

**MAESTRÍA EN SISTEMAS DE SALUD
Y SEGURIDAD SOCIAL**

TESIS DE MAESTRIA

**"EL DEPORTE Y SUS EFECTOS EN LA
DISCAPACIDAD"**

Autora:
Lic. Paula Valeria Russo

Director:
Mg. Dr. Mario Glanc

2015

ÍNDICE DE CONTENIDOS

ÍNDICE	2
RESUMEN	4
PALABRAS CLAVES	8
I. INTRODUCCIÓN	9
I.1. Presentación del problema y su justificación.....	10
I.2. Relevancia y utilidad de la investigación.....	12
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
II.1. Formulación de la pregunta de investigación	14
II.2. Objetivos.....	15
II.2.1. Objetivo general - específico	
III. MARCO TEORICO	16
III.1. Problemática de la discapacidad y el deporte como estrategia de supervivencia.....	16
III.2. Orígenes del Deporte adaptado	17
III.3. El deporte adaptado como herramienta de esperanza.....	18
III.4. Evolución del tratamiento de la Discapacidad en Buenos Aires, relacionado con los diferentes movimientos políticos.....	22
III.5. Evolución del deporte adaptado de la mano de la poliomielitis.....	24
III.6. La institucionalización del deporte.....	27
III.7. Propuesta deportiva de alcance Nacional actual.....	29
III.8. Deportes Paralímpicos.....	30
III.8.1. Quadrugby.....	31
III.8.2. Básquet.....	33
III.8.3. Tenis de mesa.....	36
III.8.4. Natación.....	38
III.9. Discapacidad Definición. Historia y evolución del concepto.....	40
III.10. Qué se entiende por discapacidad?.....	
III.11. Cuando el concepto de discapacidad se asociaba a discriminación	41
III.12. Clasificación Internacional de la Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF)	43
III.13. Estado actual del debate internacional sobre la discapacidad.....	45
III.14. Discapacidad.....	46
III.15. Un cambio de paradigma, la discapacidad como una cuestión de derechos humanos.....	52
III.16. Marco normativo de la Discapacidad.....	54
III.17. Interpretación de las leyes	58
III.18. Acciones positivas para las personas con discapacidad.....	
III.19. Resumen de acciones y reglamentos a favor de las personas con discapacidad.....	59

III.20. Factores que influyeron en la transformación de las organizaciones y políticas sociales.....	60
III.21. Accesibilidad como dimensión fundamental de la equidad.....	61
III.22. Presentación CONADIS.....	62
III.23. Estimaciones sobre la prevalencia en discapacidad	63
III.24. Las personas con Discapacidad y con CUD en Argentina.....	66
IV. FORMULACION DE HIPOTESIS	67
V. METODOLOGIA	67
V.1. Material y método.....	68
V.2. Variables.....	68
V.3. Ámbito de estudio.....	68
V.4. Estudio y diseño.....	69
V.5. Estrategia.....	69
V.6. Población.....	69
V.7. Unidad de análisis, criterios de inclusión y exclusión.....	70
V.8. Muestra, selección y tamaño de la muestra.....	70
V.9. Selección de técnica de instrumentos y recolección de datos.....	72
V.10. Prueba piloto.....	73
VI. DESARROLLO	74
Resultados	95
VII. CONCLUSIONES	101
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	106
ANEXOS	

RESUMEN

Con este estudio se propuso identificar el efecto del deporte adaptado, en la esfera biopsicosocial de las personas con discapacidad física. La metodología utilizada para registrar la información, se realizó a través del estudio de campo en las instalaciones deportivas del Servicio Nacional de Rehabilitación.

La población objetivo fueron 62 hombres y mujeres con discapacidad física equipados con silla de ruedas como apoyo para su movilidad, cuyas edades se delimitaban entre 18 y 75 años. Los mismos participaban de deportes como básquet, tenis de mesa, quadrugby, y natación, siendo su condición de salud secuela de amputaciones, espina bífida, lesiones medulares y poliomielitis; y 5 profesores a cargo de las actividades deportivas. Las dimensiones del estudio analizadas permitieron identificar los efectos de la práctica en su calidad de vida, los beneficios percibidos en su estado relacionado con su salud, el aporte del deporte adaptado como un factor dinámico de la discapacidad que favoreció su inclusión social, potenció sus funciones neuromusculoesqueléticas y relacionadas con el movimiento y benefició la participación en su vida laboral, social y afectiva.

Conclusiones:

Las respuestas de los profesores entrevistados coinciden con los resultados de las encuestas. Refieren un alto efecto positivo en el aspecto biopsicosocial de las personas con discapacidad física, una desigual adhesión al deporte del género femenino y un mayor compromiso con la actividad de las personas con antecedentes deportivos y de los becados deportivamente. Con respecto a la motivación, (información aportada por la Escala de Motivación Deportiva (EMD)), ésta se encuadra dentro de los factores personales de la Clasificación internacional de la Funcionalidad (CIF), los motivos por los que las personas con discapacidad física realizan deporte, se orientan hacia el placer que les genera la actividad y ser parte de un equipo, a la auto superación reflejada en mejorar puntos débiles y al cuidado de la imagen corporal, no al estímulo de un premio o recompensa. Los hombres se presentan más motivados que las mujeres por estas razones.

La práctica deportiva aporta a las personas con discapacidad física una sensación de bienestar, fortalece su autoestima, brinda mayor independencia, oportunidades de sociabilización y de autoexpresión a través de su participación social, les aporta información sobre los derechos de la discapacidad. Incentiva la auto superación, brinda

confianza a través del desarrollo de habilidades motrices que le permiten desenvolverse con mayor autonomía perfeccionando sus movimientos funcionales, lo que les permite sortear más fácilmente, con su silla de ruedas las barreras arquitectónicas existentes, y utilizar transporte público. Favoreció las cualidades físicas en mayor medida en las personas con espina bífida y lesión medular pero alivió mínimamente los dolores musculares y articulares. El deporte promueve viajes, favorece la interacción social facilitándole una vida de relación mas amplia , favorece la sexualidad, y la posibilidad de conocer gente nueva.

Consistentemente en la población evaluada, las personas con acceso a la oferta deportiva pertenecen al estrato social medio. Los programas de actividad física, prácticas del deporte y recreación para personas con discapacidad, como estrategia de desarrollo personal y de integración social parecieran ser accesibles excluyentemente para este sector social como piso de calificación social. El deporte incentiva mínimamente a la capacitación continua y culminación de estudios. Las personas con discapacidad deben ocuparse de su salud, de los traslados, deben tener flexibilidad de horarios, etc. Estas causas dificultan proseguir con el estudio, al igual que una jornada laboral extensa. El deporte de competencia, no acerca a la familia de la persona con discapacidad.

Se evidencia una menor participación de la mujer en el deporte competitivo y recreativo. Los incentivos existentes no son suficientes ni colaboran con su inclusión, restringiendo su participación. Si bien, el estado ha demostrado en estos últimos años, un sinnúmero de políticas en favor de las personas con discapacidad, y las políticas sociales resultan de la modernización de los modelos de la discapacidad, la propuesta deportiva pareciera haber avanzado en el modelo rehabilitador, no teniendo el mismo desarrollo la etapa evolutiva en el modelo social.

Si bien queda demostrado que los beneficios en este colectivo son muchos, se debe profundizar la propuesta, para que esté alineada con los principios de equidad que busca la propuesta sanitaria. Las profesiones denominadas de colaboración, como la terapia ocupacional y kinesiología, que tuvieron su auge en los años sesenta, y que han demostrado un crecimiento notable al día de hoy, gozan del respaldo científico de la medicina, pero aún quedan subordinadas con una posición jerárquica y valoración social menor. Un buen respaldo a su misión sería contar con el apoyo del cuerpo médico en lo concerniente a la terapéutica específica de rehabilitación, que brindan a este colectivo, extensiva a la rehabilitación a través del deporte, fomentando la

incursión de estos profesionales en los planteles deportivos. Este apoyo debe ser transversal a todas las instituciones, comprometiéndolas a alinearse con los objetivos que promueve la OMS.

SUMMARY

The purpose of this study is to identify the biopsychosocial effect of sports adapted to people with physical disabilities. The method used to record the information was an on-field evaluation of the sports facilities of the National Service for Rehabilitation.

The objective population was composed of sixty-two physically handicapped men and women from 18 to 75 years of age, who used wheelchairs as a mobility aid. They practised sports like basket, table tennis, quadrugby and swimming and their health condition was the result of amputations, spina bifida, spinal cord injuries and poliomyelitis. Their activities were managed by five coaches. The scope of the study performed let us identify the impact of practising sports on their quality of life, the benefits for their health, the contribution of adapted sports as a dynamic factor of disability that enhanced their social inclusion, helped them improve their neuromuscular, skeletal and movement-related functions and made their working, social and emotional lives better.

Conclusions:

The answers of the coaches we interviewed match the results of the surveys. They spoke of a noticeable positive effect on the biopsychosocial aspects of people with physical disabilities, an uneven adherence to sports by women and a greater commitment with the activity by people who had practised sports earlier in their lives and of those who had been awarded scholarships. Regarding motivation (data contributed by the Sport Motivation Scale), this falls within the framework of the personal factors of the International Classification of Functioning, Disability and Health. The reasons why physically handicapped people practise sports are linked mainly to the pleasure derived from the activity and being part of a team, their willingness for self-improvement to strengthen their weakest points and to care for their body image, rather than to a prize or reward. Men seem to be more strongly motivated than women due to the following reasons:

Sports give physically disabled people a greater feeling of wellbeing, strengthen their self-esteem, endow them with more independence, more opportunities to socialize and

express themselves through social participation and give them information about the rights of persons with disabilities. Sports incentivise self-improvement and strengthen the confidence of people with physical disabilities through the development of motor skills that let them gain more autonomy by perfecting their functional movements to overcome the existing architectonic obstacles more easily and facilitate the use of public transport with their wheelchairs.

People with spina bifida and spinal cord injuries found a great improvement in their physical qualities; nevertheless, joint and muscular pains were only slightly relieved. Sports bring along the chance to travel, favour social interaction and offer a wider social life, a better sexuality and the opportunity to make new acquaintances.

Consistently with the population assessed, people with access to what sports have to offer belong to the middle class. Physical activity programmes, sports practice and recreation for people with physical disabilities, as a strategy for personal and social integration, seem to be almost exclusively accessible for people of that social sector as a basis for social rating. Sports offer a minimum incentive to continuous training and the completion of studies. People with physical disabilities have to take care of their health, transportation, need to have flexible hours, etc. All of these factors make it difficult to continue studying or to work long hours. Competition sports do not bring the disabled person's family any closer.

It is observed that women have a lesser participation in competitive and recreational sports. The existing incentives do not seem to be enough and do not contribute to their inclusion, so their participation is limited. Even though in the last few years numerous public policies have been put in place to help people with physical disabilities and social policies have been the result of the modernization of disability models, the activities proposed by sports seem to have made good progress in the rehabilitation model while such evolution has not been matched by the social model.

Although the benefits for this group of people have proved to be many, the proposal requires to be broadened to align it with the principles of equity sought by the health care proposal. Collaborative healthcare careers, such as occupational therapy and kinesiology, that had their peak during the 1960s, have shown a remarkable growth nowadays and enjoy the scientific support of medicine; nevertheless, they are still regarded as belonging to a lesser hierarchy with less social appreciation. These professionals' mission would be better accomplished if they could count on the support of physicians in connection with the specific therapies for rehabilitation offered to this

group of people and if their involvement were extended to rehabilitation through the practice of sports by incorporating such professionals in the sports coaching teams. That support should be overarching to include all the institutions so they make a commitment to comply with the objectives promoted by the WHO.

Palabras clave

Según descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS).¹

Discapacidad – CIF – Deporte Adaptado

¹ Biblioteca Virtual en Salud Argentina. Disponible en <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>

I. Introducción

El motivo de esta tesis, su tema de investigación, tiene lugar a partir de mi acercamiento al primer torneo de Quadrugby, (rugby en silla de ruedas), que se disputó en el Centro Nacional de Alto Rendimiento Deportivo (Cenard)², en el año 2009.

Juan, un joven que había sufrido un accidente traumático; luego de 10 años de movilizarse en silla de ruedas, lideraba el equipo de Quadrugby, conformado por deportistas con lesión medular cervical y estaba pronto a disputar su primer torneo panamericano.

Juan, era un ex paciente mío; luego de su externación y a pesar de haber desarrollado una linda amistad, como suele suceder a veces, dejé de verlo. Nos reencontramos luego de 10 años, entonces, era el capitán de un equipo que representaba a la Selección Argentina. Siempre se destacó por su energía y fuerza ante la adversidad, durante su rehabilitación. No era casual encontrarlo con esa misma alegría y pasión contagiosa, disputando la medalla en un torneo Internacional.

Como profesional de la salud, me replantee mi formación, había escenarios que no había transitado, pensé en aquellos pacientes que había atendido con secuelas irreversibles y cual había sido mi consejo post rehabilitación, que horizonte había visualizado para ellos, si los había incentivado a manejar automóviles, jugar deportes de contacto, vivir en un hogar sin adaptaciones, motivado para obtener buenos empleos, entre otras cosas. Juan poseía todas ellas, había logrado su integración en una sociedad, a veces hostil con las personas con discapacidad, a base de esfuerzo y perseverancia, el deporte había colaborado mucho, fue su sostén. De la mano del deporte logró ingresar en un circuito exclusivo, representar a la Argentina formando parte de La Selección Nacional de Quadrugby.

Estos beneficios percibidos, y exhibidos, por estos deportistas, me guiaron por diferentes universidades, buscando colaboración para el deporte adaptado, recursos humanos, equipamiento, adaptaciones. La respuesta, la mejor respuesta luego de algunos logros parciales fue... "hay que demostrar los beneficios, como la mejor forma de mejorar el futuro" ..

² El Centro Nacional de Alto Rendimiento Deportivo (CeNARD) está ubicado en la calle Miguel B. Sánchez (ex Crisólogo Larralde) al 1050, en barrio de Núñez, Ciudad de Buenos Aires. Ofrece sus instalaciones para los deportistas de alto rendimiento y para los seleccionados nacionales argentinos. Depende de la Secretaría de Deportes de la Nación.

I.1. Presentación del problema y su justificación

Para las personas que no presentan una discapacidad, el deporte beneficia el desarrollo de una vida saludable en los aspectos biológico y social, favorece las relaciones interpersonales y repercute favorablemente en la calidad de vida. De aquí surge el interrogante: Qué efectos, en su esfera biopsicosocial, tendrá el deporte adaptado (actividad físico deportiva que es susceptible de aceptar modificaciones para posibilitar la participación de las personas con discapacidades físicas, psíquicas o sensoriales) en las personas con discapacidad física en silla de ruedas?

Las respuestas a este interrogante son complejas ya que incluyen otras preguntas más específicas, que nos permitirían obtener un conocimiento más profundo acerca de la problemática de la discapacidad física relacionada al deporte, tales como qué factores motivacionales los impulsan a practicarlo, cuáles son sus expectativas a nivel físico y social, que beneficios perciben en su salud, en su funcionalidad, en su autonomía, sus funciones relacionadas con el movimiento y la postura. Intentamos conocer también si la práctica del deporte favoreció el vínculo afectivo con otras personas, cuál es y por qué se da la dominancia de género, a qué nivel socioeconómico y nivel educativo corresponde la mayor afluencia, adherencia y compromiso del deporte adaptado; para evaluar la compatibilidad de la práctica del deporte con la carga horaria laboral, si les permitió sentirse incluidos en la sociedad, si les generó oportunidades laborales, viajes, cuál fue su mayor cambio a partir de la práctica del mismo, si colaboró a mitigar la angustia que genera la discapacidad.

La investigación se desarrolló en el período comprendido entre julio 2013 y febrero 2014, en el Servicio Nacional de Rehabilitación³, en adelante SNR, por ser el único organismo Nacional que ofrece instalaciones deportivas a los clubes que las soliciten con fines competitivos⁴, y oferta bienes deportivos adaptados con fines recreativos como estrategia de desarrollo personal y de su integración social, por lo tanto posee una población identificada, todos poseen el Certificado Único de Discapacidad⁵ (CUD), están registrados y concurren de manera voluntaria.

³ Servicio Nacional de Rehabilitación. Recreación y Deportes. Es un Organismo Público descentralizado dependiente del Ministerio de Salud de la Nación y es rector, dentro el ámbito de la salud, en lo referente a la normalización y ejecución de las políticas en discapacidad y rehabilitación. Es un referente a nivel Nacional en prevención, rehabilitación e integración de la persona con discapacidad. Se ofertan bienes deportivos adaptados con fines complementarios a la rehabilitación médica y como estrategia de desarrollo personal y de su integración social. Aquellos que concentren fines competitivos serán desarrollados a través de los diferentes clubes a los cuales el SNR "cede" sus instalaciones. <http://www.snr.gov.ar/004-001.htm>.

⁴ Deportes federados, subsumidos, a través de las respectivas federaciones: Comité Paralímpico (COPAR) dependiente del Comité Olímpico, Secretaría de Deportes de la Nación. ISMWSF (Federación Internacional de deporte en silla de ruedas) son: Atletismo, Natación, Basquetbol en silla, Arquería, tiro, Tenis de mesa, Halterofilia, Quadrugby, Tenis en silla

⁵ CUD Certificado único de discapacidad es un documento público. Es la llave de acceso al Sistema de Salud y a los beneficios instituidos por la normativa en la materia, para las personas con discapacidad. El trámite es voluntario y consta de una evaluación interdisciplinaria en la que los profesionales determinarán, de acuerdo a la documentación presentada por el interesado, si se encuadra o no dentro de las normativas vigentes de certificación de discapacidad.

Todos los programas (Programas de Actividades de iniciación a las actividades deportivas y recreativas para los internados en el Instituto nacional de Rehabilitación Psicofísica, programa de actividades sociales y culturales, programas de deportes competitivos) están destinados a personas con discapacidad, dirigidos por profesores de Educación física exclusivamente y la modalidad es grupal.

I.2. Relevancia y utilidad de la Investigación

Los beneficios sociales sólo podemos comprenderlos desde las vivencias de los agentes y no desde los postulados teóricos y de escaso material empírico, por lo tanto se pretendió obtener una experiencia objetiva y subjetiva de la discapacidad, teniendo en cuenta la percepción de la misma, fundamentada en la relativa carencia de datos confiables, la diferencia de metodologías utilizadas en estudios, algunos con base empírica, que provocaban desigualdad de información y la resultante dificultad en la medición de tendencias e impacto. Se planteaba por lo tanto la necesidad de realizar un estudio de investigación con base científica, cuantificable, medible en resultados para las repercusiones del mismo en cohortes de personas con discapacidad física en silla de ruedas con diferente origen de discapacidad que se desempeñaran en distintos deportes adaptados. Con esta investigación se propuso conocer los beneficios en la esfera biopsicosocial de la persona con discapacidad física equipada con silla de ruedas como apoyo para su movilidad; qué sensaciones les generó la práctica del deporte adaptado recreativo, que beneficios les ofreció y qué compromiso les exigió la competitividad, en las diferentes propuestas deportivas, relacionándolas con el impacto en la vida de relación, en la sensación de bienestar e integridad corporal percibidas, en su motivación. Esta investigación, apunta a sumar conocimiento al existente, aportando conocimiento sobre los efectos de la práctica del deporte adaptado para la reconsideración de nuevas estrategias de enseñanza desde las universidades a los recursos humanos que se dediquen a la rehabilitación, enriqueciendo su perfil profesional, favoreciendo la sinergia de trabajo en los equipos inter, multi y transdisciplinarios, ampliando sus competencias en el campo de la discapacidad, desde el grado; incentivando a los futuros profesionales de la rehabilitación a desempeñarse en el área de discapacidad y deportes adaptados. Apunta a facilitar con estos resultados la difusión de los beneficios de la práctica del deporte adaptado, no sólo en las instituciones de salud o gimnasios especializados, sino en los espacios formales, a los que acceden las personas sin discapacidad. Con respecto a la población estudiada, las conclusiones, les aportan conocimiento sobre la importancia de la pertenencia a los grupos deportivos y a su práctica como incentivo de reinserción en grupos de pares, de motivación personal, de optimización de la habilidad motriz, como fortalecimiento de la autoconfianza mejorando la independencia y las relaciones vínculo afectivas, efectuando mejoras en su calidad de vida. Asimismo, nos permitió conocer los beneficios de su práctica a nivel recreativo y competitivo así como eventuales riesgos asociados a la misma y operar en su prevención. Entre otras aplicaciones posibles espera aportar información útil en la orientación de diseños en políticas públicas de discapacidad contemplando el deporte adaptado como estrategia de inclusión social, como herramienta de equiparación de oportunidades, sumando conocimiento al proceso de construcción

de una sociedad inclusiva, capaz de enriquecerse con la diversidad, involucrando además a las organizaciones e instituciones de salud.

...."La discapacidad ya no se considera la mera consecuencia de una deficiencia. El modelo social de la discapacidad ha agudizado la conciencia de que las barreras a la participación son causas muy importantes de discapacidad..." La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, 2001 (CIF)⁶. Esta incluye las estructuras y funciones del organismo, pero se centra también en las «actividades» y la «participación» tanto desde el punto de vista del individuo como del de la sociedad. Considera además, cinco factores ambientales que pueden limitar las actividades o restringir la participación: los productos y la tecnología, el medio natural y las modificaciones que el ser humano le ha hecho, el apoyo y las relaciones, las actitudes, y los servicios, sistemas y políticas. Ningún país ha suprimido todas las barreras ambientales que contribuyen a la discapacidad. .." (OMS 2005)⁷

⁶ CIF Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud es el instrumento de la OMS para definir y clasificar la discapacidad La versión al español ha sido realizada gracias al trabajo conjunto de los miembros de la "Red de Habla Hispana en Discapacidad" (RHHD), impulsada por la OMS, de la "Red de Discapacidad y Rehabilitación de América Latina y el Caribe", y de la "Red Española para la Clasificación y Evaluación de la Discapacidad" (RECEDIS) promovida por el Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO, España).

⁷ OMS http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9243592386_spa.pdf

II. Planteamiento del problema

II.1. Formulación de la pregunta de investigación

La pregunta realizada fue:

¿Cuál es el efecto percibido, por las personas con discapacidad física en su esfera biopsicosocial a partir de la práctica del deporte adaptado?

Se interrelacionaron las siguientes preguntas:

¿Cuál es el beneficio en términos de su autoestima?

¿Cuál es el beneficio posible en su vida de relación social?

¿La práctica del deporte adaptado fue un factor que aportó a su autonomía?

¿Pertener a un equipo donde los integrantes poseen discapacidades similares, potenció su confianza para validarse por sí mismo?

¿Con la práctica, ha mejorado su habilidad motriz, ha favorecido su postura, ha aliviado sus dolores?

¿La práctica del deporte adaptado le generó algún efecto no deseado?

¿Cuál es la razón por la que eligen un deporte adaptado en particular? ¿Esta elección está relacionada con la práctica del mismo antes de la discapacidad?

¿El deporte colaboró en su inclusión social?

II.2. Objetivos

II.2.1. Objetivo general.

- * Analizar los beneficios que percibe la persona con discapacidad física con la práctica del *deporte adaptado* en términos del impacto percibido por éste en su esfera social, cultural, psíquica y motivacional.

II.2 k.2. Objetivos específicos

- * Identificar los beneficios reconocidos o percibidos por las personas con discapacidad física en silla de ruedas en el deporte practicado (los deportes quadrugby, tenis de mesa, natación, básquet)
- * Identificar si la práctica del deporte le generó efectos no deseados.
- * Identificar los beneficios reconocidos por los profesores de educación física, con respecto a la persona con discapacidad física, a cargo de cada equipo deportivo
- * Identificar los beneficios reconocidos o percibidos por las personas con discapacidad física en silla de ruedas diferenciándolos por tipo de patología (espina bífida, lesión medular, amputaciones, poliomielitis) en el deporte practicado.
- * Identificar los motivos de elección por los que las personas con discapacidad física optaron por practicar esa disciplina deportiva
- * Identificar la adhesión, grado de compromiso con el deporte, comparando a las personas con discapacidad física que fueron deportistas antes de la discapacidad con los que no (sólo para discapacidad adquirida)

III. Marco Teórico

III.1. Problemática de la discapacidad y el deporte como estrategia de supervivencia

Uno de los principales problemas asociados a la discapacidad es el aislamiento social derivado de la encarnación de una hexis no legítima (Bourdieu, 2000), inconveniente que afecta especialmente a las personas con discapacidad física en las cuales el atributo estigmatizador (Goffman, 2001) resulta del orden de lo "evidente" y natural: la portación de una silla de ruedas, muletas, bastones o la exhibición de un muñón traducen una presunta anormalidad a partir de la cual la persona es reducida, por medio de la ideología de la normalidad, al plano de lo "abyecto" (Rosato et al, 2009). Esta situación a nivel subjetivo se agrava aún más cuando la discapacidad es adquirida ya que en un contexto histórico en el cual la misma es connotada como una tragedia médica individual (Oliver, 2000). Sea cual fuere su origen las personas con discapacidad física deben lidiar a diario con las barreras de accesibilidad, desde las arquitectónicas hasta las que se impone él mismo. Debe volver a sentirse digno, poder reinsertarse laboralmente generando ingresos, conducir un automóvil, cuidar de sí mismo retomando el control de su propia vida, aprender a prescindir de la comodidad y de la sobreprotección de parte de la familia, y él mismo determinar que recursos y ayuda necesita. Las personas con discapacidad física son parte de la población que denominamos "vulnerable", mientras que ellos se autodefinen como "rengos" Rengo es la categoría a través de la cual las personas con discapacidad física que transitan el espacio del deporte se autodefinen y que fue creada y promovida por el uso de las muletas y bastones canadienses derivado de las secuelas de poliomielitis⁸, pero también, como modo de descargar el enojo que les producía ser descalificados a través de la mirada penosa o miedosa de los "sanos". El deporte también se convierte entonces en un modo de acceso a estrategias de supervivencia conocidas a partir de la llegada al campo deportivo. Las mismas incluyen desde el ejercicio de los beneficios secundarios garantizados por las leyes de protección a las personas con discapacidad (certificado, pase libre, pensión), al acceso a una red social que hace posible ganancias en capital social, y en capital económico, (por ejemplo: el COPAR (Comité Paralímpico) beca a los atletas de los seleccionados ó los clubes de básquet que ofrecen a sus jugadores pequeñas ayudas en dinero), como así también la posibilidad de acceder al circuito internacional del básquet en Europa y vivir del deporte con sueldos dignos, vivienda, auto y comida paga.

Específicamente, para poder "jugar" un deporte en silla de ruedas el requerimiento es "tener" una discapacidad física.

⁸ En Argentina las epidemias de poliomielitis entre los años 1950/60 propiciaron las condiciones sociales e históricas para el surgimiento y desarrollo de este campo

III.2. Orígenes del Deporte adaptado

El siglo pasado ha marcado las actuaciones de los países como responsables de la salud del planeta. La mayor pandemia registrada, fue la originada por la llamada "gripe española" en 1918. Aquellos 50 millones de muertos en menos de cinco años sólo son comparables con plagas como las de la peste de la Edad Media, pero entonces no existían organizaciones, ni Ministerios de Salud que pudieran enfrentarlas. Esta pandemia mató cinco veces más personas en el mundo, que la primera guerra mundial, pero las secuelas físicas y posterior estado de "invalidez"⁹ en los sobrevivientes, de la primera y de la segunda guerra mundial, obligaron a los estados a llevar a cabo políticas sanitarias, pensadas para los "lisiados" .

Así, el deporte adaptado, comienza a esbozarse espontáneamente en pequeños grupos de ex combatientes con discapacidad, como actividad de esparcimiento, finalizada la primera guerra. Pero toma impulso por la misma causa, generada esta vez por la gran cantidad de contendientes "lisiados", por la segunda guerra mundial, dejando en los países involucrados, un alto porcentaje de personas activas inhabilitadas para el trabajo (Cibeira, 1997), pos guerra. De esta manera, la sociedad adopta una nueva mirada de la discapacidad, proponiéndose integrarlos a través del desarrollo de su potencial remanente. El Reino Unido convoca entonces, en 1944 al Dr. Ludwig Guttman, para dirigir el Centro Nacional de Lesionados Medulares de Stoke Mandeville, destinado a rehabilitar a "veteranos discapacitados" por la guerra (IPC, s.d.; Vanlandewijck, Thompson, 2011), él comienza a aplicar "el deporte "como terapia de rehabilitación lúdica", complementaria al tratamiento médico, a los héroes que habían dado su vida por la nación, ya que no podían ser considerados enfermos o portadores de un castigo y ser abandonados (Pérez de Lara, 2001), tal como lo habían hecho hasta ese momento.

Sir¹⁰ Guttman, luego de aplicar el deporte en el hospital inglés de la ciudad Stoke Mandeville y evidenciar efectos positivos en su autoestima, organizó en 1948, los primeros juegos deportivos para personas con discapacidad en esta ciudad. La primera olimpiada para "lisiados", se desarrolló en el año 1960 en Roma. Unos años más tarde, en 1976 en Toronto, se sumarían atletas con otros tipos de discapacidades con la idea de competir todos juntos.

El primer subcomité paralímpico se conformó en 1970 bajo la entonces figura de International Stoke Mandeville Games Federation (ahora ISMWSF) y solo se responsabilizaba de los atletas en silla de ruedas.

⁹ Los términos invalidez, inválido, lisiado, discapacitado, poliomiélticos, se utilizan solo a los fines de exponer como eran nombradas y citadas por los diferentes autores, las personas con discapacidad, a principios y mediados del siglo pasado. Modificar estos términos así como fueron citados, no permitiría conocer como eran percibidos los integrantes de este colectivo por la sociedad. En el transcurso de los contenidos del marco teórico, se evidenciará la evolución en las formas de referirse a las personas con discapacidad, no relacionando de ésta manera, la discapacidad con enfermedad discapacitante.

¹⁰ El Dr. Guttman, fue condecorado por su labor, con el título de Sir (caballero), por la reina Isabel de Inglaterra.

Actualmente los Juegos Paralímpicos son eventos deportivos de elite, y el énfasis está puesto en los logros y potenciales más que en la discapacidad, se realizan siempre en el mismo año que los Juegos Olímpicos, cada cuatro años y desde Seúl '88 en la misma ciudad.

III.3. El deporte adaptado como herramienta de esperanza

En la primera mitad del siglo XX, la poliomielitis afectó a millones de personas en América y Europa. En Argentina, al igual que en el resto del mundo, poco es lo que se conocía sobre su etiología y las vías de contagio. La diferencia que radicaba con esta epidemia en relación a otras, es que afectaba mayormente a niños y a personas de todos los sectores sociales, y su existencia no estaba relacionada con la falta de higiene y pobreza. La discapacidad física que generaba significaba un estigma que preocupó a la sociedad y comenzó a tener consideración en los sectores políticos, colocando a esta epidemia y su resolución en las agendas políticas del gobierno de entonces.

El país ya contaba en ese entonces con pacientes portadores de secuelas de la poliomielitis, por los brotes anteriores, sucedidos en 1942, y 1943, en ese momento denominado mal de Heine Medin¹¹. Por la voluntad de un grupo menor de pacientes, del Dr. Marcelo J. Fitte atendidos en el servicio de parálisis Infantil del Hospital de niños de la Ciudad de Buenos Aires, se crea el 14 de octubre de 1950, el Club Marcelo J. Fitte Pro-Ayuda al Afectado de Parálisis Infantil, con el fin de:

.. "Propender a una constante superación física, moral y espiritual, fomentando un renovado interés por el trabajo, el estudio, la capacitación y por toda actividad útil y de bien común, como asimismo, establecer el más amplio contacto con todas las manifestaciones de artes, ciencias y conocimientos que contribuyan a formar una buena cultura general, una mente sana, y un espíritu noble y elevado" .. (Club Marcelo J. Fitte, 1950, p.1).

De esta manera, el desarrollo del deporte adaptado, en Argentina, fue impulsado por los brotes de poliomielitis en Buenos Aires, (entre los años 1940 y 1950), como estrategia de abordaje de la discapacidad, fomentando su inclusión, ya que, hasta la creación de la Comisión Nacional Permanente para la Rehabilitación de los Lisiados, en adelante CONAREL, en 1956, las personas con discapacidad vivían alejadas de la sociedad, sin obligaciones ni derechos: "Hasta entonces, los

¹¹ Denominación histórica dada a la enfermedad infecciosa, epidémica y contagiosa debida al virus (polio virus) descubierto en 1909 por Landsteiner y Popper y cuyas formas esporádicas, las más antiguamente conocidas, se designan con el termino clínico de parálisis espinal infantil y el término anatómico de poliomielitis anterior aguda. Afecta especialmente a los niños. Se distinguen: La parálisis espinal infantil (Heine), Las formas epidémicas de la poliomielitis (Cordier, Medin), caracterizadas por la difusión del virus a las meninges, a toda la medula, al propio bulbo e incluso al cerebro, lo que explica el polimorfismo clínico y la gravedad de estas formas, cuyas secuelas son menos importantes que en las formas infantiles y las Formas nerviosas no paralíticas, meníngeas, benignas.

“poliomielíticos” vegetaban en un mundo oscuro y triste, alejados de la sociedad. Esta no les exigía obligaciones, pero tampoco les otorgaba derechos” (Bodmer 1958 p.21). Esto obedecía a una ausencia de política de estado para responder a los problemas sociales de los afectados por la poliomielitis.

III.4. Evolución del tratamiento de la Discapacidad en Buenos Aires, relacionado con los diferentes movimientos políticos

Antes de crearse la CONAREL¹², el tratamiento de las secuelas de poliomielitis entre las décadas de 1930 y mediados de 1950, quedaba en manos de las organizaciones filantrópicas, en cátedras universitarias y en los hospitales, el desconocimiento de la enfermedad generaba incertidumbre a nivel nacional y carecía de una política de estado orientada a tal fin (Ramacciotti, 2006; Cibeira, 2006). La solución a esta epidemia llegaría en 1955, con el desarrollo de la vacuna Salk y luego en 1960 con la aprobación de la vacuna Sabin (Oshinsky, 2005). Lejos quedarían las prácticas utilizadas para paliar el miedo, como el alcanfor en la ropa, los árboles y cordones pintados con cal, y el exilio de los niños al campo (Daniela Testa, 2011).

Desde el sector sanitario, el tratamiento se ofrecía desde el Hospital de Niños y en instituciones religiosas y de la sociedad civil. Dos de las más destacadas fueron la Asociación Ayuda y Orientación al Inválido en adelante AOI¹³ y la Asociación Lucha contra la Parálisis Infantil, en adelante ALPI, fundada en 1943 por un grupo de padres de personas afectadas, quienes crean diversas sedes a lo largo del país y que poseía el asesoramiento médico del doctor Fitte (D. Testa, 2011)

El problema que generaba la discapacidad era concebido diferente desde estas instituciones. En la AOI, se buscaba fomentar la orientación vocacional y laboral, y reparar el problema desde una “ortopedia social”, el carácter médico social del “inválido”, era su exclusión del mercado laboral a futuro y la “rectificación” de sus cuerpos para que sean personas útiles (Ramacciotti, 2006). La respuesta estaba basada en la concepción médica social, donde había que transformar al “lisiado improductivo” en persona “útil para la sociedad” con un notable “sesgo caritativo” (Carrillo 1946, Gamboa 1946, Fitte, 1946). El plan sintético de Salud pública (1952-1958) del Ministro Carrillo y

¹² La CONAREL fue creada en mayo de 1956, a través del Decreto No 5.433/56 y Decreto ley No 9.276/56 por el gobierno de facto de Aramburu con el fin de “formular y aplicar un programa de rehabilitación a nivel nacional” (Cibeira, 1997: 59) y toma sede física en las instalaciones de la ex Fundación Eva Perón- Ciudad Estudiantil “Presidente Perón” y la Ciudad Infantil Amanda Allen. (Fundación Histórica Eva Perón, 2011) Este espacio, debido a la importancia que adquirió el deporte dentro de la doctrina peronista, contaba con excelentes instalaciones deportivas.

¹³ La AOI fue un centro de orientación vocacional y laboral, creado en 1937 por el profesor José M. Jorge, cirujano de la Cuarta Cátedra de Clínica Quirúrgica del Hospital Durand

los documentos que conformaron la Primera Conferencia Argentina de Ayuda y Orientación al Inválido (1943) y su segunda edición (en 1946) refieren y sustentan esta mirada.

Según Daniela Testa, (2011) en ALPI y en el Hospital de niños, el tratamiento llevado a cabo por el doctor Fitte era estrictamente bio-médico y estaba basado en el "tratamiento ortopédico precoz". El mismo consistía en "la intervención temprana del ortopedista, desde la fase aguda, la utilización de aparatos ortopédicos, las cirugías correctivas, la reeducación muscular y los masajes (en mesa o en el agua), la constante vigilancia de las posiciones adecuadas del cuerpo y el seguimiento de la evolución del paciente, que se realizaría en el hogar"

Los pacientes pasaban largos períodos de internación en el Hospital y luego eran derivados a ALPI. En este proceso, se evidencia un denominador común entre los creadores del campo del deporte adaptado, es haber encarnado una medicalización del cuerpo: la figura de los tutores, utilizados para rectificar los miembros y "normalizar" el andar, constituyen una buena ilustración de la "vigilancia epidemiológica" que el saber experto de la época y, con el fuerte apoyo de ALPI (Testa, 2011) ejercería sobre el niño a "corregir" y sobre su familia, entendida como responsable moral de la salud del mismo (Foucault, 2007). Según los pacientes atendidos por el Dr. Fitte, luego de la internación se les prescribía el deporte en la calle, como una estrategia mas de rehabilitación, apostando a su integración con otras "medicinas", pero al no existir una articulación de terapias concretas como complemento del tratamiento médico a la discapacidad, esta era entendida como un problema médico individual.

En Argentina, no estaba claro, aún, cuales eran las responsabilidades que tenía que asumir la sociedad civil y el estado. En el Symposium Internacional sobre Poliomiélitis de 1956¹⁴ el Ministro de Salud, Francisco Ramírez definió que el Estado, las organizaciones de la sociedad civil y los individuos serían socios en la responsabilidad de enfrentar la epidemia y asumir el problema de las secuelas de la enfermedad en los individuos.

"El largo y penoso camino de la rehabilitación no puede ni debe ser la responsabilidad ni la obra de un gobierno. Cada ciudadano tiene una responsabilidad y una oportunidad en la lucha frente a la epidemia y sus consecuencias. El pueblo que apoya generosamente con su dinero y su cooperación es un factor incuestionable del éxito. Ningún gobierno por más recursos que posea resulta eficiente"¹⁴.

La CONAREL, creada ad hoc en plena epidemia de poliomiélitis, argumentaba la posición asumida por el ministro Ramírez y retomaba algunos de los históricos reclamos y debates en torno a las

¹⁴ El Symposium se realizó en el marco de las VII Jornadas de Pediatría, en Embalse de Río Tercero (Córdoba), el 16 de abril de 1956.

personas "inválidas". Permitiría una nueva forma de entender desde la medicina, ya en boga en Estados Unidos y Europa, el enfoque de la rehabilitación.

Entendida como la tercera fase de la medicina, la rehabilitación era definida como un "método sistemático y organizado por el cual las capacidades mentales, físicas y vocacionales de un individuo eran desarrolladas al máximo posible, con el fin de que pudieran ser útiles y productivos a la sociedad".

"La rehabilitación de parálíticos opera milagros..."

"... ex lisiados se transforman en ases de natación, tenis y levantamiento de pesas, a condición de empezar enseñada la práctica deportiva"¹⁵.

Así expresaban los titulares del periódico La Razón, el 20 de marzo de 1956, la puesta en marcha del plan de rehabilitación para las personas afectadas por poliomielitis, asignándole financiamiento y una comisión de médicos que lideraran la intervención, con el objetivo de generar campeones¹⁶.

Viendo como eran percibidos por la sociedad, los miembros fundadores del Club Fitte (se autodenominaban dinosaurios), reclaman como querían ser tratados socialmente, entablan una "lucha moral" a través de la cual se mostraría, al "lisiado" y a la sociedad, "que el afectado de polio podía no solamente ser útil a él mismo sino, y lo que es más, podía convertirse en un elemento útil a la sociedad misma". Reclaman que "no querían ser vistos como enfermos", y que "ningún lisiado debe entregarse a la inactividad ni a la indolencia".

.. "Aclaremos que no deseamos protección ni amparo, ni subvenciones pasivas que nada solucionan en el fondo, y sí buscamos, en cambio, la adopción de medidas activas que favorezcan nuestra rehabilitación absolutamente integral y que se posibilite nuestro derecho a trabajar, estudiar y capacitarnos como ciudadanos" .. (Adelante..., 1958, p.2)

Entonces, la respuesta a este problema se encontró impulsada por el gobierno de facto, con la CONAREL como una herramienta para atender a la recuperación de las personas afectadas con secuelas irreversibles y con la intención de aspirar a un programa nacional de rehabilitación. Se constituyó como un ente autárquico y descentralizado, por medio del Decreto Ley N° 9276 dictado el 23 de marzo de 1956. Su objetivo era conformarse como la primera estructura estatal de carácter mixto del país, en respuesta a este problema social, ya que hasta ese momento, estaba en manos de organizaciones privadas. De esta manera conformaron un espacio de gestión política

¹⁵ Diario La Razón, el 20 de marzo de 1956

¹⁶ Diario La Razón, 20 de marzo de 1956.

compartido “en íntima colaboración con las entidades privadas”. Así, se expresaba la intención de conllevar la responsabilidad de la carga social de las personas denominadas en ese momento, los “inválidos”, viejo problema puesto en evidencia por el brote de poliomielitis de 1956.¹⁷

El objetivo del plan era que “comprendiera la atención de la poliomielitis, espásticos, accidentados y otro tipo de invalideces”. Asimismo contemplaba la organización, puesta en marcha y sostenimiento de establecimientos y servicios asistenciales de rehabilitación; la constitución de comités provinciales; la capacitación de personal; el asesoramiento técnico y administrativo y la producción de datos estadísticos¹⁸.

Uno de los logros mas visibles de esta comisión fue la creación de un instituto médico especializado en rehabilitación. El presidente de facto, anunció que las dependencias que utilizaría este centro serían, las ex Ciudad Infantil y Ciudad Estudiantil de la Fundación Eva Perón¹⁹, ubicadas entre las calles Echeverría, Ramsay, Húsares y Olazábal, en la CABA, y fueron puestas a disposición de la CONAREL para facilitar la celeridad de las concreciones institucionales más urgentes. Estas dependencias según Ballent, (2009) tenían una fuerte carga simbólica y política en el gobierno peronista, por la política de acción social llevada a cabo por Eva Perón, el presidente de facto sostenía que ellas “[...] serán reacondicionadas para las importantes tareas que allí se cumplirán”²⁰, con esta designación, intentó distanciarse de la construcción realizada por el peronismo en esos tiempos.²¹

La rapidez con la que se desarrollaba la epidemia, obligó a utilizar prontamente éstas instalaciones. La ex ciudad infantil, se utilizó enteramente para el Instituto de Rehabilitación del Lisiado (IREL) y en la juvenil se distribuyeron los “chalets” entre los dos Hogares para Becados, la sede administrativa de la CONAREL, la Escuela de Terapia Ocupacional, la Escuela de Ortesis y

¹⁷ Los autores visibles de la iniciativa: el Dr. Francisco Martínez, ministro de Salud Pública y Asistencia Social, y Francisco de Elizalde, subsecretario de Salud Pública y Asistencia Social.

¹⁸ Algunos médicos destacados que integraron en diferentes momentos esta Comisión fueron Carlos Ottolenghi, Oscar Marottoli, Nicanor Costa Méndez, Jorge Alcorta, Heriberto Dietl. Véase José Cibeira. “Aspectos históricos del Instituto de Rehabilitación del Lisiado. Visión de su primer director”. Boletín del Departamento de Docencia e Investigación del Instituto de Rehabilitación del Lisiado. N° Aniversario1956-2006. Vol. 10, N° 2, octubre 2006, pp. 3-19.

¹⁹ La Ciudad Infantil se construyó en 1949 y estaba dirigida a niños pobres y/o huérfanos en edad preescolar, que allí recibían educación, alimentación, cuidados médicos y recreación. Constaba de un sector principal que agrupaba el hogar-escuela, las dependencias administrativas, el comedor y los consultorios; y de otro sector que constituía una ciudad liliputiense donde los niños aprenderían a transformarse en ciudadanos simulando la vida en sociedad en una ciudad a pequeña escala (había una iglesia, un banco, una escuela, la municipalidad, la plaza). La Ciudad estudiantil. Reproducía ambientes para favorecer el sentimiento y las responsabilidades ciudadanas. (Anahí Ballent, 2009)

²⁰ Crítica, 14 de marzo de 1956. Nota: “Sugiere la Doctora Wright que los Aportes se Destinen a Rehabilitar Enfermos”. Sección Notas Varias, p. 3

²¹ Anahí Ballent (2009: 170)

Prótesis, los Talleres de Ortesis y otras dependencias de la Comisión (D. Testa, 2011)

De esta manera, el estado, quedó encapsulado dentro de las conquistas de esta comisión, y apeló a las políticas de incentivo y otorgamiento de subsidios, dejando a un lado “la preocupación por garantizar la equidad y el acceso a los derechos sociales, culturales y económicos de las personas con discapacidad, que quedaron a merced de las capacidades e intereses desarrollados desde la sociedad civil”, (Daniela Testa, 2011). Esta comisión se denominó en 1969 Servicio Nacional de Rehabilitación, dependiente del Ministerio de salud de la Nación, de naturaleza descentralizada hasta la actualidad.

Mientras tanto el deporte adaptado encontró en el Club Marcelo Fitte - pro Superación del Lisiado²², las instalaciones necesarias para su desarrollo, bajo el lema “crear, auspiciar, apoyar y fomentar actividades útiles, recreativas, deportivas, culturales de interés social, etc. en beneficio de los lisiados y con participación de los mismos” (Club Marcelo J. Fitte, 1950, p.5)²³ siendo una delegación de este club, la primera en 1957, en competir en los Juegos Anuales que se desarrollaban en el Centro Nacional de Lesiones Medulares del Hospital Stoke Mandeville (Inglaterra), mencionados anteriormente.

III.5. Evolución del deporte adaptado de la mano de la poliomiélitis

La creación de la CONAREL, y las instalaciones destinadas a la rehabilitación del lisiado (en 1956 se fundan dos centros médicos: el Instituto de Rehabilitación del Lisiado (IREL) y el Centro Nacional de Rehabilitación Respiratoria “María Ferrer”, la escuela de Terapia Ocupacional y Ortesis y Prótesis), dieron espacio e impulsaron el desarrollo de la especialidad médica denominada

²² Este club (Denominado hasta 1958 “Pro ayuda al afectado a la parálisis infantil”) había sido fundado el 14 de octubre de 1950 por un grupo de personas afectadas por poliomiélitis durante la epidemia de 1942, con el fin de facilitar el “acercamiento y la comunicación entre el lisiado y la comunidad” y favorecer las metas de superación física, mental y espiritual entre los asociados (que, para formar parte de él, debían ser personas con discapacidad). Una de las motivaciones principales del Club era expresar su reacción ante las concepciones miserabilistas y caritativas de la época, “para que la sociedad comprenda que el lisiado no es un ser pasivo que sólo podía recibir, sepa que también puede dar y crear, como cualquier ciudadano”. La mayoría de los miembros fundadores del Club eran de clase media. Sin embargo, lejos de existir una completa homogeneidad de clase, también existían entre los miembros del club, en menor proporción, personas de condición de clase alta (que habían realizado tratamientos de rehabilitación en el exterior y con padres con estudios superiores completos) y que completaron estudios universitarios y clase baja (algunos de ellos hijos de campesinos, abandonados en la sala del hospital de niños a causa de la discapacidad). A partir de la participación en el Club accederían al trabajo y lograrían tener trayectorias sociales ascendentes (Crítica, 1950).

²³ Esta actividad pudo concretarse seis años más tarde de su creación, por las dificultades de los deportistas para ser aceptados por su condición de discapacidad, por carecer de los elementos necesarios para la práctica del deporte y al no contar aún con la sede física.

“Fisiatría” traída al país unos años después por el Dr. José Cibeira, y a carreras auxiliares de la misma.

Según Bregain, (2010) se destinó presupuesto en forma de becas, para la formación en el exterior de los profesionales, y su vez, se contrató a profesores del exterior especializados para perfeccionamiento. Unas terapistas ocupacionales inglesas, dirigidas por Miss Mónica Martin Jones, son las que informan y difunden a las autoridades de la CONAREL, la propuesta del Doctor Ludwig Guttman, y la estrategia del deporte para cumplir con la “rehabilitación social de los lisiados”. El director junto a estas profesionales, citan al Profesor de Educación Física Adolfo de Mogilevsky²⁴, para que comenzara a desarrollar la practica de básquet en silla de ruedas con un pequeño grupo de internos de dicha institución afectados por el brote de 1956 (Mogilevsky, 1958). A éste grupo, se le suman los miembros del Club Marcelo J. Fitte, que ya habían solicitado a la comisión, el uso de las instalaciones deportivas, por no tener posibilidades de desarrollarlo en su club. Las instalaciones contaban “con dos piletas de natación, dos canchas de basquetbol, una abierta y otra cerrada, que era utilizada como gimnasio, y una cancha de futbol reglamentaria” (Cibeira, 1997, p.181). A partir de la practica del básquet en silla de ruedas, el profesor Mogilevsky solicita los reglamentos y consulta al Reino Unido, “solicitando la posibilidad de que un equipo argentino de afectados participara en dicha justa” (Bodmer, 1958, p.23). El doctor Ludwig Guttman: envía la invitación respondiendo: “concurran con afectados aunque no hayan tenido experiencia anterior en deportes. No se trata aquí de conquistar un trofeo, lo importante es concurrir y competir” (Bodmer, 1958, p.23), se movilizan los recursos para asistir a Inglaterra en 1957. Con efectos de “adiestramiento y formación de los diversos equipos” (CONAREL, 1959, p.29) se crea una Comisión Especial con representación del Club Marcelo J. Fitte, ALPI, Asociación Cooperadora Instituto de Rehabilitación del Lisiado en adelante ACIR y la CONAREL. Contando con apoyo de estas entidades, y la donación de los 12 pasajes por parte de la Flota Argentina de Navegación de Ultramar, el equipo viaja junto al profesor Adolfo Mogilevsky a Inglaterra en 1957 a bordo del Vapor Argentina (Mogilevsky, 1967).

Este viaje significó el puntapié inicial para el desarrollo del campo del deporte adaptado, y traería a las personas “lisiadas” el reconocimiento a sus capacidades, la revista del club Fitte, los valoriza socialmente, rescatando “intacto el intelecto y firme la voluntad”, dentro de un cuerpo viril y apto..

.. “ Allí vivimos un mundo nuevo. Allí aprendimos cuan pequeña es una afección cuando ella interesa solo al cuerpo. Que funcionando el intelecto, intacta la mente y firme la voluntad, se sobrepone el ser a todas, absolutamente a todas las llamadas incapacidades físicas. Y sin ninguna

²⁴ El profesor de Educación Física y Kinesiólogo Adolfo de Mogilevsky, era reconocido por su labor como profesor y preparador físico, en diferentes clubes de fútbol y como Kinesiólogo del Irel.

desventaja se acometen las mayores empresas y se obtiene satisfacción de nuestro paso por la vida” (Club Marcelo J. Fitte, 1957: 10).

Esta experiencia, y las siguientes participaciones internacionales, adquieren una gran repercusión mediática, la presencia argentina se recrea en los medios radiales y televisivos, emocionando con sus experiencias, vinculando a los “lisiados” con las palabras “bellos”, “fuertes”, “valientes”, “atletas”. A partir de Stoke Mandeville, ser deportista tendría otro status, para jugar era necesario ser “lisiado”, el privilegio permitía acceder a viajes, mujeres, reconocimiento, buenos trabajos, mejor trato, se le brindaban posibilidades desde el estado, entonces la discapacidad no era un problema. El “lisiado” podía superar su afección y superarse.

III.6. La institucionalización del deporte

El avance de la Rehabilitación era inminente y se termina de legitimar y fortalecer con la llegada al país en 1959 de Benito Cibeira²⁵, (fundador de la medicina física y rehabilitación a nivel hispano, es nombrado Director del Irel y promueve el desarrollo del deporte en el espacio del IREL y la CONAREL), participando como médico de la delegación argentina en los viajes realizados a Stoke Mandeville y a las primeras Paralimpiadas. Las exigencias de la competición a nivel internacional, a partir de Stoke Mandeville, favorecerán la institucionalización del deporte. El avance del mismo, propicia la creación de un Comité Internacional de los Juegos Deportivos Stoke Mandeville sobre silla de ruedas, destinado a aprobar y autorizar la realización de los Juegos Olímpicos en diferentes países, Argentina fue llamada a formar parte de ese organismo. El doctor Antonio Lococo, asume la representatividad y crea un Comité Médico Internacional, (del cual el Cibeira era miembro, además de ser el responsable de la Delegación Argentina del Comité Paralímpico, y el clasificador de los pacientes internos y externos del INRL, para el deporte.) la Asociación Cooperadora del Instituto de Rehabilitación del Lisiado, crea el Departamento de Deportes y Recreación (Ramírez, 1971), y pone a cargo de la delegación argentina al profesor de educación física Héctor Ramírez.²⁶ La Fisiatría conservaría el monopolio para definir, la discapacidad, las posibilidades laborales, la rehabilitación a partir de las capacidades remanentes con el fin de restaurar al máximo sus

²⁵ Cibeira, era un médico egresado del Board Americano de Rehabilitación, y su concepción de la discapacidad coincidía con la de Guttmann, entendiéndola como secuela y no como tragedia médica individual

²⁶ Poco a poco, la participación de los miembros fundadores del campo se encausa al rol de usuario, canalizando la mirada experta del doctor Cibeira y su delegado, el profesor Ramírez. Los fundadores delegarían en el saber médico la hegemonía para definir qué es ser discapacitado a partir de relaciones de afecto establecidas con estos expertos. Dichas relaciones fueron propiciadas por la convivencia en viajes y en la cotidianeidad: el doctor Cibeira vivió por espacio de treinta años junto a su familia arriba de la cancha donde se entrenaba básquet, esto haría posible que el médico se convirtiera en un “amigo” más de los fundadores. (Ferrante, 2011)

aptitudes físicas, sociales, psicológicas, laborales y creativas y la clasificación deportiva (Ferrante, 2011), los lisiados no intervenían en este proceso de evaluación, ni a las decisiones sobre la práctica deportiva que “con supervisión estricta ... debe ser ejecutada por el profesor de educación física en las áreas deportivas” (Cibeira, 1997, p.183). Según Cibeira, el fin del deporte era lograr la “rehabilitación social de la persona con discapacidad”. Esta postura provocará en 1961, el “corrimiento” de Mogilevsky²⁷, quien finalmente se trasladará con los bienes del Club Marcelo Fitte al Centro Nacional de Alto Rendimiento Deportivo (Cenard)²⁸ Los fundadores, no siguen a Mogilevsky, su argumento se basaba en que en la CONAREL, estaban “todos”, funcionaba como un club, una peña donde se tocaba la guitarra, se generaban salidas de fin de semana, junto a los profesionales que los atendían. Es decir, la CONAREL, para los usuarios fundadores, se había transformado en su “segundo hogar”. Los fundadores consagran de esta manera a “Pocho” Ramírez en representante del deporte adaptado y de los “rengos” (Ferrante, 2011). El, según los pioneros, compartía una mirada que percibía a la discapacidad como cuestión social, por ser “lisiado” aspecto no presente, según ellos, en Mogilevsky. Así, los fundadores, prescriben que “Pocho” asuma la esencia que le es conferida como legítimo definidor de qué es ser un “atleta lisiado”. Esto le da tranquilidad al grupo sobre su legitimidad y “sobre su propia existencia como grupo consagrado y capaz de consagrar” (Bourdieu, 1999, p.321). El lema de Ramírez, (1971) rezaba: “vales por lo que haces y no por lo que eres”

Para acceder al campo del deporte, los requisitos mínimos que debía cumplir un “lisiado” para poder ser deportista²⁹ eran: “trabajo, educación y deporte”. Estos principios estaban en íntima relación con las políticas sociales de la CONAREL: en 1962 se había inaugurado el Centro de Rehabilitación Profesional de ACIR. (Allí, se dictaba la enseñanza de variados oficios a las personas con discapacidad: carpintería, zapatería, tornería, ebanistería (etc.) (Cibeira, 1997)). Posteriormente, en 1968, ACIR crea un Hogar Escuela (Cibeira, 1997). A estos escenarios asistían “lisiados” de clase social baja y del interior del país (Bregain, 2012). Las disposiciones exigidas para ser deportista eran aquellas asociadas al “buen ciudadano”: solo podían viajar representando al país, aquellos “discapacitados” que trabajaban y/o estudiaban. Es decir, el atleta era aquél que

²⁷ Puede inferirse, un distanciamiento del Kinesiólogo. Mogilevsky, por la subordinación propuesta desde el modelo hegemónico médico, a cargo del Dr. Cibeira, en la propuesta deportiva, dada la compleja relación por la superposición de incumbencias que poseían la formación de los kinesiólogos y médicos fisiatras de esa época, esta última dio giros en su especialidad, abarcando las disciplinas que aplicaban estímulos físicos con fines de investigación, prevención, diagnóstico y tratamiento.

²⁸ Esto genera una desunión de los miembros del Club Fitte y, en 1962, se forman dos clubes de básquet: Acir, dirigido por Ramírez, y Fitte, dirigido por Mogilevsky. La mayoría de los miembros fundadores del campo pasan a conformar Acir, junto a algunos internados del Instituto de Rehabilitación del Lisiado

²⁹ Principios enunciados en el lema de Acir en los segundos juegos panamericanos sobre silla de ruedas, celebrados en 1969 en la Ciudad de Buenos Aires

tuviese aptitudes físicas valoradas y que estuviese integrado a la sociedad, a través del trabajo o el estudio. El espíritu deportivo, se remarcaba por el amateurismo y por el fair play subyacente a esta propuesta. Esta institucionalización provocó luchas entre los grupos que ponían en duda la legitimización de Cibeira, Ramírez y el ACIR. La forma en que se elegían a los deportistas para disputar los juegos, sumados a la tensión que generaba la administración sobre los recursos de la ACIR, da lugar a la creación en 1969 de la Federación de Deporte en Silla de Ruedas (FADESIR) para dar cierre a este problema.

Relato de una ex deportista, con secuela de poliomielitis, de su experiencia en un torneo paralímpico (entrevista completa en anexo 2)

...“Vos sabés que en ese momento no lo valoraba tanto, como la valoro ahora a la Medalla Paraolímpica. En ese momento, una medalla, y capaz protesté porque no teníamos la de plata o la de oro. Ahora con lo que cuesta, con lo que veo... A partir de ese año el básquet femenino nunca logró más nada. Es más, se disolvió. Los varones tampoco. Y a nivel convencional también, lo que cuesta conseguir una medalla ahora. Entonces ahora le doy mucho más valor a lo que yo hacía en ese momento. Incluso haber tenido las posibilidades que tienen los atletas ahora. En ese momento, la carrera deportiva hubiera sido distinta. Antes ya te digo, era un amigo que venía y le gustaba porque se había criado acá, y sabía un poquito de básquet. O en atletismo. Ahora los atletas tienen una beca. Yo antes me lo bancaba todo, trabajaba y después iba a entrenar. O los sábados. Y tenía mi familia, con mis hijos. Iba con los pañales, con las mamaderas. Iba con todo a entrenar. Mi marido también. No teníamos becas, muchas veces me tuve que comprar el buzo para ir al exterior porque no había dinero. Y el que se queja ahora, se queja de gusto ...Entonces me da mucha bronca como dirigente, siendo ex atleta, ahora me toca del otro lado. Pero tienen la beca, tienen esto, se quejan de esto, se quejan de lo otro. Son épocas muy distintas que vivo como dirigente, todo lo que tienen, que la que viví yo de atleta en ese momento. No me preocupaba, me decían que tenía que viajar, que tenía que comprar el buzo y lo compraba volando...”

III.7. Propuesta deportiva de alcance Nacional actual

El Servicio Nacional de Rehabilitación oferta las instalaciones a los clubes y a algunas ONG³⁰, para que desarrollen un Deporte adaptado con fines competitivos³¹, y bienes deportivos adaptados con fines recreativos como estrategia de desarrollo personal y de su integración social, por lo tanto su población está identificada, todos poseen el CUD, están registrados y concurren de manera voluntaria.

Las actividades están a cargo de profesores de Educación Física exclusivamente, algunos de ellos, con especialización en discapacidad. La propuesta deportiva, les brinda el espacio de lunes a sábados, en la franja horaria de 8 a 22 hs. a los deportes en modalidad recreativa y de competencia.

Para hablar de Deporte de competencia para personas con discapacidad, las diferentes federaciones que los agrupan han desarrollado

- * Un reglamento de juego.
- * Entes Internacionales y Nacionales que lo avalen.
- * Un sistema de competición (local, nacional e internacional)
- * Un sistema de clasificación.

La competencia y el reglamento específico de juego se establecen sólo en los deportes exclusivos, o sea que sólo participan deportistas con un tipo de discapacidad o con similitud de patologías. A partir del campo del deporte adaptado se instaurará una escuela de moralidad³² en la cual los profesores de educación física y los pares "entrenarán" a la persona con discapacidad física para potenciar sus capacidades remanentes con el fin de maximizar su "calidad de vida". (Carolina

³⁰ ONG Organizaciones No Gubernamentales

³¹ Deportes federados, subsumidos, a través de las respectivas federaciones: Comité Paralímpico (COPAR) dependiente del Comité Olímpico, Secretaría de Deportes de la Nación. ISMWSF (Federación Internacional de deporte en silla de ruedas) son: Atletismo, Natación, Basquetbol en silla, Arquería, tiro, Tenis de mesa, Halterofilia, Quadrugby, Tenis en silla

³² Que tiene su origen en la filosofía del deporte y la rehabilitación sostenida por Guttman y cristalizada en el campo por la labor en la Comisión Nacional de Rehabilitación del Lisiado (CNRL) y el Instituto de Rehabilitación del Lisiado (IREL) a través de sus discípulos: los Prof. de Educación Física Héctor Moguilevsky y Pocho Ramírez y el Médico Fisiatra José Cibeira entre fines y principios del 50 y 60.

Ferrante 2010) Tradicionalmente, la solución propuesta desde el Modelo Médico Hegemónico (Menéndez, 1990) lo ha constituido la prescripción de prácticas deportivas. Aún hoy la OMS (2006) y las federaciones de deporte adaptado sostienen que constituye el principal elemento que garantiza la “reinserción de la persona con discapacidad” a la vida social.

El apoyo en forma de incentivos económicos a esta estrategia deportiva, proviene desde la Secretaría de Deportes de la Nación y del Ente nacional de Alto Rendimiento Deportivo, en adelante, Enard³³, solamente para aquellos deportistas de competencia y o equipos que obtengan una vacante en un torneo sudamericano, como requisito mínimo. Este beneficio no le es otorgado a deportistas amateur, o a personas que realicen deporte como actividad recreativa.

Sistema de Clasificación:

Las personas con discapacidad que participan en competiciones deportivas, poseen, según el deporte, un sistema de clasificación particular. Estos deportes se organizan y se desarrollan bajo la supervisión de las distintas federaciones deportivas que los nuclean, y de las federaciones internacionales correspondientes. Para asegurar que la competición sea justa y equilibrada, todos los deportes adaptados, poseen un sistema de clasificación que permita garantizar que la victoria de un deportista es el resultado de sus capacidades físicas, su capacidad táctica y concentración mental, al igual que sucede en los deportistas que no padecen discapacidad. El propósito de ésta clasificación, es reducir al mínimo el impacto de las deficiencias en la disciplina deportiva, los deportistas son agrupados por su grado de limitación en “clases deportivas”, determinando que deportistas son aptos para competir en un determinado deporte y cómo se agrupan para la competición³⁴.

³³ Ente Nacional de Alto Rendimiento Deportivo, iniciando su gestión en agosto de 2010. El ENARD es un organismo de composición mixta (ámbito público y privado), de conducción alternada y representación igualitaria, cuyos socios fundadores y coadministradores son el Comité Olímpico Argentino (COA) y la Secretaría de Deporte del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación. Ejerce la condición de persona jurídica de derecho público no estatal, sin fines de lucro, en la que el Estado y la organización privada realizan una tarea conjunta para potenciar el crecimiento y la consolidación del deporte de representación nacional. El Ente gestiona y coordina apoyos económicos específicos para la implementación y el desarrollo de las políticas de alto rendimiento deportivo, a fin de posibilitar que nuestros atletas cuenten con los recursos adecuados, incrementen su motivación y puedan concentrar sus esfuerzos en pos de mejorar sus resultados, cumpliendo así, sus metas competitivas. Se trata de un proyecto estratégico, con un enfoque federal, participativo y de sustentabilidad en el largo plazo. www.enard.org.ar

³⁴ <http://www.paralympic.org/classification>.

III.8. Deportes Paralímpicos

Las disciplinas deportivas paralímpicas evaluadas en este trabajo, son tenis de mesa, natación, básquet y Quadrugby, el Comité Paralímpico Argentino, en adelante Copar, es el ente máximo rector y asesor de las manifestaciones de todos los Deportes Paralímpicos y eventos relacionados con el Movimiento Paralímpico del país. Tiene como propósito de su objetivo social, su representación legítima y oficia como interlocutor oficial junto a las Autoridades gubernamentales de Argentina y a las Autoridades de los Organismos deportivos internacionales.

Sus fines abarcan además, la representación en mundiales multi discapacidades, fomentar la integración, la sociabilización de las personas con discapacidad mediante el deporte, promover el estudio y difusión de los mecanismos que lo optimicen y lo beneficien, promover y difundir a través de campañas de concientización a la sociedad estos beneficios, supervisar los programas de preparación paralímpica y la preparación de los deportistas en concordancia con las federaciones deportivas que los rigen. Establecer acuerdos y convenios con organizaciones y establecimientos, colaborando con la capacitación de recursos humanos, adquisición de tecnología y obtención de equipamientos.



Sir. L. Guttman en el Hospital de Lesionados Medulares, fue el precursor de los juegos paralímpicos

III.8.1. Quadrugby³⁵

El Quadrugby, es un deporte específicamente paralímpico. Es una modalidad deportiva practicada por personas con cuadriparecia, tanto hombres como mujeres, que combina elementos del baloncesto, rugby y hockey. Fue inventado en Canadá en 1979 y originalmente fue llamado balón asesino, por su naturaleza agresiva. El nombre fue cambiado a Quad Rugby cuando fue introducido en los Estados Unidos, ya que "Rugby describe mejor el espíritu del deporte." Actualmente el deporte también se juega en Gran Bretaña, Suecia, Suiza, Alemania, Holanda, Australia, Nueva Zelanda, Canadá y Puerto Rico. En 1993 siete países participaron en la ciudad Stoke-Mandeville durante los Juegos Mundiales, y se formó la Federación Internacional de Rugby en Silla de Ruedas (IWRF). Las metas de la IWRF son establecer anualmente un campeonato internacional.

Se juega en una cancha oficial de baloncesto. Los equipos se forman con cuatro jugadores en cada equipo. El gol se convierte al cruzar la línea de gol del adversario, la cual está entre dos conos a ocho metros. La ofensiva debe pasar o picar el balón cada diez segundos. Tienen diez segundos para poner a jugar el balón y quince para cruzar la mitad de la cancha.

El contacto entre silla de ruedas es legal y permitido, pero no el contacto directo con el adversario. Si un jugador es tumbado, se le ayudara cuando el juego se detiene.

Cada jugador es clasificado de acuerdo a su nivel de funcionalidad. La clasificación es desde 0.5 puntos (más baja) a 3.5 puntos (más alta), se corresponde con la funcionalidad que presente el jugador, a menor funcionalidad, menor puntuación. Cada equipo se conforma con una valoración total de ocho puntos en la cancha al mismo tiempo. Esto se hace para que un equipo no tenga ventaja de funcionalidad sobre el otro. El ganador es aquél donde los deportistas presentan mejor estado físico, juegan mejor juntos y plantean mejor estrategia de juego.

Las estrategias varían de acuerdo a los jugadores de cada equipo, condición y estilo. A algunos equipos les gusta el juego rápido, presionando, y otros prefieren un juego más lento, disciplinado. La velocidad, contacto y estrategia hacen que el deporte sea realmente fascinante para el público.

El equipamiento

El Quadrugby necesita un equipamiento e indumentaria específica: la silla de ruedas y el vestuario. La rapidez con la que se desarrolla un partido de quadrugby, con movimientos explosivos y constantes desplazamientos exige un vestuario adecuado. Los jugadores deben proteger sus extremidades del roce de la silla y los choques contra las mismas por la alteración y /o falta de sensibilidad en sus miembros superiores. Deben proteger la piel, utilizando guantes, coderas, que

³⁵ La información sobre el reglamento, la clasificación y equipamiento se obtuvo del sitio www.rugbyensilla.com.ar

permitan la adherencia necesaria para propulsar la silla "remar", frenarla, cambiar la dirección y asir y mantener el balón, se colocan resina sobre los guantes para facilitar las maniobras necesarias.

La silla de ruedas

Debemos entender la silla de ruedas como un elemento que forma parte del jugador. No es una silla de ruedas normal, se juega con una silla especial, más robusta de lo normal, debido a las condiciones de esta disciplina deportiva. Es similar a la conocida de baloncesto en silla de ruedas, pero con mayores refuerzos, para hacerla más consistente. Las sillas que utilizan los jugadores defensivos son diferentes de los ofensivos.



Las características específicas de este tipo de silla son:

Ancho: La anchura es determinada por el tamaño del jugador. Las barras y las placas alrededor de las ruedas no serán permitidas.

Largo: La longitud de la silla se mide desde la pieza más adelantada hasta la parte final de la rueda trasera. Esta medida no puede exceder 46 centímetros. Combinado con el diámetro de la rueda (70 centímetros.) La longitud total no excederá 116 centímetros.

Altura: La altura máxima es de 53 centímetros.

Ruedas: este tipo de silla de ruedas tiene cuatro ruedas, para dar una mayor estabilidad al jugador:



Dos ruedas grandes en la parte posterior: diámetro máximo 70 centímetros y en cada rueda deben existir plásticos protectores para el contacto con otra silla.

Dos ruedas más pequeñas en el frente

Dos ruedas antivuelco: situados en la parte trasera de la silla, pero no deben proyectar más allá de las ruedas.

Parachoques: la tubería usada para el parachoques de la silla debe ser dada la vuelta y no tener ningunos bordes o salientes que podrían dar una ventaja injusta mecánica a un jugador. La curva debe ser limpia.

Clasificación funcional

Al competir deportistas con diferentes potencialidades físicas, se elaboraron las valoraciones médicas y las clasificaciones funcionales. Las primeras consisten en la determinación de las discapacidades que el deportista tiene realizada por un médico especializado, mientras las segundas determinan las posibilidades reales de performance deportiva en cada deporte, separando diferentes clases, que serán distintas categorías competitivas donde se encuadran sujetos con cualidades físicas similares.

Valoración médica

Para identificar las habilidades funcionales claves, los atletas están agrupados en un sistema de puntos entre 0.5, que describe la habilidad funcional más limitada, y los 3.5, que describe el nivel más alto de habilidad funcional. Se permite un total máximo de 8 puntos (para cuatro jugadores) en la pista durante el juego.

Los jugadores de Rugby en Silla de Ruedas muestran diferentes niveles de movimiento, fuerza, control de los brazos, tronco y piernas. Al rugby en silla de ruedas juegan principalmente atletas con lesiones medulares, que afecten a brazos y piernas hasta cierto grado u otras discapacidades que causen distintos niveles de parálisis, como la parálisis cerebral, polio, etc.

0.5 No maneja mucho el balón. Lo recoge en el regazo. Inclínación de cabeza hacia delante presente cuando empuja (tirando hacia atrás parte de la rueda). Usa el cuarto trasero de la rueda para parar, empezar y girar. Generalmente pasa el balón con un lanzamiento a dos manos, hacia delante o hacia el lado. Equilibrio escaso.

Pase de pecho o de antebrazo débil. Tiene un empuje más largo en la rueda (combinación de empujar y tirar). Parada de antebrazo o muñeca. Pase de pecho lento o inexistente.

1.5 Asimetría persistente en los brazos. Usa predominantemente el brazo más fuerte. Buen bloqueador. Buena fuerza de hombros.



2.0 Buen pase de pecho. Buen manejo de balón. Puede sujetar el balón firmemente con las muñecas.

2.5 Manos o brazos asimétricos. Importante manejo de balón. Jugador muy rápido.

3.0 Puede driblar bien el balón con una mano. Muy bueno manejando el balón. Puede empezar a agarrar la llanta de empuje para maniobrar con la silla.

3.5 Tiene cierta función de tronco, por lo tanto muy estable en la silla. Generalmente tiene muy buen control del balón. Importante manejo de balón y muy rápido como jugador.



III.8.2. Básquet³⁶

En 1973, el Stoke Mandeville Games Federación Internacional (ISMGF) estableció la primera subsección para el baloncesto en silla de ruedas en 1989 denominada Federación de Baloncesto Internacional sillas de ruedas (IWBF). En 1993, adquiere la plena responsabilidad para el desarrollo de este deporte. El Básquetbol en silla de ruedas fue uno de los deportes fundadores del programa Paralímpico en Roma en 1960, de allí su popularidad. Como mencionamos

³⁶ La información sobre el reglamento, el equipamiento y la clasificación se obtuvo del sitio www.fadesir.org.ar

anteriormente, este deporte fue el primero en utilizarse en la rehabilitación de los soldados con secuelas físicas a finales de la segunda guerra mundial.

Para jugar al básquet en silla de ruedas, los deportistas deben tener una discapacidad física permanente que reduce la función de sus extremidades inferiores a un grado en el que no puede correr, pivotar o saltar a una velocidad y con el control, seguridad, estabilidad y resistencia de un jugador sin discapacidad.

Los jugadores son clasificados en categorías (clases), basado en la capacidad física del jugador para ejecutar los movimientos fundamentales del baloncesto en silla de ruedas; empujar la silla, driblar, pasar, tirar al cesto, rabotear y reaccionar a los contactos. El propósito de la clasificación de jugadores de baloncesto en silla de ruedas es asegurar que todos los jugadores elegibles tienen el mismo derecho y oportunidad de ser un miembro integral de un equipo. Se juega en la cancha reglamentaria de baloncesto, los equipos pueden ser mixtos, y lo conforman 5 integrantes en la cancha, 12 participantes en total. El juego se desarrolla en una cancha de baloncesto, de 28 x 15 mts. La duración del juego es de 4 cuartos de 10 minutos, al aire libre o en espacios cerrados, el aro es de 45 cm y está ubicado a 3.05 mts. De altura.

Clasificación funcional:

A los jugadores se les asigna una clasificación de 1.0 (siendo el jugador con la menor función física y posee mayor dificultad para las destrezas deportivas, como tiro, pases, y recibir rebotes) hasta 4.5 (siendo el jugador con la mejor función física). Estas clasificaciones son los "puntos de juego" del jugador. En ningún momento del juego los cinco jugadores en la cancha deben exceder un total de 14 puntos. Menos es permitido.

El proceso de clasificación se base en una serie de pruebas específicas del deporte que incluyen: lanzamientos, pases, rebotes, empujes y boteo del balón.

Al tener un sistema de clasificación y normas de equilibrio del equipo, la IWBF iguala el potencial funcional de los equipos y asegura que el resultado de cualquier partida está directamente relacionado con la capacidad atlética y la habilidad de los jugadores.

El Sistema de Clasificación de la IWBF ha sido desarrollado y propuesto por Horst Strohkendl de Alemania. Fue adoptado oficialmente por las naciones de baloncesto en sillas de ruedas en 1982, y se utilizó en un gran torneo internacional por la primera vez en los Juegos Paralímpicos de 1984 en Inglaterra.

Hay situaciones en que un jugador no parece encajar perfectamente en una clase, presentando características de dos o más clases. En este caso el clasificador puede atribuir al jugador una clasificación de medio punto, 1.5, 2.5 o 3.5; esta contemplación generalmente se hace solo cuando al jugador no se le puede asignar una clase definida, y no debe ser considerada como la primera opción para el clasificador.

Equipamiento:

A diferencia del quadrugby, los jugadores usan todos el mismo tipo de silla.

La silla de ruedas: La silla puede tener tanto 3 como 4 ruedas, con las dos grandes ubicadas en la parte posterior de la silla y la o las pequeñas al frente. Las ruedas grandes no pueden sobrepasar los 66 cm de diámetro.

La altura máxima del asiento no debe exceder los 53 cm desde el piso y los apoyapiés no deben estar a más de 11 cm del piso.

El cojín debe ser de material flexible y no puede sobrepasar los 10 cm de altura, excepto para las categorías 3.5, 4.0 y 4.5, donde no puede exceder los 5 cm.

Los jugadores pueden utilizar ataduras y soportes que aseguren su cuerpo a la silla.



Clasificación:

El jugador de clase 1.0: Poco o ningún movimiento controlado del tronco en el plano frontal. Ninguna rotación activa del tronco. El equilibrio en las direcciones frontal y lateral esta significativamente afectado. Los jugadores necesitan sus brazos para volver a la posición vertical cuando en desequilibrio.

El jugador de clase 2.0: Movimiento del tronco parcialmente controlado en el plano frontal.
Rotación activa de la porción superior del

tronco, pero sin función en la porción inferior.
• Ningún movimiento controlado del tronco en el plano lateral.

El jugador de clase 3.0: Buen movimiento del tronco en el plano frontal
Buena rotación del tronco
Sin movimiento controlado del tronco en el plano lateral.

El jugador de clase 4.0: Movimientos del tronco normal, pero por lo general tiene dificultad con el movimiento controlado hacia un lado debido a limitaciones en un miembro inferior.

El jugador de clase 4.5: Movimientos normales del tronco en todas las direcciones



Capaz de inclinar el tronco hacia un lado o otro sin limitaciones.



III.8.3. Tenis de mesa³⁷

Este deporte comenzó con fines netamente terapéuticos, actualmente es desarrollado a nivel recreativo como también de elite. Durante el primer mundial de tenis de mesa para todas las discapacidades realizado en 1982, los diferentes subcomités separados por patologías decidieron crear un sistema de juego que uniera a todos los atletas con discapacidad, para luego también conformar una sola entidad rectora.

El nombre de International Table Tennis Committee (ITTC) fue utilizado por primera vez en el año 1990, siendo este deporte uno de los primeros en unificar las competencias de todo tipo de discapacidades, Actualmente se encuentra totalmente integrado dentro de la Federación Internacional de Tenis de Mesa (ITTF) conformando la División Para Tenis de Mesa que regula

³⁷ La información sobre el reglamento, el equipamiento y la clasificación se obtuvo del sitio www.fatema.com.ar

toda la actividad del tenis de mesa para personas con discapacidad.

El evento más importante del calendario deportivo internacional son los Juegos Paralímpicos, luego sigue el Campeonato Mundial cada 4 años y los juegos regionales cada 2 años. También dentro del calendario anual existen torneos abiertos donde los jugadores participan obteniendo puntos de rating para el ranking mundial. En Argentina comienza en la década del '60, durante el año se disputan 7 torneos nacionales mas una copa de clubes, y se conforma el ranking nacional.

El tenis de mesa es uno de los deportes más practicados por personas con discapacidad, sumándose año a año cada vez nuevos países a las competencias. En esta disciplina pueden jugar las personas de pie y en silla simultáneamente. Se juega en modalidad single y doble. El reglamento es igual al de tenis convencional, solo que en los singles la pelota debe salir por detrás, mientras que en los dobles puede hacerlo por el costado.

Clasificación funcional:

Los deportistas son separados en clases según su funcionalidad, los jugadores en silla de ruedas se encuentran en las clases 1 a 5, los jugadores de pie en las clases 6 a 10 y las personas con discapacidad intelectual se agrupan en la clase 11; encontrándose los atletas con mayor discapacidad en las clases más bajas. En algunos torneos los jugadores deben respetar su clase, (panamericanos) no pudiendo jugar en otras. A mayor clase, el jugador posee mayor funcionalidad y destreza

Especificaciones:

Mesa reglamentaria: idéntica a la de tenis convencional. La única diferencia es que los soportes, se encuentran retirados 40 cm. hacia adentro para poder meter la silla de ruedas debajo.

Paletas: poseen gomas de diferente color, una negra y una roja. También el mango es diferente para facilitar su agarre.

Sillas de ruedas: el jugador puede usar su silla convencional, siempre que este cómodo y le permita desplazarse. Los profesionales usan sillas mas livianas y adaptadas para el deporte.





III.8.4. Natación³⁸.

La natación es el único deporte paralímpico que se agrupa según su capacidad para nadar, independientemente de la causa de su discapacidad.

Los nadadores con discapacidad saltan a la piscina sin ningún tipo de ayuda técnica (en el caso de las personas con amputaciones no está permitido nadar con prótesis) y siguiendo las mismas reglas que en la natación olímpica. Las únicas adaptaciones necesarias son la posibilidad de comenzar la prueba desde dentro del agua, sin tener que lanzarse desde el poyete de salida, o la señalización auditiva o táctil para personas con ceguera y con deficiencias visuales cuando se aproximan a la pared de la pileta (suele utilizarse una barra con la punta acolchada para avisarles, mediante un pequeño golpe en la cabeza, de la proximidad de la pared) o en las pruebas de relevos.

Clasificación funcional:

A diferencia de los anteriores deportes mencionados, aquí se dividen en categorías separando por un lado a las personas con ceguera y con discapacidad intelectual, de las personas con discapacidad física solamente, que agrupa en cada clase a nadadores de similares aptitudes funcionales. De alguna forma, clasifica a los nadadores según sus condiciones. Esta clasificación funcional empezó a utilizarse en competiciones internacionales a partir de los Juegos Paralímpicos de Seúl (1988).

Todas las clases empiezan por "S".

³⁸La información sobre la clasificación y el reglamento se tomo de el sitio www.natacion.com.ar

- Las clases S1- S10 son para nadadores con discapacidad física (la 1 es la más severa y las 10 la más leve).
- Las clases S11- S13 son para nadadores con deficiencia visual.
- El prefijo "S" indica la para estilo libre, espalda y mariposa.
- El prefijo "SB" indica la para braza.
- El prefijo "SM" indica la para estilos.

La modalidad engloba desde los nadadores con severa discapacidad (S1, SB1, SM1) a aquellos con una discapacidad mínima (S10, SM9, SM10).

Algunos nadadores pueden empezar con una inmersión desde la plataforma de salida o en el agua dependiendo de su condición. Esto se decide cuando se clasifica al atleta.

Clases funcionales de natación.

S1, Nadadores que tienen severos problemas de coordinación en los cuatro miembros o no tienen uso de sus piernas, tronco, manos y uso mínimo de sus hombros.

S2, Discapacidades similares a la S1 pero estos atletas tendrían mayor propulsión usando sus brazos y piernas.

S3, Nadadores con brazada razonable pero sin uso de sus piernas o tronco. Severa pérdida de los cuatro miembros. Los atletas de esta tendrían una capacidad mayor en comparación con S2.

S4, Nadadores que usan sus brazos y tienen una debilidad mínima en sus manos pero no tienen uso de su tronco o piernas. Nadadores con problemas de coordinación que afectan a todos los miembros pero predominantemente las piernas. También para severa pérdida de tres miembros. Mayor capacidad con respecto a S3.

S5, Nadadores con total uso de sus brazos y manos pero sin músculos en tronco y piernas. Nadadores con problemas de coordinación.

S6, Nadadores con total uso de brazos y piernas, algo de control de tronco pero músculos de las piernas inservibles. Nadadores con problemas de coordinación aunque generalmente estos atletas pueden

caminar. También para enanos y nadadores con importante pérdida en dos miembros.

S7, Nadadores con total uso de brazos y tronco con alguna función de piernas. Nadadores con coordinación o debilidad en el mismo lado del cuerpo. Pérdida de dos miembros.

S8, Nadadores con total uso de brazos y tronco, con alguna función de piernas. Nadadores que sólo usan un brazo o con cierta pérdida de miembro.

S9, Nadadores con severa debilidad en una sola pierna. O nadadores con problemas de coordinación muy leves o con pérdida de un miembro. Generalmente estos nadadores empiezan fuera del agua.

S10, Nadadores con una mínima debilidad que afecta a las piernas. Nadadores con restricción en el movimiento de articulación de la cadera. Nadadores con alguna deformidad en sus pies o mínima pérdida de parte de un miembro. Esta tienen la mayor capacidad física.

S11, Estos nadadores con incapaces de ver y están considerados ciegos totales. En esta deben llevar gafas opacas y necesitan a alguien que les dé un golpecito cuando estén cerca del muro para realizar los virajes.

S12, Estos nadadores pueden reconocer formas y tienen cierta capacidad de visión. La capacidad de visión varía mucho en esta.



S13, Son los nadadores que tienen mejor visión, pero que legalmente se considera que tienen un problema de deficiencia visual.



Grúa para ascenso y descenso al agua

III.9. Discapacidad Definición. Historia y evolución del concepto

..“Cuando los valores de la sociedad cambian, los valores y el sistema de salud también se modifican”. Ginés González García (1997) ³⁹

III.9.1. Qué se entiende por Discapacidad?

Para definir discapacidad, debemos enmarcar el modelo filosófico y los contextos culturales donde se la define. Según Oliver (2000), el mundo social difiere del natural ya que el ser humano “asigna significado a los objetos en el mundo social y orienta su comportamiento hacia dichos objetos en los términos del significado que le ha asignado”, como ejemplo, si la discapacidad es vista como una tragedia, entonces “las personas con discapacidad son tratadas como si fueran víctimas de algo trágico”. Este comportamiento se repite en las políticas sociales, en las cuales se intenta compensar a aquellas víctimas por las tragedias que padecen. Mientras que si la discapacidad es definida como un problema social, las personas con discapacidad son vistas “como un colectivo, víctima de una sociedad *discapacitante*, más que víctimas individuales de las circunstancias”. De ésta manera las políticas sociales, se inclinarán a aliviarles en modo colectivo las barreras sociales sin individualizarlos como personas con discapacidad. Este nuevo paradigma, que se evidencia en

³⁹ GONZALEZ GARCIA, Ginés; TOBAR, Federico. Más Salud por el Mismo Dinero. La Reforma del Sistema de Salud en Argentina (Bs. As., ed. Isalud, 1997)

la evolución del concepto de discapacidad que trataremos mas adelante, tiene su respaldo jurídico en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF).

Como antecedentes de la mirada que aportó la CIF, la Unión de Discapacitados Físicos contra la Segregación del Reino Unido —*Unión of the Physically Impaired Against Segregation* (UPIAS según sus siglas en ingles)— elaboró un documento afirmando que la “sociedad discapacita a las personas con deficiencias” (1976), resultando aisladas y excluidas en su participación en la sociedad.

El análisis de la UPIAS es construido sobre la base de una antigua definición entre deficiencia y discapacidad, con marcados contrastes, incluyendo en la primera, los problemas sensoriales y cognitivos, mientras que discapacidad, hacía referencia a los problemas sociopolíticos.

Según este documento, la *deficiencia* “es la pérdida de todo o parte de un miembro, o tener una limitación en un miembro, órgano o mecanismo del cuerpo”; mientras que la *discapacidad* “es la desventaja o restricción de actividad, causada por la organización social contemporánea que no considera, o considera en forma insuficiente, a las personas que tienen deficiencias, y por ello las excluye de la participación en las actividades corrientes de la sociedad”⁴⁰. Coincidentemente Jenny Morris⁴¹ (1991), considera que “una incapacidad para caminar es una deficiencia, mientras que una incapacidad para entrar a un edificio debido a que la entrada sólo tiene escalera y carece de rampa, consiste en una discapacidad. Una incapacidad para hablar es una deficiencia pero la incapacidad para comunicarse porque las ayudas técnicas no se encuentran disponibles es una discapacidad”...

III.9.2. Cuando el concepto de discapacidad se asociaba a la discriminación.

Estas diferencias en los términos de discapacidad y deficiencia, fue para las personas con discapacidad, la bandera para reclamar una nueva concepción de lo que significaba ser discapacitado. Su crítica fue hacia la definición adoptada entonces, por la Organización Mundial de la Salud en el año 1980, en su Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDDM), donde la definió y distinguió entre tres conceptos: deficiencia, discapacidad y minusvalía⁴².

- ✓ *Deficiencia* se entiende cualquier pérdida o anormalidad permanente o transitoria — psicológica, fisiológica o anatómica— de estructura o de función.

⁴⁰ Vid. «Union of the Physically Impaired Against Segregation», Documento disponible en la el sitio web: <http://www.leeds.ac.uk/disability-studies/archiveuk/UPIAS/UPIAS.pdf>

⁴¹ Vid. MORRIS, J., *Pride Against Prejudice, A Personal Politics of Disability*, Women’s Press Ltd., London, 1991.

⁴² Propuesta con carácter experimental por la Organización Mundial de la Salud en Ginebra, 1980. *International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps* (Geneva: World Health Organization, 1980).

- ✓ *Discapacidad* se entiende una restricción o impedimento del funcionamiento de una actividad, ocasionados por una deficiencia, en la forma o dentro del ámbito considerado normal para un ser humano.
- ✓ *Minusvalía* es la incapacidad que se traduce en una desventaja para una persona, en cuanto limita o impide el cumplimiento de una función que se es considerada común para esa persona según la edad, el sexo, y los factores sociales y culturales.

Luego de diez años, estas críticas⁴³ encontrarían su espacio y se adoptaría una visión diferente, ya que esta clasificación era entendida como una visión exclusivamente médica, donde se encadenaba a la enfermedad con la discapacidad y la minusvalía, no contemplaba la discapacidad que generaban los determinantes sociales, si bien ayudó a prestar atención a las problemáticas de las personas con discapacidad, contribuyó también a su estigmatización.

Satisfactoriamente, la Organización Mundial de la Salud adoptó en el año 2001 una nueva Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud ,CIF⁴⁴ siguiendo los nuevos paradigmas que contemplaban a la discapacidad. Esta clasificación, es una revisión de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM), mencionada anteriormente. Su objetivo primordial es brindar un lenguaje unificado y estandarizado, y un marco conceptual para la descripción de la salud y los estados «relacionados con la salud»⁴⁵ . En esta nueva Clasificación, el termino discapacidad engloba al de «deficiencia», «limitaciones en la actividad» y «restricciones en la participación».

La clasificación revisada define los componentes de la salud y algunos componentes «relacionados con la salud» del «bienestar» tales como la educación, y el trabajo, entre otros. Para comprender las condiciones individuales de la persona con discapacidad, los *Factores Ambientales*, entendidos como el ambiente físico, social y actitudinal, y el concepto de *participación*, definida como la implicación de la persona en las situaciones de vida, entiende que, personas con características similares en cuanto a gravedad de la discapacidad pueden mostrar resultados diferentes en cuanto a la participación y la calidad de vida debido a condiciones ambientales distintas.

Este concepto de *participación* de la CIF, incluye el ocio y las actividades recreativas. La participación de las personas con discapacidad está asociada a la mejora de su bienestar emocional, a las relaciones sociales y al desarrollo de competencias.

⁴³ Entre las organizaciones que la criticaron, Disabled People´s International se ha opuesto al esquema de la OMS desde su inicio. Para mayor información, puede consultarse: <http://www.dpi.org/sp/start.htm>.

⁴⁴ International Classification of Functioning, Disability and Health (Geneva: World Health Organization, 2001), aprobada por la 54a Asamblea Mundial de la Salud, celebrada del 17 al 22 de mayo de 2001.

⁴⁵ La CIF ha sido aceptada como una de las clasificaciones sociales de las Naciones Unidas e incorpora las Normas Uniformes para la Igualdad de Oportunidades de las Personas con Discapacidad.

III.9.3. Clasificación Internacional de la Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF)⁴⁶

La CIF es el instrumento vigente de la OMS, mediante el cual se estudia los estados de salud y los estados relacionados con el mismo. Así, su finalidad sustantiva consiste en la proyección, implementación y ejecución de políticas y acciones destinadas a la promoción de la salud; la prevención de daños discapacitantes y la optimización de los servicios de rehabilitación una vez producido el daño, propiciando la integración plena y rehabilitación de las personas con discapacidad. La CIF ha pasado de ser una clasificación de "consecuencias de enfermedades" (versión de 1980) a una clasificación de "componentes de salud".⁴⁷

Los "componentes de salud" y de bienestar relevantes para la misma, los describe en términos de "dominios de salud" y dominios "relacionados con la salud"⁴⁸, identifica los constituyentes de la salud y las circunstancias que no están relacionadas con ella, como por ejemplo los factores socioeconómicos. Estos dominios se describen desde la perspectiva corporal, individual y mediante dos listados básicos: (1) Funciones y Estructuras corporales, (2) Actividades y participación.

De forma similar, este planteamiento es también diferente del abordaje basado en los "determinantes de salud" o en los "factores de riesgo". Para facilitar el estudio de los "determinantes" o "factores de riesgo", la CIF incluye una lista de factores ambientales que describen el contexto en el que vive el individuo.

Muchas personas consideran, erróneamente, que la CIF versa únicamente sobre personas con discapacidades; sin embargo es válida para todas las personas. La salud y los estados "relacionados con la salud" asociados con cualquier condición

La definición de la CIF sobre discapacidad, se presenta bajo un modelo bio-psico-social y marca una interesante evolución conceptual. Se propone modificar la mirada centrada antes, en lo

⁴⁶ La versión en lengua española de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) ha sido realizada gracias al trabajo conjunto de los miembros de la "Red de Habla Hispana en Discapacidad" (RHHD), impulsada por la OMS, de la "Red de Discapacidad y Rehabilitación de América Latina y el Caribe", y de la "Red Española para la Clasificación y Evaluación de la Discapacidad" (RECEDIS) promovida por el Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO, España). 2001

⁴⁷ Se recuerda que la versión de la Clasificación Internacional de la Deficiencia, de la Discapacidad y de la Minusvalía, conocida como CIDDM, es publicada en 1980 por primera vez, en inglés. La versión española se da a conocer en 1983, fecha hasta la cual la OMS aconsejaba no encarar traducciones independientes. La revisión oficial comienza en 1993 y da lugar a diversos borradores hasta que se aprueba el final el 22 de mayo de 2001 para ser empleado a nivel internacional, por resolución WHA 54 21 y publicada en español a finales de año.

⁴⁸ Los ejemplos de los dominios/campos de la salud incluyen visión, audición, movilidad, aprendizaje y memoria, mientras que los ejemplos de los dominios/campos "relacionados con la salud" incluyen aspectos relacionados con el transporte, la educación y las interacciones sociales.

“dañado”. Su término es abarcativo y enmarca a la deficiencia, la discapacidad y la minusvalía, la persona con discapacidad pasa a ser considerada sujeto de derechos y obligaciones, y define discapacidad como los aspectos negativos del funcionamiento humano⁴⁹, es decir limitaciones en la actividad y restricciones en la *participación, a partir de un estado o condición de salud*⁵⁰ de una persona en interacción con el contexto.

Así expresado, *discapacidad* puede ser considerado un término técnico que resume todo un proceso que involucra a la persona con un estado negativo o problema de salud en interacción con el contexto, y que puede afectar las actividades y la participación propias del funcionamiento humano. La CIF es una clasificación que permite comprender el estudio de la salud y los estados relacionados con ella, mejorando la comunicación entre los distintos actores, de varias disciplinas y sectores, proporcionando un esquema de codificación sistematizada de información para ser aplicado en políticas sanitarias, en la evaluación de los resultados de la calidad asistencial. Se emplea en otros sectores, como la seguridad social, compañías de seguros, la economía, la política, el desarrollo legislativo, etc. Ha sido aceptada también como una de las clasificaciones sociales de las Naciones Unidas “Las normas uniformes para la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad”⁵¹, permitiendo de esta manera implementar los mandatos internacionales sobre derechos humanos y legislaciones nacionales.

El Ministerio de Salud, en el año 2003, designa al SNR como representante (de habla hispana) de la CIF, en base a su compromiso, labor y trayectoria en su labor por la discapacidad.

En esta evolución, se sumaron los cambios producidos en la Asamblea General de la ONU, el 13 de diciembre de 2006, a través de la *Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Este tratado, el primero del S.XXI, significó un cambio trascendental para las personas con discapacidad, representada por el 10% de la población mundial. Esta convención que resultó de la negociación de los estados y la sociedad civil, propone que los estados trabajen sinérgicamente afirmando medidas de “acciones positivas y políticas de no discriminación”, así

⁴⁹ Define: “Funcionamiento: (...) término genérico que incluye funciones corporales, estructuras corporales, actividades y participación. Indica los aspectos positivos de la interacción entre un individuo (con una “condición de salud”) y sus factores contextuales (factores ambientales y factores personales)”.(CIF:pág.11).

⁵⁰ Se considera “condición de salud” a “la enfermedad (aguda o crónica), trastorno, traumatismo y lesión. (...) puede incluir también otras circunstancias como embarazo, envejecimiento, estrés (sic), anomalías congénitas o predisposiciones genéticas.

⁵¹ “Las Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad”. Adoptadas por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su 48a sesión del 20 de Diciembre de 1993 (Resolución 48/96). Nueva York, NY, Departamento de Información Pública de Naciones Unidas, 1994.

como "adaptar su ordenamiento jurídico al contenido de la Convención (que recoge en sus 50 artículos los principios que rigen su aplicación), los derechos dirigidos a proteger y promover la libertad, la igualdad y dignidad de las personas con discapacidad como sujetos de derechos".

Conjuntamente con la Convención, se aprobó un "Protocolo Facultativo", para que las personas "reclamen sus derechos ante el Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad". También propone lograr cambios ambientales favorables a las personas con discapacidad en su Artículo 30, estableciendo como derecho de estos ... "el participar en la vida cultural, las actividades recreativas, el esparcimiento y el deporte".

III.9.4. Estado actual del debate internacional sobre la discapacidad

La discapacidad debe abordarse desde una perspectiva múltiple. La CIF propone e impulsa un proceso evolutivo e interactivo, donde las intervenciones sean de carácter transversal, potenciando cambios de unos sobre otros. Así surge el documento elaborado por la OMS sobre la Discapacidad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) junto al Grupo del Banco Mundial han producido el "*Informe Mundial de la Discapacidad*" (2011), este informe proporciona datos destinados a la formulación de políticas y programas innovadores que mejoren las vidas de las personas con discapacidad y faciliten al aplicación de la Convención de las Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad (CDPD) que entro en vigor en mayo del 2008 (Este histórico tratado internacional reforzó la convicción que la discapacidad es una prioridad en materia de derechos humanos y de desarrollo). La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (aprobada por las Naciones Unidas en 2006), pretende "promover proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad y promover el respeto de su dignidad inherente". La CDPD refleja un cambio trascendental en la comprensión de la Discapacidad y en las respuestas mundiales al problema, ofrece a los gobiernos y a la sociedad civil ... "un análisis exhaustivo de la importancia de la discapacidad y de las respuestas proporcionadas, basado en pruebas disponibles y recomienda la adopción de medidas de alcance nacional e internacional" ...

La CIF adoptada como marco conceptual para este informe, define a la discapacidad como "un termino genérico que engloba deficiencias, limitaciones de actividad y restricciones para la participación". La discapacidad "denota los aspectos negativos de la interacción entre personas con un problema de salud (como parálisis cerebral, depresión o síndrome de Down) y factores personales y ambientales (como actitudes negativas, transporte y edificios públicos inaccesibles) y falta de apoyo social".

Dentro de las clasificaciones internacionales de la OMS, los estados de salud, (trastornos, lesiones, enfermedades) se clasifican en la CIE 10⁵², brindando un marco basado en la etiología. El funcionamiento y la discapacidad asociados con las condiciones de salud se clasifican en la CIF. Al complementarlas, ofrecen una información amplia y significativa del estado de salud de las personas o poblaciones, convirtiéndose en una poderosa herramienta de evaluación.

Este Informe y la CIF sostienen que en nuestro país las personas carecen de igual acceso a la atención en salud, educación, y ofertas laborales, y se encuentran en situación de vulnerabilidad social.

III.9.5. Discapacidad

Según Liliana Pantano, (2007) se deben diferenciar los conceptos y representaciones que se hagan de la discapacidad, de quienes la portan. Que queremos decir cuando decimos: *'discapacidad'*, o *'discapacitado'* o *'persona con discapacidad'*, allí englobamos a toda la población, a pesar de ser diferentes, los apreciamos de una sola manera. Este término, es abarcativo. La autora, hace una valoración de las diferentes definiciones, que detallo a continuación.

"Ser persona", la persona es un sujeto de derecho y obligaciones, cuando le agregamos *"con discapacidad"*, se deberían tener en cuenta, no sólo las posibilidades de esa persona, lo que es capaz de hacer, si puede decidir su futuro, o adaptarse al medio, sino aludir a él como un jefe de familia, profesional, estudiante, fanático de un club, que puede decidir su futuro, como partícipe activo de la sociedad. Esta gama de dimensiones, aunque obvias, no siempre son tenidas en cuenta.

"Capacidades diferentes?"

El estado de salud que resulta de la discapacidad, puede verse afectado, en sus diferentes dimensiones (capacidad de oír, de ver, daño en algún órgano, etc.) Esta afección puede disminuir o limitar funciones, pasando a tener las mismas capacidades, pero aminoradas, *"no diferentes"*, *"ni otras capacidades"*. Entonces esta persona devendrá en *"persona con discapacidad"*, no persona *"con capacidades diferentes"*, vale preguntarse aquí diferente a que?, a quien? El problema no es la diferencia, sino la connotación negativa que se haga de ellas, el acento se pone

⁵² Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Relacionados, Décima Revisión, Vols. 1-3. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1992-1994. Clasificación diagnóstica estándar internacional para todos los propósitos epidemiológicos generales y muchos otros de administración de salud. La C.I.E., es adecuada para clasificar enfermedades y otros tipos de problemas de salud, consignados en distintos tipos de registros vitales y de salud.

así en la carencia, y no en la funcionalidad de la persona. Es interesante el concepto que propone la autora, de las personas extremadamente talentosas o personas geniales. Menciona que éstas personalidades, también plantean discapacidad. Muchas veces “un talento notable” (que pone en evidencia también un estado de salud), limita a la persona en su actividad o la restringe en su participación en cuanto no siempre cuenta con medios para desarrollarlo o no es debidamente comprendido y acompañado”. Sin embargo, la expresión “capacidades diferentes” parece “culturalmente reservada para designar el defecto y no el exceso de capacidad”.

“Personas con necesidades diferentes”

Todas las personas tenemos necesidades y diferentes. Al acuñar el término a la discapacidad, estamos dando a entender que estas personas tienen necesidades que deben satisfacerse en “un espacio segregado” , también diferente. Sus necesidades son importantes y necesarias como para cualquiera, como la alimentación, el vestido, el acceso al trabajo, etc. Dada su condición, algunas necesidades serán transitorias, otras permanentes. Teniendo en cuenta estas consideraciones, en lo que debería trabajarse consensuadamente es “en la eliminación de las dificultades que tienen por lo general las personas con discapacidad para satisfacer sus necesidades, causadas por el propio entorno”, como ejemplo, comenzar por la eliminación de las barreras culturales en la discapacidad.⁵³

“Personas con limitaciones, personas con discapacidad”

Cuando hablamos de discapacidad, aludimos a limitación en la realización de actividades. Esto haría suponer, que cuando no podemos realizar alguna actividad, “todos somos discapacitados”. No estamos hablando de la misma limitación, como ejemplo aclaratorio, compara la limitación para bailar de dos personas, una por falta de destreza y gracia, relacionándola con la limitación al

⁵³ En una Conferencia sobre ‘Las demandas de las personas con discapacidad como una cuestión de derechos humanos’ pronunciada en Madrid en el año 2003, Luis Cayo Pérez Bueno, actual Director Ejecutivo del Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI) de España, presenta un análisis de las necesidades y demandas de las personas con discapacidad en su país. Señala: “Las necesidades y demandas preferentes de las personas con discapacidad son: La no discriminación y la igualdad de oportunidades..().La accesibilidad universal, el diseño para todos y la eliminación de barreras de todo tipo: las barreras físicas, de comunicación y mentales son una limitación a las posibilidades de actuación de las personas con discapacidad, que se añaden a la situación de desventaja objetiva de las que parten, impidiendo su participación plena en el curso ordinario de la vida social”. Pantano, 2007

movimiento fluido de la persona con secuela de poliomielitis o prótesis en sus miembros inferiores. Es la misma limitación, cabe hablar de discapacidad en ambos casos? Precisamente, la CIF, se refiere a que las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación, para definir la discapacidad son las que aparecen a partir de una *deficiencia*, es decir *"un problema en las funciones o estructuras corporales, tales como una desviación significativa o una 'perdida'"* (CIF; pág.13). Las llamadas *"limitaciones en la actividad son dificultades que una persona puede tener en el desempeño/realización de las actividades"* (CIF; pág. 133), entendiendo ese desempeño/realización como *"el acto de involucrarse en una situación vital" o "la experiencia vivida de las personas en el contexto real en el que viven"* (CIF; pág. 249).

"Toda limitación... ¿ discapacidad? "

Para definir este concepto, se cita las declaraciones de la OMS, a través de su instrumento: *"La CIF se mantiene en un concepto amplio de la salud y no cubre circunstancias que no están relacionadas con ella, tales como las originadas por factores socioeconómicos. Por ejemplo (...) hay personas que pueden tener restringida la capacidad de ejecutar determinadas tareas en su entorno habitual debido a su raza, sexo, religión u otras características socioeconómicas, pero estas no son restricciones de participación, relacionadas con la salud y como tal no las clasifica la CIF"* (CIF; pág. 8). Es sabido que las personas que viven en malas condiciones socioculturales, como los presidiarios, analfabetos, "niños de la calle", y traen arraigada la malnutrición, la pobreza, la violencia, etc., son potenciales discapacitados sociales, por su falta de participación. Si bien son condicionantes, hay que separar el enfoque bio-médico de los problemas que provocan los desfavorables determinantes sociales.

III.9.6. Un cambio de paradigma: la Discapacidad como una cuestión de derechos humanos

Según Rafael Roig, (2004) se debe acudir al discurso racional de los derechos humanos para abordar la cuestión de discapacidad pues *"reflejan una determinada concepción de la moralidad publica constituyendo un criterio de legitimización y de justificación"*.

Según Agustina Palacios, Francisco Bariffi (2007), este cambio de paradigma, obedece a un cambio internacional, que se viene observando desde la década de los años ochenta del siglo XX, impulsado por la lucha de las personas que padecen la discapacidad con el objetivo de ser tomados como personas de derecho y no como objeto de políticas oportunistas. La discapacidad entonces pasa a ser considerada una cuestión de derechos humanos, esto significa un replanteo

en el abordaje de las respuestas ofrecidas a las personas con discapacidad, desde la elaboración de las políticas públicas, pensadas y elaboradas, desde y hacia, el respeto de los derechos humanos, como expresa ASÍS ROIG, R et al. (2004).

Como menciona Rafael de Asís, Molino de la Hoz (2007) el fundamento de los derechos humanos es la dignidad humana, entendiendo este término como .. " una serie de rasgos que caracterizan a los seres humanos y que sirven para expresar su singularidad. Los derechos humanos se presentan como los instrumentos que tratan de proteger esa dignidad. La dignidad es así tanto el presupuesto de los derechos como aquellos que estos tratan de proteger".. Anteriormente el modelo de la dignidad humana se asociaba con patrones estéticos asociados a la perfección y a los logros que se obtenían producto de ella, como resultado de las capacidades y desempeño en la sociedad. Así pues .." la teoría de los derechos humanos ha estado cimentada sobre un modelo de individuo caracterizado, principalmente, por su «capacidad» para razonar, por su «capacidad» para sentir y por su «capacidad» para comunicarse" ..

De este modo, tanto en el mundo antiguo como en el moderno, aún, aunque no tan radicalmente, las capacidades del individuo, se evaluaban con su rol en la sociedad, la dignidad humana, de la mano del resultado de su accionar en la comunidad. Dicho más claramente, un individuo era capaz, si le era útil a la sociedad. Este autor propone no relacionar la "capacidad" sino la "posibilidad" con la dignidad humana.

Actualmente es impensable abordar la discapacidad sin contemplar los derechos humanos, pero antiguamente el tratamiento que recibían las personas con discapacidad era muy diferente. En su libro *Enfermedad y pecado* (1961), Laín Entralgo médico investigador, demostró que la difusión del cristianismo condujo a modificar la consideración del enfermo en la sociedad. Dejar de valorarlo como un deforme o pecador para convertirse en el destinatario de la caridad de los miembros de la comunidad cristiana. Este cambio de valores le ofreció al incurable, asistencia médica organizada y desinteresada, favoreciendo de alguna manera la igualdad asistencial de la mano de la caridad, conduciendo a las bases de la fundación del hospital como institución específica.

En el desarrollo histórico del tratamiento que recibieron las personas con discapacidad y su implementación en diferentes modelos, el "modelo social" dio origen a esta concepción y su sustento legal.

Así pues, desde la mirada del modelo social junto a la de los derechos humanos, se puede acceder a una aproximación de las bases de la convención incluyendo derechos y obligaciones y principios que la sustentan.

El concepto de la discapacidad evolucionó al igual que los tratamientos que recibían las personas con discapacidad a través de la historia. Asimismo, Agustina Palacios, los denomina modelo de prescindencia, rehabilitador y social, los cuales se detallan a continuación.

Modelo de prescindencia

Las causas que dan origen a la discapacidad tienen un motivo religioso, y en el que las personas con discapacidad se consideran innecesarias por diferentes razones, porque no contribuyen a las necesidades de la comunidad, porque albergan mensajes diabólicos, enojo de los dioses, o que por lo desgraciada de sus vidas no merecen la pena ser vividas, como consecuencia la sociedad debe prescindir de las personas con discapacidad, situándolas en espacios destinados a los anormales y las clases pobres, con un denominador común marcado por la independencia y el sometimiento, son tratadas como objeto de caridad y sujetos de asistencia.

Existía una diferencia en cuanto a la concepción de la persona, según fuera la causa de su discapacidad, era diferente si la misma era congénita, o adquirida posteriormente por un accidente, herida de guerra o enfermedad. En el caso de los niños, la solución era el exterminio. En la antigua Atenas, los soldados que resultaran discapacitados recibían pensiones, la persona con discapacidad no poseía estigma alguno, y además, la percepción del subsidio "compensatorio" en caso de quedar imposibilitados, funcionaba como un incentivo para acudir a las batallas.

El objetivo principal era la el potencial de utilidad social, o su carencia

Modelo Rehabilitador

Las causas que originan la discapacidad no son religiosas, sino son científicas, derivadas en limitaciones individuales de las personas. De esta manera, las personas con discapacidad ya no son consideradas "inútiles o innecesarias, pero siempre en la medida que sean rehabilitadas".

Este modelo propuso forjar la desaparición o el ocultamiento de la diferencia que la misma discapacidad representa, a fin de normalizarlo.

Entonces, las situaciones que provoca la enfermedad, fruto de causas naturales y biológicas, pasan a ser modificables, a través de los tratamientos de rehabilitación y su integración social. Las acciones sociales, se enmarcan en acciones paternalistas, centradas en el déficit que origina la discapacidad, subestimando sus aptitudes, marcando de esta manera una diferencia de valor con el resto de las personas sin discapacidad. La seguridad social y el empleo protegido son los medios para asegurar su subsistencia, esta "protección" los excluye del mercado laboral, a pesar de tener capacidades para desarrollarse en el, dejando fuera a las personas. Se busca la recuperación de la persona dentro de la medida de lo posible y la educación especial se convierte en la herramienta del camino de rehabilitación: la institucionalización. De ésta manera se

subestima las aptitudes de la persona con discapacidad. En relación a los modos de subsistencia la apelación a la seguridad social y al empleo protegido son los medios obligados para las personas con discapacidad. La asistencia pasa a ser un medio de manutención, siendo ellos la consecuencia de la imposibilidad de realizar distintas tareas. La subestimación de la persona genera la exclusión en el mercado laboral, a pesar de ser capaces para trabajar, la protección laboral aparece por la prevalente discriminación hacia ese colectivo.

Modelo social

Considera que las causas que originan la discapacidad no son religiosas ni científicas sino que son sociales. Las personas con discapacidad pueden aportar a la sociedad en igual medida que el resto de las personas sin discapacidad, pero siempre desde la valoración y el respeto de la diferencia. Este modelo se encuentra íntimamente relacionado con la asunción de ciertos valores intrínsecos a los derechos humanos y aspira a potenciar el respeto por la dignidad humana, la igualdad y la libertad personal, basado en los principios de vida independiente, no discriminación, accesibilidad universal, normalización del entorno, dialogo civil entre otros. La discapacidad es parte de una construcción y un modo de opresión social y el resultado de una sociedad que no considera ni tiene presente a las personas con discapacidad, para decidir respeto de su propia vida, se centra en la eliminación de cualquier tipo de barrera, a los fines de brindar una equiparación de oportunidades.

Los presupuestos fundamentales son dos, las causas son sociales, por como se encuentra la sociedad diseñada hoy. La sociedad esta limitada a prestar servicios apropiados que aseguren las necesidades de las personas con discapacidad dentro de la organización social. Con respecto a la utilidad de las personas, tienen mucho que aportar a la sociedad siempre y cuando se los incluya y se acepte la diferencia. Si las causas son sociales las soluciones deben encontrarse dirigidas a la sociedad. El modelo boga por la rehabilitación de la sociedad o normalización pensada y diseñada para hacerle frente a las necesidades de las personas. La discapacidad debe ser abordada desde un enfoque holístico, el ocio, la cultura, el deporte les permite disfrutar de la vida social y no solo el empleo como una manera de inclusión, se destacan la transversalidad de las políticas la accesibilidad universal para todos y todas.

III.10 Marco Normativo de la Discapacidad.

Según el Dr. Pablo Rosales (2011)⁵⁴, el eje normativo de la discapacidad tiene dos hitos legislativos: La ley 22.431 publicada en 1981 y reglamentada por el decreto 498/83 (B.O. 4/03/83) y la ley 24.901, publicada en 1997 y reglamentada por el decreto 1193/98 (B.O. 14/10/98).

Esta última, que no deroga a la anterior, sino modifica algunos de sus artículos, ampliándolos y manteniendo los objetivos de la misma, demuestra la escasa presencia de fallos durante la vigencia de la primera⁵⁵, (casi dieciséis años entre una y otra), demostrando la jurisprudencia relevante sobre la discapacidad, infiriendo de alguna manera, como era percibido por los beneficiarios su derecho a reclamar y el estado de la Seguridad Social entre las décadas de los '80 y '90.

Argentina "no cuenta con estadísticas oficiales sobre la población con discapacidad desde el censo de 1960 y el censo del 2001 sólo incluyó dos preguntas relacionadas a la discapacidad" ..

Se elaboró a continuación, un cuadro, comparando las modificaciones y ampliaciones que sufrió la primera ley con la 24901, en 1997, ofreciendo un paraguas más abarcativo a la discapacidad

⁵⁴ Dr. Pablo Rosales en LA DISCAPACIDAD EN EL SISTEMA DE OBRAS SOCIALES NACIONALES. La Emergencia Sanitaria y los derechos de los beneficiarios con discapacidad. 2011 Disponible en www.pablorosales.com.ar .

⁵⁵ Entre las mencionadas leyes, se han dictado otras leyes, decretos y resoluciones. Se citan como más importantes las siguientes: 1) Ley 24.314, 12/4/1994, Sistema de Protección Integral de los Discapacitados, al cual se agregan el decreto 795/1994 y el decreto 1027/1994 2) Decreto 703/1995 MSYS, 24/5/95, Registro Nacional de Hospitales Públicos de autogestión- Servicio Nacional de Rehabilitación y Promoción de Personas con Discapacidad, 3) Resolución 176/1996 –Comisión Nacional de Transporte Automotor, 27/3/1996, Asientos para personas con movilidad Reducida, 4) Ley 24.657, 10/7/1996, Creación del Consejo Federal de Discapacidad, 5) Decreto 771/1996 MTSS, 16/7/1996, Asignaciones Familiares. Montos, requisitos y condiciones de acceso, 6) Ley 24.658, 17/7/1996 , Convenciones D.D. III- Protocolo de San Salvador, 7) Resolución 355/1997 MTSS, 11/6/1997, Programas de Empleo. Programa de apoyo a Talleres Protegidos de Producción, 8) Decreto 762/1997, 14/8/97, Sistema Unico de Prestaciones para Discapacitados, 9) Decreto 914/1997 MEOSP, 18/9/1997, Reglamentación arts. 20,21 y 22 de la ley 22.341, 10) Resolución 1388/1997, MEOSP, 11/12/1997, Exención de gravámenes a las importaciones de personas con discapacidad, 11) Decreto 467/1998 MEOSP, 6/5/1998. Sistema de protección integral de discapacitados. Transporte por automotor de pasajeros, 12) Resolución 339/1998 MTSS, 15/5/1998, Programas de Empleo. Apoyo a Talleres Protegidos de Producción II, 13) Resolución 426/1998 MTSS, 22/7/1998, Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones para personas con discapacidad, 14) Decreto 961/1998 MEOSP, 20/8/1998, Programas para Personas con Discapacidad. Subsidios y contralor, 15) Decisión Administrativa 429/1998 MSAS, 31/8/1998, Programas para Personas con Discapacidad. Instructivo para su elaboración, 16) Ley 25.212, 6/1/200, Trabajo. Pacto Federal del Trabajo. 17) Ley 25.280 promulgada el 21/7/2000 que incorpora la "Convención Interamericana para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad" (suscripta en Guatemala el 7/6/1999)

ANALISIS COMPARATIVO DEL MARCO NORMATIVO DE LA DISCAPACIDAD

	Ley 22.431 (1981)	Ley 24.901 (1997)
Alcances	<p>Ofrecía un marco Asistencialista.</p> <p>Instituye un sistema de protección "integral" de las personas discapacitadas, asegura a sus beneficiarios atención médica, educación, seguridad social y franquicias y estímulos "que permitan neutralizar la desventaja que la discapacidad les provoca" para desempeñar en la comunidad un "rol equivalente al que ejercen las personas normales" .</p>	<p>Propuso un marco preventivo.</p> <p>Propone un sistema de "prestaciones básicas de atención integral", y refiere a la "cobertura integral a sus necesidades y requerimientos"</p> <p>Contempla "acciones de prevención, asistencia, promoción y protección"</p> <p>Garantiza la "universalidad de la atención de las personas con discapacidad, mediante la integración de políticas, recursos institucionales y económicos afectados a dicha temática".</p>
Definición de persona con discapacidad/ beneficiario	<p>"A los efectos de esta ley se considera discapacitada a toda persona que padezca una alteración funcional permanente o prolongada, física o mental, que en relación a su edad y medio social implique desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral"</p>	<p>Recepta la definición anterior casi textualmente, pero agregando "alteración funcional permanente o prolongada, motora, sensorial o mental..." eliminando la disyuntiva "física o mental". En este sentido el legislador "recepta los cuestionamientos a la idea de discapacidad centrada en el individuo, para redirigirla a la relación con su entorno."</p>
ámbito de aplicación	<p>Establece en su artículo 4 que "El Estado, a través de sus órganos dependientes, prestará a los discapacitados, en la medida en que estos, las personas de quienes dependan o los entes de obra social a los que estén afiliados, no puedan afrontarlos ..." los servicios relacionados con la discapacidad.</p> <p>La reglamentación del artículo 4, únicamente supedita la obligación del Estado Nacional a que el discapacitado cumpla con los</p>	<p>El artículo 2 establece: "Las obras sociales, comprendiendo por tal concepto las entidades enunciadas en el artículo 1 de la ley 23.660⁵⁶, tendrán a su cargo con carácter obligatorio, la cobertura total de las prestaciones básicas enunciadas en la presente ley, que necesiten las personas con discapacidad afiliadas las mismas". (colocando en primer lugar a las Obras Sociales)</p> <p>El art 3 (modifica en este sentido el artículo 4 de la ley 22.431) declarando que el Estado prestará los servicios a quienes no estén incluidos en el sistema</p>

⁵⁶ El art 1 de la ley 23.660 comprende a : a) Obras sociales sindicales, b) Institutos de administración mixta, las obras sociales y las reparticiones u organismos que tendiendo como fines los establecidos en la presente ley hayan sido creados por leyes de la Nación, c) Las obras sociales de administración central del Estado Nacional y sus organismos autárquicos y descentralizados, d) Las obras sociales de empresas y sociedades del Estado, e) Las obras sociales del personal de dirección y de asociaciones profesionales de empresarios, f) Las obras sociales constituidas por convenios con empresas privadas o públicas y las que fueron originadas a partir de la vigencia del art 2 inciso g) punto 4 de la ley 21.476, g) Las obras sociales del personal civil y militar de las fuerzas armadas, de Seguridad, Policía Federal Argentina, Servicio Penitenciario Federal y los retirados , jubilados y pensionadas del mismo ámbito, cuando adhieran en los términos que determine la reglamentación, h) Toda otra entidad creada o a crearse que, no encuadrándose en la enumeración precedente. Tenga como fin lo establecido en la presente ley.

	tratamientos o actividades de rehabilitación.	de Obras Sociales, "en la medida en que las personas con discapacidad o las personas de quienes dependan no puedan afrontarlas.." ⁵⁷ El artículo 5 de la ley 24.901 obliga a las Obras Sociales a capacitar a sus agentes y a difundir a sus beneficiarios los servicios a los que puedan acceder respecto a la discapacidad. ⁵⁸
Certificado único de discapacidad	Establecido en el art.3 , la Secretaría de Estado de Salud Pública es la encargada de establecer los criterios y elaborar la normativa de evaluación y certificación de la discapacidad.	El art 10 de la ley 24.901 determina que la discapacidad deberá acreditarse conforme lo establecido por el art 3 de la ley 22.431 y por las leyes provinciales análogas: mediante un certificado de discapacidad. "A los efectos de la presente ley, la discapacidad deberá acreditarse...", es decir a fin de obtener los servicios que determina. Será el Ministerio de Salud y Acción Social la encargada de establecer los criterios y elaborar la normativa de evaluación y certificación de la discapacidad. Este certificado deberá incluir: a) Un diagnóstico funcional y b) Orientación Prestacional, la que se incorporará a un Registro Nacional de Personas con Discapacidad. Una vez otorgado, este certificado tiene una vigencia limitada en el tiempo (normalmente 5 o 10 años) y luego debe ser renovado.

Cuadro de Elaboración propia , en base al trabajo presentado por Rosales P, en "LA DISCAPACIDAD EN EL SISTEMA DE OBRAS SOCIALES NACIONALES. La Emergencia Sanitaria y los derechos de los beneficiarios con discapacidad." 2011

III.10.1. Interpretación, de algunas reglamentaciones de la nueva ley:

1. Incorporación de prestaciones en el nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad

Los artículos 11 a 39 de la ley 24.901 describen minuciosamente las prestaciones previstas por la

⁵⁷ De esta manera quedan planteados dos sistemas: Quien sea beneficiario del sistema de Obras Sociales deberá reclamarlo a estas. Quienes no tengan cobertura social, será el Estado Nacional el obligado (expresamente lo declara el art 4), entendemos, principal, en la medida en que no pueda hacerlo la persona con discapacidad o sus personas encargadas. Como el artículo 3 no está reglamentado, entendemos que bastará para que "el Estado Nacional esté obligado a que la persona con discapacidad o la persona que lo tiene a su cargo declare no poder afrontarlo"

⁵⁸ En este sentido, las Obras sociales "han desoído en los últimos años esta obligación que surge de la ley y en estos últimos tiempos mas que difundir han pugnado por desconocer los derechos de sus beneficiarios discapacitados, incluso en el caso de menores en edad escolar". Rosales P. 2011

ley y la reglamentación de dichos artículos determina que estas prestaciones “deberán ser incorporadas y normalizadas en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad” de cuya confección y competencia encarga a la Superintendencia de Servicios de Salud (en adelante SSS) ex ANSSAL⁵⁹.

2. Obligación de la Obras Sociales a ofrecer acciones preventivas y de integración social y su inserción en el sistema de prestaciones básicas.

El art 11 promueve la integración social de las personas con discapacidad afiliadas a Obras Sociales, indicando que accederán a través de las mismas a “acciones de evaluación y orientación individual, familiar y grupal, programas preventivos-promocionales de carácter comunitario y todas aquellas acciones que favorezcan la integración social de las personas con discapacidad y su inserción en el sistema de prestaciones básicas”.

3. Reorientación de servicios

El art 12 establece varias reglas de permanencia de los beneficiarios en los servicios de discapacidad.

Si presenta *cuadros agudos* que le imposibilitan recibir habilitación o rehabilitación, debe ser orientada a *servicios específicos* (aspecto asistencial).

Si presenta *signos de detención o estancamiento* y se encuentre en situación de cronicidad , debe orientarse a *servicios acorde con sus actuales posibilidades* (aspectos de rehabilitación).

Pero cuando presenta *signos de evolución favorable*, debe orientarse a un *servicio que contemple su superación*. En este sentido la ley avanza enormemente desde la aparición del problema hasta incluso exigir prestación que no solo lo solucionen sino que lo superen definitivamente⁶⁰

4. Traslados

El artículo 13 determina que los beneficiarios “que se vean imposibilitados por diversas circunstancias de usufructuar del traslado gratuito en transportes colectivos entre su domicilio y el establecimiento educacional o de rehabilitación establecido, tendrán derecho a requerir de su cobertura social un transporte especial con auxilio de terceros cuando fuere necesario”. La norma incluye la obligación de proveer auxilio de terceros, y en este sentido un ejemplo son los “acompañantes terapéuticos”

⁵⁹ Este nomenclador fue realizado por la SSS por la Resolución 400/99

⁶⁰ Todas estas prestaciones son reglamentadas minuciosamente por la Resolución 400/98 de la Superintendencia de Servicios de salud, siguiendo el diagrama que determinan los artículos 11 a 39 de la ley 24.901, actualmente sujeta a revisión por el Decreto 428/2002 de emergencia sanitaria. Rosales P. 2011

5. Prestaciones básicas de la ley 24.901

Su antecesora, desarrollaba estas "prestaciones" en forma general, con el énfasis puesto en el orden social, político, seguridad social y accesibilidad de personas con discapacidad. En cambio la ley 24.901 describe prestaciones básicas relacionadas con la salud y la educación en consonancia con el nuevo sistema, que en los comienzos de la década de los 90 crearon las leyes 23.660 y 23.661.

En el Capítulo IV de la ley (artículos 14 a 18) titulado "Prestaciones Básicas" determina cinco tipos de prestaciones: a) Preventivas, b) de rehabilitación, c) terapéuticas educativas, d) educativas y e) Asistenciales. No se desarrollarán en este trabajo por lo extenso de las mismas y dado que el fin es mostrar el contexto "abarcativo" de esta ley.

6. Servicios específicos para la persona con discapacidad y su grupo familiar. (Capítulo V, artículos 19 a 28)

Esta nueva ley establece unos servicios específicos pudiendo ser ampliados según criterios concretos de necesidad, incluyen:

a) Estimulación temprana, b) Educación inicial, c) Educación general básica, d) Formación laboral, e) Centro de día, f) Centro educativo terapéutico, g) Centro de rehabilitación psicofísica, h) Rehabilitación motora: Este servicios incluye dos áreas: a) Tratamiento de rehabilitación propiamente dicho y b) Provisión de ortésis, prótesis, ayudas técnicas y otros aparatos ortopédicos, i) Atención odontológica integral.

7. Sistemas Alternativos al Grupo Familiar (Cap.VI):

Cuando una persona con discapacidad no pudiere permanecer en su grupo familiar de origen, a su requerimiento o el de su representante legal, podrá incorporarse a residencias, pequeños hogares y hogares.

8. Prestaciones complementarias - Subsidios, como ayuda a la persona con discapacidad

Se prevé en el artículo 33, (capítulo VII) la prestación de una cobertura económica de ayuda a la persona con discapacidad a fin de "facilitar la permanencia de la persona en el ámbito que resida y apoyar al beneficiario y a su grupo familiar ante situaciones atípicas y de excepcionalidad no contempladas en la ley, pero esenciales para lograr su habilitación y/ rehabilitación e inserción socio laboral", mientras dure la situación. Para las personas con discapacidad, la cobertura es amplísima. Incluye los medicamentos específicos que sean necesarios, estudios específicos de diagnóstico, y la cobertura de especialistas que no pertenezcan a su cuerpo de profesionales y

deban intervenir imprescindiblemente por las características específicas de la patología. Incluye también el diagnóstico, orientación y asesoramiento preventivo para los miembros del grupo familiar de pacientes que presentan patologías de carácter genético hereditario. En este caso el beneficiario de la ley no es la persona con discapacidad sino su grupo familiar.

Algunas características de la reglamentación de la Ley 24901 y resoluciones 400/99 Y 428/99 Ministerio de Salud y Acción Social (M.S. y A.S.)

La Resolución 1/98 MS y AS crea la Administración de Programas Especiales⁶¹ (A.P.E.) destinada a enmarcar y financiar algunas prestaciones de alto costo y de baja incidencia, como el SIDA o los trasplantes.

Dentro del marco de la A.P.E. se dictó el 16 de febrero de 1999 la Resolución 400/99 MS y A.S. que establece el "Programa de Cobertura del Sistema Unico de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad" y la forma en que los prestadores deberán solicitar el apoyo financiero del APE⁶².

Cuál es el valor de las prestaciones para la discapacidad?

El 23 de Junio de 1999 se dicta la Resolución 428/99 MS y AS que aprueba el llamado "Nomenclador de Prestaciones Básicas para personas con Discapacidad" a fin de permitir "optimizar" la facturación por parte de los prestadores⁶³.

⁶¹ El APE depende directamente de la Superintendencia de Servicios de Salud (ex A.N.S.A.L.L.) y ésta del Ministerio de Salud de la Nación. Por ello, esta resolución es de exclusiva aplicación al sistema de la seguridad social previsto por las leyes 23.660 y 23.661 que son controlados por la Superintendencia.

⁶² Entre las normas y requisitos quedan algunas cuestiones definidas: a) Los subsidios o apoyos financieros son facultativos para el A.P.E. (es decir que aunque no sean otorgados ello no significa que la Obra Social queda liberada de proveer el servicio) ; b) la única obligada frente al beneficiario es la Obra Social; c) que la única legitimada para efectuar los pedidos de subsidios ante la A.P.E. es la Obra Social y no el beneficiario (ello independientemente de la obligación inmediata de prestación de la Obra social ante el beneficiario, con o sin apoyo financiero otorgado); d) los valores de los módulos que establece la reglamentación son tope máximos del precio a financiar por el A.P.E. (esto significa que la diferencia entre el tope que se financia y el valor de la prestación- si fuera mayor- debe ser financiado por la Obra Social y no por el beneficiario); e) El Programa Médico Obligatorio (Res. 247/96) resulta complementario de lo que establece esta resolución y de plena aplicación; f) Las prácticas en el exterior no se subsidiarán, salvo que el costo de la prestación en el exterior sea inferior al vigente en el país.

La Resolución 400/99 MS y AS toma el carácter de un nomenclador de prestaciones médicas. El anexo III establece dos niveles de atención (ambulatorio e internación) a su vez divididos en módulos de atención siguiendo los parámetros de los artículos 11 a 39 de la ley 24.901 determinando el contenido de cada uno y el costo que el A.P.E financiará por cada uno de ellos al prestador. "Si el costo del módulo es mayor, la diferencia la debe cubrir la Obra Social. Resulta importante esta aclaración ya que la Obra Social no puede trasladarlos al beneficiario ni tampoco puede imponer un límite de cobertura tomando en cuenta el valor del módulo". P. Rosales, (2011)

⁶³ Este nomenclador es dictado directamente por el Ministerio de Salud y Acción Social reglamentando en forma directa e indicando en forma minuciosa el contenido de los módulos y sus costos de las prestaciones de discapacidad para el subsector Público y Privado.

III.10.2 Acciones positivas para las personas con discapacidad

“Una política de salud puede o no alterar el estado de salud de la población, así como puede o no modificar al sistema de salud”. Ginés González García (1997).⁶⁴

Con las modificaciones a la ley 22.431, (mencionadas en Nota al pie, pág. 49), se genera un avance en la defensa de los derechos de las personas con discapacidad.

Dentro de estas modificaciones, pueden mencionarse la obligación del Estado Nacional y sus organismos, las empresas del estado y la Municipalidad de la ciudad de Buenos Aires, “a ocupar personas con discapacidad que reúnan las condiciones de idoneidad para el cargo en una proporción no inferior al 4% de la totalidad de su personal”; asimismo, la obligación de los mismos entes citados anteriormente más las empresas privadas que brinden servicios públicos, “de otorgar en concesión, a las personas con discapacidad, espacios para pequeños comercios en toda sede administrativa”. Promueve los talleres protegidos de producción para discapacitados. Aporta también, algunas modificaciones en materia de seguridad social de discapacidad; establece las duplicaciones de las asignaciones por escolaridad primaria, media o superior y ayuda escolar cuando el hijo a cargo del trabajador fuera discapacitado; reglamenta la jubilación por invalidez respecto de las personas que se rehabilitan; aporta nuevas reglamentaciones sobre barreras de accesibilidad al medio físico, incluyendo las barreras físicas, arquitectónicas y de transporte⁶⁵; con el fin de lograr la accesibilidad para las personas con movilidad reducida.

En este sentido la ley entiende por “accesibilidad” a “la posibilidad de las personas con movilidad reducida de gozar de las adecuadas condiciones de seguridad y autonomía como elemento primordial para el desarrollo de las actividades de la vida diaria, sin restricciones derivadas del ámbito físico urbano, arquitectónico o del transporte, para su integración y equiparación de oportunidades”. De ésta manera, queda garantizada desde el aspecto legal, la accesibilidad en condiciones de seguridad, autonomía, sin restricciones del ámbito físico urbano, arquitectónico o de transporte.

⁶⁴ GONZÁLEZ GARCIA, Ginés & TOBAR, Federico (1997). Más salud por el mismo dinero. Buenos Aires. Grupo editor latinoamericano - Ediciones Isalud.

⁶⁵ La ley establece la prioridad de la supresión de barreras físicas en los ámbitos urbanos, arquitectónicos y del transporte que se realicen o en los existentes que remodelen o sustituyan en forma total o parcial sus elementos constitutivos. Los artículos 21 y 22 de la ley desarrollan el concepto de accesibilidad respecto de barreras arquitectónicas (diferenciando entre edificios públicos y de viviendas) y barreras en los transportes (en vehículos públicos asientos reservados y accesos a los mismos aptos para personas con discapacidad)

III.11 Resumen de los avances a través de reglamentaciones y acciones a favor de las personas con discapacidad.

En 1997, mediante la sanción de la ley 24.901, se creó el "Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral a favor de las Personas con Discapacidad" con el objeto de brindar cobertura integral a las necesidades y requerimientos de las personas con discapacidad. Esta norma fue reglamentada por Decreto 1.193/98, y establece que las obras sociales tendrán a su cargo la "*cobertura TOTAL de las prestaciones básicas que necesiten las personas con discapacidad, afiliadas a las mismas*". Asimismo, garantiza el acceso universal de las personas con discapacidad a la totalidad de las prestaciones básicas consagradas en la Ley, al colocar en cabeza de los organismos del Estado la cobertura para aquellas personas que no cuenten con una obra social. También, estableció que la Comisión Nacional Asesora para la Integración de las Personas con Discapacidad (CONADIS) es el órgano regulador del Sistema de Prestaciones Básicas de Atención Integral a favor de las Personas con Discapacidad. La CONADIS es administrada por un Directorio y es la encargada de proponer a la Comisión Coordinadora del Programa Nacional de Garantía y Calidad de la Atención Médica el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad, y junto con el Ministerio de Salud (MNS), establece las normas de acreditación de prestaciones y servicios de atención en concordancia con el Programa de Garantía de Calidad de Atención Médica⁶⁶,

Dentro de los programas de cobertura que acceden las personas con discapacidad, se incluye el Incluir Salud, ex PROFE⁶⁷. Este es un programa del Ministerio de Salud de la Nación que financia la cobertura medico-asistencial a los beneficiarios de pensiones no contributivas (PNC), para cumplir con este fin, la Nación transfiere recursos presupuestarios a todas las provincias, quienes son las responsables de brindar las prestaciones médicas a los titulares de las pensiones asistenciales y no contributivas, con la intervención de la Comisión Nacional de Pensiones Asistenciales, dependiente del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación⁶⁸

⁶⁶ Contiene un marco básico que describe las características y alcances de las prestaciones de rehabilitación, terapéutico-educativas, educativas y asistenciales para personas con discapacidad y el que define los fundamentos básicos de calidad que han de reunir los servicios que se incorporen al Sistema de Prestaciones Básicas de Atención Integral a Favor de las Personas con Discapacidad, desde la perspectiva de la organización y el funcionamiento de los servicios, los recursos humanos afectados, la planta física requerida y el equipamiento necesario.

⁶⁷ Incluir Salud, incluye en su mayoría a beneficiarios de Pensiones No Contributivas (PNC) por vejez, invalidez y madres de siete (7) o más hijos; Graciables y Leyes Especiales, otorgadas y a otorgarse con la intervención de la Comisión Nacional de Pensiones Asistenciales, siempre que hayan solicitado su afiliación al Programa y sólo a partir del ALTA en el padrón "Incluir Salud". También pueden acceder los siguientes miembros del Grupo Familiar Cónyuge/Conviviente, Hijos menores de 18 años, Menores bajo guarda o tutela, Hijos mayores de 18 años que acrediten una incapacidad igual o superior al 76%

⁶⁸ Actualmente Incluir Salud está a cargo de la Dirección Nacional de Prestaciones Médicas del Ministerio de Salud y es financiado por el Estado Nacional, pero su ejecución es descentralizada en las jurisdicciones que adhieren al Programa.

III.12 Factores que influyeron en la transformación de las organizaciones y las políticas sociales.

En nuestro país, en la década del '80, el impacto económico de las enfermedades llamadas "catastróficas", indujo a la creación de la Administración de Programas Especiales (APE)⁶⁹, el objetivo de su creación, fue el de implementar y administrar recursos, afectados al apoyo financiero de las prestaciones y patologías de alto costo y baja incidencia y a las patologías crónicas de cobertura prolongada, relativas a los planes y programas de salud destinados a los beneficiarios del Seguro de Salud. El APE actuaba como un reaseguro para las Obras Sociales.

Unos años más tarde, en 1996, se crearía la Superintendencia de Servicios de Salud, en adelante SSS⁷⁰, como ente supervisor, fiscalizador y de control de los agentes que integran el Sistema Nacional del Seguro de Salud, asegurando el cumplimiento de las políticas del área para la promoción, preservación y recuperación de la salud de la población y la efectiva realización del derecho a gozar de las prestaciones de salud establecidas en la legislación, incluido el APE.

Los fondos del APE⁷¹, se asignaban a las Obras Sociales de manera poco transparente, según Rubén Torres (2004)⁷² "el manejo discrecional ha sido cuestionado, en el pasado por la amplia

Las provincias asumen a su cargo la atención primaria de los beneficiarios por intermedio de las Unidades de Gestión Provincial (UGP), las que deben trabajar en forma articulada con los Centros de Atención Personalizada (CAP), que representan a la Comisión Nacional de Pensiones Asistenciales, dependientes del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación en cada provincia.

La cobertura médico-asistencial es brindada así por los sistemas de salud provinciales mediante convenio con la Nación y bajo el régimen de reintegro periódico de costos incrementales. Estos reintegros se calculan conforme al sistema de cápita contra la cantidad de beneficiarios empadronados en la jurisdicción prestadora del servicio. <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/incluisalud/>

⁶⁹ El APE se crea en el año 1988 por medio del decreto del Poder Ejecutivo Nacional N° 53/1988, constituyéndose como un organismo descentralizado de la Administración Pública Nacional con jurisdicción en el Ministerio de Salud y Acción Social, Secretaría de Política y Regulación de la Salud Subsecretaría de Regulación y Fiscalización, con personalidad jurídica propia y con un régimen de autarquía administrativa, económica y financiera. El APE desarrollaría sus actividades bajo el mando de un gerente designado por el Poder Ejecutivo Nacional. <http://infoleg.mecon.gov.ar/infolegInternet/anexos/45000-49999/48647/norma.htm>

⁷⁰ En 1996 se crea la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) a través del decreto N° 1615/1996 que estableció para ello la fusión de la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL); el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS) y la Dirección Nacional de Obras Sociales (DINOS). <http://infoleg.mecon.gov.ar/infolegInternet/anexos/40000-44999/41312/norma.htm> Decreto N° 1615/1996. Creación de la Superintendencia de Servicios de Salud

⁷¹ La APE desarrollaba su gestión mediante los recursos provenientes del Fondo Solidario de Redistribución creado por la ley N° 23.661 constituidos con los aportes y contribuciones de la nómina salarial del universo de los trabajadores comprendidos en el sistema de obras sociales que rige la ley N°23.660. Dicho fondo estaba formado por el 10 o el 15% de los aportes y contribuciones que reciben las Obras Sociales Sindicales y con el 15 o el 20% de los aportes y contribuciones que reciben las Obras Sociales del Personal de Dirección y las Asociaciones Profesionales de Empresarios, la variación porcentual dependía de que la remuneración bruta mensual superara o no los mil pesos mensuales. <http://www.auditoriamedicahoy.net/biblioteca/EL%20SISTEMA%20ÚNICO%20DE%20REINTEGROS.%20Timor%20Marti%20nez.pdf>

⁷² Rubén Torres, en Mitos y realidades de las Obras Sociales en la Argentina. Ediciones ISALUD. 2004

proporción de los recursos, destinados a subsidios financieros, muchos de ellos concentrados en unas pocas Obras Sociales, mientras que los subsidios por prestaciones médicas fueron relegados a un segundo plano”, resultando de esta manera, beneficiadas las entidades de mayores recursos, y no las Obras Sociales más débiles, con menor cantidad de afiliados. Finalmente, luego de la absorción del APE ⁷³ dentro de la SSS, el APE se transforma en Sistema Unico de Reintegro (SUR) ⁷⁴, con el objetivo de aumentar la eficacia y transparencia de los procesos de funcionamiento, otorgando el reembolso a la Obras Sociales, por el financiamiento a las prestaciones de estas patologías catastróficas, bajo una norma y no por vías de excepción y conveniencia.

III.13. Accesibilidad como dimensión fundamental de la equidad

La Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, en su artículo 9, desarrolla la dimensión accesibilidad, a fin de que las personas puedan gozar plenamente de todos los aspectos y vivir en forma independiente, en igualdad de condiciones que las demás personas. Estas medidas propenderán a identificar y eliminar las barreras de acceso y obstáculos en la vía pública, transporte, edificios, así como en los servicios de información. Asimismo, el estado se hará responsable “de promulgar, desarrollar y supervisar la aplicación de normas sobre la accesibilidad de las instalaciones y los servicios”.. (..)

El marco legal y jurídico a estas dimensiones lo otorga la Ley N° 26378 - Ley N° 24314, que trata sobre la “Aplicación de políticas públicas en accesibilidad universal: accesibilidad mas diseño Universal”, de esta manera, se les garantiza a las personas con discapacidad la calidad de vida, a través de una ciudad plenamente accesible, para “devolverle su protagonismo”, “su derecho de

⁷³ El 19 de Julio de 2012, El PODER EJECUTIVO NACIONAL, mediante PEN 1198/12 considera oportuno disponer la absorción de la ADMINISTRACION DE PROGRAMAS ESPECIALES (APE) dentro la estructura organizativa de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD (SSS) reasumiendo objetivos, funciones y competencias atribuidas a aquel organismo por Decreto No 53/98, a efectos de asegurar un contexto de mayor control y cumplimiento de las funciones esenciales del Estado. Esto llevo a que la SSS procediera a reorganizar administrativamente el APE.

⁷⁴ En septiembre de 2012, por medio de la resolución 1200/12, se crea el Sistema único de Reintegros (SUR) para la implementación y administración de los fondos destinados a apoyar financieramente a los agentes del seguro en prestaciones médicas de baja incidencia y alto impacto económico y las de tratamiento prolongado. <http://infoleg.mecon.gov.ar/infolegInternet/anexos/200000-204999/202779/norma.htm> Resolución N° 1200/2012 Creación del Sistema único de Reintegros

participación” y una “vida activa”. Para abordar esta temática de forma integral, esta ley establece “una guía de ayudas asequibles para la intervención en obras o adaptaciones en accesibilidad de cada Organismo perteneciente al Estado Nacional en su conjunto.”

La finalidad de la misma, es “además de brindar una herramienta para poder cumplir con la legislación, es la de aprovechar su incidencia para que la temática no quede sesgada solamente a un grupo o equipo de trabajo sino que la misma sea integrada desde el inicio en la toma de decisiones de cualquier iniciativa insertas en Planes, Programas, Licitaciones, Contrataciones, etc. que contengan en sus diseños construcción, remodelaciones, comunicaciones, señaléticas, transporte público, TIC (Tecnología, Información y Comunicación), y toda otra actividad que repercuta en la vida diaria de las personas para que la accesibilidad sea parte de las mismas.”

III.13.1 Presentación Conadis. Accesibilidad

Algunos de los objetivos centrales de esta Comisión Nacional estuvo y está representada por “la eliminación de barreras culturales y físicas que se oponen habitualmente a la integración de personas con movilidad y/o comunicación reducida”. La Comisión Nacional, ha impulsado una serie de acciones de concientización para abordar de forma mancomunada e interprofesional, la supresión de estas barreras físicas, generadas sobre las valoraciones negativas que la gente hace de las restricciones de movilidad “generándose en consecuencia barreras físicas que segregan, separan y aíslan, desde lo arquitectónico, lo urbanístico, en el transporte y en las comunicaciones”. De ésta manera las limitaciones o restricciones en la participación se darán si el entorno social y físico no está preparado para que puedan ejercerse las actividades de la vida diaria. “ No pasa por lo que no puede hacer alguien sino por quien o qué no lo deja hacer”.

Para avanzar en ésta tarea, se debe trabajar sinérgicamente sobre la imposición de las normas y el trabajo de concientización sobre su importancia y aplicación, respetando la diversidad del individuo. En éste trabajo no se detallan las acciones de ésta comisión, por lo extensivo de su desarrollo.⁷⁵

III.14. Estimaciones sobre la prevalencia en discapacidad según el Censo Nacional de Población de hogares y viviendas 2001⁷⁶.

Según sus registros correspondientes al año 2013, la población de Personas con Discapacidad (ENDI), complementaria del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001, realizada en las principales localidades del país entre noviembre 2002 y el primer semestre de 2003 es de 2.176.123 personas, correspondiendo al sexo masculino 1.010.572 y al femenino 1.165.551

⁷⁵ <http://www.conadis.gov.ar/accesibilidad.html>

⁷⁶ Población 2001 Cantidad de personas: 36.260.130 (Varones: 17.659.072 Mujeres 18.601.058)

personas, representando el 7.1% de la población.

Población 2001	Con Discapacidad (ENDI)
Cantidad total: 36.260.130	Total: 2.176.123
Varones: 17.659.072	Varones: 1.010.572
Mujeres 18.601.058	Mujeres: 1.165.551

Bajo una mirada federal y con el consenso de las jurisdicciones nacionales, el SNR elabora su anuario estadístico nacional, sobre discapacidad. Estos datos permiten tomar decisiones políticas y elaborar programas para la discapacidad, orientando los mismos a la eliminación de barreras discapacitantes y promover la participación de las personas con discapacidad. En este contexto, el objetivo general de la cuarta edición del "Anuario Estadístico Nacional sobre Discapacidad" correspondiente al año 2013, es cuantificar y caracterizar a las personas con discapacidad que obtuvieron el Certificado Único de Discapacidad a través del Registro Nacional de Personas con Discapacidad.⁷⁷

III.15. Las Personas con Discapacidad con CUD en la Republica Argentina.

Según el anuario⁷⁸, en el país, durante el año 2013, se emitieron 174.373 Certificados Únicos de Discapacidad, los cuales equivalen en términos absolutos a cantidad de personas con CUDs. La provincia de Buenos Aires fue la que concentró la mayor cantidad de emisiones con un 43%, cifra que representa a un total de 74.979 personas con discapacidad manifestando un aumento de alrededor de 12 puntos porcentuales respecto del año anterior; la siguieron Santa Fe y Mendoza con 10,4% (18.195 personas con discapacidad) y 6,8% (11.774 personas con discapacidad), respectivamente. Respecto del año 2011, y con la incorporación de casi la totalidad de las provincias al Registro Nacional de Situación de las Personas con Discapacidad, la certificación se incrementó en un 70%. Este aumento se debió al producto del crecimiento y de la consolidación de las Juntas Evaluadoras de todo el territorio nacional

⁷⁷ <http://www.snr.gob.ar/uploads/Anuario-2013.pdf>

⁷⁸ Anuario estadístico Nacional sobre discapacidad, 2013.

Tabla 1.1 Distribución de las Personas con Discapacidad con CUD según Provincia de Residencia. Republica Argentina. Año 2013. Fuente SNR

Provincia	Cantidad de personas	%
Buenos Aires	74.979	43.0 %
Catamarca	1.761	1.0 %
Chaco	3.964	2.3 %
Chubut	2.287	1.3 %
Cava	304	0.2 %
Córdoba	1.411	0.8 %
Corrientes	3.165	3.5 %
Entre Ríos	40.487	54,00%
Formosa	1.651	0.9 %
Jujuy	3.191	1.8 %
La Pampa	1.209	0.7 %
La Rioja	1.782	1,00%
Mendoza	11.774	6.8 %
Misiones	2.696	1.5 %
Neuquén	2.658	1.5 %
Salta	10.302	5.9 %
San Juan	6.527	3.7 %
San Luis	2.010	1.2 %

Santa Cruz	1.173	0.7 %
Santa Fé	18.195	10.4 %
Santiago del Estero	3.558	2.0 %
Tierra del Fuego	456	0.3 %
Tucumán	8.946	5.1 %
Total	174.373	100,00%

Tabla 1.2. La distribución de las personas con discapacidad, con Cud, según sexo, según este anuario, en la Provincia de Buenos Aires. Año 2013

sexo femenino

46% (34.492 personas)

sexo masculino

54% (40.487 personas)

Tabla 1.3 La distribución de las personas mayores de 14 años con discapacidad con Cud según condición de actividad. (sobre un total de 58.773 personas) Pvcia de Bs As 2013

Trabajan

11% (3.144 personas) sexo femenino

16.1% (4.875 personas) sexo masculino

No trabajan

89% (25.394 personas) sexo femenino

83.9% (25.360 personas) sexo masculino

IV. Formulación de hipótesis

El estudio no propuso verificar o refutar una hipótesis, sino arribar a nuevos conocimientos que como producto del proceso investigativo, resultasen útiles para contribuir a mejorar las intervenciones y propuestas destinadas a las personas con discapacidad.

Los estudios provenientes de la educación física sostienen que el deporte generaría efectos positivos para el desarrollo psicológico, físico y social de las personas. Teniendo en cuenta estos resultados, la práctica del deporte de las personas con discapacidad física en silla de ruedas, les garantizaría una sensación de bienestar, satisfacción y fortalecimiento de la autoestima, les ayudaría a lograr un estilo de vida más balanceado y normal, proporcionándoles oportunidades de sociabilización y de autoexpresión a través de su participación activa conforme a su nivel de movilidad y funcionalidad. Generalmente las personas con discapacidad física tienden a evitar el uso de sus extremidades parcialmente afectadas. A través del *Deporte Adaptado*, se los incentivaría y motivaría para que colaboren activamente en su rehabilitación, interviniendo en la prevención a partir del autocuidado, evitando complicaciones de su salud, aportándole confianza y mejores habilidades motrices, obteniendo mayor fuerza en su musculatura remanente a través de las proezas necesarias para desarrollar el juego.

El deporte acercaría a la familia del discapacitado y lo centraría en su rol de persona activa capaz de vencer obstáculos, generándole menor dependencia siendo una guía a imitar por otros discapacitados. El deporte promovería viajes, giras, reuniones con clubes, y federaciones facilitando la inclusión con otras sociedades y organismos.

V. METODOLOGIA

V.1. Material y método

La investigación se aplicó a una muestra de 62 personas con discapacidad física en sillas de ruedas de ambos sexos, cuyo origen de la discapacidad era la consecuencia de (según denominación de la CIE10⁷⁹), espina bífida⁸⁰, poliomielitis⁸¹, lesión medular⁸², y amputaciones⁸³, comprendidos dentro del rango etario de 18 a 75 años, que practicasen los siguientes deportes adaptados en las instalaciones del SNR, Quadrugby, natación, básquet, tenis de mesa. Y a 5 profesores de Educación Física a cargo de las distintas actividades deportivas.

Se aplicaron cuestionarios, encuestas, entrevistas en horarios pautados previamente con los jugadores y profesores, en forma individual, antes de comenzar o al terminar la práctica, la participación fue voluntaria. Se observó el desempeño de los jugadores como grupo, dentro del campo de juego, desde afuera de la cancha, los días de entrenamiento. Los jugadores contaron con una antigüedad de práctica mayor a un año en el deporte.

La estrategia para recolectar la información, se realizó a través de un trabajo de campo donde la unidad de análisis fue la persona con discapacidad física hombre y mujer en silla de ruedas, de cada disciplina deportiva. La técnica fue observacional, y descriptiva. La investigadora compartió algunas salidas informales que generaron los distintos equipos para observar su comportamiento grupal y su sociabilización fuera del ámbito deportivo.

⁸⁰ CIE 10. Cap.XVII, Malformaciones Congénitas deformidades y anomalías cromosómicas Q05, Espina bífida.

⁸¹ CIE 10. Cap.I. Ciertas enfermedades infecciosas y parosismas infecciones virales del SNC. A80 poliomielitis Aguda.

⁸² CIE 10. Cap.XIX. Traumatismo, envenenamientos y algunos otros consecuencia de causas externas. S14 Traumatismos de la Médula espinal y de nervios a nivel del cuello, hombro y del brazo. S34 Traumatismos de los nervios y de la médula espinal lumbar o a nivel del abdomen, de la región lumbosacra y de la pelvis

⁸³ CIE 10. Cap.XIX. Traumatismo, envenenamientos y algunos otros consecuencia de causas externas. S48 Amputación traumática del hombro y brazo. S88 Traumatismo de la rodilla y la pierna, amputación traumática de la pierna.

La propuesta metodológica no incorporó la participación simultánea de un Grupo Control, ya que el estudio no pretendió comparar entre poblaciones sino que basado en la información preexistente y las recomendaciones al respecto, analizar las percepciones y vivencias de las personas con discapacidad, considerando como la práctica del deporte es, desde su perspectiva, beneficiosa para su salud biopsicosocial.

V.2. Definición operacional de las variables y categorías.

Se interrelacionaron las siguientes variables:

Variables simples cualitativas: sexo –nivel de educación –condición socioeconómica – Lugar de residencia – estado civil. – maternidad/paternidad - antecedentes deportivos (para la discapacidad adquirida)

Variables complejas cualitativas: tipo de discapacidad física (CIE10), causa (genético – congénito- perinatal –adquirido (infeccioso / traumático)) -dolor (escala de Wong Baker) Función sexual y reproductiva. Trabajo –tipo de trabajo- Motivación del deporte (La Escala de Motivación en el deporte E.M.D⁸⁴) - tipo de deporte (tenis de mesa, quadrugby- básquet –natación.) Nib- .

Determinantes psicosociales (motivacionales – satisfacción – vida de relación)

Se utilizaron preguntas inspiradas en la Escala de depresión de Yesavage

Se utilizó como guía el Índice de Barthel para conocer la funcionalidad en las actividades de la vida diaria (AVD)

Variables simples cuantitativas: – edad - años de evolución de la discapacidad – antigüedad en el deporte – hs de entrenamiento por semana.

V.3. Descripción del ámbito de estudio.

El estudio se llevó a cabo en las instalaciones deportivas del SNR, y en las instituciones donde se disputaron partidos correspondientes a torneos nacionales, en los horarios asignados individualmente a cada disciplina deportiva.

El espacio cuenta con las siguientes instalaciones: natatorio de 25 mts. al aire libre, un natatorio climatizado, equipado con grúa mecánica para descender a la pileta, y ascender hasta el borde de la misma, el cual funciona los doce meses del año, gimnasio

⁸⁴ Bière, N.M; Vallerand, RJ; Blais, MR y Pelletier, LG (1995). Développement et validation d'une mesure de motivation intrinsèque, extrinsèque et d'amotivation en contexte sportif: L'échelle de Motivation dans les Sport (ÉMS). International Journal Sport of Psychology. 26, 645- 489

cubierto y cancha de básquet al aire libre, mini gimnasio, salón de tenis de mesa, sector de golf, cancha de fútbol, mini cancha auxiliar, espacios verdes.

V.4. Tipo de estudio y diseño.

Primera etapa: Estudio descriptivo observacional de corte transversal.

Segunda etapa: Estudio cualitativo y cuantitativo mediante cuestionario, encuesta y guía de entrevista.

V.5. Tipo de estrategia

Cuantitativa –Cualitativa

V.6. Población

Universo o población objetivo

La investigación se centró en personas con discapacidad física (patología adquirida o congénita) equipadas en silla de ruedas, que concurren al SNR a realizar deporte adaptado recreativo o competitivo, de ambos sexos, entre 18 y 75 años de edad, con una antigüedad en la actividad mayor a un año. No pudo conocerse la población posible de entrevistar, al no haber tenido acceso a las bases de datos secundarias. La información sobre la cantidad de jugadores provino de la asistencia que registraron los entrenadores de cada disciplina.

V.7. Unidad de análisis. Criterios de inclusión y exclusión.

Cada uno de las personas con discapacidad física hombres y mujeres en silla de ruedas con una edad entre 18 y 75 años que practicaron deporte adaptado en el SNR.

Criterios de inclusión:

Con el fin de lograr una descripción sumaria del conjunto del espacio de deporte adaptado, se restringió el análisis, a las personas con discapacidad física, exclusivamente, hombres y mujeres en silla de ruedas entre 18 y 75 años de edad que practicaron los deportes tenis de mesa, básquet, natación y quadrugby en modalidad competitiva y recreativa, con una antigüedad en la práctica deportiva mayor a un año, y desearon participar del estudio de investigación.

Criterios de exclusión:

Fueron excluidas las personas con discapacidad física de ambos sexos con menos de un año de antigüedad en la práctica deportiva. No participaron los que no firmaron el consentimiento informado y los que no demostraron adhesión, compromiso al entrenamiento.

V.8. Población accesible. Muestra. Selección y tamaño de la muestra. Análisis de sesgos.
Se tomó como muestra una población de 62 personas con discapacidad respetando los criterios de inclusión antes mencionados. Se encuestó a la totalidad de la muestra, alternando por disciplina deportiva, durante los días de entrenamiento, y en partidos antes de comenzar o al terminar el mismo. La información provista por la encuesta se complementó en algunos casos, con entrevistas personales a los encuestados. Se pudo entrevistar aproximadamente 2/4 deportistas por semana. Se analizaron los grupos alternadamente hasta evaluar las totalidad de las disciplinas deportivas cumpliendo con el tamaño de la muestra prevista

V.9 Selección de técnica e instrumento de recolección de datos. Fuentes primarias y secundarias. Prueba piloto del instrumento.

Fuente de datos secundaria: Por razones vinculadas a la estructura organizacional y/o a la normativa vigente en las instituciones relevadas, no fue posible trabajar sobre la base de datos del departamento de recreación y deportes del SNR, donde constarían los datos personales completos, tipo de discapacidad, y la modalidad (recreativa / competitiva) para verificación de las condiciones necesarias para realizar el estudio.

Fuente de datos primaria: cuestionarios con idénticas preguntas para todo el grupo muestral. (Ver en anexos 1)

Técnica e instrumentos de recolección de datos: Encuestas semicerradas y entrevista abierta, a los jugadores y profesores a cargo de cada disciplina deportiva. (ver en anexo 1)

Instrumento

La Escala de Motivación en el Deporte (EMD) fue desarrollada por Brière, Vallerand, Blais y Pelletier en 1995. Para éste estudio se utilizó la escala traducida al español y adaptada por López (2000), por considerarla poseedora de una estructura interna homogénea y consistente, refleja directamente las razones percibidas por los deportistas al realizar deporte. Esta escala difiere de la original, en el nombre de los factores, luego de la adaptación del autor. Considera 29 reactivos (preguntas) agrupados en 7 factores (correspondientes a la Motivación intrínseca (MI), Motivación extrínseca (ME) y A motivación, la Motivación integral deportiva), toma aspectos de la práctica que repercuten favorablemente en otras áreas de manera integral. Cada factor comprende entre dos y seis preguntas. En este estudio las respuestas posibles son: Nunca - A veces – Siempre. (Ver en anexo 1)

Modelo de guía de entrevista.

Guía de Entrevista Anónima aplicada a las personas con discapacidad física en silla de ruedas que quisieron ampliar su expresión, y que realizaron deporte adaptado en las instalaciones del Servicio Nacional de Rehabilitación.

- ¿Qué es para Ud. el deporte? ¿Cómo y cuándo llega a su vida?
- ¿Qué beneficios obtuvo con la práctica del deporte a nivel de relaciones (familiar – pareja- amistades) laboral y personal ?
- Si compitió a nivel nacional e internacional, ¿cual fue su experiencia mas positiva?
- ¿La práctica deportiva le aportó beneficios a nivel corporal? Cuales?
- ¿Modificaría algo de la práctica deportiva actual?

Guía de Entrevista Anónima aplicada a los entrenadores de cada disciplina deportiva

- ¿Cuáles son los aspectos sobresalientes que Ud. percibe en las personas con discapacidad física al practicar el deporte?
- ¿Cuales son para Ud. Los motivos por los que las personas con discapacidad física eligen el deporte?
- ¿Según su experiencia la adhesión al deporte es más común en la población femenina o masculina?

- ¿Según su experiencia es diferente la adhesión y compromiso que demuestran los jugadores que fueron deportistas antes de la lesión que provocó la discapacidad, con los que no lo fueron?
- ¿Según su experiencia, como es la convivencia entre los jugadores de un mismo equipo y con los demás jugadores que practican deporte en la institución?

Prueba piloto del instrumento:

La prueba piloto se realizó sobre diez personas con discapacidad física en silla de ruedas que practican Quadrugby, en las instalaciones del SNR. Se probó la receptividad de los encuestados al método de preguntas y el tiempo necesario para completar cuestionario encuesta.

VI. Desarrollo

Experiencia de Campo

En el mes de Agosto del 2013, luego de obtener la autorización, ingreso al SNR.

Como actividad principal, necesité revisar, seleccionar y clasificar la información de las fuentes secundarias, para obtener los datos necesarios para comenzar la investigación. Los datos, no estuvieron disponibles, el coordinador a cargo manifestó que ..."se estaba relevando la información y generando un cambio rotundo y radical en la estructura de las mismas"... Solo se me brindaron datos aproximados del universo de deportistas que asistían al Servicio, en forma verbal, como el número aproximado de personas, unas 150 en total, la dinámica de las actividades, y cantidad de jugadores en cada disciplina. La información sobre los distintos horarios de prácticas y nombre de los profesores a cargo, la obtuve en mas de un encuentro con el coordinador de deportes.

En mi ingreso al campo, me presenté formalmente en cada actividad con el equipo y sus responsables, algunas veces, acompañada por el coordinador deportivo.

Todas las encuestas fueron realizadas por esta investigadora, así como las entrevistas a jugadores y profesores a cargo de la actividad. Los deportistas se encontraban con guantes colocados, lo que impedía maniobrar la birome y el papel, y en otros casos por sus escasos valores musculares en la mano, preferían que le tomaran el registro.

Se compartieron, meriendas en la institución y momentos de descanso entre tiempos de entrenamiento, con dos de los grupos deportivos, y con otros, algunas salidas de la institución, para disputar partidos y las relacionadas al ocio y distracción. Con respecto a las entrevistas a los profesores responsables de cada actividad, éstas se realizaron satisfactoriamente.

La prueba piloto, en formato encuesta, que se aplicó a una muestra de 10 jugadores de Quadrugby, se llevo a cabo satisfactoriamente durante dos semanas.

Los datos recogidos aportaron la información sustancial para el estudio y permitieron la corrección de algunas preguntas.

VI.1. RESULTADOS Entrevistas a profesores

Registro textual de las respuestas de las entrevistas desgrabadas (ver en anexo 2)

Resultados agrupados de las entrevistas a los profesores

1. Cuáles son los aspectos sobresalientes que Ud. Percibe en las personas con discapacidad física al practicar deporte?

La mayoría de ellos coincide en nombrar la mejora de las funciones musculares y las relacionadas con el movimiento, como la fuerza, la velocidad, la concentración, el auto valerse, la reinserción social, la independencia, la constancia, perseverancia, la fuerza de voluntad, a partir de la práctica deportiva. El jugador puede enfrentar su realidad de una forma distinta, sienten que el accidente solo fue un impacto de la discapacidad, y pueden continuar su vida de otra manera. Destacan que a través de la práctica sus logros pasan a ser promotores de una vida social y generadores de procesos de autonomía. El jugador es parte de un grupo, no de la "discapacidad".

2. Cuáles son para Ud. los motivos por los que las personas con discapacidad física eligen el deporte?

Cada entrevistado respondió en relación a su disciplina

- Tenis de mesa:

..."El tenis de mesa es el deporte más inclusivo del mundo ya que pueden jugarlo personas en silla de ruedas y personas de pie. Es un deporte familiar, fácil de aprender y es el número dos del mundo, en los que corresponde a "concentración"... El jugador puede si lo desea utilizar su silla convencional para realizar esta disciplina. La idea de acercarse a los logros de un ídolo deportivo, sería un incentivo".

- Natación:

..."La natación es una continuidad del proceso de rehabilitación..", el paciente que realiza hidroterapia continúa luego con la natación, conociendo los beneficios que le ha aportado en la etapa aguda de la enfermedad. Es un deporte individual, donde hay poca interacción con los otros, los deportistas se sienten menos expuestos ante la mirada de

los demás, ante la nulidad de los efectos de la gravedad, ellos se sienten “libres”, no necesitan asistencia, los desplazamientos los realizan de manera autónoma, sintiendo mucho placer...”

- Quadrugby:

...“Practicar deporte es más fácil que estudiar o trabajar con discapacidad...” Hay una necesidad de los jugadores por sentirse parte de “algo”, sentirse útil. Para poder realizar quadrugby los jugadores deben tener afectados los cuatro miembros, (poseen cuadriparesia, por lo que sus movimientos son limitados en miembros superiores), por ello los jugadores que practican este deporte son en su mayoría lesionados medulares. Ellos no podrían desarrollarse con las mismas posibilidades en otra disciplina deportiva, es un deporte rudo y de contacto”.

- Básquet:

...“la elección del básquet es que es el deporte de mayor rudeza, se necesita mucha fuerza y habilidad para poder jugarlo. Aquí los jugadores poseen discapacidades diferentes, lo practican jugadores amputados, con lesión medular dorso lumbar, con secuela de poliomielitis y espina bífida. Los equipos de Cilsa y River, actualmente no tienen mujeres en el equipo de hombres. ..“En el momento que había una mujer, en el equipo el resto de los jugadores la cuidaba y respetaba, como a uno mas...”

3. Según su experiencia, la adhesión es más común en la población femenina o masculina?

La mayoría coincidió en que predominan los deportistas de sexo masculino, aunque los motivos fueron diversos. ..“La sociedad es machista, en una educación primitiva del deporte hacia la mujer, que la misma es poco incentivada, que aspectos sociales en las personas “convencionales” se repiten en la discapacidad...”

Otro profesor, menciona que ...“la mujer es menos deportista que el hombre, que hay una mirada “relegada del hombre hacia la mujer en silla”. “ La mujer no tendría los recursos para adquirir los elementos necesarios para poder practicar el deporte..” uno de los entrenadores destaca la rudeza del deporte en silla, como causa de que lo practiquen menos mujeres que hombres. También que no hay referentes femeninos

exitosos a las que las mujeres desearían parecerse. Esta falta de incentivo, provoca la poca adhesión del sexo femenino al deporte”

Todos coinciden que cada año practican más mujeres deporte.

4. Según su experiencia es diferente la adhesión y compromiso que demuestran los jugadores que fueron deportistas antes de la lesión que provocó la discapacidad con los que no lo fueron?

La mayoría de los entrenadores destaca un mayor compromiso y adhesión en las personas que fueron deportistas antes de la lesión, (haciendo referencia solo a los que presentan una discapacidad por patología adquirida) con respecto a los que no lo fueron. La facilidad para aprender el gesto deportivo sería una diferencia a favor de los que han tenido antecedentes deportivos.

Uno de ellos menciona que los nuevos jugadores toman el deporte como un hobby, a diferencia de los que poseen antecedentes de práctica deportiva previa a la lesión, donde el compromiso “es con uno mismo”, siendo esta una actitud deportiva

Uno de los profesores entrevistados, no percibe esta diferencia, si resalta la “pasión” que posee el que tiene antecedentes de deportista.

Otro aspecto relevante que genera responsabilidad para con la actividad, es el incentivo económico que significa la “beca”, El Estado a través de la Secretaría de Deportes, y el Enard, otorga a las distintas federaciones este incentivo, para colaborar con los viáticos y comidas del jugador. Se recibe en forma mensual, mientras desarrolle el deporte.

5. Según su experiencia, como es la convivencia entre los jugadores de un mismo equipo y con los demás jugadores que practican deporte en la institución?

Los cinco entrevistados coinciden en que es “muy buena”, que no hay rivalidad, priman los principios de solidaridad entre ellos, hay intercambio comunicacional entre disciplinas, la mayoría de los jugadores se conoce, el SNR es como un club, donde algunos han practicado más de un deporte.

Algo para resaltar es la admiración que despiertan los logros deportivos de los jugadores con mayores deficiencias físicas en el resto de los jugadores. El ego elevado de algunos jugadores, sería un obstáculo para generar amistades.

..”En el deporte adaptado también los jugadores hacen trampa...”

Resultados de las Encuestas realizadas a los jugadores, y su interpretación.

1. Características del grupo muestral

- ✓ El universo encuestado es de 62 deportistas en silla.
- ✓ Todos poseen el CUD
- ✓ El 88% de la muestra, hace mas de diez años que padece una discapacidad física y que deambula en silla de ruedas.

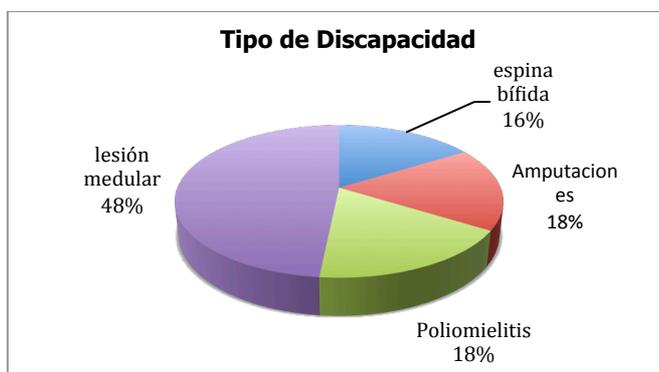
2. Tipos de discapacidad

El 82% de la muestra posee una discapacidad adquirida:

- ✓ poliomielitis 11 casos, representando al 18% de la muestra, con origen infeccioso
- ✓ lesión medular 30 casos, representando al 48%, con origen traumático
- ✓ amputaciones 11 casos, representando al 18%, con origen traumático, de ambos miembros inferiores en la mayoría de los casos y 2 casos, con triamputaciones.

El 16% de la muestra posee una discapacidad congénita

- ✓ espina bífida 10 casos, representando al 16%, con origen congénito.

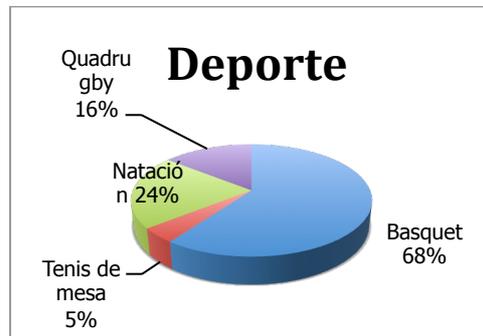


Cuadro de elaboración propia

3. Deporte que practican

- ✓ básquet 42 personas, representando al 68% de la muestra
- ✓ tenis de mesa 3 personas, representando al 5% de la muestra, (aquí la muestra fue menor ya que solo se entrevistaron a los jugadores en silla, no a los de pie.)
- ✓ natación 15 personas, representando al 24% de la muestra.
- ✓ quadrugby 10 personas, representando al 16% de la muestra.

Obs.: Algunos de los deportistas practicaban más de un deporte, siendo registrados en ambos.



Cuadro de elaboración propia

4. Modalidad de la Práctica deportiva

- ✓ El 81% de la muestra realiza el deporte en forma competitiva

5. Antigüedad:

- ✓ El 72% practica el deporte hace más de 5 años, el 28% restante entre uno y cuatro años.

Obs: A las personas con discapacidad, el deporte les llega tarde, muchos años después de su lesión.

6. Antecedentes deportivos previos a la discapacidad.

- ✓ Universo formado por 40 jugadores, representado por el % del total de la muestra, incluye a los jugadores con secuela de lesión medular y amputaciones.

“ No se registró a las personas con secuela de poliomielitis, por ser una discapacidad adquirida en la primera infancia ”

- ✓ El 65% de la muestra, representado por 26 jugadores, posee antecedentes deportivos. (18% jugadores con amputaciones y 47% con lesión medular)

7. Horas de entrenamiento dedicadas a la actividad

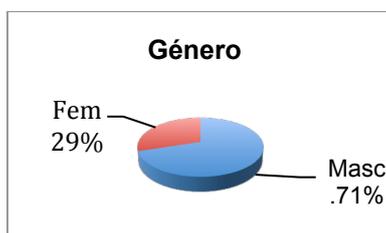
- ✓ El 42% del total de la muestra, le dedica más de 8 hs de entrenamiento por semana a la práctica deportiva, representado por 26 jugadores. 7 mujeres y 19 hombres. De ellos:
 - ✓ 3 son jugadores con espina bífida (de un total de 11) ,
 - ✓ 8 son jugadores con secuela de poliomielitis (de un total de 11)
 - ✓ 4 son jugadores amputados (de un total de 11)
 - ✓ 11 son jugadores lesionados medulares (de un total de 29).
- ✓ El 58% de los jugadores restantes, entre 4 y 8 hs. De entrenamiento por semana

Obs: los jugadores con secuela de poliomielitis, son los que le destinan más horas a la práctica deportiva.

8. Género

La mayor muestra está compuesta por jugadores de sexo masculino, representado por el 71% de la muestra. La mayor concentración de mujeres se registra en la práctica de

- ✓ básquet lo practican 12 mujeres
- ✓ natación la practican 10 mujeres



Cuadro de elaboración propia

9. Edad

La edad promedio de la muestra es de 39,5 años. El grupo de mayor edad corresponde a las personas con secuela de poliomielitis.

10. Determinantes sociales

Educación

- ✓ El 100% de la muestra posee el nivel primario completo.

- ✓ El 69% de la muestra, representado por 43 deportistas, posee 12 años de escolarización completa. Siendo representados por 21 hombres y 12 mujeres
- ✓ El 5 % de la muestra, posee título terciario, siendo representados por 1 hombre y 2 mujeres
- ✓ El 26% de la muestra, posee título universitario, siendo representados por 12 hombres y 4 mujeres.
- ✓ El 81% de la muestra, representados por 50 deportistas de ambos sexos, afirman que es posible estudiar, trabajar y realizar deporte

11. Determinantes socioeconómicos

- ✓ El total de la muestra pertenece al estrato socioeconómico, clase media.
- ✓ El 66% de la muestra, representado por 41 deportistas, vive en el Gran Buenos Aires, el resto en la CABA
- ✓ El 98% de la muestra, posee agua potable, cloacas y no registra hacinamiento en sus viviendas
- ✓ El 58% de la muestra, representado por 36 deportistas, posee baño adaptado a su discapacidad.

12. Trabajo

- ✓ El 58% de la muestra, desarrolla tareas laborales. El 32% de manera formal, de las cuales el 15% son mujeres.

13. Cobertura social:

- ✓ Todos los jugadores poseen algún tipo de cobertura social, el 23% de ellos el Plan Incluir Salud, en el que se incluye la pensión no contributiva

14. En cuanto a su vida de relación:

- ✓ El 63% del total de la muestra refiere pareja estable, representado por 11 mujeres y 28 hombres.
- ✓ El 39 % del total de la muestra, son padres de familia, representado por 19 hombres y 5 mujeres.

Obs. Las mujeres que son madres, son personas con secuela de poliomielitis.

15. Beneficios en su estado físico

La practica mejoró su habilidad motriz.

- ✓ El 90% de la muestra, refiere sentirse más fuerte
- ✓ Al 47% de la muestra, la practica le favoreció una alimentación más variada acorde a las necesidades nutricionales demandadas por la actividad
- ✓ El 37% de la muestra, realizó más controles médicos gracias a la actividad

16. Trabajo

El deporte benefició el acceso a un mejor trabajo a un 26% de la muestra

CON LA PRACTICA LOGRO

PATOLOGIA/BENEFICIOS	SENTIRSE	MEJORAR SU	MEJORAR SU	ACCESO A UN
	FUERTE	ANIMO	ALIMENTACION	MEJOR TRABAJO
ESPINA BIFIDA	90%	90%	40%	20%
POLIOMIELITIS	100%	91%	55%	18%
AMPUTACIONES	100%	100%	55%	45%
LESION MEDULAR	83%	72%	41%	24%

Tabla de elaboración propia

17. Dolor

- ✓ El 37% de la muestra, padecía dolor antes de practicar deportes, (dolores musculares y articulares, en los miembros y columna vertebral)

Dolor asociado a la práctica

- ✓ El 37% de la muestra, padeció dolor asociado a la práctica en las zonas de hombros y miembros superiores
- ✓ Al 25% de la muestra, la practica le provocó el comienzo de dolores intensos Estas personas no manifestaron dolores antes de la misma.
Zonas afectadas: miembros superiores y columna.

Hallazgos particulares

- ✓ Aumento del dolor en el número de jugadores con espina bífida, de 1 a 6 en los jugadores de básquet.
- ✓ Aumento del dolor en el número de los jugadores con poliomielitis, de 3 a 5, el mayor numero se registra en la práctica de básquet.
- ✓ Aumento del dolor en el número de los jugadores con amputaciones, de 4 a 5 en los jugadores de básquet predominantemente.
- ✓ El dolor disminuyó en los jugadores con lesión medular, de 15 a 7, predominando en los que practican básquet. (los jugadores con lesión medular registrados, que practican básquet poseen un nivel de lesión dorso lumbar, no cervical)

Alivio del dolor vinculado a la práctica

- ✓ El 24% los alivió con la práctica, en su mayoría son personas con lesión medular.

HALLAZGOS DE LA INVESTIGACION

PATOLOGIA/DOLOR	Dolor antes de realizar actividad	Dolor con la práctica
ESPINA BIFIDA	10%	60%
POLIOMIELITIS	18%	45%
AMPUTACIONES	36%	45%
LESION MEDULAR	52%	24%

Tabla de elaboración propia

Beneficios en la independencia en la actividades de la vida diaria (AVD)

- ✓ La práctica deportiva favoreció la independencia, entre un 37% y 47% del total de la muestra, siendo más significativo este beneficio, en los deportistas con espina bífida y lesión medular representado por el 60%.

LA PRACTICA FAVORECIO LA INDEPENDENCIA EN

PATOLOGIA/ BENEFICIOS.	Vestido	Aseo	Comida	Ir al retrete	Transferencias	Transporte público.
ESPINA BIFIDA	50%	50%	40%	40%	40%	70%
POLIOMIELITIS	9%	9%	9%	9%	9%	73%
AMPUTACIONES	27%	27%	27%	27%	36%	91%
LESION MEDULAR	59%	48%	48%	62%	69%	59%

Tabla de elaboración propia

Determinantes psicosociales

Bienestar:

- ✓ La práctica deportiva mejoró la sensación de bienestar en el 94% de los deportistas, representado por 58 jugadores. El 84% de la muestra, refiere haber mejorado su ánimo con la práctica.

Autonomía:

- ✓ El 61% de la muestra, representado por 38 jugadores, refieren que la práctica favoreció su autonomía. (De ellos, 7/10 portadores de mielomeningocele, 5/11 poliomiélitis, 7/11 amputados, 18/30 lesionados medulares.)

Beneficio en sus relaciones interpersonales

- ✓ El 60% del total de la muestra, se sintieron beneficiados en sus relaciones interpersonales. (el menor registro porcentual, se evidenció, en los jugadores con lesión medular, representado por 13 casos sobre un total de 29).

Identidad con el prójimo

- ✓ Al 61 %, la práctica deportiva le favoreció su vinculación y/o identificación con otros individuos

LA PRACTICA FAVORECIO

PATOLOGIA/BENEFICIOS	autonomía	sensación	Identificación	amistades
		de bienestar	c/prójimo	
ESPINA BIFIDA	70%	90%	40%	70%
POLIOMIELITIS	45%	91%	45%	64%
AMPUTACIONES	64%	100%	64%	100%
LESION MEDULAR	66%	93%	72%	59%

Tabla de Elaboración propia

Motivaciones

El deporte le generó deseo de

- ✓ Viajar al 84% del total de la muestra
- ✓ Conducir automóviles al 52% del total de la muestra
- ✓ Estudiar al 47% del total de la muestra.

LA PRACTICA LE GENERO GANAS

PATOLOGIA/BENEFICIOS	estudiar	viajar	manejar
ESPINA BIFIDA	60%	60%	50%
POLIOMIELITIS	64%	100%	45%
AMPUTACIONES	55%	100%	64%
LESION MEDULAR	31%	79%	52%

Tabla de elaboración propia

Apoyo familiar

El 37% de la muestra, representado por 23 jugadores, refiere sentirse apoyado por su familia. El registro mas bajo de apoyo, se registró en los deportistas con lesión medular, 8 casos de un total de 29 jugadores.

Vida de relación

- ✓ El 50% del total de la muestra, refiere beneficios en su vida de relación de pareja, con la practica deportiva
- ✓ El 39% del total de la muestra, refiere que la práctica deportiva mejoró su sexualidad.

LA PRACTICA LO BENEFICIO

PATOLOGIA/BENEFICIOS	Relaciones	apoyo familiar.	salir mas	relaciones	sexualidad
	interpersonales			en pareja	
ESPINA BIFIDA	70%	60%	50%	50%	40%
POLIOMIELITIS	64%	36%	55%	64%	45%
AMPUTACIONES	73%	36%	45%	36%	27%
LESION MEDULAR	48%	31%	45%	48%	41%

Tabla de elaboración propia

Actividades sociales

- ✓ Al 56%, la práctica deportiva, genero ganas de participar en asociaciones de ayuda al discapacitado
- ✓ Al 21% de la muestra, lo motivó a participar en agrupaciones políticas
- ✓ AL 69% lo incentivó a conocer nuevas amistades
- ✓ Al 48% de la muestra la práctica deportiva le facilito salidas y actividades sociales

Con respecto a sentirse aceptado e incluido en la sociedad

- ✓ Al 60% le genero la sensación de sentirse aceptado e incluido en la sociedad

Barreras arquitectónicas

- ✓ El 69% (42 deportistas) refieren que la practica les facilito su desplazamiento en la ciudad con el uso de la silla de ruedas.
- ✓ El 68% de la muestra utiliza transporte público diariamente.

LE OTORGO SENSACION DE SENTIRSE

PATOLOGIA/BENEFICIOS	Aceptado/ Incluido	Superar barreras
	en la sociedad	arquitectónicas
ESPINA BIFIDA	40%	50%
POLIOMIELITIS	64%	73%
AMPUTACIONES	73%	64%
LESION MEDULAR	62%	76%

Tabla de elaboración propia

Información

- ✓ La práctica deportiva le aportó información sobre los derechos de ser discapacitado al 65% de la muestra (PROM)

LE APORTO INFORMACION

PATOLOGIA/BENEFICIOS	Derechos de las personas con discapacidad
ESPINA BIFIDA	60%
POLIOMIELITIS	73%
AMPUTACIONES	73%
LESION MEDULAR	62%

Tabla de elaboración propia

El 82% de los jugadores refiere que es positivo competir

Resultados de la motivación deportiva (EMD)

El estudio de los factores motivacionales, denominados deseo, impulsos, instinto, ambición, necesidad, han sido fundamentales en la psicología aplicada al deporte. La motivación es la causa de una conducta, es decir, los factores que, operando en el plano psicológico del individuo, determinan la ejecución o no de una actividad. Es el por qué de la conducta (Ramajo, 1992). Harter (1978) distinguió la motivación intrínseca (MI) y motivación extrínseca (ME). La motivación intrínseca se ubicaba en los mayores niveles percibidos de autonomía personal. Refería a la participación en una actividad por la satisfacción experimentada en su práctica en ausencia de contingencias externas (Deci, 1971; Vallerand & Halliwell, 1983). Pasar mucho tiempo practicando el deporte preferido o incluso desarrollar el talento en una actividad por el solo placer que genera esa actividad. Los tipos de motivación intrínseca son al conocimiento, al cumplimiento y a la estimulación. Para la motivación extrínseca se diferenciaron cuatro tipos de motivación: autodeterminación, regulación externa, la introyección y la identificación (Deci y Ryan, 1985), con distintos niveles de percepción de autonomía dirigidos a alcanzar recompensas o evitar castigos y a conseguir objetivos externos valorados por el sujeto como relevantes para su desarrollo personal. Posteriormente Deci (1992), Deci y Ryan, (1985, 1991), Ryan, (1995) y Ryan y Deci, (2000) distinguieron la a motivación, como la

falta de motivos para seguir practicando y esforzándose en una actividad. Según Ryckman y Hamel (1993) Villamarín, Mauri y Sanz (1998), Torres, Carrasco y Medina (2000) los jóvenes se acercan al deporte mas por motivos intrínsecos que extrínsecos, mientras que cuando aumenta el nivel de competición se invierte esta influencia González, Taberner y Márquez (2000).

En la ultima parte del cuestionario se aplicaron las preguntas correspondientes a la escala de motivación (EMD) los participantes debían contestar con la respuesta que mas se acerque a las razones por las que lo practica. (Nunca - A veces – Siempre). Se analizaron las respuestas de la EMD en forma general, y luego con el Test Chi-Cuadrado, para determinar si existe asociación entre el nivel de la respuesta y el género del jugador.

Tabla de la Escala de motivación del deporte. Preguntas incluidas en cada factor de motivación

Factor	Nro.de Preguntas incluidas
1.Motivación extrínseca (Regulación externa)	(2,3,8,17,24,26)
2.Motivación intrínseca de conocimiento	(1,11,18,25)
3.Motivación intrínseca estética (Regulación introyectada)	(6,13,22,28)
4.Motivación intrínseca auto superación(Reg. Identificada)	(5,10,16,23)
5. Motivación intrínseca al cumplimiento	(7,12,20,27)
6. A motivación	(4,14,15,21,29)
7.Motivación integral deportiva (M. Intrínseca estimulación)	(9,19)

CUADRO DE RESPUESTAS DEL TOTAL DE LA MUESTRA				
PREG		NUNCA	ALGUNAS VECES	SIEMPRE
	MOTIVACION EXTRINSECA			
2	POR QUE ME PERMITE SER BIEN VISTO POR LA GENTE QUE CONOZCO	42%	18%	39%
3	POR QUE ES UNA DE LAS FORMAS PARA CONOCER GENTE	24%	26%	50%
8	POR EL PRESTIGIO DE SER UN ATLETA	50%	32%	16%
17	PORQUE PARA LA GENTE QUE ME RODEA ES BIEN VISTO ESTAR EN FORMA	42%	18%	40%
24	PARA DEMOSTRAR A OTROS HASTA QUE PUNTO SOY BUENO EN MI DEPORTE	48%	13%	39%
26	PORQUE ES UNA DE LAS MEJORES FORMAS DE MANTENER BUENAS RELACIONES CON MIS AMIGOS/AS	26%	19%	55%
	MOTIVACION INTRINSECA DE CONOCIMIENTO			
1	POR EL PLACER DE DESCUBRIR NUEVAS TECNICAS DE ENTRENAMIENTO	19%	32%	48%
11	POR EL PLACER DE PROFUNDIZAR MIS CONOCIMIENTOS SOBRE DIFERENTES METODOS DE ENTRENAMIENTO	6%	24%	70%
18	PORQUE PARA MI ES MUY IMPORTANTE DESCUBRIR NUEVOS METODOS DE ENTRENAMIENTO	10%	26%	65%
25	POR EL PLACER QUE SIENTO CUANDO APRENDO TECNICAS DE ENTRENAMIENTO QUE JAMAS HABIA INTENTADO	5%	24%	71%
	MOTIVACION INTRINSECA ESTETICA			
6	POR QUE ES ESTRICTAMENTE NECESARIO HACER DEPORTE SI SE QUIERE ESTAR EN FORMA	8%	11%	81%
13	NECESITO HACER DEPORTE PARA SENTIRME BIEN CONMIGO MISMO	15%	8%	77%
22	PORQUE ME SENTIRIA MAL SI NO LE DEDICARA TIEMPO AL DEPORTE	26%	19%	55%
28	PORQUE PARA MI ES NECESARIO QUE HAGA DEPORTE REGULARMENTE	10%	10%	80%
	MOTIVACION INTRINSECA AUTOSUPERACION			
5	PORQUE SIENTO MUCHA SATISFACCION PERSONAL CUANDO DOMINO CIERTAS TECNICAS DE	3%	11%	85%

ENTRENAMIENTO				
10	POR EL PLACER QUE SIENTO CUANDO MEJORO ALGUNO DE MIS PUNTOS DEBILES	8%	16%	76%
16	POR LA SATISFACCION QUE SIENTO CUANDO PERFECCIONO MIS HABILIDADES	5%	11%	84%
23	POR EL PLACER QUE SIENTO CUANDO EJECUTO CIERTOS MOVIMIENTOS DIFICILES	11%	15%	74%
PREG MOTIVACION INTRINSECA AL CUMPLIMIENTO				
7	PORQUE DISFRUTO LOS MOMENTOS DIVERTIDOS QUE VIVO CUANDO HAGO DEPORTE	2%	5%	93%
12	POR EL PLACER QUE SIENTO CUANDO ESTOY VERDADERAMENTE INVOLUCRADO EN LA ACTIVIDAD	2%	10%	89%
20	POR LAS EMOCIONES INTENSAS QUE SIENTO AL PRACTICAR EL DEPORTE QUE ME GUSTA	8%	8%	84%
27	PORQUE ME GUSTA SENTIRME INVOLUCRADO EN LA ACTIVIDAD	3%	18%	79%

PREG AMOTIVACION				
4	TENGO LA IMPRESIÓN QUE ES INUTIL CONTINUAR HACIENDO DEPORTE	97%	3%	0%
14	IGNORO POR QUE HAGO DEPORTE	100%	0%	0%
15	ENTRE MAS LO PIENSO MAS DESEO ABANDONAR EL MEDIO DEPORTIVO	98%	0%	2%
21	LO IGNORO, ES MAS, NO CREO ESTAR VERDADERAMENTE SEGURO QUE EL DEPORTE SEA LO MIO	95%	2%	3%
29	YO MISMO ME LO PREGUNTO, NO LLEGO A ALCANZAR LOS OBJETIVOS QUE ME HE FIJADO	77%	16%	6%
PREG MOTIVACION INTEGRAL DEPORTIVA				
9	PORQUE ES UNO DE LOS MEJORES MEDIOS PARA DESARROLLAR OTROS ASPECTOS DE MI PERSONA	15%	20%	65%
19	PORQUE ES UN BUEN MEDIO PARA APRENDER COSAS QUE PUEDEN SER UTILES EN OTRAS AREAS	8%	18%	74%

Resultados de los motivos por los que las personas eligen hacer deporte. Escala EMD

Se registraron las sumas de los porcentajes de cada una de las 7 categorías, de la respuesta "siempre", y se registro el promedio, siendo el resultado

El 86.2% refirió Motivación intrínseca del cumplimiento

El 69.5% refirió Motivación integral deportiva

El 79.5% refirió Motivación intrínseca a la auto superación

El 63.5% refirió Motivación intrínseca del conocimiento

El 73.2% refirió Motivación intrínseca estética

El 39.8% refirió Motivación extrínseca

El 1.25% refirió A motivación

La mayor cantidad de respuestas afirmativas corresponden a la categoría Motivación Intrínseca del cumplimiento, ellas están relacionadas al placer de la práctica deportiva, al disfrute de aprender nuevas técnicas y por el placer de sentirse involucrado en la actividad.

Muy cercanas se encuentran las respuestas de la motivación intrínseca a la auto superación, relacionadas al placer de dominar nuevas técnicas, de mejorar puntos débiles perfeccionando habilidades.

En tercer lugar las respuestas que contemplan sentirse bien si se esta en forma, y mal si no le dedican tiempo al deporte, ligadas a su imagen corporal ante el espejo.

En cuarto lugar la motivación integral deportiva, relacionada al placer de aprender nuevas técnicas, obtener conocimiento y aprendizaje de técnicas que pueden utilizarse en otras áreas.

Le siguen en anteúltimo lugar con la mitad de afirmaciones, la motivación extrínseca, relacionada a los conceptos de recompensa, castigo e incentivo, donde . .."Una recompensa es un objeto ambiental atractivo que se da al final de la secuencia de conducta y que aumenta la probabilidad de que esa conducta se vuelva a dar; un

castigo es un objeto ambiental no atractivo que se da al final de la secuencia de conducta y que reduce las posibilidades de que esta se vuelva a dar. Un incentivo es un objeto ambiental que atrae o repele al individuo a que realice o no realice una secuencia de conducta” (Reeve, 1994).

Sólo el 1.25% refirió sentir a motivación, según Deci y Ryan (1985), corresponde a un estado de no regulación y sería diferente de las motivaciones intrínseca y extrínseca. La a motivación refiere al individuo que ya no percibe las contingencias entre sus acciones y los resultados que el se propone.

Resultado Test Chi-Cuadrado

La prueba de independencia Chi-cuadrado, permite determinar si existe asociación entre dos variables categóricas.

La asociación de dos variables consiste en que la distribución de una de ellas difiere según la categoría que examinemos de la otra.

En consecuencia, la prueba de independencia Chi-cuadrado contrasta la hipótesis de que las variables son independientes (No Asociación), frente a la alternativa de que una variable se distribuye de modo diferente para las diversas categorías de la otra (Asociación).

El estadístico de la prueba se basa en las diferencias entre las frecuencias observadas en la tabla (datos reales) y las frecuencias esperadas en dicha tabla (datos teóricos):

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^c \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}}$$

Con:

O_{ij} : frecuencia observada en la i-ésima fila y j-ésima columna de la tabla con los datos reales.

E_{ij} : frecuencia esperada en la i-ésima fila y j-ésima columna de la tabla con los datos teóricos.

r : número de filas.

c : número de columnas.

Comparación de las Motivaciones según Género

A fin de determinar si los niveles de respuesta de cada tipo de Motivación difieren respecto del sexo del individuo encuestado, se aplicó para cada una de ellas un Test Chi-Cuadrado.

Dado que las diferentes Motivaciones estaban conformadas por más de una pregunta, se obtuvo un único valor para cada uno de los 3 niveles, sumando las respuestas a través de ellas y calculando los porcentajes correspondientes.

Se cuenta con la respuesta de 62 personas encuestadas para 7 tipos de Motivaciones: Extrínseca, 4 correspondientes a Intrínseca (Conocimiento, Estética, Auto superación, Cumplimiento), A motivación e Integral deportiva. Las mismas constan de 3 niveles de respuesta: Nunca, A Veces y Siempre, que fueron tratadas en forma conjunta en el análisis. Es decir, se comparó la distribución de los 3 niveles de Motivación para cada Género.

A continuación, se presentan las Tablas de contingencia generadas y las correspondientes probabilidades asociadas a los Test Chi-Cuadrado desarrollados, para determinar estadísticamente si existe asociación entre las Motivaciones y el Sexo de los individuos. Se decidió trabajar para cada Test con un nivel de significación del 5%.

Motivación Extrínseca:

Tabla de contingencia de Motivación Extrínseca por Género

	Motivación Extrínseca		
	Nunca	A Veces	Siempre
Hombres	32,6%	20,1%	47,0%
Mujeres	43,5%	13,9%	42,6%
<i>Test Chi-Cuadrado</i>	<i>0.106</i>		

El valor de la probabilidad asociada al Test Chi-Cuadrado aplicado sobre la Tabla presentada, indica que no existe evidencia estadística de una asociación entre los niveles de respuesta obtenidos para Motivación Extrínseca y el sexo de los respondientes.

Motivación Intrínseca de Conocimiento:

Tabla de contingencia de Motivación Intrínseca de Conocimiento por Género

	Motivación Intrínseca de Conocimiento		
	Nunca	A Veces	Siempre
Hombres	6,8%	25,0%	68,2%
Mujeres	18,1%	30,6%	51,4%
<i>Test Chi-Cuadrado</i>	<i>0.010</i>		

El valor de la probabilidad asociada al Test Chi-Cuadrado aplicado sobre la Tabla presentada, indica que existe evidencia estadística de una asociación entre los niveles de respuesta obtenidos para Motivación Intrínseca de Conocimiento y el sexo de los respondientes. Se observa entonces que los Hombres tienen una mayor Motivación Intrínseca de Conocimiento que las Mujeres.

Motivación Intrínseca de Estética:

Tabla de contingencia de Motivación Intrínseca de Estética por Género

	Motivación Intrínseca de Estética		
	Nunca	A Veces	Siempre
Hombres	10,8%	11,4%	77,8%
Mujeres	23,6%	13,9%	62,5%
<i>Test Chi-Cuadrado</i>	<i>0.021</i>		

El valor de la probabilidad asociada al Test Chi-Cuadrado aplicado sobre la Tabla presentada, indica que existe evidencia estadística de una asociación entre los niveles de respuesta obtenidos para Motivación Intrínseca de Estética y el sexo de los respondientes. Se observa entonces que los Hombres tienen una mayor Motivación Intrínseca de Estética que las Mujeres.

Motivación Intrínseca de Auto superación:

Tabla de contingencia de Motivación Intrínseca de Auto superación por Género

	Motivación Intrínseca de Auto superación		
	Nunca	A Veces	Siempre
Hombres	2,3%	11,9%	85,8%
Mujeres	18,1%	16,7%	65,3%
<i>Test Chi-Cuadrado</i>	<i>0.000</i>		

El valor de la probabilidad asociada al Test Chi-Cuadrado aplicado sobre la Tabla presentada, indica que existe evidencia estadística de una asociación entre los niveles de respuesta obtenidos para Motivación Intrínseca de Auto superación y el sexo de los respondientes. Se observa entonces que los Hombres tienen una mayor Motivación Intrínseca de Auto superación que las Mujeres.

Motivación Intrínseca de Cumplimiento:

Tabla de contingencia de Motivación Intrínseca de Cumplimiento por Género

	Motivación Intrínseca de Cumplimiento		
	Nunca	A Veces	Siempre
Hombres	2,3%	6,8%	90,9%
Mujeres	6,9%	18,1%	75,0%
<i>Test Chi-Cuadrado</i>	<i>0.004</i>		

El valor de la probabilidad asociada al Test Chi-Cuadrado aplicado sobre la Tabla presentada, indica que existe evidencia estadística de una asociación entre los niveles de respuesta obtenidos para Motivación Intrínseca de Cumplimiento y el sexo de los respondientes. Se observa entonces que los Hombres tienen una mayor Motivación Intrínseca de Cumplimiento que las Mujeres.

Motivación Intrínseca General:

Tabla de contingencia de Motivación Intrínseca General por Género

	Motivación Intrínseca General		
	Nunca	A Veces	Siempre
Hombres	5,5%	13,8%	80,7%
Mujeres	16,7%	19,8%	63,5%
<i>Test Chi-Cuadrado</i>	<i>0.000</i>		

Como era de esperar, el valor de la probabilidad asociada al Test Chi-Cuadrado aplicado sobre la Tabla presentada, indica que existe evidencia estadística de una asociación entre los niveles de respuesta obtenidos para el total de preguntas referidas a Motivación Intrínseca y el sexo de los respondientes. Se observa entonces que los Hombres tienen una mayor Motivación Intrínseca General que las Mujeres.

A motivación:

Tabla de contingencia de A motivación por Género

	A motivación		
	Nunca	A Veces	Siempre
Hombres	94,5%	4,1%	1,4%
Mujeres	91,1%	4,4%	4,4%
<i>Test Chi-Cuadrado</i>	<i>0.248</i>		

El valor de la probabilidad asociada al Test Chi-Cuadrado aplicado sobre la Tabla presentada, indica que no existe evidencia estadística de una asociación entre los niveles de respuesta obtenidos para A motivación y el sexo de los respondientes.

Motivación Integral Deportiva:

Tabla de contingencia de Motivación Integral Deportiva por Género

	Motivación Integral Deportiva		
	Nunca	A Veces	Siempre
Hombres	11,4%	19,3%	69,3%
Mujeres	11,1%	19,4%	69,4%
<i>Test Chi-Cuadrado</i>	<i>0.999</i>		

El valor de la probabilidad asociada al Test Chi-Cuadrado aplicado sobre la Tabla presentada, indica que no existe evidencia estadística de una asociación entre los niveles de respuesta obtenidos para Motivación Integral Deportiva y el sexo de los respondientes.

VII. Conclusiones

Las respuestas de los profesores entrevistados coinciden con los resultados de las encuestas. Refieren un alto efecto positivo en el aspecto biopsicosocial de las personas con discapacidad física, una desigual adhesión al deporte del sexo femenino y un mayor compromiso con la actividad de las personas con antecedentes deportivos y de los becados deportivamente. Los motivos por los que eligen el deporte, están relacionados a la continuación de su proceso de rehabilitación, a la búsqueda de sentirse parte de un grupo, como factor de integración social, de poder manifestarse a través de la actividad en deportes rudos y de contacto, y de sentirse incluidos en la sociedad. Con respecto a la motivación (EMD), ésta se encuadra dentro de los factores personales de la CIF, los motivos por los que las personas con discapacidad física realizan deporte, se orientan hacia el placer que les genera la actividad y ser parte de un equipo, a la auto superación reflejada en mejorar puntos débiles y al cuidado de la imagen corporal.

Los profesores, coincidentemente con los entrevistados, expresan que la práctica deportiva aporta a las personas con discapacidad física una sensación de bienestar, fortalece su autoestima, brinda mayor independencia, oportunidades de sociabilización y de autoexpresión a través de su participación social, les aporta información sobre los derechos de la discapacidad. El deporte incentiva la auto superación, brinda confianza a través del desarrollo de habilidades motrices que le permiten desenvolverse con mayor autonomía perfeccionando sus movimientos funcionales, lo que les permite sortear más fácilmente, con su silla de ruedas las barreras arquitectónicas existentes, y utilizar transporte público. La práctica deportiva favoreció las cualidades físicas en mayor medida en las personas con espina bífida y lesión medular, siendo estas las personas que presentan menor funcionalidad, pero alivió mínimamente los dolores articulares y musculares existentes, registrando el 39% de las personas dolor asociado a la práctica deportiva.

Para acceder a una beca deportiva, la persona debe ser un jugador de selección y competir. Para ello se requiere una mayor eficiencia en las funciones corporales potenciadas con un entrenamiento intenso.

Como menciona una ex jugadora, con secuela de poliomielitis, en su entrevista (anexo 2).. *“Pero ahora para poder llegar a un juego olímpico, a un Mundial o algo así, tenés que haber trabajado cuatro años con el atleta o con los equipos, muchísimo . Y el atleta*

mismo, bajar sus marcas, luchar... ”

Algunos clubes disponen de sillas de ruedas y las facilitan a personas con discapacidad física que deseen practicar deporte, pero el deporte recreativo no contempla la asignación de becas dinerarias que ayuden a solventar los traslados, como una barrera de acceso y desaliento a la actividad para las personas sin recursos dinerarios. Este escaso apoyo social, para practicar deporte en forma recreativa, es un aspecto negativo de la interacción entre los factores ambientales de la discapacidad y la funcionalidad de la persona, que contempla la CIF.

El deporte promueve viajes, favorece la interacción social facilitándole una vida de relación mas amplia , favorece la sexualidad, y la posibilidad de conocer gente nueva.

Consistentemente en la población evaluada, las personas con acceso a la oferta deportiva pertenecen al estrato social medio. Los programas de actividad física, practicas del deporte y recreación para personas con discapacidad, como estrategia de desarrollo personal y de integración social parecieran ser accesibles excluyentemente para este sector social como piso de calificación social.

La no presencia en el SNR de personas con bajos ingresos hace suponer que para poder practicar deporte adaptado, una persona con discapacidad física no debe sufrir de pobreza.

El deporte colabora mínimamente en la posibilidad de obtener un mejor empleo. El porcentaje de jugadores que acceden a un trabajo formal es bajo. El subsidio de pensión no contributiva, sumado al aporte de la beca deportiva, funcionan como un incentivo negativo para buscar un mejor trabajo. El subsidio a pesar de ser bajo, le genera a la persona con discapacidad una seguridad de ingreso, desmotivando su participación en el mercado laboral.

El deporte incentiva mínimamente a la capacitación continua y culminación de estudios. Las personas con discapacidad deben ocuparse de su salud, de los traslados, deben tener flexibilidad de horarios, etc. Estas causas dificultan proseguir con el estudio, al igual que una jornada laboral extensa. Las personas con menores ingresos, sin trabajo o con escasa formación académica tienen mayor riesgo de discapacidad en su perspectiva de desarrollo, es otro aspecto negativo de los factores ambientales de la discapacidad.

El deporte de competencia, no acerca a la familia de la persona con discapacidad. Los viajes y jornadas de entrenamiento pre torneo, alteran la relación familiar, por la

ausencia de su hogar, desalentando las uniones estables en algunos jugadores, al inverso de lo que sucedía en los años 50 y 60 con la epidemia de poliomielitis, donde la familia acompañaba a la persona con discapacidad física y lo incentivaba a la competencia como medio de integración social, según refieren los entrevistados afectados de poliomielitis.

Se cita nuevamente el relato de una ex jugadora con secuela de poliomielitis, (ver en anexo 2)

.. "Cuando yo estaba casada y tuve los chicos, me costaba mucho entrenar. Decí que tuve un marido que también hacía deporte, que me acompañaba, que me ayudó muchísimo. Entonces cuando yo entrenaba, o lo cuidaba alguna chica que estaba por ahí, o cuidaba mi marido a los chicos. Y yo entrenaba temprano a la tarde, y mi marido entrenaba a la noche. Entonces me iba toda la tarde a Ramsay y me llevaba el bolso, con cuanto pañal cada tres horas, cinco mamaderas. Por ahí otra dice no, todo este bodrio no lo hago. Pero a mí porque me gustaba el deporte de alma, y no cambié mi vida por mis hijos, porque ellos nacieron. Ellos se adaptaron a mí, yo no me adapté a ellos..."

Se evidencia una menor participación de la mujer en el deporte competitivo y recreativo, si bien, según el anuario del 2013, expresa que la cantidad de personas con discapacidad es casi pareja entre ambos sexos, en la práctica predomina el género masculino. Los incentivos existentes, como la inscripción gratuita en los torneos o computar un grado menor de funcionalidad en la clasificación, para favorecer al equipo que contenga jugadoras de sexo femenino, no son suficientes ni colaboran con su inclusión, restringiendo su participación.

Relato de una ex jugadora, con secuela de poliomielitis, (ver en anexo 2)

.. " Que no clasifiquen las mujeres es un problema de plazas. En América del Sur está muy relegado el deporte, el básquet femenino. Y entonces promueven el básquet tres por tres, necesitas menos gente. En vez de un equipo de doce, un equipo de cinco. Que haya menos mujeres que varones, es a nivel mundial. Convencionales y discapacitados. Cuando una mujer queda embarazada, el equipo pierde mujeres. O es más, el caso de

una chica que me enteré que quedó embarazada y no puede ir a concentrar. Otra que hace poco tuvo un bebé, que ahora quiere volver. Pero la mujer está con el tema del embarazo, porque la mujer siempre está más pendiente con el tema de la familia que los maridos. Yo siempre digo que cuando yo me iba de viaje y mi marido se quedaba acá, yo dejaba la heladera ya toda prevista con el freezer. Todo organizado, la ropa lavada. Cuando mi marido se iba de viaje, hacía el bolso y se iba. Nunca pensó qué me quedaba en la heladera. Pero eso es porque es nato en la mujer. Entonces hay mujeres que se pudren, o son mujeres discapacitadas que el marido no es discapacitado y no entiende o no acompaña”..(.).. “En vez de destinar el dinero a la silla de ruedas y al equipo, prefiere destinarlo a otra cosa. No sé si lo destina a otra cosa, capaz cubre las necesidades de los hijos primero. Como que hay una mentalidad más egoísta del hombre”..(.).. “Hay una chica de atletismo que vive en el campo, en Chaco, muy buena atleta. Empezó a cobrar la beca y ella con la plata de la beca se compró siete vacas, y andaba con unas muletas que eran un desastre. Por un lado, te dan ganas de matarla. Por otro lado, es su vida. Ella vive de eso. Y para ella las vacas es comida o retribución a su familia, no sé. Entonces el que cobra la beca la analiza cómo más le conviene para seguir subsistiendo. Hay muchos discapacitados que viven de la beca, que no tienen laburo. Muchos porque no lo buscan y muchos porque es difícil. La beca no es para vivir, les digo. La beca no es una asistencia social, eso lo tienen que entender. La beca es para el deporte. Con la beca te tenés que comprar una mejor silla, la ropa para el que hace atletismo, la maya ultra no se qué de los nadadores, la paleta para el tenis de mesa y la raqueta para el tenista. Para eso tenés que usar la beca. Para lo que sea mejorar tu deporte. Tampoco te podés meter en cada casa para saber como usan la beca. Lo que sí vos le podés exigir, che, no pude venir porque llovía. Tomate un remís, para eso tenés una beca.”..

Luego de evaluar, los beneficios percibidos, por las personas con discapacidad y sus entrenadores, es necesario, reflexionar sobre esta propuesta deportiva, de alcance nacional, con fines de integración social.

En el devenir del concepto de discapacidad y su aplicación desde el estado y la sociedad, la propuesta deportiva pareciera haber avanzado en el modelo rehabilitador, no teniendo el mismo desarrollo la etapa evolutiva en el modelo social.

Como refiere Amartya Sen, (2008)⁸⁵ las políticas sociales y realidades sobre la discapacidad de todo el mundo son actualmente el resultado de la “modernización” muy lenta del modelo rehabilitador hacia el modelo social, pero sin abandono de la parte más importante de aquél, la clasificación y separación por criterio médico. ..“Se trata de reducir al ámbito médico lo que es del ámbito médico y no mezclarlo con la realidad y problemática social de las personas con discapacidad. El uso indebido de la clasificación médica como herramienta de diseño de políticas y acciones sociales da lugar a una gran confusión en la sociedad y a unas políticas sociales incoherentes en las que lo médico domina a lo social”... Esta confusión contribuyó a que se mezclen dos conceptos relacionados pero muy distintos: “discapacidad y enfermedad”⁸⁶

Se ha demostrado que el estado, en estos últimos veinticinco años, ha efectuado un sinnúmero de políticas en favor de las personas con discapacidad. ...“Definir políticas de salud es decidir qué rol le asignamos al Estado”.. (Ginés González García, 2004⁸⁷)

Con respecto al deporte, desde el modelo que impulsaba el club Fitte, las personas con discapacidad, accedían a la oferta deportiva, derivados por el medico especialista, pero un requisito indispensable era que debían trabajar y o estudiar. Actualmente esos requisitos no son exigibles.

La investigación desarrollada se propone como punto de partida para

- ✓ Incrementar iniciativas vinculadas a profundizar el estudio de la adecuación de la practica deportiva de acuerdo a los tipos de discapacidad, y programar acciones tendientes a la inclusión de las personas con discapacidad física de los estratos sociales más bajos.
- ✓ Llevar a cabo acciones tendientes a disminuir la brecha en la accesibilidad al deporte, en relación al género, promoviendo la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer en la actividad.
- ✓ Fomentar la participación de los usuarios en la formulación de los programas

⁸⁵ Amartya Sen, (2008) “La discapacidad sobre el enfoque de las capacidades y funcionamientos. Diversidad Funcional

⁸⁶ Vid. PALACIOS y ROMAÑACH, Op. Cit., pp. 119 ss.

⁸⁷ GONZÁLEZ GARCIA, Ginés & TOBAR, Federico (1997). Más salud por el mismo dinero. Buenos Aires. Grupo editor latinoamericano - Ediciones Isalud.

deportivos, aprovechando el interés y conocimiento de sus necesidades, para favorecer la inclusión

- ✓ Examinar el impacto del programa de becas deportivas existente, para fomentar la participación de las personas con discapacidad física en la fuerza laboral
- ✓ Analizar en la legislación laboral políticas que favorezcan la disponibilidad horaria para el ejercicio del deporte, permitiendo que las prácticas sean compatibles con la inserción laboral.
- ✓ Analizar la articulación de los equipos interdisciplinarios en el deporte adaptado como estrategia de continuación de la rehabilitación física, actuando en la prevención de lesiones deportivas evitables.
- ✓ Difundir en las carreras de grado de kinesiología los beneficios del deporte adaptado, para su posterior participación
- ✓ Aumentar la cantidad de espacios deportivos destinados para el desarrollo del deporte adaptado.
- ✓ Establecer una base de registro nacional que permita el conocer el número de personas con discapacidad que realizan deporte adaptado.
- ✓ Difundir los alcances, y beneficios del deporte adaptado y sus logros nacionales e internacionales. Los deportistas comienzan esta actividad, en su mayoría derivados por pares, luego de muchos años de haber padecido la lesión que provocó la discapacidad.

Si bien los beneficios en este colectivo son muchos, se debe profundizar la propuesta, para que esté alineada con los principios de equidad que busca la propuesta sanitaria. Las profesiones denominadas de colaboración, como la terapia ocupacional y kinesiología, que tuvieron su auge en los años sesenta, y que han demostrado un crecimiento notable al día de hoy, gozan del respaldo científico de la medicina, pero aún quedan subordinadas con una posición jerárquica y valoración social menor. Un buen respaldo a su misión sería contar con el apoyo del cuerpo médico en lo concerniente a la terapéutica específica de rehabilitación, que brindan a este colectivo, extensiva a la rehabilitación a través del deporte, fomentando la incursión de estos profesionales en los planteles deportivos. Este apoyo debe ser transversal a todas las instituciones, comprometiéndolas a alinearse con los objetivos que promueve la OMS.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

-. Arbinaga, F. y García, J.M (2003): Motivación para el entrenamiento con pesas en gimnasios: un estudio piloto. Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte 9-marzo-ISSN: 1577-0354 (<http://cdeporte.rediris.es>).

-. Artículos periodísticos:

Zuzenak (Vitoria-Gasteiz, España) y la integración a través del deporte en las escuelas. Fuente: ZUZENAK digital.

El Futman. Inventado por técnicos Cántabros, está siendo promocionado por la Fundación Futman para el Desarrollo de Deportes Adaptados. Fuente: Europa Press

Artículos Académicos:

Artículo N°1: Yo juego, tú juegas, ¿Él juega? Tipo de trabajo: Artículo Autor: Lic. Daniel Germán Zucchi

Artículo N°2: ¿Por qué se hace deporte siendo discapacitado físico? Tipo de trabajo: Investigación Autor: Lic. Félix Arbinaga Ibarzábal.

Determining the relation between quality of life, handicap, fitness, and physical activity for persons with spinal cord injury. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=%2522Manns%20PJ%2522%255BAuthor%255D> College of Kinesiology, University of Saskatchewan, Saskatoon, Canada.

-. Balaguer, I y Atienza, F (1994). Principales motivos de los jóvenes para jugar al tenis. Apunts, 31, 285-299.

-. Ballent, Anahí (2009). Las huellas de la política. Vivienda, ciudad, peronismo en Buenos Aires, 1943-1955, Buenos Aires, Universidad de Quilmes/Prometeo

-. Bière, N.M; Vallerand, RJ; Blais, MR y Pelletier, LG (1995). Développement et validation d'une mesure de motivation intrinsèque, extrinsèque et d'amotivation en contexte sportif: L'échelle de Motivation dans les Sports (ÉMS). International Journal Sport of Psychology. 26, 645- 489.

- Campoy Cervera, I., (coord.), Dykinson, Madrid, 2004, p. 62 y ss; Campoy Cervera I., «Una aproximación a las nuevas líneas de fundamentación de los derechos de las personas con discapacidad», en *I Jornadas Discapacidad y Desarrollo*, COCE- MFE, Madrid, 2005 —versión electrónica en *Revista Telemática de Filosofía del Derecho*, num. 8, 2004-2005

- Cayo Perez Bueno, L., *El desmantelamiento de la discapacidad y otros escritos vacilantes*, El Cobre, Barcelona, 2004, pp. 20-33.

- Daniel R. Gould Profesor Psicología aplicada del Deporte Director, Instituto para el Estudio de los Deportes de la Juventud U. Michigan. . (*Arch Phys Med Rehab.* 1999 Dec; 80(12): 1566-71.

- Deci, E.L. (1971). Effects of externally mediated rewards on intrinsic motivation. *Journal of Personal and Social Psychology*, 18, 105-115.

- Deci, EL y Ryan, RM (1985). *Intrinsic Motivation and self-determination in human behavior*. N.Y Plenum Press.

- Ferrante, Carolina (2011). "Lo importante es no ser "rengo" de la cabeza: Condiciones sociales e históricas de emergencia e institucionalización del campo del deporte adaptado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires". En Pantano, L., (comp). Producción 2010 del Seminario de Investigadores sobre Discapacidad, CIS/UCA, Educa. (en prensa).

- Ferrante C. (2012) Luchas simbólicas en la definición del cuerpo discapacitado legítimo en el origen e institucionalización del campo del deporte adaptado de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina (1950-1976) .*Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*. No9. Año 4. Agosto-noviembre de 2012. Argentina. ISSN: 1852-8759. pp. 38-51.

- . González, G; Taberner, B y Márquez, S. (2000). Análisis de los motivos para participar en Fútbol y en Tenis en la iniciación deportiva. *Revista Motricidad*, 6, 47-66
- Gordillo, A (1992). Orientaciones psicológicas en la iniciación deportiva. *Revista de Psicología Del Deporte*. 1, 27-36.

- . González García, Ginés & Tobar, Federico (1997). Más salud por el mismo dinero. Buenos Aires. Grupo editor latinoamericano - Ediciones Isalud.

- . Gould, D (1982). Sport psychology in the 1980s: Status, direction, and challenge in youth sport

- . López, JM. (2000). Estandarización de la Escala de Motivación en el Deporte (EMD) de Brière NM, Vallerand, RJ; Blais, MR y Pelletier, LG. En deportistas mexicanos. *Revista Motricidad*, 6, 67-93.

- . Martín, F. (1988): La integración de los minusválidos psíquicos en el deporte” Apuntes N° 14.

- . Palacios Agustina, Francisco Bariffi. (2007) La discapacidad como una cuestión de derechos humanos Una aproximación a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad . Ed Cinca año 2007

- . Pantano, Liliana (1993). La discapacidad como problema social. El enfoque sociológico. Reflexiones y pro- puestas. Buenos Aires, Eudeba [Colección Temas].

- . Ramacciotti, Karina (2009). La política sanitaria del peronismo, Buenos Aires, Biblos Research. *Journal of Sport Psychology*, 4, 203-218. 15

- . Rodríguez, A. (1998). Estudio de las causas de abandono de la práctica deportiva habitual en la población de 14, 15 y 16 años. Tesis Doctoral. Univ. Granada.

- . Ryckman, R y Hamel, J. (1993). Perceived physical ability differences in the sport participation motives of young athletes. *International Journal Sport of Psychology*. 24, 270-283.

- Testa, Daniela. 2011. Poliomiélitis: La "Herencia Maldita" y la Esperanza de la Rehabilitación. La epidemia de 1956 en la Ciudad de Buenos Aires. Intersticios Revista Sociológica de pensamiento crítico Vol 5/2
- Torres, G; Carrasco, L y Medina, J (2000). Investigación sobre los motivos por los que los estudiantes universitarios practican deporte. El caso de la Universidad de Granada. Revista Motricidad. 6, 95-105.
- Vallerand, RJ y Halliwell, WR (1983). Formulations théoriques contemporaines en motivation intrinsèque. Reviste Critique Psychology Cannadian. 24,243-256.
- Vid. ASÍS ROIG, R., (2004) «La incursión de la discapacidad en la teoría de los derechos», en *Los derechos de las personas con discapacidad: perspectivas sociales, políticas, jurídicas y filosóficas*
- Villamarín, F; Mauri, C y Sanz, A. (1998). Competencia percibida y motivación durante la iniciación en la práctica del tenis. Revista de Psicología del Deporte.13, 41-56.
- Zucchi, D. (2001): Deporte y discapacidad. Lecturas Educación Física y Deportes. Revista Digital. Año 7, Nº 43 Diciembre. (www.efdeportes.com)
- Revista "La Palestra" Revista de Discapacidad, integración y diversidad en el campo de la educación física. AÑO II - Nº 7 - Mes de Junio de 2005
- <http://www.snr.gov.ar/004-001.htm>
- http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/accessible_es.pdf
- ADELANTE... Adelante siempre! En Marcha. Órgano oficial del Club Marcelo J. Fitte, Pro-Unión y ayuda al afectado de parálisis infantil, n.10, ago., p.1-3. 1958. [[Links](#)]
- NUESTRAS... Nuestras gestiones ante la Convención Nacional Constituyente. *En Marcha*. Órgano oficial del Club Marcelo J. Fitte, Pro-Unión y ayuda al afectado de parálisis infantil, n.10, ago., p.29-36. 1958. [[Links](#)]

- Kinesiología. Revista Oficial de la Asociación Médica de Kinesiología, 1945.
- Memorias ALPI, 1956, 1957, 1958, 1959, 1960. Memorias de la Comisión Nacional de Rehabilitación del Lisiado, 1958, 1959. Revista Club Marcelo Fitte, Año I N°1, abril 1967. Club Marcelo Fitte pro-Superación del Lisiado.

ANEXOS 1.

1. Guía de Entrevista Anónima aplicada a las personas con discapacidad física en silla de ruedas que realizaron deporte adaptado en las instalaciones del Servicio Nacional de Rehabilitación.

- ¿Qué es para Ud. el deporte? ¿Cómo y cuándo llega a su vida?
- ¿Qué beneficios obtuvo con la práctica del deporte a nivel de relaciones (familiar – pareja- amistades) laboral y personal ?
- Si compitió a nivel nacional e internacional, ¿cual fue su experiencia mas positiva?
- ¿La práctica deportiva le aportó beneficios a nivel corporal? Cuales?
- ¿Modificaría algo de la práctica deportiva actual?

Guía de Entrevista Anónima aplicada a los entrenadores de cada disciplina deportiva

- ¿Cuáles son los aspectos sobresalientes que Ud. percibe en las personas con discapacidad física al practicar el deporte?
- ¿Cuales son para Ud. Los motivos por los que las personas con discapacidad física eligen el deporte?
- ¿Según su experiencia la adhesión al deporte es más común en la población femenina o masculina?
- ¿Según su experiencia es diferente la adhesión y compromiso que demuestran los jugadores que fueron deportistas antes de la lesión que provoco la discapacidad, con los que no lo fueron?
- ¿Según su experiencia, como es la convivencia entre los jugadores de un mismo equipo y con los demás jugadores que practican deporte en la institución?

2. Encuesta

ENCUESTADO NRO				
MARQUE CON UNA CRUZ LA OPCION CORRECTA				
EDADAÑOS			
GÉNERO	FEM	MASC		
TRABAJA	SI	NO	EMPLEADO	CUENTAPROPISTA
QUE ESTUDIOS TIENE COMPLETOS?	PRIMARIO	SECUNDARIO	TERCIARIO	UNIVERSITARIO
ADEMAS DEL PAMI, TIENE OTRA OBRA SOCIAL / PREPAGA?	SI	NO	CUAL?:	
TIENE ALGÚN PLAN SOCIAL COMO ASIGNACIÓN UNIVERSAL POR HIJO O JEFES Y JEFAS DE HOGAR U OTRO?	SI	NO		
TIENE HIJOS	SI	NO		
TIENE PAREJA?	SI	NO		
DONDE VIVE?	CABA	GBA		

TIENE AGUA POTABLE EN SU CASA?	SI	NO	CANILLA	POZO
EN SU CASA TIENE	BAÑO	LETRINA	POZO	
TIENE BAÑO ADAPTADO A SU DISCAPACIDAD?	SI	NO		
CUANTAS HABITACIONES PARA DORMIR TIENE SU CASA?				
CUANTAS PERSONAS VIVEN EN LA CASA?				
SEGÚN SU DIAGNOSTICO MEDICO SU DISCAPACIDAD ES SECUELA DE:	LESION MEDULAR	AMPUTADO	MIELOMELINGOCELE	POLIOMIELITIS
NACIO ASI?	SI	NO	OTRA	
HACE CUANTOS AÑOS QUE PADECE ESTA DISCAPACIDAD?	1 A 5 AÑOS	6 A 10 AÑOS	11 A 15 AÑOS	MAS DE 16 AÑOS
QUE REGION DEL CUERPO TIENE AFECTADA?	4 MIEMBROS	MEDIO CUERPO	MIEMBROS INFERIORES	
QUE DEPORTE PRACTICA EN EL SNR?	QUADRUGBY	TENIS	BASQUET	NATACION
HACE CUANTOS AÑOS QUE LO PRACTICA?				
CUANTAS HS ENTRENA POR SEMANA EN EL SNR?	HASTA 4 HS	HASTA 8 HS	MAS DE 8 HS	
PRACTICABA DEPORTE ANTES DE LA DISCAPACIDAD?	SI	NO		
SE PUEDE PRACTICAR DEPORTE Y.....	ESTUDIAR SI NO	TRABAJAR SI NO		

PARA CONOCER SI LA PRACTICA DEL DEPORTE HA MODIFICADO ALGO EN SU VIDA						
COLOQUE UNA CRUZ EN LAS COLUMNAS DE LA DERECHA COMPARANDO SI NOTO DIFERENCIAS ENTRE LO QUE LE SUCEDIA ANTES DE INICIAR LA PRACTICA DEPORTIVA Y LO QUE LE SUCEDE O SIENTE AHORA						
	ANTES SIN AYUDA	DEL POCA AYUDA	DEPORTE MAXIMA AYUDA	DESPUES SIN AYUDA	DEL POCA AYUDA	DEPORTE MAX AYUDA
ACTIVIDADES						
VESTIRSE						
ASEARSE						
ALIMENTARSE						
PARA IR AL RETRETE						
PARA TRASLADARSE DE LA SILLA A LA CAMA, SILLA AL AUTO						
UTILIZABA TRANSPORTE PUBLICO? (MICRO, SUBTE, COLECTIVO, AVION, TREN)						

A CONTINUACION CONTESTE SI O NO SEGÚN CORRESPONDA	ANTES DEL DEPORTE	DESPUES DEL DEPORTE
UD. SE SENTIA Y SE SIENTE EN CONDICIONES DE CUIDAR POR SI MISMO Y DE SU HIGIENE PERSONAL		
TOMAR DECISIONES EN LA VIDA COTIDIANA		
CUMPLIR CON TRABAJO REMUNERADO		
TENER PROYECTOS LABORALES O PERSONALES		
DECIDIR ACERCA DE DÓNDE Y CON QUIEN VIVIR		
SENSACIÓN DE BIENESTAR GENERAL		
ESTUDIAR		
VIAJAR		
CONducIR AUTOMOVILES		
CALIFIQUE SUS RELACIONES AMISTOSAS SE RELACIONABA FACILMENTE CON OTRAS PERSONAS?		
SE SENTIA APOYADO POR SU FAMILIA?		
CONCURRIA A RESTAURANTES, BARES O DISCOTECAS?		
CALIFIQUE SU VIDA DE PAREJA		
TENIA UNA RELACION ESTABLE? (CONCUBINATO, MATRIMONIO, NOVIAZGO)		
TENIA UNA VIDA SEXUAL ACTIVA?		
CALIFIQUE COMO ERA Y ES SU SENSACION DE SENTIRSE RESPETADO Y ACEPTADO POR LA SOCIEDAD		
SE SENTIA RESPETADO Y ACEPTADO E INCLUIDO EN LA SOCIEDAD?		
LE ERA FACIL DESPLAZARSE EN SILLA DE RUEDAS POR LA CIUDAD?		
ESTABA INFORMADO SOBRE LOS DERECHOS QUE TIENE AL SER DISCAPACITADO?		
PARTICIPABA / PARTICIPA EN ACTIVIDADES COMUNITARIAS? EJEMPLO SOCIEDADES DE FOMENTO,		
AGRUPACIONES POLITICAS, ORGANIZACIONES DE		

AYUDA?		
LE INTERESABA FORMAR UNA AGRUPACION DE AYUDA PARA LOS DISCAPACITADOS?		
SE SENTIA IGUAL A OTRAS PERSONAS CON SU MISMA DISCAPACIDAD ?		
SENTIA GANAS DE CONOCER GENTE NUEVA?		
SE SENTIA FUERTE?		
TENIA BUEN ANIMO?		
SU ALIMENTACION ERA VARIADA?		
SE REALIZABA CONTROLES REGULARES CON EL MEDICO?		
LE REALIZO ADAPTACIONES ADECUADAS A SU HOGAR?		
CAMBIO SU SILLA DE RUEDAS?		
PUDO ACCEDER A UN MEJOR TRABAJO?		
TENIA DOLOR ANTES DE REALIZAR DEPORTE?	SI	NO
SI LA RESPUESTA ES SI INDIQUE LA INTENSIDAD DE ACUERDO A LAS SIGUIENTES ESCALA		

0. NO DOLOR 1. DUELE UN POQUITO 2 DUELE UN POCO MAS

4.DUELE AUN MAS 5.DUELE MUCHO 6.DUELE MUCHISIMO

ESCRIBA A CONTINUACION QUE PARTE DEL CUERPO LE DOLIA:

CON LA PRACTICA DEPORTIVA TIENE DOLORES?	SI	NO
SI LA RESPUESTA ES SI INDIQUE LA INTENSIDAD DE ACUERDO A LAS SIGUIENTES ESCALA		

0. NO DOLOR 1. DUELE UN POQUITO 2 DUELE UN POCO MAS

4.DUELE AUN MAS 5.DUELE MUCHO 6.DUELE MUCHISIMO

ESCRIBA A CONTINUACION QUE PARTE DEL CUERPO LE DUELE:

MARQUE LA OPCION CORRECTA: UD REALIZA DEPORTE EN FORMA:	COMPETITIVA	RECREATIVA
EN EL CASO DE HABER COMPETIDO EN SU DEPORTE, LA EXPERIENCIA FUE SATISFACTORIA?	SI	NO

UD. PRACTICA DEPORTE PORQUE: (SE PRESENTAN 3 ALTERNATIVAS DE RESPUESTA, ELIJA CON CUAL SE SIENTE MAS IDENTIFICADO)				
1	POR EL PLACER DE DESCUBRIR NUEVAS TECNICAS DE ENTRENAMIENTO	NUNCA	ALGUNAS VECES	SIEMPRE
2	POR QUE ME PERMITE SER BIEN VISTO POR LA GENTE QUE CONOZCO	NUNCA	ALGUNAS VECES	SIEMPRE
3	POR QUE ES UNA DE LAS FORMAS PARA CONOCER GENTE	NUNCA	ALGUNAS VECES	SIEMPRE
4	TENGO LA IMPRESIÓN QUE ES INUTIL CONTINUAR HACIENDO DEPORTE	NUNCA	ALGUNAS VECES	SIEMPRE
5	PORQUE SIENTO MUCHA SATISFACCION PERSONAL CUANDO DOMINO CIERTAS TECNICAS DE ENTRENAMIENTO	NUNCA	ALGUNAS VECES	SIEMPRE
6	POR QUE ES ESTRICTAMENTE NECESARIO HACER DEPORTE SI SE QUIERE ESTRA EN FORMA	NUNCA	ALGUNAS VECES	SIEMPRE
7	PORQUE DISFRUTO LOS MOMENTOS DIVERTIDOS QUE VIVO CUANDO HAGO DEPORTE	NUNCA	ALGUNAS VECES	SIEMPRE
8	POR EL PRESTIGIO DE SER UN ATLETA	NUNCA	ALGUNAS VECES	SIEMPRE
9	PORQUE ES UNO DE LOS MEJORES MEDIOS PARA DESARROLLAR OTROS ASPECTOS DE MI PERSONA	NUNCA	ALGUNAS VECES	SIEMPRE
10	POR EL PLACER QUE SIENTO CUANDO MEJORO ALGUNO DE MIS PUNTOS DEBILES	NUNCA	ALGUNAS VECES	SIEMPRE
11	POR EL PLACER DE PROFUNDIZAR MIS CONOCIMIENTOS SOBRE DIFERENTES METODOS DE ENTRENAMIENTO	NUNCA	ALGUNAS VECES	SIEMPRE
12	POR EL PLACER QUE SIENTO CUANDO ESTOY VERDADERAMENTE INVOLUCRADO EN LA ACTIVIDAD	NUNCA	ALGUNAS VECES	SIEMPRE
13	NECESITO HACER DEPORTE PARA SENTIRME BIEN CONMIGO MISMO	NUNCA	ALGUNAS VECES	SIEMPRE
14	IGNORO POR QUE HAGO DEPORTE	NUNCA	ALGUNAS VECES	SIEMPRE
15	ENTRE MAS LO PIENSO MAS DESEO ABANDONAR EL MEDIO DEPORTIVO	NUNCA	ALGUNAS VECES	SIEMPRE
16	POR LA SATISFACCION QUE SIENTO CUANDO PERFECCIONO MIS HABILIDADES	NUNCA	ALGUNAS VECES	SIEMPRE
17	PORQUE PARA LA GENTE QUE ME RODEA ES BIEN VISTO ESTAR EN FORMA	NUNCA	ALGUNAS VECES	SIEMPRE
18	PORQUE PARA MI ES MUY IMPORTANTE DESCUBRIR NUEVOS METODOS DE ENTRENAMIENTO	NUNCA	ALGUNAS VECES	SIEMPRE
19	PORQUE ES UN BUEN MEDIO PARA APRENDER COSAS QUE PUEDEN SER UTILES EN OTRAS AREAS	NUNCA	ALGUNAS VECES	SIEMPRE
20	POR LAS EMOCIONES INTENSAS QUE SIENTO AL PRACTICAR EL DEPORTE QUE ME GUSTA	NUNCA	ALGUNAS VECES	SIEMPRE
21	LO IGNORO, ES MAS, NO CREO ESTAR VERDADERAMENTE SEGURO QUE EL DEPORTE SEA LO MIO	NUNCA	ALGUNAS VECES	SIEMPRE
22	PORQUE ME SENTIRIA MAL SI NO LE DEDICARA TIEMPO AL DEPORTE	NUNCA	ALGUNAS VECES	SIEMPRE
23	POR EL PLACER QUE SIENTO CUANDO EJECUTO CIERTOS MOVIMIENTOS DIFICILES	NUNCA	ALGUNAS VECES	SIEMPRE
24	PARA DEMOSTRAR A OTROS HASTA QUE PUNTO SOY BUENO EN MI DEPORTE	NUNCA	ALGUNAS VECES	SIEMPRE
25	POR EL PLACER UQUE SIENTO CUANDO APRENDO TECNICAS DE ENTRENAMIENTO QUE JAMAS HABIA INTENTADO	NUNCA	ALGUNAS VECES	SIEMPRE
26	PORQUE ES UNA DE LAS MEJORES FORMAS DE MANTENER BUENAS RELACIONES CON MIS AMIGOS/AS	NUNCA	ALGUNAS VECES	SIEMPRE
27	PORQUE ME GUSTA SENTIRME INVOLUCRADO EN LA ACTIVIDAD	NUNCA	ALGUNAS VECES	SIEMPRE
28	PORQUE PARA MI ES NECESARIO QUE HAGA DEPORTE REGULARMENTE	NUNCA	ALGUNAS VECES	SIEMPRE
29	YO MISMO ME LO PREGUNTO, NO LLEGO A ALCANZAR LOS OBJETIVOS QUE ME HE FIJADO	NUNCA	ALGUNAS VECES	SIEMPRE

PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR LOS ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

Se presenta el modelo de Consentimiento Informado que se utilizó en la investigación. Se diseñó de tal forma que omitió datos que permitiesen identificar personas o lugares que forman parte de la investigación para mantener el anonimato en la evaluación externa. Se incluye tanto la Hoja de Información como el formulario.

a. Hoja de Información para el consentimiento informado

Información para el participante del estudio de investigación titulado: "Impacto biopsicosocial del deporte adaptado en las personas con discapacidad física equipadas con silla de ruedas". La investigación es llevada a cabo por la Lic. Paula Russo, Terapeuta Física, en el marco de las becas Carrillo – Oñativia otorgada por la Comisión Nacional Salud Investiga, Ministerio de Salud de la Nación, en el período comprendido desde abril 2013- abril 2014

Ud. Ha sido seleccionado para participar en un estudio de investigación en las instalaciones deportivas del Servicio Nacional de Rehabilitación.

Los objetivos de esta investigación son conocer los beneficios que le aporta la practica del deporte, con su familia, con amigos, con su pareja, con el trabajo, por que eligió este deporte, cuantas horas le dedica al entrenamiento, por que lo prefiere a las demás actividades. Conocer como influyo en su rehabilitación, en su estado de animo, si ha hecho nuevas amistades y que siente cuando es observado en el campo de juego, si se siente incluido en la sociedad por participar de esta actividad, y si modifico hábitos de vida a partir de la practica del deporte.

En caso de decidir participar se le pedirá que conteste un cuestionario en forma escrita, por Ud. o por la persona que decida, y contestar unas preguntas en forma oral, en una entrevista individual con la investigadora, que será grabada con un mini grabador, y donde no se tomaran fotos.

Las preguntas del cuestionario se orientaran hacia:

- 1. La cantidad de hs que le dedica a la actividad deportiva*
- 2. Cuando comienza a ser deportista.*
- 3. Si ha realizado viajes a partir de la practica para las competencias*
- 4. Si se siente saludable, desde que practica la actividad.*
- 5. Cuales son los factores que lo motivan a entrenarse y a elegir la actividad.*
- 6. Si tiene dolores, relacionados a la practica deportiva*
- 7. Si es mas independiente desde que practica la actividad deportiva*

8. Si esta satisfecho con su imagen desde que practica la actividad deportiva.

Las preguntas de la entrevista se orientaran hacia:

- ¿Qué es para Ud. el deporte? ¿Cómo y cuándo llega a su vida?
- ¿Qué beneficios obtuvo con la práctica del deporte a nivel de relaciones (familiar – pareja- amistades) laboral y personal ?
- Si compitió a nivel nacional e internacional, ¿cual fue su experiencia mas positiva?
- ¿La práctica deportiva le aportó beneficios a nivel corporal? Cuales?
- ¿Modificaría algo de la práctica deportiva actual?

Su participación en esta investigación, es de forma anónima, voluntaria y gratuita, dando a entender por ello que no se le pedirán sus datos personales en la misma, se mantendrá la confidencialidad de los mismos, evitando relacionar sus respuestas con su persona, sus datos no se publicaran en la web, ni en medios gráficos, Ud. Puede rehusarse a contestar o abandonar la investigación en cualquier momento, sin explicaciones mediante y sin pérdida de los beneficios que recibe en el Servicio Nacional de Rehabilitación, no percibiendo en ningún momento retribución dineraria por su participación, entendiéndose por ello que no se le pagara por participar en la investigación.

Se acordarán los días de los encuentros y horarios para la entrevista y encuesta con Ud., las mismas se efectuarán en las instalaciones del Servicio Nacional de Rehabilitación, los días de entrenamiento, a fin de efectuarlas antes o después de la práctica habitual de su actividad y evitando entorpecer la dinámica de la misma. La duración de cada encuesta o entrevista no excederá la media hora, solo pudiendo extenderse si así Ud. lo considerase necesario para su completa y conforme expresión.

Para participar deberá firmar dos copias de la planilla del consentimiento informado, una quedará en su poder y la otra la conservara la investigadora.

La investigadora se compromete a brindarle respuesta oportuna y precisa a preguntas o pedidos de aclaraciones sobre los procedimientos de la investigación, sean ellas dudas sobre las preguntas del cuestionario o entrevista y a mantener la confidencialidad de sus datos

b. MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO A APLICAR:

Buenos Aires,.....de..... 201..

Por la presente yo,, titular del documento de identidad:.....consiento en participar y responder a las preguntas respecto al trabajo de investigación:

“Impacto biopsicosocial del deporte adaptado en las personas con discapacidad física equipadas en silla de ruedas”

Que se desarrollará en las instalaciones del SNR, estudio que es financiado por la Comisión Salud Investiga en el marco de las Becas Ramón Carrillo Oñativia a cargo de la Lic. Paula Russo.

Declaro haber comprendido y aceptado las pautas de la investigación y conocer los datos de la investigadora (número de teléfono:15-4426-2559, email :paula.russo@hotmail.com, nombre completo :Paula Valeria Russo y profesión, Lic. Terapia Física) por cualquier duda que necesite aclarar con respecto a la investigación.

-----Firma del
entrevistador - DNI Firma del entrevistado - DNI

Aclaración

Aclaración

Modelo de consentimiento informado para los profesores

Se presenta el modelo de Consentimiento Informado que se utilizó en la investigación. Se diseñó de tal forma que omitió datos que permitiesen identificar personas o lugares que forman parte de la investigación para mantener el anonimato en la evaluación externa. Se incluye tanto la Hoja de Información como el formulario.

Información para el profesor a cargo del equipo de del estudio de investigación titulado: "Impacto biopsicosocial del deporte adaptado en las personas con discapacidad equipadas con silla de ruedas". La investigación es llevada a cabo por la Lic. Paula Russo, Terapeuta Física, en el marco de las becas Carrillo – Oñativia otorgada por la Comisión Nacional Salud Investiga, Ministerio de Salud de la Nación, en el período comprendido desde abril 2013- abril 2014

Ud. Ha sido seleccionado para participar en un estudio de investigación, que intenta conocer los aspectos positivos o beneficios que Ud. percibe como profesor a cargo, con la practica del deporte adaptado..... en las personas con discapacidad equipadas con silla de ruedas en las instalaciones del Servicio Nacional de Rehabilitación.

En caso de decidir participar se le pedirá que conteste unas preguntas en forma oral, que se le realizaran a través de una entrevista individual con la investigadora, que será grabada con un mini grabador, y donde no se tomaran fotos.

Las preguntas de la entrevista se orientaran hacia:

- ¿Cuáles son los aspectos sobresalientes que Ud. percibe en las personas con discapacidad al practicar el deporte?
- ¿Cuales son para Ud. Los motivos por los que las personas con discapacidad eligen el deporte?
- ¿Según su experiencia la adhesión al deporte es más común en la población femenina o masculina?
- ¿Según su experiencia es diferente la adhesión y compromiso que demuestran los jugadores que fueron deportistas antes de la lesión que provoco la discapacidad, con los que no lo fueron?
- ¿Según su experiencia, como es la convivencia entre los jugadores de un mismo equipo y con los demás jugadores que practican deporte en la institución?

Su participación en esta investigación, es de forma anónima, voluntaria y gratuita, dando a entender por ello que no se le pedirán sus datos personales en la misma, se mantendrá la confidencialidad de los mismos, evitando relacionar sus respuestas con su persona, sus datos no se publicaran en la web, ni en medios gráficos, Ud. puede rehusarse a contestar o abandonar la investigación en cualquier momento, sin explicaciones mediante y sin pérdida de los beneficios que recibe en el Servicio Nacional de Rehabilitación, no percibiendo en ningún momento retribución dineraria por su

Cuadro 1. De Elaboración propia. Respuestas de los entrenadores de cada disciplina deportiva.

Preg./deportes	Tenis sexo masculino	Natación sexo masculino	Quadrugby sexo masculino	Básquet (sexo masculino)	Tênis de mesa. (Sexo fem.)
1) Cuáles son los aspectos sobresalientes que Ud. percibe en las personas con discapacidad física al practicar el deporte?	Mayor relación con la sociedad. El accidente que provoco la discapacidad queda atrás, la vida continua de una forma distinta.	Integración social. Actitud positiva ante las dificultades que se le presentan por su condición.	Reinserción social. Mayor independencia, autonomía. Sus logros físicos impactan en su vida social.	Evolución de la aptitud motriz y mejora del gesto deportivo, con repercusión en mejoras en su vida diaria. Mejora su autoestima y autovalidamiento y actitud general.	Mayor fuerza Mayor coordinación. Mayor equilibrio Mayor independencia Mayor independencia favorece el vinculo social
2) Cuáles son para Ud. los motivos por los que las personas con discapacidad física eligen el deporte?	Porque es un deporte muy activo, que requiere mucha concentración Es fácil de aprender, familiar, social. Es el más inclusivo, ya que pueden	Como continuación de su proceso de rehabilitación. La natación los deja menos expuestos ante los demás. La disciplina favorece los desplazamientos de manera	Para volver a vincularse, a ser parte de algo, se sienten útiles. Practicar deporte es más fácil que estudiar. Los cuadripléjicos no pueden	Como continuación con su rehabilitación. Goce por el deporte y competencia. Ser parte de un mismo espacio, donde se sienten incluidos. Es un deporte muy rudo,	Por placer Ansían ser exitosos como el deportista que admiran

	<p>jugar los convencionales y rengos en cualquier torneo</p>	<p>autónoma, eso les da placer.</p>	<p>hacer básquet, ni tenis de mesa, el quadrugby sería su elección grupal deportiva.</p>	<p>que requiere fuerza</p>	
<p>3)Según su experiencia, la adhesión es más común en la población femenina o masculina?</p>	<p>Masculina. La relación es 10 hombres cada una mujer.</p>	<p>Masculina. El hombre es mas deportista que la mujer.</p>	<p>Masculina. La sociedad es machista. Hay una mirada, primitiva del deporte hacia la mujer., es poco incentivada. Estos aspectos sociales en la personas convencionales, se repiten en la discapacida d</p>	<p>Masculina mayormente . El hombre tendría mas "permiso" para practicar deporte. El cupo femenino cada vez es mayor.</p>	<p>Masculina. Esta ligado al machismo , se le quita difusión al deporte femenino, aduciendo que no tiene tanta audiencia como el masculino. Faltan referentes femeninos exitosos, para impulsar el cambio. La tendencia esta cambiando lentamente</p>
<p>4)Según su experi</p>	<p>No hay diferencia,</p>	<p>Si es diferente.</p>	<p>No hay diferencias</p>	<p>No hay diferencia</p>	<p>No es diferente,</p>

<p>encia es diferente la adhesión y compromiso que demuestran los jugadores que fueron deportistas antes de la lesión que provocó la discapacidad con los que no lo fueron ?</p>	<p>tal vez mas pasión. Las becas son un buen incentivo que facilita el compromiso con la actividad.</p>	<p>Hay mas compromiso y actitud en el que fue deportista antes de la (discapacidad . tiene un compromiso con el mismo.(en discapacidad adquirida). El que comienza con la actividad después toma al deporte como un hobby</p>	<p>en el compromiso, ni en el sacrificio. Las diferencias se dan en las aptitudes (velocidad, habilidad para aprender el ejercicio).</p>		<p>los deportistas con experiencia previa tienen una mayor facilidad para adaptarse a la técnica deportiva</p>
<p>5)Según su experiencia, como es la convivencia entre los jugadores de</p>	<p>La convivencia es buena. Hay una mirada contemplativa ante los nuevos jugadores y sus posibilidades</p>	<p>La convivencia es buena fuera del agua.</p>	<p>La convivencia es buena, no hay celos, ni envidia. Los jugadores de básquet admiran a los de</p>	<p>Buena relación, mejora con la convivencia en los espacios. Se desarrollan mas afinidad, favoreciend</p>	<p>El ego elevado de algunos jugadores complicarían las relaciones amistosas, no la convivencia</p>

<p>un mismo equipo y con los demás jugadores que practican deporte en la institución?</p>	<p>es, se dan mensajes para elevar la autoestima continuamente. Hay humildad, respeto, compañerismo.</p>		<p>quadrugby por lo que pueden hacer sobre la silla . se dan consejos, se educan entre ellos.</p>	<p>o las relaciones de pareja</p>	<p>a</p>
--	--	--	---	-----------------------------------	----------

Escala de motivación del deporte (EMD, adaptada por López 2000)

Para conocer el interés de las personas con discapacidad física, en forma voluntaria, en el deporte y entender las causas del sacrificio necesario para practicarlo durante un determinado tiempo para participar en competencias o campeonatos, se utilizó como guía la escala de motivación en el deporte ((EMD) La misma consta de 29 preguntas agrupadas en 7 categorías diferentes de motivación. Dichas preguntas se encuentran en la parte final de la encuesta.

No se validaron las respuestas según esta escala original, ya que se utilizaron tres categorías de respuesta en vez de siete. Las mismas fueron: Nunca - A veces – Siempre. Se validaron las respuestas en forma grupal y dentro de la categoría de motivación correspondiente

E) EMD

El estudio de los factores motivacionales, denominados deseo, impulsos, instinto, ambición, necesidad, han sido fundamentales en la psicología aplicada al deporte. La motivación es la causa de una conducta, es decir, los factores que, operando en el plano psicológico del individuo, determinan la ejecución o no de una actividad. Es el por qué de la conducta (Ramajo, 1992). Harter (1978) distinguió la motivación intrínseca (MI) y motivación extrínseca (ME). La motivación intrínseca se ubicaba en los mayores niveles percibidos de autonomía personal. Refería a la participación en una actividad por la satisfacción experimentada en su práctica en ausencia de contingencias externas (Deci, 1971; Vallerand & Halliwell, 1983). Pasar mucho tiempo practicando el deporte preferido o incluso desarrollar el talento en una actividad por el solo placer que genera esa actividad. Los tipos de motivación intrínseca son al conocimiento, al cumplimiento y a la estimulación. Para la motivación extrínseca se diferenciaron cuatro tipos de motivación: autodeterminación, regulación externa, la introyección y la identificación (Deci y Ryan, 1985), con distintos niveles de percepción de autonomía dirigidos a alcanzar recompensas o evitar castigos y a conseguir objetivos externos valorados por el sujeto como relevantes para su desarrollo personal. Posteriormente Deci (1992), Deci y Ryan, (1985, 1991), Ryan, (1995) y Ryan y Deci, (2000) distinguieron la amotivación, como la falta de motivos para seguir practicando y esforzándose en una actividad. Según Ryckman y Hamel (1993) Villamarín, Mauri y Sanz (1998), Torres, Carrasco y Medina (2000) los jóvenes se acercan al deporte mas por motivos intrínsecos que extrínsecos, mientras que cuando aumenta el nivel de competición se invierte esta influencia González, Tabernero y Márquez (2000).

En la ultima parte del cuestionario se aplicaron las preguntas correspondientes a la escala de motivación (EMD) los participantes debían contestar con la respuesta que mas se acerque a las razones por las que lo practica. Se analizaron las respuestas de la EMD en forma general, y luego con el Test Chi-Cuadrado, para determinar si existe asociación entre el nivel de la respuesta y el género del jugador.

Instrumento

La Escala de Motivación en el Deporte (EMD) fue desarrollada por Brière, Vallerand, Blais y Pelletier en 1995. Para éste estudio se utilizó la escala traducida al español y adaptada por López (2000), por considerarla poseedora de una estructura interna homogénea y consistente, refleja directamente las razones percibidas por los deportistas al realizar deporte. Esta escala difiere de la original, en el nombre de los factores, luego de la adaptación del autor. Considera 29 reactivos (preguntas) agrupados en 7 factores (correspondientes a la MI, ME y a motivación, la motivación integral deportiva, toma aspectos de la práctica que repercuten favorablemente en otras áreas de manera integral.) Cada factor comprende de dos a seis preguntas. En este estudio las respuestas posibles son: Nunca - A veces – Siempre

Escala de motivación del deporte. Preguntas incluidas en cada factor de motivación

Factor	Preguntas incluidas
1. Motivación extrínseca (Regulación externa) Nro.:	2,3,8,17,24,26
2. Motivación intrínseca de conocimiento Nro.:	1,11,18,25
3. Motivación intrínseca estética (Regulación introyectada) Nro.:	6,13,22,28
4. Motivación intrínseca auto superación (Reg. Identificada) Nro.:	5,10,16,23
5. Motivación intrínseca al cumplimiento Nro.:	7,12,20,27
6. A motivación Nro.:	4,14,15,21,29
7. Motivación integral deportiva (M. Intrínseca estimulación) Nro.:	9,19

Escala de Motivación Deportiva

CUADRO DE RESPUESTAS DEL TOTAL DE LA MUESTRA				
PRE G		NUN CA	ALGUNA S VECES	SIEMPR E
	MOTIVACION EXTRINSECA			
2	POR QUE ME PERMITE SER BIEN VISTO POR LA GENTE QUE CONOZCO	42 %	18%	39%
3	POR QUE ES UNA DE LAS FORMAS PARA CONOCER GENTE	24 %	26%	50%
8	POR EL PRESTIGIO DE SER UN ATLETA	50 %	32%	16%
17	PORQUE PARA LA GENTE QUE ME RODEA ES BIEN VISTO ESTAR EN FORMA	42 %	18%	40%
24	PARA DEMOSTRAR A OTROS HASTA QUE PUNTO SOY BUENO EN MI DEPORTE	48 %	13%	39%
26	PORQUE ES UNA DE LAS MEJORES FORMAS DE MANTENER BUENAS RELACIONES CON MIS AMIGOS/AS	26 %	19%	55%
PR EG	MOTIVACION INTRINSECA DE CONOCIMIENTO			
1	POR EL PLACER DE DESCUBRIR NUEVAS TECNICAS DE ENTRENAMIENTO	19 %	32%	48%
11	POR EL PLACER DE PROFUNDIZAR MIS CONOCIMIENTOS SOBRE DIFERENTES METODOS DE ENTRENAMIENTO	6%	24%	70%
18	PORQUE PARA MI ES MUY IMPORTANTE DESCUBRIR NUEVOS METODOS DE ENTRENAMIENTO	10 %	26%	65%
25	POR EL PLACER QUE SIENTO CUANDO APRENDO TECNICAS DE ENTRENAMIENTO QUE JAMAS HABIA INTENTADO	5%	24%	71%
PR EG	MOTIVACION INTRINSECA ESTETICA			
6	POR QUE ES ESTRICTAMENTE NECESARIO HACER DEPORTE SI SE QUIERE ESTAR EN FORMA	8%	11%	81%
13	NECESITO HACER DEPORTE PARA SENTIRME BIEN CONMIGO MISMO	15 %	8%	77%
22	PORQUE ME SENTIRIA MAL SI NO LE DEDICARA TIEMPO AL DEPORTE	26 %	19%	55%
28	PORQUE PARA MI ES NECESARIO QUE HAGA DEPORTE REGULARMENTE	10 %	10%	80%
PR EG	MOTIVACION INTRINSECA AUTOSUPERACION			
5	PORQUE SIENTO MUCHA SATISFACCION PERSONAL CUANDO DOMINO CIERTAS TECNICAS DE ENTRENAMIENTO	3%	11%	85%
10	POR EL PLACER QUE SIENTO CUANDO MEJORO ALGUNO DE MIS PUNTOS DEBILES	8%	16%	76%
16	POR LA SATISFACCION QUE SIENTO CUANDO PERFECCIONO MIS HABILIDADES	5%	11%	84%
23	POR EL PLACER QUE SIENTO CUANDO EJECUTO CIERTOS MOVIMIENTOS DIFICILES	11 %	15%	74%
PR EG	MOTIVACION INTRINSECA AL CUMPLIMIENTO			
7	PORQUE DISFRUTO LOS MOMENTOS	2%	5%	93%

	DIVERTIDOS QUE VIVO CUANDO HAGO DEPORTE			
12	POR EL PLACER QUE SIENTO CUANDO ESTOY VERDADERAMENTE INVOLUCRADO EN LA ACTIVIDAD	2 %	10%	89%
20	POR LAS EMOCIONES INTENSAS QUE SIENTO AL PRACTICAR EL DEPORTE QUE ME GUSTA	8%	8%	84%
27	PORQUE ME GUSTA SENTIRME INVOLUCRADO EN LA ACTIVIDAD	3%	18%	79%

PR EG	AMOTIVACION			
4	TENGO LA IMPRESIÓN QUE ES INUTIL CONTINUAR HACIENDO DEPORTE	97 %	3%	0 %
14	IGNORO POR QUE HAGO DEPORTE	100 %	0%	0 %
15	ENTRE MAS LO PIENSO MAS DESEO ABANDONAR EL MEDIO DEPORTIVO	98 %	0%	2 %
21	LO IGNORO, ES MAS, NO CREO ESTAR VERDADERAMENTE SEGURO QUE EL DEPORTE SEA LO MIO	95 %	2%	3 %
29	YO MISMO ME LO PREGUNTO, NO LLEGO A ALCANZAR LOS OBJETIVOS QUE ME HE FIJADO	77 %	16%	6 %
PR EG	MOTIVACION INTEGRAL DEPORTIVA			
9	PORQUE ES UNO DE LOS MEJORES MEDIOS PARA DESARROLLAR OTROS ASPECTOS DE MI PERSONA	15 %	20%	65 %
19	PORQUE ES UN BUEN MEDIO PARA APRENDER COSAS QUE PUEDEN SER UTILES EN OTRAS AREAS	8%	18%	74 %

	CUADRO DE RESPUESTAS DEL TOTAL DE LA MUESTRA			
PR EG	MOTIVACION EXTRINSECA	NUNCA	ALGUNAS VECES	SIEMPRE
2	POR QUE ME PERMITE SER BIEN VISTO POR LA GENTE QUE CONOZCO	42 %	18%	39%
3	POR QUE ES UNA DE LAS FORMAS PARA CONOCER GENTE	24%	26%	50%
8	POR EL PRESTIGIO DE SER UN ATLETA	50%	32%	16%
17	PORQUE PARA LA GENTE QUE ME RODEA ES BIEN VISTO ESTAR EN FORMA	42%	18%	40%
24	PARA DEMOSTRAR A OTROS HASTA QUE PUNTO SOY BUENO EN MI DEPORTE	48%	13%	39%
26	PORQUE ES UNA DE LAS MEJORES FORMAS DE MANTENER BUENAS RELACIONES CON MIS AMIGOS/AS	26%	19%	55%
PR EG	MOTIVACION INTRINSECA DE CONOCIMIENTO			
1	POR EL PLACER DE DESCUBRIR NUEVAS	19%	32%	48%

	TECNICAS DE ENTRENAMIENTO			
11	POR EL PLACER DE PROFUNDIZAR MIS CONOCIMIENTOS SOBRE DIFERENTES METODOS DE ENTRENAMIENTO	6%	24%	70%
18	PORQUE PARA MI ES MUY IMPORTANTE DESCUBRIR NUEVOS METODOS DE ENTRENAMIENTO	10%	26%	65%
25	POR EL PLACER QUE SIENTO CUANDO APRENDO TECNICAS DE ENTRENAMIENTO QUE JAMAS HABIA INTENTADO	5%	24%	71%
PR EG	MOTIVACION INTRINSECA ESTETICA			
6	POR QUE ES ESTRICTAMENTE NECESARIO HACER DEPORTE SI SE QUIERE ESTAR EN FORMA	8%	11%	81%
13	NECESITO HACER DEPORTE PARA SENTIRME BIEN CONMIGO MISMO	15%	8%	77%
22	PORQUE ME SENTIRIA MAL SI NO LE DEDICARA TIEMPO AL DEPORTE	26%	19%	55%
28	PORQUE PARA MI ES NECESARIO QUE HAGA DEPORTE REGULARMENTE	10%	10%	80%
PR EG	MOTIVACION INTRINSECA AUTOSUPERACION			
5	PORQUE SIENTO MUCHA SATISFACCION PERSONAL CUANDO DOMINO CIERTAS TECNICAS DE ENTRENAMIENTO	3%	11%	85%
10	POR EL PLACER QUE SIENTO CUANDO MEJORO ALGUNO DE MIS PUNTOS DEBILES	8%	16%	76%
16	POR LA SATISFACCION QUE SIENTO CUANDO PERFECCIONO MIS HABILIDADES	5%	11%	84%
23	POR EL PLACER QUE SIENTO CUANDO EJECUTO CIERTOS MOVIMIENTOS DIFICILES	11%	15%	74%
PR EG	MOTIVACION INTRINSECA AL CUMPLIMIENTO			
7	PORQUE DISFRUTO LOS MOMENTOS DIVERTIDOS QUE VIVO CUANDO HAGO DEPORTE	2%	5%	93%
12	POR EL PLACER QUE SIENTO CUANDO ESTOY VERDADERAMENTE INVOLUCRADO EN LA ACTIVIDAD	2 %	10%	89%
20	POR LAS EMOCIONES INTENSAS QUE SIENTO AL PRACTICAR EL DEPORTE QUE ME GUSTA	8%	8%	84%
27	PORQUE ME GUSTA SENTIRME INVOLUCRADO EN LA ACTIVIDAD	3%	18%	79%

PR EG	AMOTIVACION			
4	TENGO LA IMPRESIÓN QUE ES INUTIL CONTINUAR HACIENDO DEPORTE	97%	3%	0%
14	IGNORO POR QUE HAGO DEPORTE	100%	0%	0%
15	ENTRE MAS LO PIENSO MAS DESEO ABANDONAR EL MEDIO DEPORTIVO	98%	0%	2%
21	LO IGNORO, ES MAS, NO CREO ESTAR VERDADERAMENTE SEGURO QUE EL DEPORTE SEA LO MIO	95%	2%	3%
29	YO MISMO ME LO PREGUNTO, NO LLEGO A	77%	16	6%

	ALCANZAR LOS OBJETIVOS QUE ME HE FIJADO		%	
PR EG	MOTIVACION INTEGRAL DEPORTIVA			
9	PORQUE ES UNO DE LOS MEJORES MEDIOS PARA DESARROLLAR OTROS ASPECTOS DE MI PERSONA	15%	20%	65%
19	PORQUE ES UN BUEN MEDIO PARA APRENDER COSAS QUE PUEDEN SER UTILES EN OTRAS AREAS	8%	18%	74%

Anexo II. Entrevistas textuales desgrabadas, realizadas a los profesores a cargo del deporte y a algunos deportistas.

Entrevista anónima a entrenador de tenis de mesa.

Fecha: 10/10/2013

Lugar: SNR, al costado de la cancha del gimnasio cubierto donde se practica la actividad.

Descripción: El entrenador, es ex jugador y presenta secuela de poliomielitis, y está equipado con silla de ruedas. La entrevista se realizó en modalidad abierta por pedido del entrevistado para su completa expresión.

Entrevistadora: Cuáles son los aspectos sobresalientes que usted percibe en las personas con discapacidad al practicar el deporte?

Respuesta: Es como que, después de empezar a practicar deportes, se empieza a relacionar un poco más con la sociedad, ve que la vida continúa, que es un tropiezo lo que ha tenido, un accidente, porque ya las enfermedades han desaparecido, todo accidente, todo traumático...Entonces la vida continúa, de una forma distinta a la que se veía, y el deporte, la inclusión es casi casi parecida. En este deporte, por ejemplo, ya se ha hecho por regla internacional, se puede jugar un discapacitado contra un convencional tranquilamente, solamente la pelota tiene que salir por el fondo de la mesa, lo demás es todo igual.

E: Eso es muy bueno, que me puede contar distintivo de este deporte?

R: Es el único deporte que se puede jugar un discapacitado y un convencional. Para mí lo más importante es que el discapacitado empieza a hacer deporte y se mezcla más con la sociedad.

E: Hay mayor inclusión entonces, qué importante. Cuáles son para usted los motivos, porque las personas con discapacidad eligen este deporte?

R: Es un deporte muy activo, es un deporte en el que hay mucha concentración, es el segundo deporte en el mundo, los astronautas por ejemplo, juegan al tenis de mesa por la concentración de la pelotita. Creo que primero es el golf, después viene este, es el deporte que más concentración necesitas sobre la pelotita. Y pienso que todo jugador que le guste un poquito el tenis, el paddle, y tenga una lesión, ve en esto un deporte

que lo puede tranquilamente practicar. No es un deporte para decir que en dos meses, tres meses, se puede hacer. Un jugador lleva seis, siete años en hacerse, pero todos en su casa, un amigo, un vecino, un pariente, una mesita de ping pong la tiene cualquiera. Entonces es un deporte que es muy familiar y muy social.

E: La silla es la misma que la convencional, no necesita una silla especial?

R: La silla es la zapatilla tuya para caminar, si te aprieta te la tenés que cambiar, es la medida tuya, es la que vos tenés que usar para que te sientas cómodo, más alto, más bajo...

E: La mesa es la reglamentaria?

R: La mesa es reglamentaria, lo único que cambia es que los parantes son corridos cuarenta centímetros para adentro, para que la silla de ruedas se pueda meter adentro de la mesa. Los fabricantes la hacen con diez centímetros para acá, entonces para hacer una mesa reglamentaria, que tenga toda la aceptación, tiene que tener cuarenta centímetros desde la punta de la mesa para adentro, así el discapacitado se puede meter con la silla debajo de la mesa. Ahora si vos elegís una silla que tiene más de esa altura, es problema tuyo.

E: Y esas son mesas que se fabrican nacionalmente?

R: Algunas sí, otras no. Estas no son de acá.

E: Es muy caro el acceso a este tipo de mesa?

R: Ahora en este momento con el tema del dólar, sí es cara. Una mesa debe estar valiendo siete mil, ocho mil pesos...nueve mil pesos...el valor de una mesa, aparte las paletas son caras.

E: No son las paletas convencionales?

R: No, una persona que no está en silla, una paleta le puede costar entre seiscientos y novecientos pesos.

E: O sea, el que queda excluido...es por los costos...

R: La goma de los chicos estos, por ejemplo, hay chicos acá que tienen una goma que vale seiscientos dólares, y es una sola, no son las dos, tienen que ser diferente las dos, una roja y una negra. El marco, es un marco especial, el peso, el ancho...

E: Pero esta silla es la que después usa para deambular...

R: Sí, sí... Si quiere comprarse una silla para jugar y otra para pasear...problema de él.

E: No es como la de quadrugby por ejemplo, que no sirve?

R: No, no...Esta silla puede andar en la calle, ellos tres andan con esa silla. Cuando sean más profesionales tendrán su silla para jugar, más ancha, más angosta, más baja, más levantada...Eso es de cada uno.

E: Y vale el doble pique? O las reglas son exactamente las mismas?

R: Son todas iguales. Un solo pique, la pelota tiene que salir...en single, por el fondo de la mesa. En doble, puede salir por el costado. Vos jugas contra un convencional, la pelota tiene que salir por el fondo de la mesa , en doble la pelota sale por el costado.

E: Y las categorías son iguales que en las personas sanas?

R: No. Acá hay muchas más categorías, porque cuanto más lesión tiene, más baja es la discapacidad. Por ejemplo, Leandro es categoría uno, y él es categoría cinco. Es la categoría más alta que hay en silla de ruedas. Después la categoría seis, siete, ocho, nueve y diez, son parados. Allá tenés, un categoría seis, un categoría siete y dos categorías ocho. Acá tenés un categoría tres, que es este de azul, y dos categorías cinco. Aquel es un categoría uno. Cuanto más lesión tiene, más baja la categoría. Cuanto menos lesión tiene, más alta la categoría.

E: Según tu experiencia, la adhesión al deporte es más común en la población femenina o masculina?

R: Masculina. Porque lamentablemente la mujer no sé por qué no, pero...

E: Ustedes no tienen mujeres en el equipo ?

R: Yo ahora estoy empezando a tener una chica de treinta años, y hace quince días apareció una nena de dieciséis años que tiene una lesión bastante alta, que es una joya para preparar.

E: O sea, el porcentaje, la relación...es bajísima...

R: Te puedo decir diez contra uno. Cuando me aparecen diez hombres, me aparece una mujer.

E: Por qué crees que es eso?

R: No sé...en el mundo pasa eso...En el mundo de la discapacidad pasa eso. En categoría uno, como la de Leandro, en el mundo hay quince. Pueden llegar a ser veinticinco como una bestialidad, pero en la categoría cinco, en el ranking mundial ya tenés noventa y pico y hay como trescientos más atrás. Hay torneos internacionales en los cuales a los países que van, si llevan a una mujer no pagan inscripción. La invitan, le

pagan todo ellos, como incentivo. En América se está empezando a hacer eso, en Europa tienen mujeres, muy pocas pero hay.

E: La modalidad es recreativa o competitiva únicamente?

R: Empezás con recreativa, esto empieza a ser un juego. Acá , por ejemplo, el más chico tiene trece, Guillermo de San Nicolás tiene... hay chiquitos de siete, ocho, nueve y diez años. Eso es recreativo, es para que jueguen, se diviertan.

E: Allá tenés una escuelita, el semillero digamos?

R: El semillero lo tengo allá, que es el técnico asistente mío. Él los va preparando, los vamos viendo, los invitamos a concentraciones, los ponemos a jugar entre ellos, ellos quieren jugar contra los grandes.

E: Está bueno, porque la escuela lo guía a la competencia.

R: Le haces un recreativo, después le empezás a hacer un competitivo, después los apretás un poquito y lo llevas a la competencia. Aparte si les gusta el deporte, como te dije en la pregunta anterior, el deporte te lleva, vos jugas, muy lindo, pero a vos te gusta ganar. Esto es deporte por el deporte mismo, yo quiero ganar. Y si yo te tengo que tirar una pelota corta para ganarte y que vos te caigas, te lo voy a hacer, yo quiero ganar. Esto es así. Los chicos empiezan , primero a competir, se les da trofeos a todos, se les da medallas a todos. Después, cuando empezamos la competencia, ya la medallita no está. Saliste cuarto, y había medallita hasta tres. Lo vas preparando. Si al chico de diez años lo pones a competir, a nivel grande, a nivel de medallas, a los quince años no quiere ver una pelota ni en dibujitos. Él se quiere divertir, él quiere jugar, no se cansan nunca. Por ahí juegan siete, ocho, diez partidos, y ellos están tranquilos. Estos les haces jugar ocho partidos y no quieren saber más nada. Entonces tenés que buscar siempre el balanceo. Estos chicos de hasta diez, once años, nosotros reglamentamos en la federación que van a jugar seis o siete partidos. Medallita a todos. Dentro de dos años, te voy a decir, bueno...se te acabó la historia. Ahora empezamos a competir. Acá hay que ganar, hay que buscar de ganar. Si se gana, se gana, y si se pierde, se pierde. También lo que yo tengo es que, siempre hay revancha acá. Hoy perdés y mañana ganás. Hoy perdés y mañana ganas. Siempre hay revancha. Dentro de un mes nos vamos a encontrar de vuelta, te gano yo, me ganas vos...

E: Quién gestiona los viáticos?

R: Yo consigo las becas para los jugadores de la escuela de desarrollo que yo manejo, las becas las consigo por secretaría de deportes, pero son chicos que ya, como en esta edad, en desarrollo. Estos chicos tienen el primer Panamericano, van a tener otro dentro de cuatro años, por ahí entran. Si entran por edad, bárbaro.

E: El premio de esto es una medalla y el viaje al lugar?

R: El premio de ellos es una medalla, es un primer Panamericano, para ir sabiendo. Yo después tengo que elevar un informe al cuerpo técnico. Igual el cuerpo técnico viene a una charla conmigo, ellos ven a los jugadores de acá, los vamos preparando para la selección, la pre selección, se los lleva a torneos internacionales, como la Copa Tango que se hace en el país todos los años. Es un incentivo para que vayan jugando, y para que vayan viendo que se van a rozar con jugadores internacionales. Porque esto también, el roce internacional, te hace que vos levantes nivel. Sino es como que te achatas siempre jugando acá.

E: Según su experiencia, es diferente la adhesión y compromiso que demuestran los jugadores que fueron deportistas antes de la lesión que provocó la discapacidad, que la de los que no lo fueron?

R: No, para mí el que hizo deporte antes ama el deporte y quiere hacer deporte, lo agarra con una pasión terrible. El que tuvo una lesión de chico y empezó a hacer deporte de chico, ya lo agarra con unas ganas distintas, pero yo no veo la diferencia, yo personalmente, del que hizo deporte al que no hizo. A mí me ha tocado viajar a mundiales donde he visto al número uno actual del mundo, y el tipo jugaba al tenis de mesa antes de tener el accidente que lo dejó en una silla de ruedas. Juega igual que si fuera un convencional, es un animal jugando. No tiene diferencias.

E: Con respecto al compromiso?

R: Acá se divierten mucho, acá no toman mucha responsabilidad, hay algunos casos que lo toman como, bueno, me dan una beca, me puedo comprar esto, me puedo comprar lo otro, no lo toman responsablemente. Por ahí las comparaciones son muy feas, pero a veces hay que hacerlas. Cuando yo jugaba no había becas, las becas que había eran de 400, 500, 600, 1000 pesos. Hay algunos jugadores que ahora están cobrando casi 12000 pesos, y tienen que entrenar ni cuarenta horas semanales. Y a veces dicen que tiene dolores...

E: Esos son profesionales?

R: Yo los tomo como profesionales.

E: Y ellos?

R: Ellos algunos no. Entonces a veces me pongo a hablar con la técnica de la selección y le digo...Mira si cuando yo jugaba, me daban 12000 pesos? Yo me pasaba de lunes a lunes, con lo que me gusta, me apasiona...Acá yo tengo varios que son fanáticos de esto, algunos tienen beca, otros no. Y cuando se van a la casa se ponen a hacer saque.

E: La modalidad single o doble es selectiva?

R: Si, depende del torneo, si es un Panamericano tenés que ser de la misma categoría todos. Tenés que tratar de buscar, puedes subir una categoría, suponte, categoría tres lo puedo subir a la cuatro o a la cinco. Pero de la dos a la tres ya hay mucha diferencia, entonces no me conviene subirlo. Lo mismo que el parado. El parado de la categoría seis lo subo a la siete, si es un siete o un ocho ya es diferencia. Ya hay diferencia en la movilidad, pero siempre tienen que tratar de ser de la misma categoría.

E: Según tu experiencia, cómo es la convivencia entre los jugadores de un mismo equipo y con los demás jugadores que practican deporte en la Institución?

R: Bien, porque si te encontrás en un torneo grande, empezás a charlar, a conocerlo, vas a compartir 20 o 25 días con esa persona.

E: Son largos...

R: Los Panamericanos son largos, puedes llegar a tardar 15 días en total, pero entre que 2 días antes, 3 días después, contás 20, 23 días. La relación es que se van conociendo, se conocen del Cenard porque todos entrenan ahí, pero no saben qué deporte es. El número 1 de tu categoría...vi uno grandote con una paleta...tienen forma las paletas? Hay muchas cosas que no conocemos de otros deportes, y ellos tampoco conocen de éste. Pero yo he participado en muchas delegaciones de Panamericanos y es bárbara, porque te encontrás con cualquiera, charlamos. Y también te das cuenta que los distintos deportes tienen metas muy diferentes. Este Panamericano me va a servir para que yo experimente, qué distintos jugadores, algunos, pueden ser jugadores de la Selección Mayor que va a Toronto.

E: Vos ofreces un incentivo muy bueno!

R: Ellos el incentivo lo tienen, pero está a flor de piel. Saben que pueden ser llamados al torneo internacional, a la Copa Tango, de acá a un mes y medio. Termina este y quedan

concentrados para la Copa Tango. No sé cuántos son, no sé a quiénes pueden llamar, pero están todos metidos como...Yo voy a ir. Y me parece perfecto.

E: Y cuántos jugadores tenés en esta categoría?

R: En este infantil tengo ocho. Y pienso que medallas hay.

E: Te gustaría agregar algo que te parece que sea importante al deporte, que vos creas que puede sumarle a esta investigación?

R: Mira...Yo viví el deporte desde los 13 años, tengo 50. Me pasé la vida en el deporte. Yo a estos chicos les inculco lo que es la ética del deporte. A veces les digo, discúlpeme que sea tan pesado. Aprendan a ser caballeros en el deporte. Si el que está enfrente es tramposo, ustedes no lo sean. Aprendan lo que es ganar y perder. Aprendan primero a perder y ahí van a saber ganar. Nunca busquen la ventaja técnica sobre una persona que recién empieza, porque ahora ustedes están recién empezando y se van a encontrar con alguno que está recién empezando. Pero si van a un torneo con gente experimentada, no se hagan los cancheros porque no sirve, sean humildes... Ganaron la medalla, perfecto, me alegro, pónganse contentos, tómense 50 litros de Coca...Pero siempre con la humildad, yo juego al tenis de mesa, no soy el mejor, nunca se llega a ser el mejor en esta región. En América hay casos muy excepcionales, pero los hay. Y esos son contados con los dedos. Aparte les inculqué que, acá vienen 59 jugadores, a este Panamericano. Debe haber 10 campeones, nada más. Aprendan a respetar, a ser respetados y esto es un juego. Hoy se gana, mañana se pierde. Y el compañerismo. Vos ves acá que hay cuatro de silla y cuatro parados. De los cuatro de sillas hay uno que casi ni se mueve, que es Leandro. No pasa tarde que no lo lleven a la pieza de uno a contar cuentos, a ver televisión...Y cuando entraron se desconocían todos. Entonces dije, van a estar concentrados, se van a conocer, van a charlar, van a hablar. Conózcanse ustedes. La convivencia es lo peor que puede haber, si tienen un problema lo hablamos entre todos o entre los que tuvieron el problema. Pero afuera de una pieza, hay que ser caballero, no pasó nada. Es importante el deporte. Te dignifica. Pero te encontrás con cada uno... Personalmente te voy a contar un pequeño detalle: ayer les dije, hace una semana tuvieron un torneo, y de aquellos cuatro, a tres les hicieron trampa para ganar. Yo lo vi de afuera. No podía decir nada porque era el directo de competencia, el juez no lo vio, sino yo los echo. Y eran jugadores de la Selección Mayor. Hay que saber ubicarse dónde estás y dónde estás parado.

E: Muchísimas gracias!

Entrevista anónima a entrenador de basquet.

Fecha: 15/11/2013

Lugar: SNR, al costado de la cancha de básquet, en un receso de la actividad

Descripción: Entrevista abierta para la completa expresión del profesor. El mismo no presenta discapacidad.

Entrevistadora: Cuáles son los aspectos sobresalientes que usted percibe en las personas con discapacidad al practicar el deporte?

Respuesta: Yo lo veo, a medida que van viniendo y tienen constancia, mucha evolución y la fuerza de voluntad. Aparte vienen de distintos lugares, muy lejos y todo lo que implica la distancia, los veo con una fuerza de voluntad a ellos que es admirable.

E: Es complejo llegar hasta acá?

R: Es increíble, frío, lluvia... Este chico, Gustavo V., que viene en tren, triamputado, y no faltó a un entrenamiento. Así que ahí ya te di el mejor ejemplo para lo que es la actitud.

E: Cuáles son para usted los motivos por los que los discapacitados motrices eligen el deporte?

R: Yo pienso que por lo físico, le hace bien a la cabeza, que es fundamental, y aparte se integra en este lugar que es fuera de serie.

E: Los contiene?

R: Los contiene cien por cien en todo sentido, terminan de entrenar y tenés el grupo tomando mate, lo que sea, jugando al truco.

E: Además del servicio de rehabilitación, esta misma conducta se da en otros centros donde haya deportes, o tiene algo especial este servicio?

R: No, que yo sepa está Cedin, en La Matanza, que tiene tenis de mesa, básquet, bochas, pero nada que ver a esto, esto es fuera de serie.

E: Según su experiencia, la adhesión al deporte es más común en la población femenina o masculina?

R: Hoy por hoy, yo lo veo parejo. Hay muchas chicas ahora, antes más masculinos, ahora a las chicas yo las veo, en la Selección Femenina de Básquet hay un montón de chicas, que antes había tres o cuatro suplentes, y ahora puedes formar cuatro equipos si querés.

E: Según su experiencia, es diferente la adhesión y el compromiso que demuestran los jugadores que fueron deportistas antes de la lesión que provocó la discapacidad, que la que no lo fueron?

R: Sí, sí, para mí sí. Cambiaron cien por cien en todo sentido, en la forma de ser, en la fuerza de voluntad del entrenamiento...

E: Según su experiencia, cómo es la convivencia entre los jugadores de un mismo equipo y con los demás jugadores que practican deporte?

R: Buenísima, excelente.

E: No hay roces, competencia?

R: Antes capaz que sí, más competitivo, pero ahora...

E: Como son deportes distintos y a veces hay patologías distintas...

R: No, no.. mira que yo estuve en un montón de torneos de bochas, aparte se conocen todos ya, porque van todos al mismo lugar, y ya se conocen, se pasan mails...

E: Hay algo más que a vos te gustaría agregar, que te parezca importante destacar del deporte?

R: Lo que a mí me encanta de los chicos, es la fuerza de voluntad que tienen, a pesar de las limitaciones que tienen, yo los veo que cada vez le ponen más ganas para venir a entrenar, para venir a rehabilitarse. Hay un cumpleaños, vienen igual, es espectacular, así que muy bien.

E: Muchísimas gracias!

Entrevista anónima a profesor de natación.

Fecha: 08/10/2013

Lugar: SNR, dentro del natatorio cubierto, al costado de la pileta, en un receso de la actividad.

Descripción: Entrevista abierta para la completa expresión del profesor. El mismo no presenta discapacidad.

Entrevistadora: Cuáles son los aspectos sobresalientes que usted percibe en las personas con discapacidad al practicar el deporte?

Respuesta: Por empezar, creo que tiene que ver, uno de los aspectos más importantes, es la integración social, el compartir una actividad con pares y con otras personas, ya que la mayoría de las personas que adquieren una discapacidad, por lo general, al principio, tienen como un rechazo a exhibirse y el no puedo está muy latente en todas las personas que tienen una discapacidad. Ese no puedo es, no puedo hacerlo de la manera convencional. Y lo que se trata a través del deporte y de la actividad física en sí, es de mostrarle que se puede hacer de otra manera, pero que se puede hacer. Me parece que eso es lo más importante, y creo que terminan dándose cuenta de que sí pueden hacerlo, no de la manera que ellos conocían, pero sí de otra manera.

E: Cuáles son los motivos por los que las personas con discapacidad eligen el deporte, como vos, en el caso de natación?

R: En parte tiene que ver como parte de un proceso de rehabilitación para algunos, sobre todo en el área de natación, por lo general es muy común que vengan desde la hidroterapia y que terminen en la natación.

E: Vos crees que es por qué lo sienten que es el más leve, el más suave, que saben que no se van a lastimar?

R: Primero que es un deporte individual, hay poca interacción con el resto, entonces uno queda menos expuesto ante los demás. Además la natación lo que tiene, es el tema de la nulidad de la gravedad con el medio acuático, hace que los desplazamientos puedan hacerlos de manera autónoma, aquellos que pueden flotar, se sienten como más libres,

libres de la silla, libres de moverme o que me tengan que mover. Sobre todo las personas que tienen una paraplejia y que no pueden mover las piernas, se sienten como libres en el agua por ese motivo.

E: Se relaja más el cuerpo?

R: No siempre, una vez que están más habituados al medio sí. Al principio cuesta, como todo...Tienen mucho miedo, pero después sí, es como placentero, sienten un placer.

E: Según su experiencia, la adhesión al deporte es más común en la población femenina o masculina?

R: Según mi experiencia, masculina, pero no muy marcado. Quizás por una cuestión de género, que el hombre es más deportista que la mujer, pero no en demasía, no es un alto porcentaje que difiera. Está bastante parejo.

E: Según su experiencia es diferente la adhesión y el compromiso que demuestran los jugadores que fueron deportistas antes de la lesión que provocó la discapacidad, que la que no lo fueron?

R: Totalmente. El que viene del deporte tiene un compromiso con la actividad y con el entrenamiento muy diferente al que no lo fue. Por lo general el que no viene del deporte, lo toma como un hobby, como un pasatiempo, como algo que lo distiende, que lo relaja. El que viene del deporte tiene otro compromiso, inclusive hasta con él mismo, como que se siente que está fallando a su entrenamiento.

E: Porque ahí es algo individual, no es con el equipo?

R: Es algo individual, sí.

E: Según su experiencia, cómo es la convivencia entre los jugadores de un mismo equipo y con los demás jugadores que practican deporte? Por ejemplo, los chicos de natación con los de básquet, cuando se cruzan, por ejemplo, que están todos en silla?

R: Si bien la natación es un deporte bastante individualista, porque se compite solo, fuera del agua, por lo general son personas que tienen muy buena relación con el resto de las personas que hacen deporte. Intercambian muchas cosas, inclusive en torneos de natación, se los ve que, la natación es como un medio, un objetivo, pero que termina el torneo, la actividad específica de la pileta, y fuera es un grupo de amigos, se conocen, se cruzan en muchos torneos. Muchos practican varios deportes, no solamente hacen natación, sino que hacen otros deportes, entonces se conocen.

E: Esto favorecería la inclusión y las relaciones personales?

R: Completamente. El deporte es completamente inclusivo, no sólo en la discapacidad, sino en la vida.

E: Porque nosotros, como no tenemos investigado, en la discapacidad uno piensa que lo toman como que , es el lugar, es el momento que tengo como una rehabilitación, como una cuasi rehabilitación, y es como mezclar un poquito de actividad física. Pero esto también es un lugar de relajamiento social, no?

R: Exactamente, este espacio en sí, donde estamos ahora, es como un club. No es solamente un lugar de rehabilitación o de práctica deportiva, sino que acá también vienen a juntarse y a hacer una práctica social que no tenga nada que ver con el deporte.

E: Vos sentís, en lo personal, que hay inclusión cuando los deportistas juegan con gente con la misma imposibilidad? Vos sentís que eso es inclusión?

R: Inclusión con respecto a qué es el tema. Yo no creo que sea inclusivo con respecto a la sociedad. Yo creo que es, podría decir, como auto inclusivo. Como que uno se da cuenta que no todo está perdido y que puede llegar a ser algo o alguien a través del deporte y a través de lo que está haciendo. No significa que el deporte lo va a incluir a la sociedad. Me parece que la sociedad es un proceso muy largo el que tiene que hacer, y de a poco se va viendo porque si tomamos 20 años atrás a ahora, hay un cambio importante y se va viendo que hay cada vez más inclusión, y cada vez se piensa más, y cada vez se ve más gente con discapacidad en la calle.

E: Los discapacitados por acá, los no discapacitados por allá...

R: Y sí, todavía es así. Inclusive hasta en el deporte mismo. Los juegos Olímpicos no incluyen a las personas con discapacidad, sino que hay juegos Paralímpicos, entonces ahí mismo, desde el deporte mismo se está haciendo una diferenciación.

E: Algo como decir...que haya las mismas oportunidades, que pueda hacer deporte, como igualdad.

R: Lo que sí, lo que se está brindando a la persona con discapacidad es que cada vez haya más lugares donde se practican deportes para personas con discapacidad. Entonces por ahí, uno tenía que viajar específicamente hacia un lugar determinado donde se hacían prácticas deportivas para personas con discapacidad, y ahora es como que hay más lugares.

E: Vos sentís que hay más lugares?

R: Sí, si, completamente. Yo hace 11 años que trabajo con discapacidad, no hace mucho pero de hace 11 años a ahora se multiplicaron bastante los lugares donde se hace actividad física.

E: Y la cantidad de gente, hay más gente que hace deporte?

R: Que lo practica sí.

E: Así como las personas que no estamos en silla, que empezamos a hacer más actividad, la misma tendencia...

R: ...Con las personas con discapacidad.

E: Hay algo más que te gustaría agregar, con respecto a tu percepción de los beneficios del deporte, que yo no te haya preguntado?

R: Sí, pero es en general, no sólo en el área de la discapacidad, sino en general. Hay cuestiones que, como te decía antes, si bien se multiplicaron lugares, todavía la gente tiene que viajar mucho para poder hacer actividad física o poder desplazarse, y también...este es un palo para las personas con discapacidad, a todos nos cuesta hacer cosas que queremos, jugar al fútbol, hacer un viaje, lo que sea. Y pienso que las personas con discapacidad tienen como una sensación de que, como estoy con una discapacidad, me tienen que brindar la posibilidad de ir a tal lugar a practicar tal cosa.

E: Hay una demanda?

R: Hay una demanda importante, y como que, si no me vienen a buscar para que vaya no voy. Como que mi derecho es que me vengán a buscar y que me lleven. Y en eso estoy un poquito en desacuerdo, pero bueno...

E: Mil gracias por todo, gracias por el tiempo.

Entrevista anónima a profesora de tenis de mesa

Fecha: 04/02/2013

Lugar: SNR, en el gimnasio cubierto, a un costado de la cancha, antes de empezar el entrenamiento.

Descripción: Entrevista pautada previamente. La profesora no presenta discapacidad física.

Entrevistadora: ¿Cuáles son los aspectos sobresalientes que Ud. percibe en las personas con discapacidad al practicar el deporte?

Respuesta: Mejoras en sus posibilidades físicas, con objeto de por ejemplo, golpear o alcanzar una pelota terminan realizando movimientos inconscientes que pensaban que no podían hacer; al mismo tiempo realizan un desarrollo muscular de los músculos activos mejorando la fuerza general, la coordinación, el equilibrio, lo que termina creando efectos positivos en su vida diaria fuera del deporte brindándoles una mayor independencia y rango de acción.

Hay mejoras a nivel psicológico, ya que mejora la autoestima y son conscientes que pueden realizar actividades que no se creían capaces de realizar.

En el aspecto social, aumentan y mejoran sus relaciones sociales ampliando su círculo social.

E.: ¿Cuales son para Ud. Los motivos por los que las personas con discapacidad eligen el deporte?

R.: Básicamente por placer, por gusto por el deporte, por haber sido deportistas previo al hecho que provocó la discapacidad. Por observar un deportista con discapacidad exitoso y soñar con alcanzar el mismo nivel.

E.: ¿Según su experiencia la adhesión al deporte es más común en la población femenina o masculina?

R.: La adhesión al deporte es más común en la población masculina. Este hecho se da también en el deporte para personas convencionales pero se agudiza en discapacidad.

E.: ¿Según su experiencia es diferente la adhesión y compromiso que demuestran los jugadores que fueron deportistas antes de la lesión que provoco la discapacidad, con los que no lo fueron?

R.: No encuentro diferencia, más que una mayor facilidad en la práctica deportiva para aquellos que fueron previamente deportistas

E.: ¿Según su experiencia, como es la convivencia entre los jugadores de un mismo equipo y con los demás jugadores que practican deporte en la institución?

R.: En mi caso el deporte es individual, los atletas suelen tener un ego más elevado que aquellos que practican deportes de equipo. La convivencia es posible pero es difícil desarrollar relaciones de amistad.

E.: Muchas Gracias.

Entrevista anónima a entrenador de quadrugby

Fecha entrevista: 02/10/2013

Lugar: SNR. A un costado de la cancha cubierta de básquet

Descripción: Entrevista pautada previamente, la modalidad fue abierta, por pedido del entrevistado, mientras los jugadores se colocaban la indumentaria de juego. El entrenador no posee discapacidad física.

Entrevistadora: Cuáles son los aspectos sobresalientes que usted percibe en las personas con discapacidad al practicar el deporte?

Respuesta: El primer aspecto sobresaliente que encuentro en los deportistas míos de quadrugby, como en otros, es la reinserción social. Trabajo con discapacidad no deportiva y con la parte deportiva, y los deportistas funcionan socialmente más rápido, desean continuar con su vida cotidianamente como tenían antes, seguir estudiando, conseguir una pareja, independizarse. Yo creo que en ese aspecto de independización, en el deporte es donde más encuentro beneficios para los deportistas en sí, más que en el aspecto físico, que obvio que mejora.

E: Hay una autonomía y mayor independencia a nivel social?

R: No sólo por lo que les brinda el deporte en sí físico, sino el hecho de formar parte de un grupo. Ese grupo es una bola que te va llevando a independizarse, viajes, a depender de uno mismo para poder viajar y formar parte de un equipo. Porque no puede llevar siempre a su acompañante y empiezan a independizarse de esa manera. Eso los lleva a estudiar, a continuar con el estudio si estaban estudiando antes de la lesión, a irse a vivir solos, a continuar con su vida.

E: Impacta en su autoestima?

R: Exactamente.

E: Vos crees que se sienten más incluidos en la sociedad?

R: Forman parte de un grupo. Antes, el grupo que forma parte de un discapacitado es de rehabilitación y ese grupo no tiene pertenencia.

E: Acá sienten la pertenencia dada por la misma discapacidad?

R: Exactamente. Acá llega un momento que la discapacidad ya no forma parte de un grupo deportivo. El rugby en mi caso los une. No los deja de unir una lesión y me parece que en ese aspecto los favorece un montón.

E: Cuáles son para usted los motivos por los que las personas con discapacidad eligen el deporte?

R: Yo creo que ellos eligen el deporte como una forma de volver a empezar. Creo que el deporte, si bien es jugado, es a donde ellos pueden volver a formar parte de algo.

E: Tiene que ver con la utilidad?

R: Claro, sentirse útil. Por ahí con el estudio, para mí, es una cuestión primero, de una sociedad machista. Si bien nosotros formamos parte de un deporte que es mixto, como verán, en este momento no hay ninguna chica. Sólo hay una chica que lo practica contra diez o quince varones.

E: Y no porque el deporte sea duro, porque de hecho todos los deportes que tenemos en la Argentina son duros y hay muchas mujeres participando.

R: No por la rigurosidad del deporte. Así por ejemplo básquet en silla de ruedas hay un torneo con primera división, segunda división, con una cantidad de equipos que no hay en femenino. El por qué sería bueno saberlo.

E: Con qué está relacionado, con el tiempo, con la dedicación, con el dinero que se tiene que destinar para la silla, para el equipamiento, para los viajes? Vos crees que las mujeres se postergan en algunos aspectos?

R: Para mí, ya de principio, hay una educación muy primitiva en lo que es el deporte hacia la mujer. Tanto desde el colegio, la primaria, la secundaria, tiene muy pocas opciones en comparación con el hombre. Es poco incentivada en comparación con el hombre. Todo eso es un aspecto social que marca el machismo.

E: Que continúa en la discapacidad?

R: Sí, sí.

E: Pero se nota más en la discapacidad?

R: Sí, se nota más en la discapacidad. Yo también lo veo más para el aspecto de la sexualidad. En silla de ruedas, para la mujer su sexualidad es mucho más difícil que la del hombre.

E: Cómo es la mirada del hombre a la mujer cuando la ve en silla de ruedas haciendo deporte? Percibís una mirada diferente hacia la mujer?

R: Siempre. La Argentina discrimina, es como la mujer al volante. Una mujer haciendo deporte para el argentino no sirve.

E: Porque acá es como que son de igual a igual...La realidad es que acá están en las mismas condiciones. Es un enemigo a enfrentar, en el caso que sea del equipo opuesto?

R: Seguro, pero es como decía antes. Yo creo que el hecho de que la mujer en silla todavía queda más relegada que el hombre, por el hecho de que se suelta menos, de que sale menos, no tan rápido como el hombre por el hecho de la sexualidad. Las parejas vas a ver mucho más hombres en silla de ruedas con una pareja bípeda, que mujeres en sillas de ruedas.

E: Relacionado al respeto. El hombre en silla respeta a la mujer en silla?

R: Yo creo que el hombre en silla sí. Considero que todavía no hay una mirada abierta del hombre que no está en silla hacia la mujer en silla. Y sí la tiene la mujer bípeda al hombre en silla. A ver, un hombre que consigue una pareja, o que sale, o que hace un deporte para ver chicas. Con la mujer queda más relegada.

E: Según tu experiencia es diferente la adhesión y compromiso que demuestran los jugadores que fueron deportistas antes de la lesión que provocó la discapacidad, que la que no lo fueron?

R: No, no considero. Considero que tanto el que haya practicado deporte antes como el que no, como necesita pertenencia, ese sacrificio, ese compromiso está. Lo que sí hay diferencia es en la velocidad de captar ejercicios.

E: Tienen más habilidades?

R: Claro, uno tiene un bagaje previo, la memoria muscular y el esquema visual que hay adentro de la cabeza es muy importante y que el deportista va fabricando o generando a través del tiempo. A una persona no le salen las cosas, no porque el músculo no sea capaz, sino porque todavía no tiene ese esquema introducido.

E: Vos por qué crees que en quadrugby son todas personas con lesión medular?, Por qué crees que ellos eligieron el quadrugby en vez de elegir el básquet?

R: En su mayoría ellos no tienen la posibilidad de hacer básquet por su cuadriplejía. Al tener poco dominio de manos no podrían manejar una pelota.

E: Pero un tenis de mesa tampoco?

R: Un tenis de mesa podrían practicar.

E: O natación?

R: Hay muchos que vienen de la natación.

E: Y vos por qué crees que eligen el cuadrugby? Es más rudo? Qué pensas?

R: Para mí es el hecho de pertenencia, es más de pertenencia que la natación que es más solitaria, el tenis de mesa es más solitario. En este momento deporte en silla de ruedas grupal, para cuadri, sólo está el rugby.

E: No tienen opción de poder elegir otro deporte? Hoy por hoy, desde el Servicio Nacional de Rehabilitación, o a nivel nacional, se les puede ofrecer otro deporte en equipo?

R: A nivel nacional y casi internacional, no.

E: Viste otros lesionados medulares jugar otro deporte en equipo que no sea cuadrugby?

R: No, yo nunca vi.

E: Según tu experiencia, cómo es la convivencia entre los jugadores de un mismo equipo y con los otros jugadores que practican deporte en la Institución? Por ejemplo con los de básquet, o con los de tenis de mesa, o con natación o con otros equipos? Hay rivalidades?

R: Hay muy poco lo que es celos, envidia. De un mismo equipo muy buena. El hecho de que ya no sólo pasa a ser sólo una convivencia deportiva, sino que hay cuadrif con tres años de lesión contra cuadrif que están recién lesionados, hay mucha solidaridad, de explicar al otro opciones en la vida cotidiana, desde cómo cambiarse, hasta cómo agarrar un cordón, una vereda.

E: Ellos son muy solidarios en educar y en tratar de que todos puedan hacer lo mismo que hace uno, llevarte a la mayor independencia?

R: Claro...

E: Y vos qué percibís, por ejemplo en el caso de los de básquet, que tienen otras posibilidades motrices porque es otro tipo de lesión? Cómo es la mirada de una persona en silla de ruedas que tienen mayores oportunidades que otras, o mayores movimientos que otras también en silla de ruedas? Cómo maneja la ventaja?

R: No, la maneja muy bien. Yo siempre veo a los chicos de básquet que los miran con admiración a los cuadrif, porque lo que les cuesta a ellos con una paraplejía, no se imaginan lo que les costaría con una cuadrif. Entonces la verdad que los miran, tienen un

buen trato, los ayudan a entrenar, vienen, participan con nosotros. La verdad que el deporte para discapacitados, para mí, es súper solidario.

E: Que te gustaría aportar para enriquecer esta investigación, que apunta a demostrar los beneficios que se perciben con el deporte, sobre todo en la gente que ha tenido una vida bípeda anteriormente, además de lo que ya me contaste, te parece que puedes agregar algo, te gustaría resaltar algo? Crees que al deporte le falta algo, desde tu mirada de entrenador?

R: Yo creo que al deporte para la discapacidad le falta que sea más difundido para que llegue a todos los lugares. Se practica en no muchos lugares, no es muy difundido y creo que sería fundamental para el desarrollo y la reinserción social de la persona con discapacidad. Tendría que haber más apoyo para lo que es la difusión.

E: Ha venido gente que hayas convocado? Te es fácil explicar y convocar gente? Crees que toda la gente sabe de esta actividad del deporte que puede practicar cuando posee una discapacidad?

R: No lo sabe, la verdad que estuvimos el año pasado yendo por las clínicas, porque nuestra idea es que este deporte se desarrolle. Entonces estuvimos yendo por las clínicas a contarle a la gente, y ni los médicos, ni kinesiólogos, no conocen nada de deportes. Mucho menos la persona con discapacidad que está nutrida en un principio por la gente de salud que no sabe del deporte que pueden llegar a practicar. Ni los beneficios. Le tienen miedo al rugby, al rugby y a todos los deportes. No conoce los beneficios que pueden llegar a tener. La verdad es que tu trabajo está muy bueno. Qué puede generar el deporte en los discapacitados como para tener más adhesión.

E: Vos crees que le falta algo al deporte como está planteado hoy en el SNR, en referencia a cantidad de entrenadores? Te parece que le faltaría alguien al equipo? Como kinesiólogo, terapeuta ocupacional, algún técnico especialista en sillas, más allá de la colaboración que pueden tener ustedes?

R: Sí, beneficiaría seguro. Lo que pasa que como no hay presupuesto, estaría bueno que haya plata para un kinesiólogo, un médico presente para atender las lesiones, los dolores...Una terapeuta ocupacional, un fisiatra para indicar mejores posturas, para que el profe pueda charlar. Pasa que el presupuesto no da para tanto.

E: Y ustedes cómo manejan esta imposibilidad de que haya un equipo más conformado?

R: Nosotros les recomendamos siempre la consulta previa al médico, el asesoramiento cuando quieren tomar algún suplemento nutricional, ir al kinesiólogo para recuperar lesiones.

E: Lo mismo que un deportista sin silla? Ellos se tienen que atender como deportistas.

R: Exactamente. Todavía eso les cuesta, por el hecho de que no está brindado. No es tan fácil.

E: Muchas gracias.

Entrevista anónima a ex deportista de sexo femenino, y actual dirigente de una federación deportiva.

Fecha entrevista: 17/02/2014

Lugar: Domicilio particular de la entrevistada

Descripción: Entrevista pautada previamente, en un ámbito cómodo para ella y privado. La ex jugadora se mostró muy interesada en este estudio, fue una de las pioneras en desarrollar el deporte, posee secuela de poliomielitis, por lo que se dejó abierta la entrevista para su completa expresión.

Entrevistadora: Qué es para usted el deporte? Cómo y cuándo llega a su vida?

Respuesta: Llega a mi vida porque mamá que yo hiciera natación, era muy complicado los clubes tradicionales porque había escaleras en los vestuarios. Y a través de una asistente social se entera de Instituto Ramsay que era para discapacitados, que no lo conocíamos. Entonces fuimos ahí, y ahí empecé a ir a la pileta en verano, a hacer natación y a raíz de eso conocí a una chica me dijo si no quería hacer básquet . Ahí empecé y desde ahí no paré nunca más. Empecé haciendo básquet, atletismo, hice esgrima y terminé mi carrera deportiva con esgrima en el año noventa y pico. Y después ya empecé con problemas de hombros y de brazos y no podía seguir.

E: Qué beneficios obtuviste con la práctica del deporte a nivel de relaciones? Familia, pareja, amistad, laboral y personal?

E: Hice amigos y conocí a mi marido.

E: En competencias a nivel nacional e internacional, cuál fue tu experiencia más positiva?

R: Competí mucho nacional, mucho internacional en el equipo de básquet. Mi primer viaje fue por atletismo, también jugaba al básquet. Viajé varias veces también por el equipo de básquet y lo mayor que obtuvimos fue la medalla Olímpica, Paraolímpica sería, en Toronto. Salimos terceras, ese fue el mayor premio que tuve a nivel deportivo.

E: Tenías la remera de Argentina puesta, no? Qué sentías?

R: Y es lindo. No tocaron el himno porque no ganamos nosotros, tocaron el himno de las que ganaron. Pero escuchar el himno cuando vas a un torneo es muy lindo. Tener la

remera de Argentina también.

E: Y vos, que naciste de alguna manera con esta discapacidad, que sentiste al haber estado en la Selección Nacional?

R: Vos sabes que en ese momento no lo valoraba tanto, como la valoro ahora a la Medalla Paraolímpica. En ese momento, una medalla, y capaz protesté porque no teníamos la de plata o la de oro. Ahora con lo que cuesta, con lo que veo... A partir de ese año el básquet femenino nunca logró más nada. Es más, se disolvió. Los varones tampoco. Y a nivel convencional también, lo que cuesta conseguir una medalla ahora. Entonces ahora le doy mucho más valor a lo que yo hacía en ese momento. Incluso haber tenido las posibilidades que tienen los atletas ahora. En ese momento, la carrera deportiva hubiera sido distinta. Antes ya te digo, era un amigo que venía y le gustaba porque se había criado acá, y sabía un poquito de básquet. O en atletismo. Ahora los atletas tienen una beca. Yo antes me lo bancaba todo, trabajaba y después iba a entrenar. O los sábados. Y tenía mi familia, con mis hijos. Iba con los pañales, con las mamaderas. Iba con todo a entrenar. Mi marido también. No teníamos becas, muchas veces me tuve que comprar el buzo para ir al exterior porque no había dinero. Y el que se queja ahora, se queja de gusto ...Entonces me da mucha bronca como dirigente, siendo ex atleta, ahora me toca del otro lado. Pero tienen la beca, tienen esto, se quejan de esto, se quejan de lo otro. Son épocas muy distintas que vivo como dirigente, todo lo que tienen, que la que viví yo de atleta en ese momento. No me preocupaba, me decían que tenía que viajar, que tenía que comprar el buzo y lo compraba volando.

E: La práctica deportiva te aportó beneficios a nivel corporal?

R: Sí, en mi caso no tanto. En mi caso no fue una mejora porque yo ya venía bien.

E: Como dirigente, cuáles son los beneficios más importantes que percibiste en los jugadores, con la práctica deportiva?

R: No sé, porque yo no analizo tanto. En realidad, yo no tengo tanto contacto con los atletas. Tengo contacto con los técnicos. Con los técnicos se hace un concurso, se tienen que presentar, tienen que entregar un currículum, tienen que tener cierta especialidad o conocimiento en la materia del discapacitado. Entonces conozco por ahí a los atletas cuando viajo, que voy como dirigente. No comparto tantas horas con ellos. No estoy tanto en los entrenamientos. A veces voy a ver una concentración, la miro pero no tengo el vivir diario con el atleta.

E: Yo tengo una duda, que es con respecto a básquet. Por ejemplo, en el quadrugby la mayoría son personas con lesión medular, el básquet es un deporte más rudo, hay que tener más fuerza? Por qué crees que la gente elige el básquet?

R: A mí también siempre me gustó más el básquet. Primero porque al ser un deporte en conjunto es más divertido. El nadador es horrible, porque vas y venís solo. El atletismo es más...A mí siempre me gustó el básquet, pero pienso que pasa porque te gusta el deporte. A Mí siempre me llegó mucho más, es el día de hoy que voy a ver un partido, voy, me pongo y lo miro. Me entusiasma. O veo básquet por la tele si lo encuentro en algún canal. Me gustó más. O porque tuve mejores resultados tal vez. En atletismo no era tan buena, y nadadora tampoco, y me dio más resultado el básquet, entonces lo aproveché más. También en el básquet, si te va mal, la responsabilidad no es tuya sola, es de un grupo. Pero nunca lo analicé. Si el nadador hace una marca mala, la culpa es del nadador.

E: Yo veo más jugadores de básquet que de otras disciplinas...

R: Pero porque atrapa más, por el grupo, que es más divertido. No digo que sea menos sacrificado, pero es más llevadero. El nadador es muy sacrificado, el atleta también.

E: Vos modificarías algo de la práctica deportiva actual? Vos me contaste, que con respecto a cuando vos hiciste deporte, cuando vos competiste, ahora todo es mucho más sencillo...Es más difícil acceder a una medalla, pero es más sencillo para la persona. Tiene beca, le dan la ropa, le pagan los viáticos...

R: Es más sencillo como beneficio, pero el esfuerzo del atleta es superior. Yo he viajado muchas veces porque, el que estaba a cargo acá en su momento, decía nos vamos! Y él inscribió el equipo de básquet, a nadadores. Él conformó una delegación argentina, que él consideró que estaba en condiciones de ir. Ahora para poder ir a una Olimpiada o a un Mundial, tenés que estar en el ranking internacional, tenés que tener una cierta marca. Tiene ciertas exigencias a nivel deportivo que no las tenía yo antes.

E: Se reglamentó de alguna manera?

R: Claro. Vos cuando querés ir a un mundial de natación, por ejemplo, el Comité Internacional te dice, Argentina, de acuerdo a las marcas que tiene, tiene tantas plazas. Te dicen ocho plazas, y vos por ahí, considerás que tenés quince nadadores. Y ahí vienen los problemas. Entre esos quince tenés que elegir las ocho plazas. Ellos no te dan nombres, te dan tantos lugares. Vos tenés que elegir entre esos quince quien tiene la

marca, cómo está el porcentaje de la marca del record mundial, se sacan todos esos porcentajes. Para básquet lo mismo. No va cualquiera ahora a una olimpiada. Tenés que haber clasificado. Por ejemplo ahora que está el viaje a Do Sul, que se hace en Chile, primero van los convencionales y después nosotros. En Chile se clasifica el equipo de básquet, si gana va a Toronto, a los Panamericanos. Esa es una etapa. En Chile tenemos que ganar, los varones, las mujeres no. Se juega distinto, no clasifican acá. Pero los varones van a ganar, a tener oro para poder ir a Toronto. Y en Toronto, según como te vaya, son las plazas para ir a la Olimpiada. O sea, son todas etapas. Yo me acuerdo que cuando fui a Toronto viajó el equipo de básquet argentino porque en ese momento no había tantos equipos. Nos anotaron, fuimos y ganamos. Pero ahora para poder llegar a un juego olímpico, a un Mundial o algo así, tenés que haber trabajado cuatro años con el atleta o con los equipos, muchísimo . Y el atleta mismo, bajar sus marcas, luchar.

E: Vos tenés un montón de experiencia como jugadora. La adhesión es mayormente masculina o femenina? Generalmente hay más tendencia a que vayan los varones a hacer deporte. Vos por qué crees que es? Vos recién me hablaste que los hombres iban al oro, las mujeres no. Como que no se les exige. Por qué crees que es?

R: No. Que no clasifiquen las mujeres es un problema de plazas. No tiene tantos lugares Chile, entonces se hace un equipo, en vez de cinco por cinco en básquet, tres por tres en mujeres. Incluso muchos países de América del Sur tiene básquet, muy pocos países. Tiene Brasil, Argentina y Perú. Chile no sé si va a presentar o no, eso no lo sé. En América del Sur está muy relegado el deporte, el básquet femenino. Y entonces promueven el básquet tres por tres, necesitas menos gente. En vez de un equipo de doce, un equipo de cinco. Que haya menos mujeres que varones, es a nivel mundial. Convencionales y discapacitados. A mí, por ejemplo, cuando yo estaba casada y tuve los chicos, me costaba mucho entrenar. Decía que tuve un marido que también hacía deporte, que me acompañaba, que me ayudó muchísimo. Entonces cuando yo entrenaba, o lo cuidaba alguna chica que estaba por ahí, o cuidaba mi marido a los chicos. Y yo entrenaba temprano a la tarde, y mi marido entrenaba a la noche. Entonces me iba toda la tarde a Ramsay y me llevaba el bolso, con cuanto pañal cada tres horas, cinco mamaderas. Por ahí otra dice no, todo este bodrio no lo hago. Pero a mí porque me gustaba el deporte de alma, y no cambié mi vida por mis hijos, porque ellos

nacieron. Ellos se adaptaron a mí, yo no me adapté a ellos. Pero muchas mujeres, o quedan embarazadas, y ya se pierden mujeres. O es más, el caso de una chica que me enteré que quedó embarazada y no puede ir a concentrar. Otra que hace poco tuvo un bebé, que ahora quiere volver. Pero la mujer está con el tema del embarazo, porque la mujer siempre está más pendiente con el tema de la familia que los maridos. Yo siempre digo que cuando yo me iba de viaje y mi marido se quedaba acá, yo dejaba la heladera ya toda prevista con el freezer. Todo organizado, la ropa lavada. Cuando mi marido se iba de viaje, hacía el bolso y se iba. Nunca pensó qué me quedaba en la heladera. Pero eso es porque es nato en la mujer. Entonces hay mujeres que se pudren, o son mujeres discapacitadas que el marido no es discapacitado y no entiende o no acompaña.

E: Es un tema de la sociedad también?

R: Puede ser que el marido que no está metido en el deporte por ahí no lo entiende.

E: Uno de los comentarios que me habían hecho algunos entrenadores hombres, me decían que la mujer, en vez de destinar el dinero a la silla de ruedas y al equipo, prefiere destinarlo a otra cosa. No sé si lo destina a otra cosa, capaz cubre las necesidades de los hijos primero. Como que hay una mentalidad más egoísta del hombre.

R: Bueno mira...Hay una chica de atletismo que vive en el campo, en Chaco, muy buena atleta. Empezó a cobrar la beca y ella con la plata de la beca se compró siete vacas, y andaba con unas muletas que eran un desastre. Por un lado, te dan ganas de matarla. Por otro lado, es su vida. Ella vive de eso. Y para ella las vacas es comida o retribución a su familia, no sé. Entonces el que cobra la beca la analiza cómo más le conviene para seguir subsistiendo. Hay muchos discapacitados que viven de la beca, que no tienen laburo. Muchos porque no lo buscan y muchos porque es difícil.

E: Por eso también el deporte a veces sirve como una manera de solventarte económicamente...

R: A veces te dicen...che, no cobré la beca. La beca no es para vivir, les digo. La beca no es una asistencia social, eso lo tienen que entender. La beca es para el deporte. Con la beca te tenés que comprar una mejor silla, la ropa para el que hace atletismo, la maya ultra no sé de los nadadores, la paleta para el tenis de mesa y la raqueta para el tenista. Para eso tenés que usar la beca. Para lo que sea mejorar tu deporte. Tampoco te podes meter en cada casa para saber como usan la beca. Lo que sí vos le

podes exigir. Che, no pude venir porque llovía. Tomate un remis, para eso tenés una beca. O se me rompió la rueda, pero eso es medio elástico.

E: Vos desde la Federación, a mí lo que me contaba Luis de Fatema, es que todos los deportistas ahora tienen que estar nucleados a una Federación, porque si no, tienen hasta este año. Si no pertenecían a una Federación ...contame eso.

R: No, hay distintas federaciones de acuerdo al deporte. La mía es de discapacidad motora. Está la de ciegos y otras. No sé a qué te refería Luis, pero a Fadesir están afiliados clubes, y los atletas son de esos clubes.

E: Y a través de la Federación reciben la beca?

R: La Selección. No todos los atletas. Hay cuarenta y pico de clubes, no todos son buenos. Hay gente que hace básquet y es un desastre.

E: Y vos crees que los favorece en la inclusión? Crees que es inclusivo el deporte adaptado como está dado hoy?

R: Es inclusivo algunos deportes, tenis de mesa o tenis que podes jugar con un convencional. Un partido de básquet, salvo que te sientes en la silla y digas, falta uno...Mi hijo lo hacía, mi hijo jugaba en silla de ruedas cuando faltaba uno. Porque se crió en el club y antes de caminar aprendió a andar en silla, como mi nieto. Abuela me prestas la silla? El otro día estaban viendo cómo ponerla en dos ruedas, no les salía. Hay un técnico nacional, que yo hago el concurso, un técnico de atletismo, de natación, de pesas y de esgrima. Ese técnico es el que evalúa quién puede estar en la Selección Nacional. Va a torneos, evalúa, los mira. Este chico puede andar bien con un entrenamiento. Habla con la técnica de ese chico. Y ella es la que decide quién puede tener beca o no, o quién está en la Selección. No todo el mundo. Tenés que tener dones y condiciones para poder recibir la beca y estar en la Selección del deporte que hayas elegido.

E: Me cuentas como es la dinámica de torneos, con respecto a los cuadrangulares, a Latinoamérica. Argentina siempre compite en torneos Olímpico, Panamericano, Mundial?

R: Cuando Argentina participa en un Panamericano o en una Olimpiada, eso lo maneja el Copar. Las federaciones estamos afiliadas al Copar. Cuando es una delegación de varios deportes, ya eso lo maneja el Copar. En este momento la delegación a Chile la maneja el Copar. Cuando es una cosa de básquet la manejo yo. Ahora al mundial,

vamos a Corea en julio, que clasificaron en Colombia para ir al mundial de básquet. Si les va bien por ahí clasifican para Río. No sé como lo determinarán. Pero por ejemplo Fatema tiene torneo durante todo el año y ellos arreglan sus viajes, todo. Ahora que van a Chile la delegación de Fatema la maneja el Copar. O sea, va el técnico pero eso lo maneja el Copar.

E: Hay algo que vos me quieras, de todo lo que me has dicho, agregar del deporte, que te gustaría, que sientas que hay deuda hacia la discapacidad? Algo para modificar?

R: Una mirada distinta de lo que es la discapacidad. Desde el deporte me vivo peleando con la falta de recursos. El respeto en un lugar de estacionamiento, pero eso no tiene nada que ver con el deporte. Ahora que lo vivo, que vas a estacionar y está ocupado el lugar, la bajada de la calle...

E: En asignaciones reciben lo mismo que las personas convencionales?

R: La misma asignación. Yo tengo una coordinadora acá. Esa coordinadora maneja los técnicos, o sea, coordina a los técnicos, pero ella es la que evalúa todo, es la que va a las concentraciones. Yo no voy a todas las concentraciones. Va ella y vigila cómo están. Y ahora firmamos un derechos y obligaciones del becado, para que sepan que vos tenés que hacer esto y esto, no negarte a participar en una competencia...etcétera, etcétera.

E: Vos sabes que lo que yo vi con los chicos de quadrugby, cuando concentraron en el Cenard, que ellos me decían: tenemos que usar las mismas camas que los convencionales, que eran unas camas cucheta. Entonces en el baño la silla de ruedas no entraba, se tenían que bañar con la puerta abierta...Yo las habitaciones que vi, hasta hace dos años, no estaban adaptadas...

R: Sí, en la planta baja, en todo ese pasillo largo están adaptadas.

E: No, tenían cama cucheta.

R: Sí, la cama cucheta sí, pero el baño está adaptado. Lo que pasa que por ahí quieren entrar con la silla abierta...

E: Y después me decían sobre el área de musculación, estaban todos los aparatos y no podían pasar ellos con la silla.

R: Ahí puede ser. Yo nunca entré ahí, nunca hice esa parte.

E: Ahí es donde se veían las posibilidades de cada uno. Esto fue algo que registré en ese momento.

R: Lo que pasa es que los quadrugby es mucho más discapacidad que en general. El

que es un jugador de básquet se trepa. Yo me trepaba, estuve concentrada muchas veces en el Cenard. Cuando vos tenés bien los brazos y estás haciendo deporte, el brazo es lo mejor que tenés. Te subís, salvo que sea un parapléjico que no lo hace y duerme abajo. Pero hay jugadoras de básquet, una amputada puede subir tranquilamente. El gran problema los tienen los cuadri. En cuanto al baño, sí. Si querés entrar con la silla de básquet o de quadrugby que son así, no te va a entrar en ningún lado. Tenés que pasarte a tu silla tradicional.

E: Yo eso lo registré en el momento que estaba con el grupo. Yo los fui a atender y los tuve que atender en la cama. Imagínate en la cama cucheta, era incomodísimo. Son las instalaciones que hay.

R: El Canard se adaptó bastante, a raíz de que empezó tanto el movimiento. Yo, es más, me vivo quejando, porque, cuando estaba bien, subía la rampa del gimnasio. Ahora es jodida esa rampa. Ahora no la subo. Y hay otro gimnasio que no se puede usar porque es por escaleras. Entonces estoy peleando siempre con el secretario de deportes o con el funcionario que me toque hablar, por qué no ponen un montacargas. Bueno no, porque la licitación, porque esto...El Copar se ofreció hacer todos los trámites y que la cosa la manejara...No quisieron, porque era una cosa nacional. Esa burocracia tarada. Pero bueno, se ha adaptado bastante. Y las habitaciones de abajo, por ahí quedan pocas. Entonces cuando yo pido concentración digo, mira que este puede subir, está amputado pero puede subir, o uno que ande con bastones. El que está en silla permanente es el que tiene más problema. Pero faltarían, sí, más dormitorios adaptados o hacen un montacargas. Fundamental si hay un montacargas en el gimnasio para poder subir a ese gimnasio. Las rampas...Una chica de tenis una vez bajó la rampa y se estrelló contra la pared de enfrente, se fracturó la pierna. Que camina, pero estaba bajando con su silla...Ahora pusieron para el Panamericano, una goma o algo. Pero un montacargas tiene que haber ahí.

E: Vos cuando fuiste a otros países, cómo encontraste las instalaciones? Cómo son ahora? Están más adaptadas que en Argentina?

R: Europa fundamentalmente está adaptado desde años luz. Sudamérica más o menos. Brasil, hace mucho que no viajo como atleta, fui a San Pablo en el 2010, fuimos a un hotel y no estaban los baños adaptados. Porque fuimos a hoteles, y no todos los hoteles están adaptados. Recién ahora, están las habitaciones de los hoteles adaptadas. Es más,

te cuento otra cosa. Yo con el inodoro no tengo problema, pero llegó el problema de bañarme, y yo para ahorrar costos dormía con el técnico. Eran dos camas, pero era muy gracioso. Cuando yo me tenía que bañar, él decía me voy, vengo en una hora y se iba a la habitación de los chicos. Y me encontré con que corría la mampara, estaba la ducha ahí y yo...cómo me baño? Sentarme en el suelo no, porque después no me podía levantar, entonces tenía una silla para poder bañarme. Y me trajeron una silla que era el adaptador de inodoro. Yo cuando la vi...Esa fue la única inconveniencia que vi en Brasil, pero Brasil en general está mejor. A Venezuela fui la vez pasada como dirigente con los varones, un desastre. Porque nos llevaron a un lugar que podría ser una Canard, y a mí como dirigente me mandaron a otro lado, a esos tipo apart hotel que llegas con el auto. Muy lindo, y cuando llega el momento de la ducha ...un cubículo...y me trajeron una silla de jardín. Bueno, me adapté. Era mejor que la otra con el agujero. No era que todo estaba adaptado. Y los chicos tuvieron problemas, porque por ejemplo, los mandaban al quinto piso, los baños no estaban adaptados, tenían que entrar con una silla común y después se descompuso el ascensor, estaban en el quinto piso. Nos teníamos que ir a las tres de la mañana y tuvieron que bajar por la escalera. Los bajaron por la escalera los voluntarios y los técnicos. Eso no está adaptado. Pero sí Europa. No sé Chile ahora. Mi primer viaje fue en el '71. Mis ojos así. Primer subida a un avión. En ese momento no había mangas, así que tuvimos que subir desde la pista. Los que podíamos subimos por la escalera del avión, y los que no podían los subieron un grupo de voluntarios. Y todo me parecía bárbaro, y fuimos a un lugar que estaba todo adaptado, que es un hospital donde se hicieron los Juegos Paralímpicos. Después de la Guerra había un centro de rehabilitación para los post guerra. Y el doctor Guttmann, que era médico de ahí, se dio cuenta que los enfermos se aburrían, porque estaban ahí en la cama. Y empezó a inculcarles el deporte, el básquet, y ahí empezó el deporte adaptado en el año cincuenta y pico. El profesor que te digo que viajaba con nosotros, había viajado a Europa y trajo el deporte acá, y la primera delegación que viajó al exterior fue a la Olimpiada del '60, a Roma. Pero de los que yo he ido a Europa, que fui a Inglaterra en el '71...Y después de ahí fuimos a Jamaica. Fuimos a un lugar que estaba todo adaptado, y las calles, el pueblito que estaba cerca del centro de rehabilitación, que nos íbamos en silla, en las calles ya estaba la subidita para subir a la vereda. Y acá recién están poniendo las bajadas en las esquinas.

E: Y qué me ibas a contar de Mendoza?

R: Que en Mendoza, fuimos con mi marido en octubre cuando terminó el torneo, estábamos saturados. Porque yo además de Presidenta de Fadesir, soy secretaria del Copar. Me pasé todo el domingo con mi marido en esa bendita computadora por lo de Chile. Estábamos estresados por lo del torneo, por la organización, salió todo lindo pero fue complicado. Entonces nos fuimos a Mendoza en los primeros días de noviembre para tomar vacaciones una semana. Hicimos todo por internet. Hotel con habitación adaptada. Entonces llego, la cama no tenía problema. Mi marido camina. Voy al baño, un baño gigante. Inodoro con los caños, espectacular. La ducha era el cubículo largo y había media mampara. De ese lado donde estaba la media mampara, un asiento de esos que se bajan, sin ninguna agarradera. Entonces cuando nos vamos a bañar le digo a mi marido...el arquitecto que hizo esto...no analizó. Y fíjate por qué. Me voy a bañar, entonces tengo que entrar con la silla. Entro con la silla, hago todo, paso y me siento. Saco la silla, pongo la silla...Después se va a bañar mi marido que va con bastones, él tenía que entrar y estaba mojado. Cuando él termina de bañarse se para y tiene que salir con el piso mojado que puede haber jabón...

Entrevista anónima a deportista de básquet

Fecha: 04/02/2014

Lugar: En el SNR, en el gimnasio de musculación.

Descripción: Entrevista abierta para la completa expresión de la jugadora, pautada previamente.

Entrevistadora: Estamos con una jugadora de sexo femenino. Qué es para usted el deporte? Cómo y cuándo llega a su vida?

Respuesta: El deporte es algo muy importante que me permitió la integración, como persona y que me conocieran, la capacidad que podía llegar a tener, lo que puedo llegar a lograr.

E: Qué beneficios obtuvo con la práctica del deporte a nivel de relaciones? Familiar, pareja, amistades, laboral y personal?

R: Muchísimos, tengo un grupo de amigos re grande, he conocido gente, hicimos intercambios por competencias, he competido en los Panamericanos en el 96, así que es buenísimo.

E: Si compitió a nivel nacional o internacional, cuál fue la experiencia más positiva en estos Panamericanos ?

R: En el 96 cuando fui, conocer gente y hacer amigos, cambiamos como siempre se hace en estas competencias, que se cambian cosas, hemos quedado con algunos correos...Tengo el mejor de los recuerdos.

E: La práctica deportiva te aportó beneficios a nivel corporal? Cuáles?

R: Muchísimos. Manejarme con más soltura en la vida diaria, aprender a manejarme, a ser útil para mí, más independiente.

E: Modificarías algo de la práctica deportiva actual, como está planteada para las personas con discapacidad? Te parece que le falta algo?

R: Sí, me gustaría que de ser posible que los gobernantes nos dieran más apoyo.

E: Apoyo trasladado a recursos económicos, a instalaciones, a espacios?

R: Sí, en todo. En espacios, ahora gracias a Dios se abrió un poco más la cabeza de la gente, y gracias a nosotros, a la concientización que estamos tratando de hacer se logró bastante.

E: Vos sentís que hay más inclusión? Te sentís más incluida?

R: Si, sí. A comparación de lo que era al principio, cuando yo era chiquita, llegaba gente que ni te conocía y te miraba distinto, como que costaba. Ahora la gente está más habituada a vernos.

E: Ustedes han salido más a la calle.

R: Sí.

E: Con respecto a las barreras arquitectónicas, Con el deporte las pudiste mejorar? Las rampas o la falta de rampas?

R: Ahora se está mejorando mucho, pero en cierto tiempo sentíamos como que faltaban cosas, igual siguen faltando, pero dentro de lo que uno puede trata de habituarse.

E: Te gustaría ampliar? Contarnos algo más que te parezca que es importante sobre el deporte?

R: No, que venga más gente, que se acerque, que el club está abierto para todos, y que somos parte de la sociedad.

E: Muchas gracias!