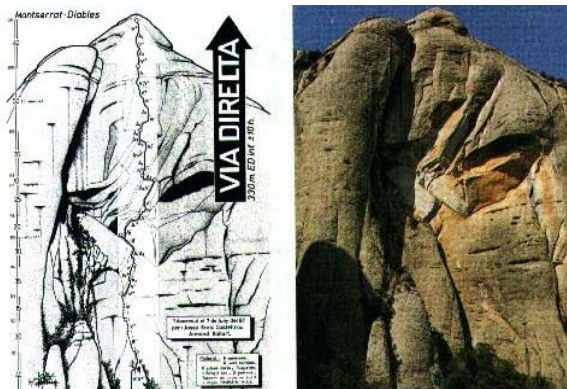
1. La motivación al alumno la tenemos que hacer llegar mediante canales diferentes al visual (si en los chicos normales el colorido era un elemento a tener en cuenta en esta población es absurdo), es decir tenemos que lograr que hagan ciertas actividades mediante sonidos atractivos, sensaciones táctiles, como ya hablamos en el apartado del material.
2. La dificultad en las tareas a realizar hay que tenerlas en cuenta a la hora de la organización espacial del material y del diseño del ambiente en general. Para un chico normal el desplazamiento por una superficie blanda y con pequeños obstáculos (bancos suecos, barra de equilibrios...) no entraña ninguna dificultad e incluso no le llame ni siquiera la atención, pero para un ciego puede ser un espacio muy complicado para desplazarse y quizás le resulte un reto motivante para realizar. Como ya sabemos el nivel de dificultad de la tarea y el nivel de destreza del alumno tienen una relación directa con la motivación.
3. En un ambiente con niños normales “nos podemos permitir” ciertos errores en la seguridad del mismo, ya que el niño podrá discernir más o menos el riesgo que entraña la tarea y afrontarla con más o menos prudencia. Pero un ciego puede ir andando y de repente caer en el foso y no percatarse de que llegue otro compañero y caiga encima, la incertidumbre en el medio se multiplica, debemos controlar la variable riesgo al máximo para que este miedo, incertidumbre sólo sea psicológico. Para ello hay que tener los siguientes aspectos controlados:
 - Todos los salientes deben de estar acolchados.

- Todas las zonas peligrosas protegidas con colchonetas.
 - Precintar de manera que no puedan pasar las zonas no controladas o que entrañen demasiadas variables de riesgo y no se puedan controlar.
 - Las zonas más conflictivas deben estar vigiladas por el profesor cuando algún ciego se aproxime a ellas.
 - Sensibilizar a los lazarillos de la dificultad que entraña la realización de ciertas tareas sin ver. Seria conveniente que esta tarea ya la hubiesen realizado antes de guiar a un ciego real.
 - En definitiva asegurarse que cualquier uso del material o desplazamiento por éste, no entrañe ningún peligro, sea cual fuere este.
4. La creación de ambientes de aprendizaje para esta población en concreto, “sólo” tiene la dificultad de la seguridad. Pero a la hora del diseño es mucho más fácil de realizar en cuanto a la motivación. El hacer pasar a un ciego por encima de un quitamiedos y hacerle saltar al suelo ya es todo un reto para ellos, el otorgarle esas sensaciones, esa motivación, con muy poquito se consigue. Más aun, si el trabajo es de sensibilización de los “validos” a las sensaciones de estos, que al no estar acostumbrados a andar sin ver, cualquier tarea, por muy simple que sea, les resultará novedosa y arriesgada.

LA ESCALADA PARA MINUSVÁLIDOS FÍSICOS Y VISUALES

El objetivo de la comunicación es exponer adaptaciones técnicas y materiales que faciliten la actividad física de las personas ciegas y deficientes visuales, en concreto la escalada deportiva.

Para la escalada deportiva se propone instalar en el rocódromo o muro de "boulder" bandas de unión con un pequeño relieve entre las presas que permitan al escalador seguirlas con pies o manos, o bien colocar junto a cada presa una placa que indique en Braille la ubicación de las presas adyacentes.



Otra posibilidad es la de instalar emisores de sonido en cada presa que permitan localizar su posición y, en función del tipo de sonido, conocer su tamaño y forma. Para hacer más fácil la discriminación entre varios sonidos se haría sonar sólo las presas más cercanas al escalador mediante un cuadro de interrupciones, que funcionaría dividiendo la pared en sectores, e incluso se podría hacer que sonaran de forma escalonada o consecutiva.

Con ello se intenta mejorar la representación del espacio y la previsión de la dificultad que supone el recorrido de la vía de escalada. También se pueden simultanear las informaciones mediante tacto y oído, si se cree conveniente para reducir el número de estímulos sonoros.

Lo que se persigue con estas adaptaciones es presentar la información de modo que no modifique sustancialmente la actividad, al aumentar en demasía la fase de percepción.

Para ello el sentido ideal es el auditivo, ya que no requiere de movimientos específicos para la búsqueda de datos, como sucede cuando la información se percibe por vía táctil.



Por otra parte, también se pretende presentar un método de adaptación técnica de la escalada que, mediante un sistema de poleas y contrapeso colgado de una polea móvil, permite liberar a los escaladores de parte del peso que han de soportar con sus manos y pies. Con ello se intenta que, al reducirse el gasto energético que supone la escalada para los disminuidos físicos, con la intención de aproximarlos en lo posible al de los escaladores no discapacitados, su práctica se haga más natural, fluida y atractiva, y con ello utilizable para su uso escolar.

Se trata de un método sencillo: su instalación es muy rápida y no requiere adaptaciones permanentes de la vía no gran cantidad de materiales adicionales a los de la práctica habitual de la escalada: sólo 3 poleas, un contrapeso y un compañero que escale la vía colocando el material. En el caso de que el lugar de práctica sea un rocódromo, un muro con piedras pegadas situado en el mismo colegio, o las espalderas del gimnasio, las adaptaciones son aún menos costosas.

Este sistema es válido para casi cualquier clase de discapacidad, así como para todo tipo de vías de escalada, ya sean en roca natural, espalderas o paneles artificiales, siempre que la vía no sea excesivamente desplomada. La mecánica de la actividad no se ve apenas afectada con la adaptación, con lo que no pierde su particular interés o atractivo, y en el caso de alumnos de integración, estos no sienten desvinculados de la práctica de sus compañeros.

DEPORTES ADAPTADOS

ESQUÍ

Contrariamente a lo que pudiera parecer, una deficiencia visual o una carencia total de visión no son impedimento para la práctica del esquí. De hecho, es un deporte muy beneficioso para las personas ciegas ya que resulta integrador y rehabilitador. Es integrador en la medida en que se practica en los mismos lugares que los videntes y al mismo tiempo que ellos, teniendo en cuenta, además, que este es un deporte considerado difícil. Rehabilitador porque es muy beneficioso para el desarrollo de la psicomotricidad y aumenta considerablemente la percepción y orientación espacial. Todos estos beneficios influyen muy positivamente en la vida corriente de una persona ciega.

El esquí para ciegos apareció como actividad organizada a mediados de los años 60. Actualmente se practica en muchos de los países donde hay estaciones de esquí. La diferencia radica en la figura del guía. Éste, tiene que darle a la persona ciega toda la información que habitualmente es necesaria para la práctica del esquí. También está entre sus funciones la descripción del entorno y la elección de la línea que se va a seguir durante el descenso.



Una vez iniciada la bajada, el guía va indicando con su voz al esquiador ciego lo que tiene que hacer y también las condiciones de la pista para que éste no se vea sorprendido por ningún cambio brusco en la calidad de la nieve o del relieve.

Hoy en día se utilizan dos sistemas para guiar a los ciegos en el esquí. El primero de ellos es con el guía situado detrás del esquiador y orientándole exclusivamente con sus instrucciones verbales. Este sistema requiere unas condiciones especiales de ancho de pista y de ausencia de obstáculos que no son fáciles de encontrar. El otro sistema es con el guía situado delante del esquiador ciego, orientándole con instrucciones verbales y con la propia fuente de sonido que el esquiador debe intentar seguir de la forma más precisa posible. Con este sistema la seguridad mejora ya que se necesitan menos instrucciones relativas a la orientación. Cuando el guía considere que es necesario girar, lo indicará con la dirección del giro y con una orden de ejecución.

En el caso de los esquiadores deficientes visuales con resto de visión suficiente para seguir la silueta de su guía, éste se situará delante y podrá avisar al esquiador que le sigue de cualquier imprevisto mediante su voz o mediante la utilización de gestos, siendo, por regla general, suficiente el hecho de ver a su guía para orientarse. En ambos casos es fundamental que la distancia entre el esquiador y su guía sea mínima.

Es necesario que tanto los esquiadores como sus guías utilicen unos petos que los identifiquen como esquiadores ciegos, y como guías respectivamente. De esta manera se aumenta la seguridad evitando que otros esquiadores puedan, por ejemplo, intentar pasar entre el esquiador ciego y su guía.

Otro elemento que puede aumentar la seguridad es el uso de megáfono por parte del guía de esquiadores ciegos totales o con muy poco resto visual, ya que asegura que éstos oirán las instrucciones y sabrán la dirección que deben seguir. En el caso de esquiadores con mayor resto visual también se utilizan radiotransmisores.



A diferencia de otras minusvalías, el esquí para ciegos no necesita ninguna adaptación especial ni en los esquís ni en las pistas.

El esquí de competición tiene su origen en los segundos Juegos Paralímpicos de Invierno celebrados en Noruega. En aquella ocasión se consideró que el esquí alpino no

era seguro para los ciegos, con los que éstos compitieron únicamente en la modalidad de esquí nórdico. Fue en los siguientes Juegos Paralímpicos (Innsbruck 84' en Austria) cuando los ciegos tuvieron ocasión de competir de forma oficial en la modalidad de esquí alpino. Cuando en 1992 se unificaron las sedes de los Juegos Olímpicos y Paralímpicos de invierno, el esquí para Minusválidos tuvo un gran auge. Los Juegos Paralímpicos de Invierno que tuvieron lugar en Lillehammer (Noruega) en 1994 tuvieron un gran éxito con una participación de 1.000 atletas entre todas las minusválías.

CICLISMO:

Los atletas deficientes visuales practican el ciclismo en tándem, ya sea para su recreo, con sus familias o entre amigos. Recorren distancias diferentes en terrenos con más o menos relieve.

Aquellos que practican el ciclismo deportivo, participan en grandes carreras clásicas en las que se encuentran en pelotones de varias centenas de ciclistas y en terrenos tanto llanos como montañosos.

En las competiciones, las tres categorías de minusvalía visual (B1, B2 y B3) participan juntas en carreras por carretera, competiciones de un día o carreras por etapas que duran varios días.

Los hombres se enfrentan en distancias que cubren entre 100 y 135 km., en circuitos de una longitud entre 5 y 10 km., o durante pruebas entre dos ciudades.
Las mujeres hacen lo mismo en distancias más cortas (entre 50 y 70 km.)



En la categoría "mixta" (un hombre y una mujer) las distancias están comprendidas entre 60 y 85 km. También existen carreras contra reloj, individuales o por equipos de tres tándems para los hombres, y que cubren distancias apropiadas para cada categoría. Existen también competiciones en velódromo, donde se realizan pruebas clásicas de la U.C.I. (Unión Ciclista Internacional):

- Velocidad, prueba en la que se enfrentan dos tándems en una distancia de 1.000 metros
- Persecución individual, en distancias de 4.000 metros los hombres, 3.000 metros las mujeres y las mixtas.
- 1 km. contra reloj (standing start) en carreras mixtas y 500 metros en carreras femeninas.

Para los hombres existe también una persecución denominada olímpica en la que dos equipos de tres tándems se enfrentan en una distancia de 4 km.

En los países en los que se practica el tándem, se organizan cada año campeonatos nacionales. A nivel internacional, en los años impares se organizan los campeonatos regionales (ej. Campeonato de Europa). Los campeonatos mundiales y los Juegos Paralímpicos, se celebran cada cuatro años, en años pares. El ciclismo en tándem se practica en los cinco continentes

LA HIPOTERAPIA:

Es la monta terapéutica; una actividad rehabilitadora, reconocida en todo el mundo. Disciplina utilizada para la rehabilitación de pacientes con enfermedades neurodegenerativas y traumatológicas, entre otras patologías, a través del paso cadencial del caballo.

Consiste en aprovechar los movimientos tridimensionales del caballo para estimular los músculos y articulaciones del paciente (el vaivén hacia arriba, abajo, adelante, atrás y hacia los lados, es un movimiento que resulta ser el único en el mundo animal, semejante al del ser humano). Además, el contacto con el caballo, aporta facetas terapéuticas a niveles cognitivos, comunicativos y de personalidad.

La persona que permanece montada sobre el caballo y sometida a ciertos estímulos y ejercicios, debe adaptarse y reaccionar frente a los movimientos. Este hace que se genere una notable mejoría en el tono muscular, de deambulación y coordinación.

Gracias a un delicado tratamiento kinesiológico, descubren la excelente herramienta que puede llegar a ser el caballo, tanto para la rehabilitación de discapacitados físicos y psíquicos.

Esta terapia, se emplea de forma sistemática desde los años 50 - 60, aunque sus ventajas se conocen desde tiempos muy antiguos. Los antiguos griegos, entre ellos Hipócrates, aconsejaban la práctica de la equitación para mejorar el estado anímico de las personas con enfermedades incurables y más tarde, en el siglo XVII, algunos médicos recomendaban montar diariamente a caballo para combatir la gota.

Elvira sufre tetrapesía espástica. Desde hace tiempo practica la equitación con importantes adelantos fisiológicos. (Fotografía sacada de la revista TODO CABALLO)



Una terapia ocupacional con un caballo adecuado, requiere de una consulta para establecer el programa, dirigir específicamente las sesiones a las áreas de planificación motora e integración sensorial del paciente. El caballo, se selecciona para los pacientes cuidadosamente por sus movimientos y su comportamiento. El paciente, en función de las indicaciones del terapeuta, puede adoptar diferentes posturas en el caballo en diferentes sesiones.

Beneficios del Caballo.

El paseo a caballo, prevee una entrada sensorial a través del movimiento variable, rítmico y repetitivo. La respuesta del movimiento resultante en el paciente, es semejante a los movimientos humanos de la pelvis cuando anda. La variabilidad de la marcha del caballo, posibilita terapéuticamente graduar el grado de sensaciones que recibe el paciente. Éstos, responden entusiásticamente a esta experiencia de aprendizaje divertida, en un medio natural.

Físicamente, la hipoterapia puede mejorar el equilibrio y la movilidad, aunque también puede afectar positivamente a las funciones de comunicación y de comportamiento para pacientes de todas las edades.

De la hipoterapia, pueden sacar provecho personas con:

- Discapacidades de todo tipo (tanto sensoriales, físicas o psíquicas)

- Traumas cerebrales, distrofia muscular, enfermedades neurodegenerativas, espina bífida, parálisis cerebral, esclerosis múltiple...
- Autismo, retraso mental, problemas de comportamiento...

En función del tipo y grado de discapacidad, los proyectos pueden ser individuales, en los que se trabaja con una sola persona, o colectivos, trabajando con varios alumnos con el mismo o distinto tipo de discapacidad.

Se considera que ésta terapia, es capaz de conseguir nuevos estímulos complementarios a los logrados con tratamientos tradicionales. Un caballo al paso, transmite al jinete 110 impulsos por minuto, en una serie de oscilaciones tridimensionales como son avance y retroceso, elevación y descenso, desplazamiento y rotación.

El jinete recibe a través del dorso del caballo, un masaje producido por las vibraciones generadas por el movimiento cadencial del animal, que recorren desde el coxis hasta la coronilla, pasando por la columna vertebral y con esto incita al movimiento activo del jinete, le provoca acción muscular y le despierta los reflejos.

Resumiendo: estimula el desarrollo neuropsicomotor, la adaptación afectiva del individuo al medio y una adecuación a una mejor calidad de vida y mayor grado de autosuficiencia, aumentando su confianza y estimulando el lenguaje para el desenvolvimiento del habla, la comunicación y la sociabilización.

El principio por el que esta terapia funciona con todas estas personas, puede ser porque hay algo en los caballos que les hace percibir que ese niño es diferente; los caballos lo saben y se comportan de un modo diferente a como lo harían con una persona sin discapacidad. A veces, un caballo salta y relincha nervioso hasta que se le acerca un niño disminuido; en ese momento, se calma inmediatamente y se queda a la expectativa.

El caballo da movimiento y el movimiento es vida; montando a caballo, se mueve todos los músculos del cuerpo y a veces, mover un dedo de un pie que hacía años que no movías, tiene importantes repercusiones en el cerebro.

El caballo, es un gran igualador que permite que los discapacitados puedan competir con sus semejantes sanos. Se sabe, que el hecho físico de montar a caballo, rompe con el aislamiento del enfermo y lo pone en igualdad de condiciones con el jinete no disminuido.

Es por ello, que la actividad hípica, facilita la superación del temor, mejora la confianza y la capacidad de concentración y hace perder las tensiones e inhibiciones físicas y emocionales.

Hipoterapia en la Práctica.

El término hipoterapia, se refiere a una forma pasiva de montar, en la que el paciente se sienta sobre el caballo y es colocado en varias posiciones, con lo que se acomoda al movimiento oscilante del animal.

Se ha demostrado el éxito de la hipoterapia mediante radiografías y electromiografías y el de la transferencia del movimiento tambaleante del caballo al paciente, mediante películas científicas.

Cuando se comienzan las sesiones de hipoterapia, el primer paso es en que el paciente realice su primer contacto con el caballo. Este paso, se da acercándose al animal y teniendo un contacto físico con él, acariciarlo, que el paciente sienta su tacto, su musculoso cuerpo y la suavidad de su morro. Ofrecerle una golosina y tener un tiempo de relación.

No se pide que el paciente aprenda a montar, sino que, situado sobre el caballo y acompañado por el fisioterapeuta, adopte varias posiciones que faciliten la circulación sanguínea, mejoren el equilibrio y el sentido espacial. A través de los movimientos del caballo, se consigue reprogramar el cerebro del jinete,

un paciente que, sentado sobre la montura, realiza así un movimiento pélvico muy similar al que efectúa una persona al caminar.



Kim, sufre parálisis cerebral, además de afecciones sensoriales (sordera, vista y habla). No obstante, la ilusión de toda la semana es su cita con el caballo, donde sus progresos son evidentes. En la imagen, realizando un ejercicio de volteo. (Fot. Sacada de TODO CABALLO).

Cuando vamos subidos a un caballo que marcha al paso, se asegura el ejercicio de la pelvis y la espina dorsal, por lo que la hipoterapia se lleva a cabo en la mayoría de los casos al paso y no al trote o al galope. La sensación de ligereza de las piernas en el balanceo rítmico del paso del caballo, es una experiencia única para los pacientes que no pueden andar con normalidad.

No siempre el paciente se sentará sobre el caballo en la postura tradicional, a horcajadas y mirando hacia la cabeza del animal, algunas veces y dependiendo del tipo de estimulación que se necesite, es posible que se tumbe sobre el lomo, que se siente al revés (mirando hacia la grupa), e incluso que adopte otras posturas.

En esta terapia, el paciente no solo realiza un ejercicio pasivo a través del caballo, sino que también hace ejercicios para relajarse, estirarse y mejorar el equilibrio, los reflejos y la coordinación.

Estas terapias, exigen un personal altamente competente y especializado, además de caballos con un carácter dócil que deben ser absolutamente seguros y muy obedientes.

Las sesiones, comienzan siendo de unos 15 o 20 minutos, de dos a tres veces por semana; a medida que el paciente avanza, los tiempos normalmente, aumentan y se puede llegar a sesiones de unos 50 o 60 minutos.

Es importante conseguir una postura correcta, ya que es la clave para conseguir unos resultados satisfactorios. Una mal asiento originará o agravará nuevas lesiones. La colocación centrada de la pelvis, es la base fundamental de todos los ejercicios. Lo primero será la posición de la pelvis y después el equilibrio, como consecuencia de la colocación de la pelvis y el torso erguido. Cuando la línea del paciente coincida con la del caballo, se obtendrá una buena coordinación.

Funcionamiento de la Hipoterapia.

Para poder montar en el caballo, cualquier paciente debe seguir unos pasos en las primeras sesiones y dependiendo del tipo de afección, se comenzará realizando unos primeros contactos con el caballo desde abajo. Conocer un poco al animal y entablar una cierta relación de contacto.

Esto suele ser durante la primera o las primeras dos sesiones. Se le debe explicar al paciente, en qué consiste su tratamiento, qué es lo que tiene que hacer en el caballo y cuáles son los riesgos que puede correr. Claro está, que en el caso de niños, estas explicaciones deben ser inteligibles para él.

Antes de montar por primera vez, el paciente debe pasar una evaluación por parte del personal sanitario del centro, el cual, valorará el grado de afección en función de su exploración y de la información médica que pueda o deba aportar el paciente y establecerá:

- si el paciente puede o no montar a caballo

- qué tipo de efectos secundarios podría tener y por tanto, establecer un plan de prevención
- establecer un plan de trabajo (qué caballo debe montar el paciente y el programa de trabajo que debe realizarse sobre él).

Antes de cada sesión, el paciente deberá hacer un calentamiento en el gimnasio, de manera que sus músculos y articulaciones estén preparados para el ejercicio que tendrá sobre el caballo. Este calentamiento, puede durar entre 15 y 20 minutos. Luego, el paciente pasará al caballo, donde desarrollará el programa previsto, asistido siempre por el monito de equitación y los asistentes que estarán pendientes de él durante la monta.

El tiempo de trabajo en el caballo es variable, pero inicialmente, suele durar entre 15 y 30 minutos. Terminado el trabajo sobre el caballo, el paciente pasará nuevamente al gimnasio, donde durante unos 20 minutos, debe realizar un proceso de relajación antes de salir del centro.

Gran parte de los pacientes que reciben tratamiento con caballos, deben desplazarse en silla de ruedas, ya que padecen problemas de movilidad que les impide andar. Esto no es un problema para poder acceder al caballo, ya que en estos casos, como en aquellos donde se emplean muletas, andadores u otro tipo de elementos de ayuda, se emplea una rampa de acceso que eleva al paciente a una altura adecuada, para que pueda montar en el caballo cómodamente, con la ayuda de un auxiliar.

El caballo siempre es conducido por un auxiliar; solamente en los pacientes que tienen una considerable práctica y demuestran que han adquirido un cierto nivel en la equitación, se les permite montar en ausencia del auxiliar, aunque éste, esté a unos metros observando.

Para montar sobre el caballo, se emplean diferentes accesorios; unas simples sudaderas, sillas adaptadas o almohadillas pueden servir. También se emplean cinchas de volteo, que cuentan con unas asas donde el paciente puede sujetarse.

Distintos Centros y sus Prácticas.

En los distintos centros que existen en el mundo dedicados a la hipoterapia o equitación terapéutica, se emplean diferentes procedimientos en la aplicación y formas de enfocar esta forma de rehabilitación. Desde la hipoterapia clásica en Europa, que refleja el modelo alemán, muy extendido desde 1.960, donde es fundamentalmente el movimiento del caballo y la respuesta del paciente, lo que constituye el tratamiento.

Son muchos los centros de Equitación Terapéutica que hay en países como Francia e Inglaterra. En España, se está empezando a desarrollar esta técnica, aunque existen pocos profesionales que la sepan aplicar.

La Fundación Caballo Amigo (Villanueva de la Cañada, Madrid), presidida por Mercedes Jiménez, organiza a través de un convenio con la Universidad Complutense, el único curso de Equitación Terapéutica que se imparte en España, con formación práctica y teórica, de dos años de duración.

La Asociación Andaluza de Equitación Terapéutica El Caballo Ayuda, ha formado ya en Sevilla, Cádiz y Huelva a más de cien alumnos discapacitados en los oficios de Mozo de Cuadra, Guarnicionaria, Ayudantes de Enganches y Yeguas.

Estos cursos se incluyen en el Proyecto Horizonte, financiado por el Fondo Social Europeo, la Consejería de Trabajo e Industria de la Junta de Andalucía, ANCCE y la propia Asociación.

También la Escuela Universitaria Gimbernat, tiene prevista la puesta en marcha de una serie de cursos de Rehabilitación Ecuestre, dirigidos a fisioterapeutas ocasionales y médicos.

En EE.UU. y otros países americanos, se añaden elementos lúdicos y se organizan pequeñas exhibiciones de habilidades adquiridas en los tratamientos.

La hipoterapia, también se conoce como "reeducación por medio de la equitación". Es la colaboración de profesionales de la reeducación y la rehabilitación médica, con profesionales del mundo ecuestre, para desarrollar un programa de trabajo que utiliza el caballo y el deporte ecuestre como medio de tratamiento y rehabilitación de trastornos psicomotrices.

EL DEPORTE ADAPTADO:

Se entiende por deporte adaptado aquella actividad físico deportiva que es susceptible de aceptar modificaciones para posibilitar la participación de las personas con discapacidades físicas, psíquicas o sensoriales.

Este es un fenómeno social cuyo origen es muy reciente, pues aunque la actividad física, el deporte y los juegos motores tienen su inicio con el propio hombre, en lo que respecta a las personas con discapacidades su historia es menos extensa, se puede considerar que después de la primera y segunda guerras mundiales y dado el elevado número de mutilados de guerra es cuando se iniciaron los primeros pasos en la práctica de deportes por personas con las capacidades disminuidas, es en 1944 cuando se comienza a utilizar el deporte como un medio más para la rehabilitación y en 1960 se organizan las primeras paraolimpiadas, este fenómeno fue creciendo hasta llegar al nivel actual en el que cada día la participación de personas discapacitadas en el deporte está bastante normalizada y se practican multitud de disciplinas a niveles recreativo y competitivo como: atletismo, ciclismo, natación, tenis en silla de ruedas, tenis de mesa, fútbol, tiro con arco, tiro olímpico, baloncesto, voleibol, vela, esquí, halterofilia, boccia, goalball, judo, esgrima, diversas actividades en el medio natural, deportes de aventura y riesgo, etc.

Beneficios que aporta el deporte adaptado en las personas con minusvalías:

Tanto la educación física especial como el deporte adaptado se a nivel terapéutico, recreativo o competitivo contribuyen en:

- La rehabilitación, es decir favorece el proceso continuo destinado evitar o restablecer una capacidad disminuida.
- La normalización o proceso por el que se trata de hacer normal la manera de vivir de una persona discapacitada.
- La autonomía personal o capacidad de actuar por uno mismo sin dependencia ajena.
- La integración social, es decir en reducir las situaciones de minusvalía fomentando los cambios y favoreciendo las igualdades sociales.
- Impulsar y potenciar el afán de superación personal.
- La colaboración en la supresión de barreras arquitectónicas, psicológicas y sociales.
- La mejora de la autoestima y el desarrollo personal.

Adaptaciones arquitectónicas de las instalaciones deportivas:

Aunque es verdad que cada día el deporte adaptado está mas normalizado en muchas ocasiones continúan las barreras arquitectónicas en las instalaciones deportivas que imposibilitan alcanzar el grado máximo de participación deseado, algunas de las adaptaciones que se deben tener en cuenta y que vienen marcadas por la Carta Europea de Deporte para minusválidos son:

En los accesos: aparcamientos suficientes reservados para minusválidos, próximos a la entrada a la instalación y con anchura y longitud suficientes. Rebajes en las aceras con inclinación máxima del 10% evitando bordillos en rampa o ángulo que son peligrosos, la plaqueta debería ser diferente en tacto y color para ser apreciadas por personas con la capacidad visual reducida.

Vestuarios, duchas y servicios: una vez dentro de la instalación hay que tener en cuenta las adaptaciones necesarias para el uso de lavabos, duchas, etc. Con espacios suficientes para la movilidad de sillas de ruedas, muletas, prótesis, etc.

Las pistas deportivas: deben tener un fácil acceso para la silla de ruedas, evitando todo tipo de escalones y puertas o rodillos giratorios, se utilizarán rampas, ascensores o montacargas. Incluso en las gradas deben habilitarse localidades especiales para minusválidos.

Material deportivo: también es muy importante una buena elección y adaptación del material deportivo utilizado en función de las medidas antropométricas, como las sillas de ruedas, las prótesis correctoras, mangos de los implementos utilizados en el deporte, etc.

INSTITUCIONES DEDICADAS A LA DISCAPACIDAD

NACIONALES

- Ceapat *centro autonomía personal y ayudas técnicas*
- Cruz roja española
- Inmerso
- Inem
- Instituto Guttman
- Ministerio de Sanidad y Consumo
- Fundesco
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España
- Nee - bolsa de empleo para discapacitados/as
- ONCE
- Seguridad Social Española

INTERNACIONALES

- Asoc Post-Polio (Portugal)
- IRPA (Asociación Internacional de Retinosis Pigmentaria)
- British Blinds
- The Center for Retinal Research
- CORNUCOPIA
- CRAIG Hospital
- Cure Paralysis
- DISABILITYWORLD
- Disability Net
- DPI - Disabled People's International *Disabled People's International*
- Foro Europeo de Personas con Discapacidad.
- *French monthly ezine deicated to disabled people*
- *Acciones políticas en favor de la integración educativa, laboral y social de la población limitada visual*
- Kessler Institute for Rehabilitation
- RetNet. Retinal Information Network.
- NIDRR Nat. Inst. on Disability & Rehabilitation Research
- OSERS: (Disability & Rehabilitation Research) (Disability & Rehabilitation Research)