Fútbol para personas ciegas. Mucho más que fútbol, solamente fútbol

Palabras clave: discapacidad, fútbol, inclusión

Introducción

El Fútbol para personas ciegas, se ha ido transformando en un fenómeno cultural de masas, entendiendo la cultura en el sentido amplio de la palabra. Y aunque resulte imposible explicar en una frase las causas de semejante evolución, nos acercaríamos bastante a la realidad si reparásemos en la capacidad que este deporte posee para generar emociones, tanto en quienes lo practican como en los que lo disfrutan como espectadores.

Podemos asegurar que es de gran importancia en su vida diaria la orientación, movilidad y concentración que el fútbol le ofrece a un deportista con su dinámica elemental del juego.

Podríamos decir que es indiscutible el beneficio que el deporte en general ofrece a todo ser humano. El deportista ciego observa multiplicado todo ese caudal que el deporte le entrega.

El fútbol en concreto es un medio vital para la continua rehabilitación que el ciego necesita. Por su naturaleza el fútbol sala para personas ciegas ofrece al deportista una libertad absoluta del juego una vez que el árbitro pitó el comienzo del partido.

El deporte adaptado representa una real importancia en el desarrollo personal y social del individuo que lo practica pero lo que es más importante es que el deporte crea un campo adecuado y sencillo para la auto -superación, ella busca establecer objetivos a alcanzar para poder superarse día a día y luego a partir de ellos proyectar otros objetivos buscando un reajuste permanente.

La auto-superación no sólo acarrea beneficios de índole psicológica sino también social. También otro de los medios para estos beneficios están dadas por el entrenamiento o sea el conjunto de actividades que tienden a desarrollar las cualidades mentales y físicas con el objetivo de alcanzar el máximo de entrenamiento mental.

Discapacidad

El concepto de discapacidad ha ido evolucionando a lo largo de la historia. En un principio (hasta el siglo XVII) la discapacidad era considerada como «el resultado de designios de fuerzas divinas». Según las diferentes culturas «las personas con discapacidades eran segregadas, perseguidas o institucionalizadas en forma permanente. Se practicaba la eugenesia o, en otros casos, se reverenciaba o deificaba» (AMATE, 2006, P. 5).

Con el correr de los años fueron sucediendo continuas reconducciones hacia lo que debería ser una visión neutra de los conceptos utilizados en el campo de la discapacidad. En esa trayectoria han ido quedando obsoletos términos que surgieron desde el ámbito de la ciencia (idiota, imbécil, cretino, subnormal). La errónea utilización de los mismos, su vulgarización y el desencuentro conceptual entre las personas que los manejaban, han obligado a ir cambiando la terminología aplicada (Egea, 2001, P.17).

Luego hasta fines del siglo XIX el «modelo médico» era el que predominaba y se consideraba que las discapacidades tenían un origen biomédico. Los que no podían ser «curados» eran institucionalizados y los establecimientos religiosos eran los que se ocupaban de estas personas. (AMATE, 2006, P. 5).

Hasta la década del ´80 predominó un modelo de rehabilitación y educación especial para pasar posteriormente a desarrollarse el concepto de desventaja y a enfatizarse los factores ambientales. «En este periodo se implanta la normalización en la educación. Se reconoce el valor de la prevención para eliminar las barreras físicas y estructurales» (AMATE, 2006, P.5).

Actualmente el modelo inclusivo de los derechos humanos reconoce que los mismos son fundamentales y se los incluye en la ejecución de programas.

La Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF) define la discapacidad como:

> Un término genérico que abarca deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones a la participación. Se entiende por discapacidad la interacción entre las personas que padecen alguna enfermedad (por ejemplo, parálisis cerebral, síndrome de Down y depresión) y factores personales y ambientales (por ejemplo, actitudes negativas, transporte y edificios públicos inaccesibles y un apoyo social limitado) (OMS. 2013)

La discapacidad es muy diversa. Si bien algunos problemas de salud vinculados con la discapacidad acarrean mala salud y grandes necesidades de asistencia sanitaria, eso no sucede con otros. Sea como fuere, todas las personas con discapacidad tienen las mismas necesidades de salud que la población en general y en consecuencia, necesitan tener acceso a los servicios corrientes de asistencia sanitaria. «En el artículo 25 de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad se reconoce que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación.» (OMS. 2013)

Este concepto deriva del campo de la medicina. Se ha construido y creado junto a los sujetos, inscribiéndolos desde una designación por el síntoma: por ejemplo llamarlos «los Down», «los ciegos», «los sordos», «los paralíticos cerebrales», etc. Existieron grandes debates en torno a cómo llamar a estas personas, pues al designarlas por su déficit, podrían ellas mismas construir de sí una

imagen discapacitante de su ser y esto limitaría el desarrollo de su potencial. (SOSA, 2009, P.9)

En la actualidad, este mismo colectivo reclama dejar de lado el debate sobre «cómo llamarlos», pues el mismo conduce a un eufemismo sobre el tema, y se desvía el análisis central del problema, que es resolver la discapacidad, y poder analizar los factores que la determinan y la condicionan en su construcción social. En la nueva categorización de la CIF encontramos una declaración de intenciones:

> Ya no se enuncian tres niveles de consecuencias de la enfermedad, sino que se habla de **funcionamiento** (como término genérico para designar todas las funciones y estructuras corporales, la capacidad de desarrollar actividades y la posibilidad de participación social del ser humano), **discapacidad** (de igual manera, como término genérico que recoge las deficiencias en las funciones y estructuras corporales, las limitaciones en la capacidad de llevar a cabo actividades y las restricciones en la participación social del ser humano) y **salud** (como el elemento clave que relaciona a los dos anteriores). (Egea, 2001, P. 19)

En sus primeras palabras, la CIF desarrolla su objetivo principal: «proporcionar un lenguaje unificado y estandarizado que sirva como punto de referencia para la descripción de la salud y los estados relacionados con la salud». (Egea, 2001, P.19)

La OMS (2001) deja de lado el enfoque primitivo de «consecuencias de la enfermedad» para enfocar el objetivo hacia «la salud y los estados relacionados con la salud». Trata de poner en positivo su terminología desde el primer momento (el término «enfermedad» ya no es empleado y a cambio aparece el nuevo término «estado de salud»).

Discapacidad en Uruguay

La prevalencia de la discapacidad en toda la población alcanza a 7,6%, según cifras del Instituto Nacional de Estadística (INE), es decir unas 210.400 personas. La cuarta parte de la población adulta mayor padece alguna discapacidad. Respecto a la discapacidad, declarada como principal en la Encuesta Contigua de Hogares del INE del año 2004, el mayor porcentaje (31,3%) refiere a las dificultades para caminar (ya sea el no caminar o tener limitaciones para movilizarse), seguido de los problemas de visión (ceguera o limitaciones para ver) y la audición (sordera o limitaciones para oír) que representan el 25% y el 13.6% respectivamente. Las grandes áreas geográficas no acusan diferencias significativas en cuanto a la prevalencia (7.7% para Montevideo y 7.5% para el Interior Urbano). (INE, CNHD, 2004, P.7)

El sexo y la edad marcan comportamientos diferenciales. La prevalencia de la discapacidad en la población total de mujeres es superior a la de los varones: 8.2% contra 7%. Sin embargo al

considerar la edad, la población masculina menor de 30 años presenta mayor incidencia de la discapacidad que la femenina de esas mismas edades, situación que se equilibra entre los 30 y 49 años para luego revertirse en las edades adultas mayores. (INE, CNHD, 2004, P.7)

El aumento de la discapacidad con el avance de la edad y en particular a partir de los 65 años muestra la incidencia de la discapacidad en el contexto del envejecimiento demográfico:

> La cuarta parte de la población adulta mayor padece alguna discapacidad. Con el aumento de la esperanza de vida, aumentan también los años vividos con discapacidad de las personas que la adquirieron desde el nacimiento o a edades muy tempranas. Con los años agregados a la vida aumenta el riesgo de adquirir una discapacidad en las edades avanzadas, como secuela de alguna enfermedad o por el deterioro de las capacidades funcionales al envejecer. (INE, CNHD, 2004, P.7)

Discapacidad visual

Existen los siguientes tipos de discapacidad: física, psíquica, sensorial e intelectual o mental. Cada uno de los tipos puede manifestarse en distintos grados, y un individuo puede tener varios tipos de ellas al mismo tiempo. La discapacidad sensorial corresponde a las personas con deficiencias visuales, auditivas y a quienes presentan problemas en la comunicación y el lenguaje. La discapacidad visual se puede definir como cualquier pérdida visual del sujeto, la cual puede ser total o parcial. Concretamente la ceguera implica la pérdida total de la visión, que incluye la ausencia de percepción y proyección de luz. (Urbano, 2008, P.18)

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10, actualización y revisión de 2006), subdivide la función visual en cuatro niveles:

- visión normal
- discapacidad visual moderada
- discapacidad visual grave
- ceguera.

La discapacidad visual moderada y la discapacidad visual grave se reagrupan comúnmente bajo el término «baja visión»; la baja visión y la ceguera representan conjuntamente el total de casos de discapacidad visual.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), ceguera es aquella visión menor de 20/400 o 0.05, considerando siempre el mejor ojo y con la mejor corrección. «Caracterizada por la ausencia total de visión o la simple percepción de luz» (Urbano, 2008, P.24). La baja visión es una visión

insuficiente, aun con los mejores lentes correctivos, para realizar una tarea deseada. Desde el punto de vista funcional, pueden considerarse como personas con baja visión a aquellas que poseen un resto visual suficiente para ver la luz, orientarse por ella y emplearla con propósitos funcionales.

> Se caracterizan por la capacidad, cuanto menos, para la percepción de masas, colores y formas, y por una limitación para ver de lejos, aunque con capacidad para discriminar e identificar objetos y materiales situados en el medio próximo a una lectura de grandes carteles, aunque no se de la lectura funcional en tinta incluso con medio específicos (Urbano, 2008, P.25) .

Existen dos conceptos importantes: «agudeza visual» y «campo visual». Leonhardt, Codina y Vallas (1997) definen que un ojo es ciego cuando su agudeza visual con corrección es 1/10 (0,1), o cuando el campo visual se encuentra reducido a 10 grados. (Urbano, 2008, P.18)

La agudeza visual hace referencia a la habilidad para detectar detalles de un objeto en movimiento tales como velocidad, color, textura o dirección «y podemos interpretarla como la facultad del ojo para, en combinación con el cerebro, percibir la figura y forma de los objetos a una distancia determinada» (Urbano, 2008, P.19). Se distinguen agudeza visual estática y agudeza visual dinámica. La disminución de la agudeza visual se identifica con la sensación de visión borrosa, oscuridad visión nebulosa, etc.

El campo visual se entiende como toda la zona que puede ser vista fijando los ojos en un punto determinado: «Cuando hablamos de campo de visión, también conocido como campo estimular, nos referimos al máximo arco visual o ángulo en el cual los sujetos pueden detectar un estimulo presentado en la periferia visual» (Smythies, 1996 en Urbano: 2008, P.19).

Clasificación

A nivel deportivo existe una clasificación internacional que agrupa a los deportistas en tres categorías para el deporte según su funcionalidad visual basada en un examen optométrico, con mediciones en el mejor ojo y con la mejor corrección posible:

> CLASE B1: Inexistencia de percepción de la luz en ambos ojos, o percepción de la luz pero con incapacidad para reconocer la forma de una mano a cualquier distancia o en cualquier dirección.
>
> CLASE B2: desde la capacidad para reconocer la forma de una mano o el contorno de objetos, hasta una agudeza visual superior a 2/60 y/o un campo visual inferior a 5º.
>
> CLASE B3: desde una agudeza visual superior a 2/60, hasta una agudeza visual de 6/60 y/o un campo visual de más de 5º y menos de 20º (Urbano, 2008, P.25).

Una persona con discapacidad visual grave sigue una progresión diferente a la de las personas videntes en cuanto a la formación de patrones de movimiento y el aprendizaje de habilidades

motrices, de manera que la secuencia de aprendizajes va de lo específico a lo general, antes que lo general a lo específico.

> Toda deficiencia sensorial visual viene caracterizada por una reducción de la información que la persona recoge del ambiente. Un ciego, por ejemplo, no recibe toda la información que existe en su medio de la misma manera y en igual cantidad que lo hace un vidente (Urbano, 2008, P.18).

Inclusión

La integración significa promover procesos de inclusión social de personas con discapacidad y fomentar la participación de la ciudadanía en torno a la discapacidad generando espacios para la construcción compartida de proyectos colectivos.

Los patrocinadores del principio de integración reivindican unos derechos legítimos y propios que son inherentes al sujeto y que se le deben reconocer. De igual manera, se hace referencia a un grupo social al que el sujeto pertenece y del cual no se puede marginar. También refiere la igualdad de deberes que el sujeto tiene con su grupo, si bien éstos deben tener en consideración sus especiales características.

> Es, por tanto, fundamentalmente un principio basado en la legitimidad de los derechos y deberes propios de la persona, el reconocimiento de los principios de igualdad y derecho a la diferencia entre todas las personas y contempla la "necesidad especial" como situación de excepcionalidad a la que el entorno debe dar respuesta mediante las adaptaciones y medios asistenciales que sean precisos (CASADO PÉREZ y EGEA GARCÍA, 1998, P. 1).

Las bases en que se asienta el principio de integración ya dejan evidente la necesidad de una aproximación del entorno al sujeto (adaptaciones curriculares o en el puesto de trabajo, medidas excepcionales de discriminación positiva, etc.), desplazando del sujeto a su medio el peso central para el proceso de incorporación de la persona con discapacidad.

Se procura con la adopción del principio de "inclusión" marcar las diferencias con respecto a la anterior etapa, centrándolas en: seguir los principios de no discriminación en función de la o las condiciones de discapacidad del sujeto (dentro del sistema educativo, la educación "separada o exclusiva" se contempla como parte de la enseñanza "general u ordinaria"), proveer a todos de las mejores condiciones y oportunidades, involucrar a todos en las mismas actividades, apropiadas para su edad (CASADO PÉREZ y EGEA GARCÍA, 1998, P. 1).

A partir del día nueve de marzo del 2010 rige en Uruguay la Ley Nº 18.651: «Protección integral de personas con discapacidad». La cual abarca temas como: derechos de habitación, asistencia personal

para personas con discapacidades severas, premio nacional a la integración, salud, educación y promoción cultural, trabajo, arquitectura y urbanismo, transporte, normas tributarias, entre otros temas a lo largo de sus doce capítulos. (Senado y Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay, 2010, Ley Nº 18.651).

Deportes adaptados

> El deporte adaptado es un tipo de actividad física reglamentada que intenta hacer posible la práctica deportiva a personas que tienen alguna discapacidad o disminución. Como la misma palabra indica, consiste en adaptar los distintos deportes a las posibilidades de los participantes o en crear deportes específicos, practicados exclusivamente por personas con problemas físicos, psíquicos o sensoriales. (IES «Sancho el Mayor» de Tafalla, 2009)

Es decir que se modifican los medios o regla*s* utilizados para la práctica de un deporte con el fin de permitir la práctica deportiva a personas con alguna discapacidad o disminución.

El deporte para personas con discapacidad se fue implantando paulatinamente, pero su gran desarrollo se produjo al finalizar la II Guerra Mundial, como forma de terapia médica para rehabilitar física y psíquicamente a los heridos de la I gran guerra. Los orígenes del deporte adaptado, por tanto, se encuentran en el ejercicio físico terapéutico y rehabilitación física, para atender a grupos de ciegos y de amputados.

> Ludwing Guttman introdujo el deporte competitivo con discapacidad como parte de la rehabilitación integral y fundó en 1944 el centro de Lesionados Medulares de Stok Mandeville, que se convierte en el punto inicial del planteamiento de los juegos Paralímpicos.En 1940, el hospital de Stok Mandeville financio los primeros juegos de atletas con sillas de ruedas. Avanzó hasta 1960, año de creación de la Organización Internacional de Deportes para Discapacitados (IOSD) (Urbano, 2008, P.38).

Posteriormente se fueron creando otros entes deportivos para los grupos de amputados y lesionados (ISOD), ceguera y deficiencia visual (IBSA) y parálisis cerebral (EP-ISRA). A estos organismos, habría que unir el Comité Internacional de Deportes para Sordos (ICSD), creado en 1924 bajo las siglas de CISS, y la Federación Internacional de Deportes para Discapacitados Intelectuales (INAS-FID), para poder construir, en 1982, el Internacional Coordinator Comité (ICC).

> El ICC decidió crear, en 1990, un nuevo organismo mundial para dar cabida a la participación de todos los países. Este organismo se denomina Comité Paralímpico Internacional (IPC) y, en 1992 asumió todas las competencias del ICC (Urbano, 2008, P.38).

Fútbol para ciegos

Es uno de los deportes adaptados para personas con discapacidad visual pertenecientes a IBSA (Federación internacional de deportes para ciegos). A nivel internacional se celebran campeonatos de Europa, América, Asia, Mundiales y en los juegos paraolímpicos. (Urbano, 2008, P.40). El fútbol sala para ciegos tiene un reglamento denominado Federación Española de Deportes para Ciegos (FEDC) o el de IBSA. Cuando se presencia un partido de fútbol sala para ciegos se dejan de lado ideas que tratan a este deporte como peligroso. Al tratarse de un deporte en donde el contacto con el rival es constante, los choques no son distintos a los existentes en una competición oficial de la FIFA (Federation International Football Association). *(*FEDC, 2002, P. 117)

> Al hablar de fútbol para ciegos, hablamos de habilidades para manejar un elemento externo (balón), que requiere técnica individual para la localización del sonido (balón) y del obstáculo (jugadores rivales) y todo esto desde la orientación individual y colectiva, dominio espacial y corporal (…) para poder realizar un regate, pase a un compañero o un lanzamiento. Intentando no perder el orden táctico individual y colectivo. *(*FEDC, 2002, P. 118)

Otra adaptación importante fue el espacio, éste se redujo con los objetivos de aumentar el ritmo de juego, que los jugadores tuvieran en todo momento control auditivo sobre el balón. También se agregaron vallas laterales con los mismos fines ofreciendo también mayor seguridad y orientación para los participantes. (Urbano, 2008, P.39).

A día de hoy se celebran campeonatos de Europa, América, Asia, Mundiales y juegos paralímpicos a los cuales accedió por primera vez en Atenas, en el año 2004. A los juegos paralímpicos el Fútbol sala accedió por primera vez en Atenas, en el año 2004. (Urbano, 2008, P.40).

Adaptaciones reglamentarias

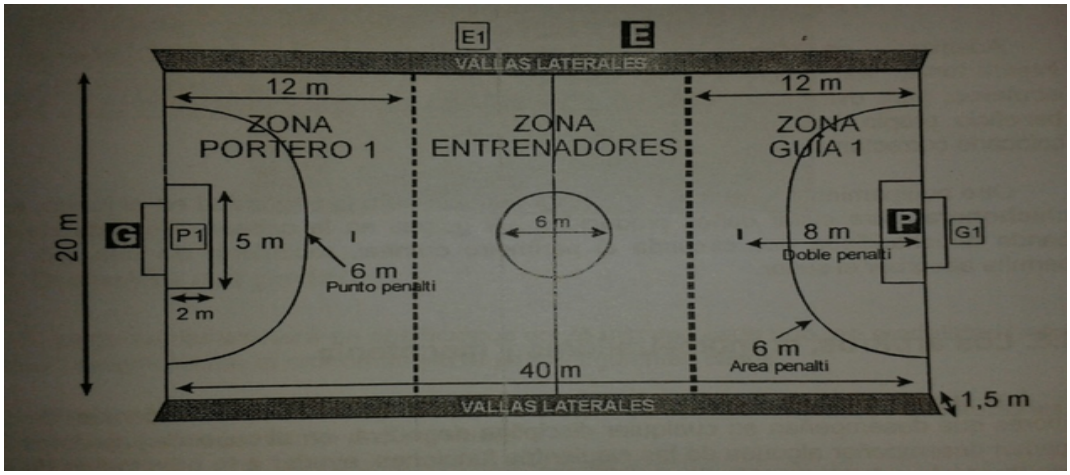
Como se hizo referencia anteriormente, el fútbol sala posee un reglamento de validez internacional. Ha sido creado contemplando las necesidades de los deportistas, haciendo de éste un deporte seguro y dinámico a la vez. El reglamento que rige en la actualidad es establecido por IBSA en el año 2005. Se diferencia en dos categorías:

- B1 correspondiente a la ceguera total. Posee más adaptaciones lo que lo hace más específico.
- B2 / B3 correspondiente a deficientes visuales. Al igual que el anterior, se basa en las reglas del Fútbol Sala FIFA, pero posee algunas adaptaciones.

Mencionaremos las adaptaciones que entendemos como más significativas:

- El terreno de juego (figura 1).

Figura 1: Terreno de juego.



Fuente: Urbano. Fundamentos del Fútbol Sala para Ciegos. 2008

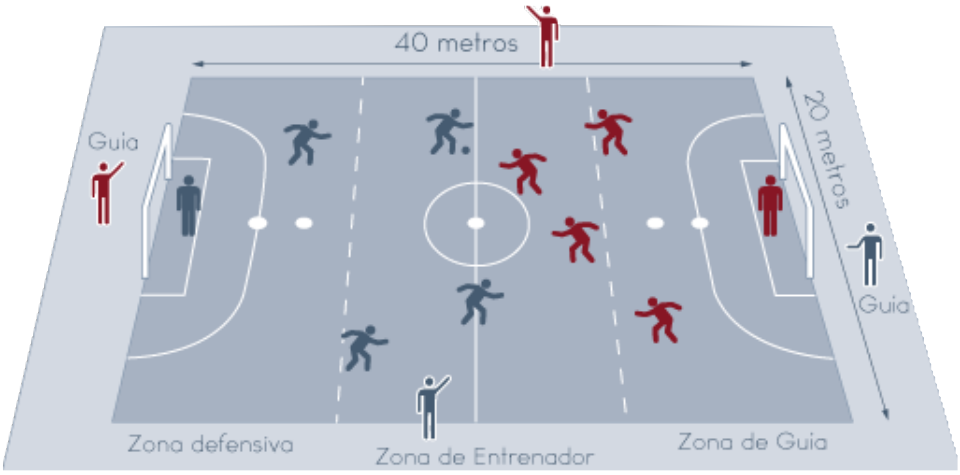
Terreno de juego

Las medidas de la cancha son las mismas que las del Fútbol Sala para videntes. La medida máxima de longitud debe ser 42 y la mínima 38 metros. Mientras que el ancho debe ser 22 máximo y 18 metros mínimo. Limitan los laterales o bandas, dos vallas las cuales cumplen protegen y orientan a los jugadores y a su vez le dan fluidez al juego, ya que la pelota estará siempre en juego salvo que supere las mismas. La altura de las mismas oscilan entre 1 y 1.20 metros y tienen una inclinación de 10º máximo hacia el exterior.

Tercios de guías

Ante la falta de visión y la necesidad de conocer la ubicación de los arcos como también de los jugadores en el campo, para poder llevar acabo el juego, es que se utilizan personas guías. Esta regla se llama tercios de guía, debido a que regulan áreas de la cancha (figura 2) en que los jugadores reciben información verbal, desde tres ubicaciones diferentes. La primera es detrás del arco del rival. Allí el guía se encarga de orientar el tercio más ofensivo. La segunda es el centro de la cancha, detrás de las vallas estará el entrenador. Es responsable de la orientación del tercio central. Por último el tercio más defensivo, lo dirige el arquero quién es el único jugador vidente. Éste orienta a sus compañeros. Es fundamental que el árbitro se encargue de que no infrinja el reglamento. Nos referimos a que cada guía dirija únicamente lo que respecta a su zona, a fin de evitar que los jugadores reciban informaciones simultáneas provenientes de distintos sectores, las cuales pueden crear un caos en la competición.

Figura 2: Tercios de guías.



Fuente: Blog «Deporte en inclusión social».

Como mencionamos, en el campo de juego (figura 2) se encuentran dos jugadores videntes (goleros). Para que esto no signifique una gran ventaja, se crea una adaptación la cual limita su sector de actuación a través de un área específica. Sí el arquero toca la pelota fuera de ésta área se concederá un penal para el equipo rival. *A* un metro de cada poste hacia el exterior se trazarán dos líneas de 2 metros, perpendiculares a la línea de fondo respectiva, unidas entre sí por una línea de 5 metros, ésta paralela a la línea de meta. El terreno de juego debe ser descubierto para que haya una mejor acústica (aspecto fundamental). Debido a motivos climatológicos y en un campeonato internacional se permite el uso de una cancha cerrada. En cuanto a la superficie de juego debe ser lisa, libre de asperezas y no abrasivas. (Urbano, 2008. P. 56).

Pelota

El balón es la mayor adaptación, el cual es sonoro (posee cascabeles) y permite que los jugadores lo localicen cuando está en movimiento. La circunferencia debe ser entre 60-62 cm., su peso entre 510 -540 gramos y el sistema de sonido será interno para permitir una trayectoria regular del balón de manera que cuando éste gire sobre sí mismo o de manera centrífuga, mantenga el sonido y la seguridad de los jugadores. Los balones autorizados oficialmente son el brasileño y el español.

Jugadores

En cuanto al número de jugadores, los equipos estarán conformados, cada uno, por un máximo de 5 incluido el arquero. No hay límite de sustituciones y estas deben hacerse por la línea de fondo del propio equipo. Dichos jugadores deberán utilizar de manera obligatoria antifaces y parches oculares en campeonatos internacionales. Esta regla se debe a que, como explicamos anteriormente, algunas personas no videntes perciben luces y sombras las cuales las ayudan a orientarse. Es creada a fin de evitar ventajas. Con respecto a la seguridad se utiliza de manera opcional la chichonera para evitar

daños producidos por golpes en la cabeza. Es una banda acolchonada que circula el cráneo.

Como todo deporte colectivo, es de suma importancia una buena comunicación entre jugadores del mismo equipo. Por ello, los jugadores deben hablarse cuando su equipo se encuentra en posesión del balón y a su vez seguir las orientaciones que le den los distintos guías. A sí el equipo rival sabe donde se encuentra el jugador en posesión de la pelota. Pero para evitar accidentes y choques corporales, hay una regla que obliga a que el jugador que se dirige hacia la pelota diga «voy» antes de dirigirse a ella de manera clara y fuerte.

Conclusión

Podemos asegurar que es de gran importancia en su vida diaria la orientación, movilidad y concentración que el fútbol sala le ofrece a un deportista con su dinámica elemental del juego.

Podríamos decir que es indiscutible el beneficio que el deporte en general ofrece a todo ser humano. El deportista ciego observa multiplicado todo ese caudal de agilidad, orientación, autoestima etc., que el deporte le entrega.

El fútbol sala en concreto es un medio vital para la continua rehabilitación que el ciego necesita. Por su naturaleza el fútbol sala ofrece al deportista una libertad absoluta del juego una vez que el árbitro pitó el comienzo del partido. El sistema de Guías también facilita esa libertad de elección, dado que solamente le describen en qué situación se encuentra. Además el jugador decide si regatea, o si pasa el balón, o si tira a puerta, y todo esto sabiendo donde están sus compañeros, sus rivales, las porterías, aprovechándose de la facilidad que el fútbol sala le propone para conseguir su dominio espacial.

El deporte adaptado representa una real importancia en el desarrollo personal y social del individuo que lo practica. Uno de los principales beneficios a tener en cuenta es aquel de índole psicológico. Toda persona con alguna disminución de sus capacidades deberá enfrentar una sociedad construida sobre parámetros «normales», siendo muchas veces estos parámetros las barreras que diariamente las personas con discapacidad deberán sortear. El deporte ayudará en un principio a abstraerse por momentos de los inconvenientes que esas barreras acarrean; además fortalecerá su psiquis (afectividad, emotividad, control, percepción, cognición). Pero lo que es más importante es que el deporte crea un campo adecuado y sencillo para la auto -superación, ella busca establecer objetivos a alcanzar para poder superarse día a día y luego a partir de ellos proyectar otros objetivos buscando un reajuste permanente.

La auto-superación no sólo acarrea beneficios de índole psicológica sino también social. También otro de los medios para estos beneficios están dadas por el entrenamiento o sea el conjunto de

actividades que tienden a desarrollar las cualidades mentales y físicas con el objetivo de alcanzar el máximo de entrenamiento mental.

De la mano de los beneficios psicológicos del deporte adaptado aparecen los beneficios sociales. Entender que todas las personas pueden practicar deportes y recibir este servicio como un bien social más, es el principio de la inserción social y por ende el primer paso hacia la inclusión.

Referencias bibliográficas

AMATE, Alicia, VÁSQUEZ y ARMANDO J. (2006) *Discapacidad, lo que todos debemos saber (*Publicación Científica y Técnica No. 616). Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud.

CASCUDO, Carlos María (1995) Deporte y educación física para discapacitados. En *Nexo Sports.* Ciudad, v 149, n (número de fascículo), p 11.

FEDERACION ESPAÑOLA DE DEPORTES PARA CIEGOS. (2002) *Deportes para personas ciegas y deficientes visuales*. Madrid: [s.n.]

GIMENO. J.R y RICO M, Vicente (1983) *La educación de los sentidos.* Córdoba: Editorial Jado.

PERALTA BERBESI y H.J. (Año) *Educación Física, deportes y recreación para personas con discapacidades.* Colombia: Editorial Arte Publicaciones.

PREOBRAYENSKY, Irene y GILLMAN, Yamandú (2006) *Actividad Física: Nuevas perspectivas.* Buenos Aires: Editorial Dunken.

RIOS HERNANDEZ, Mercedes et al (1998) *El juego y los alumnos con discapacidad.* Barcelona: Paidotribo..

URBANO, José F., LÓPEZ, Víctor M. y JIMÉNEZ, Mario (2008) *Fundamentos del fútbol sala para ciegos*. Sevilla: Editorial Wanceulen.

Páginas Web

CASADO PÉREZ, Demeterio y Egea García, Carlos (1998) MURCIA, CEyAS. Disponible en: (http://usuarios.discapnet.es/disweb2000/art/estrategias.htm)

Ceguera y discapacidad visual. . (2014) GINEBRA, Organización Mundial de la Salud, OMS. Nota descriptiva N° 282. Disponible en: (http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/es/)

Constitución de la organización mundial de la salud (2013) OMS. Disponible en: (http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf?ua=1)

¿Cuántas personas ciegas hay en el Uruguay? MONTEVIDEO, Fundación Braille Uruguay (FBU). Disponible en: (http://www.fbu.edu.uy/informacion/ceguera/ceguera2.htm)

Discapacidad y salud (2013) OMS. Nota descriptiva N°352. Disponible en: (http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/es/)

EGEA G., Carlos y SARAVIA S., Alicia. (2001) MURCIA, Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad. Disponible en: (http://www.um.es/discatif/METODOLOGIA/Egea-Sarabia_clasificaciones.pdf)

El deporte adaptado (2009) TAFALLA, Departamento de Educación Física del IES «Sancho el Mayor» Disponible en: (http://dpto6.educacion.navarra.es/planlectura/indiceareas_files/Educacion%20Fisica-Deporte%20adaptado.pdf)

INSTITUTO NACIONAL DE ESTÁDISTICA, COMISION NACIONAL HONORARIA DE LA DISCAPACIDAD (INE, CNHD). *Encuesta nacional de personas con discapacidad* (2004) MONTEVIDEO, Disponible en: (http://www.ine.gub.uy/biblioteca/discapacidad/discapacidad.pdf)

OMS (Octubre, 2013) *Constitución de la organización mundial de la salud.* (2013) Disponible en: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf?ua=1

Poder Legislativo de la República Oriental del Uruguay (2010) Ley Nº 18.651 *Protección Integral De Personas Con Discapacidad* MONTEVIDEO, Disponible en: (http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18651&Anchor**)**

SOSA, Laura Mercedes (2009) *Educación Física y discapacidad. Ágora para la Educación Física y el Deporte.* Nº. º 9, 7-14. Disponible en: (http://www5.uva.es/agora/revista/9/agora9_mercedessosa_1.pdf)