



Universidad del Aconcagua
Facultad de Psicología

Tesina de Licenciatura en Psicología

“Resiliencia y autoconfianza en un grupo de deportistas con discapacidad visual”

Alumna: *Santander Gatica, Carla Maciela*

Directora: *Dra. Graciela Viviana Granados*

Año: *2019*

e-mail: carlasantandergatica@gmail.com

Ciudad de Mendoza, 2019

HOJA DE EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN FINAL

TRIBUNAL EXAMINADOR:

Presidente:

Vocal:

Vocal:

Profesores Invitados:

CALIFICACIÓN FINAL:

OBSERVACIONES:

.....

.....

.....

.....

.....

AGRADECIMIENTOS

Quiero mostrar mi gratitud a todas aquellas personas que estuvieron presentes en la realización de esta meta, por su ayuda, sus palabras motivadoras, sus conocimientos, consejos y dedicación.

A mi directora de proyecto, Graciela Granados, quien, con su conocimiento, su guía y su predisposición fue una pieza clave e imprescindible para cada etapa de desarrollo del trabajo.

A mis compañeros, con quienes a través del tiempo fuimos fortaleciendo una amistad. Muchas gracias por toda su colaboración, por compartir experiencias, por aportarme confianza y por crecer juntos en este proyecto.

A Nicolás, por acompañarme en este camino. Por su paciencia, su apoyo, su amor y su esperanza en mí.

Por último, quiero agradecer a la base de todo, a mi familia, quienes con sus consejos fueron el motor de arranque, muchas gracias por su paciencia y comprensión, y sobre todo por su amor.

¡Muchas gracias por todo!

RESUMEN

El presente trabajo de investigación buscó relacionar los factores psicológicos de resiliencia y autoconfianza en un grupo de deportistas con discapacidad visual. El mismo, se basó en determinar y describir los niveles de dichos factores y la correlación de los mismos. A su vez, se expuso la relación entre datos demográficos correspondientes a discapacidad y agudeza visual con las categorías deportivas y sus beneficios.

La investigación se llevó a cabo desde un enfoque cuantitativo utilizando métodos estadísticos para el análisis de datos. Se estableció un alcance descriptivo y correlacional con el objeto de recoger información, especificar características asociadas a la capacidad de resiliencia y autoconfianza, y establecer el grado de relación entre las mismas. Por otra parte, se trató de un diseño no experimental y transversal donde sólo se observaron los fenómenos en su ambiente natural y se los describió en un momento único.

Se trabajó con una muestra no probabilística, constituida por 16 jugadores de Goalball, en la cual la elección de participantes dependió de causas relacionadas con las características de la investigación. Para la realización se utilizó: hoja de datos sociodemográficos, Escala de Resiliencia (ER-14) de Wagnild y Young en su versión reducida de Sánchez y Robles (2015) y la subescala de Autoconfianza del Cuestionario de ansiedad estado competitivo (CSAI-2) de Martens, Vealey y Burton (1990).

En cuanto a los factores psicológicos de resiliencia y autoconfianza se hallaron valores estadísticamente significativos. Es decir, los deportistas demostraron niveles moderados a altos de autoconfianza y niveles normales a muy altos de resiliencia.

Además, mediante la aplicación del método de correlación de Spearman, se llega al siguiente resultado: $r=0.566$, $p< 0,005$; indicando que existe correlación significativa entre las variables de resiliencia y autoconfianza. La misma se encuentra dentro del nivel moderado aceptable, por lo que se establece una correlación positiva entre ambas variables.

Palabras claves: resiliencia, autoconfianza, discapacidad visual, deporte adaptado.

ABSTRACT

The present research work sought to relate the psychological factors of self-confidence and resilience in a group of players of athletes with visual impairment. It was based on determining and describing the levels of said factors and their correlation. In turn, the relationship between demographic data corresponding to disability and visual acuity with sports categories and their benefits was exposed.

The research has been carried out from a quantitative approach using statistical methods for data analysis. It is a descriptive and correlational approach with the purpose of collecting information, specifying the characteristics of resilience and self-confidence, and establishing the degree of relationship between them. On the other hand, it is a non-experimental and transversal design where phenomena are observed in their natural environment and are described in a unique moment.

It is a non-probabilistic sample, consisting of 16 Goalball players, in which the choice of participants depends on the characteristics related to the characteristics of the research. For the realization we can see: sociodemographic data sheet, Resilience Scale (ER-14) of Wagnild and Young in its reduced version

of Sánchez and Robles (2015) and the self-confidence subscale of the Anxiety Competitive State Questionnaire (CSAI-2) of Martens, Vealey and Burton (1990).

Regarding the psychological factors of resilience and self-confidence, statistically significant values are found. That is, athletes demonstrated moderate levels at high levels of self-confidence and normal levels at very high levels of resilience.

In addition, by applying the Spearman correlation method, the following result is obtained: $r = 0.566$, $p < 0.005$; Indicating that there is a significant correlation between the variables of resilience and self-confidence. The same situation is within the moderate acceptable level.

Keywords: resilience, self-confidence, visual disability, adapted sport.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	10
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN AL DEPORTE Y PSICOLOGÍA DEL DEPORTE	
1. Psicología y aproximación al concepto del deporte.....	13
1.1. Enfoque de la psicología del deporte.....	15
1.2. Ámbitos de actuación del psicólogo del deporte.....	17
1.2.1. Deporte de rendimiento.....	18
1.2.2. Deporte base e iniciación temprana.....	19
1.2.3. Deporte de ocio y tiempo libre.....	20
1.2.4. Deporte en poblaciones especiales.....	21
1.2.5. Organizaciones deportivas.....	23
1.3. Clasificación del deporte.....	24
1.4. Deporte adaptado y discapacidad visual.....	29
1.5. El Goalball y su historia.....	35
1.5.1. Beneficios de la práctica de Goalball.....	36
1.5.2. Reglamentos.....	37
CAPÍTULO II: AUTOCONFIANZA	
2. Autoconfianza.....	43
2.1. Teoría de autoconfianza de Albert Bandura.....	45
2.2. Modelo multidimensional de confianza deportiva.....	47
2.3. Beneficios de la autoconfianza.....	49
2.4. Niveles de autoconfianza.....	51
CAPÍTULO III: RESILIENCIA	
3. Resiliencia.....	54
3.1. Teoría de psicología positiva de Martin Seligman.....	56
3.1.1. Historia de la psicología positiva.....	57
3.1.2. Áreas de estudio.....	58
3.2. Factores de riesgo y de protección en la resiliencia.....	58
3.3. Componentes de la resiliencia.....	60

3.4. Perfil resiliente.....	61
CAPÍTULO IV: ASPECTOS METODOLÓGICOS	
4. Aspectos metodológicos.....	64
4.1. Objetivos.....	64
4.1.1. Objetivo general.....	64
4.1.2. Objetivos específicos.....	64
4.2. Hipótesis.....	64
4.3. Diseño y tipo de estudio.....	65
4.4. Participantes.....	66
4.5. Instrumentos.....	67
4.5.1. Hoja de datos sociodemográficos.....	67
4.5.2. Escala de resiliencia (ER-14).....	67
4.5.3. Competitive State Anxiety Inventory 2 (CSAI-2).....	68
4.6. Procedimiento.....	70
CAPÍTULO V: PRESENTACIÓN Y DISCUSION DE RESULTADOS	
5. Presentación y análisis de resultados.....	72
5.1. Primer objetivo específico.....	73
5.2. Segundo objetivo específico.....	75
5.3. Tercer objetivo específico.....	76
5.4. Objetivo general.....	78
6. Discusión de resultados.....	81
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES	
7. Conclusiones.....	87
CAPÍTULO VII: BIBLIOGRAFÍA	
Referencias bibliográficas.....	91
CAPÍTULO VIII: ANEXO	
8. Anexo.....	97
8.1. Consentimiento informado.....	97
8.2. Hoja de datos sociodemográficos.....	98
8.3. Escala de resiliencia (ER-14).....	99

8.4. Competitive State Anxiety Inventory 2 (CSAI-2).....	101
--	-----

INTRODUCCIÓN

La Psicología del Deporte, rama reciente de la psicología, ha comenzado a estudiar factores psicológicos propios del ámbito clínico que se observan en el área deportiva. Gracias a esta ciencia, damos cuenta que existe una multiplicidad de variables psicológicas que influyen en el rendimiento deportivo. Es por ello, que el presente estudio hace hincapié, principalmente, en dos factores asociados: resiliencia y autoconfianza.

Se pretende investigar la relación entre ambos factores psicológicos, en deportistas con discapacidad visual, principalmente porque se considera al deporte como un recurso y medio de expresión que permite a los sujetos obtener múltiples beneficios tales como la mejora y refuerzo de los factores a abordar, o bien, la promoción de un adecuado bienestar psicológico, físico y social en general.

Lo significativo de este estudio fue analizar cómo las personas con discapacidad visual, con sus diversos grados de severidad, manifiestan en la práctica deportiva y en las competencias, diferentes niveles de autoconfianza en función de la capacidad de resiliencia y de múltiples factores psicológicos.

Por consiguiente, el estudio de la capacidad de resiliencia se debe a que, tener una discapacidad congénita o adquirida, implica haber experimentado un evento traumático en algún momento del desarrollo humano. Entendiendo a éste como una situación donde la persona ha experimentado, presenciado o le han contado acerca de uno o más eventos tales como muertes, amenazas o lesiones graves, o una amenaza para su propia integridad física o la de los demás. (Asociación Americana de Psiquiatría, 1994).

Por otra parte, se quiere estudiar la autoconfianza, como factor asociado a la resiliencia, debido a que la misma varía según la personalidad, recursos, experiencia y autopercepción de cada sujeto.

Ya que, dicha autoconfianza, determina el grado de certeza que cada deportista tiene respecto a sus habilidades para alcanzar el éxito en tareas

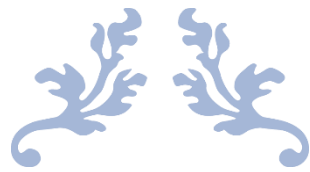
deportivas o para responder con un adecuado rendimiento deportivo (Weinberg y Gould, 2010), se hipotetiza que los deportistas que mantienen elevada capacidad de resiliencia y seguridad en sus propias habilidades obtienen mejores resultados que aquellos que se muestran más inseguros respecto a las mismas.

Por último, se justifica esta investigación, ya que la misma determinará la importancia que tienen los factores psicológicos y emocionales en el desarrollo de actividades deportivas y desafíos competitivos. Debido a que el exclusivo entrenamiento físico y técnico, como así también la escasa estimulación de habilidades mentales y funciones cognitivas puede producir disminución en el buen rendimiento deportivo, en la autoconfianza y en la percepción de sí mismos.

Asimismo, será relevante para la sociedad, debido a que, en función de los resultados obtenidos, se intentará corromper con diversos prejuicios socioculturales que colocan a las personas con discapacidad en una posición de inseguridad, dependencia y con carencia de recursos para desenvolverse en sus necesidades y actividades cotidianas.

A pesar de lo importante de la investigación, que involucre población con discapacidad, es limitada la cantidad de estudios realizados. Sin embargo, en la actualidad se está prestando mayor atención a las características y comportamiento en este tipo de población, y un ejemplo de ello son los estudios que han involucrado personas con y sin discapacidad y que inspiraron la realización del presente trabajo.

Por lo tanto, debido a que existe una cantidad de estudios reducida, tanto en la provincia de Mendoza como en la Universidad del Aconcagua, resulta significativo comprender la asociación entre los factores psicológicos nombrados en la población que se pretende estudiar.



CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN AL DEPORTE Y
PSICOLOGÍA DEL DEPORTE



1. PSICOLOGÍA Y APROXIMACIONES AL CONCEPTO DEL DEPORTE

En el siguiente capítulo se realizará una aproximación al concepto de *deporte*, sus variaciones y tipos, para luego introducirnos en el ámbito de Psicología del Deporte, en el cual se basó el presente trabajo de investigación. Además, se brindará un acercamiento al concepto de discapacidad y deporte adaptado, enfatizando especialmente en el *Goalball*, sus modalidades, reglas y peculiaridades.

Actualmente, debido al gran auge de la actividad físico-deportiva, el deporte ha sido analizado desde el ámbito cultural hasta el científico. De manera que ha sido estudiado por la sociología, la filosofía, la biomecánica, la educación, la historia, entre otras ciencias (Robles, Abad y Giménez, 2009).

Dichos autores, plantean que al momento de indagar los orígenes del término *deporte* surge la dificultad de definir el concepto debido a su complejidad. La misma, ha producido cierta divergencia a la hora de ser definido por los distintos autores, lo cual, unido a su evolución en el tiempo y en las distintas sociedades, ha hecho que su descripción tenga cierto carácter dinámico y circunstancial.

Sin embargo, algunas asociaciones del deporte, organizaciones académicas internacionales y autores realizaron sus intentos de teorización. Por un lado, el diccionario de la Real Academia Española ([RAE], 2014), aporta dos definiciones. En su primera acepción describe al deporte como; actividad física, ejercida como juego o competición, cuya práctica supone entrenamiento y sujeción a normas. En su segunda acepción hace referencia a la recreación, pasatiempo, placer, diversión o ejercicio físico, por lo común al aire libre.

Por otra parte, en la Enciclopedia de Deporte, se afirma que el mismo puede ser considerado como la magnificación del juego (didáctico), expresada

por la constante repetición de los ejercicios, a fin de conseguir la perfección física, técnica y táctica del jugador. Ello significa que, si la práctica en el juego es natural, en el deporte se produce una vez que han sido analizadas las variables que pueden proporcionar un mejor rendimiento del jugador en la práctica del juego.

La responsabilidad del jugador es, por lo tanto, mayor que la del practicante de un juego, ya que la práctica se efectúa como esparcimiento, mientras que en el deporte el jugador es consciente de que sus facultades físicas y prácticas le obligan una experiencia que no se le impone al practicante del juego. En base a lo expuesto, Alcoba López (2001), en la Enciclopedia define al *deporte* como: “la actividad física, individual o colectiva, practicada en forma competitiva” (p. 22).

Otras definiciones que se aportan a la presente investigación han sido extraídas del Diccionario de Educación, Actividad Física y Deportes. La primera implica: “Actividad física, ejercida como juego o competición, cuya práctica supone entrenamiento y sujeción a normas.” La segunda: “Ejercicio físico o también actividades deportivas sujeto a normas o reglas que se realizan colectiva o individualmente, y que acostumbran a tener un carácter competitivo”, (López de Viñaspre y colaboradores, 2003 citado en Méndez Urresta, 2016, p. 67).

En suma, en base a lo expuesto, no es necesario extenderse para establecer claramente que el deporte es una actividad humana diferenciada de otras. Recurriendo a las definiciones más habituales y diferenciando deporte de ejercicio físico, se puede señalar que se considera *deporte* a toda actividad que se caracteriza por tener un requerimiento físico, estar institucionalizada (federaciones, clubes), requerir competición con uno mismo o con los demás y tener un conjunto de reglas perfectamente definidas.

Cantón Chirivella (2010) afirma que “la actividad física o ejercicio se refiere a todos los movimientos naturales y/o planificados que realiza el ser humano obteniendo como resultado un desgaste de energía, con fines de protección de la salud, estéticos, de desempeño, deportivos o rehabilitadores” (p. 238).

1.1. ENFOQUE DE LA PSICOLOGÍA DEL DEPORTE

Su juventud como ciencia ha planteado la dificultad de proponer una única definición, por ello se debe tener en cuenta la evolución de ésta, desde fines del siglo XIX hasta la actualidad. Por consiguiente, distintos autores proponen las siguientes definiciones:

Antonelli y Salvini (1978, citado en Cruz, 1990) proponen que:

La Psicología del deporte es una amplia corriente de pensamiento en la que confluyen diversas doctrinas, la psicología, filosofía, medicina, psiquiatría, higiene, educación física, etc., y por consiguiente se trata de un asunto de competencia multidisciplinaria abierto a la contribución que cada una pueda aportar desde la base de su preparación específica. (p.12).

Por otra parte, Williams y Straub (1991), (citado en Ossorio y Fernández, 2011), afirman que “la psicología del deporte se ocupa, por un lado, de los factores psicológicos que determinan el ejercicio y la práctica deportiva, y por otro, de los efectos psicológicos que se derivan de tal participación” (p. 7).

Alderman (1980) establece que “la psicología del deporte es el efecto del deporte en la conducta humana”. Y Cratty (1989), la define como una” subcategoría de la psicología que se centra en los deportes y en los deportistas”. (p. 37). (citado en González, 1997)

En base a lo expuesto se puede apreciar que las diferentes definiciones eran muy amplias y, por lo tanto, tenían muy poca consistencia. Por otra parte, las mismas poseían un enfoque muy inclinado hacia el deporte de competición y los estudios experimentales, lo cual implicaba, como consecuencia, hablar desde la personalidad del sujeto y no desde trabajos interdisciplinarios.

Actualmente, debido a que sigue siendo una ciencia relativamente nueva, activa y participativa en el deporte y la actividad física, y gracias a su trabajo interdisciplinario, se plantean las siguientes definiciones:

Cox (2009a), sugiere que:

La psicología del deporte y la actividad física es el estudio del efecto de los factores psíquicos y emocionales sobre el rendimiento deportivo y del efecto de la participación en un deporte o de la práctica de actividad física sobre los factores psíquicos y emocionales. (p. 5).

Asimismo, para González (1997), “la psicología deportiva es una subdisciplina de la psicología que aplica los principios de la psicología en el ámbito deportivo y de ejercicio físico”. (p. 38)

Para dicho autor esta definición pretende afirmar que donde hay una conducta deportiva o una actividad física, siempre están presentes los componentes psíquicos. Además, pretende integrar los elementos deportivos y de la actividad física. Y, por último, incluye el estudio de la actividad física humana en todas sus formas y en todos los deportes

Finalmente, Weinberg y Gould, (2010), respecto a la definición señalan que “la psicología del deporte y del ejercicio comprende el estudio científico de las personas y sus conductas en el contexto deportivo de las actividades físicas, y la aplicación práctica de dicho conocimiento” (p. 4). En base a ello, los autores apuntan a dos objetivos:

1. Aprender el modo en que los factores psicológicos afectan el rendimiento físico de los individuos.
2. La comprensión de la forma en que la participación del deporte y la actividad física afecta al desarrollo, la salud y el bienestar personal.

1.2. ÁMBITOS DE ACTUACIÓN DEL PSICÓLOGO DEL DEPORTE

Los distintos roles que puede desempeñar el psicólogo del deporte con sus múltiples funciones se desarrollan en ámbitos definidos por el Colegio Oficial de Psicólogos de España [COP], quienes en 1998 establecieron tres áreas de actuación profesional. Luego, en el año 2006, en Valencia, las mismas fueron revisadas y modificadas en función de criterios, que implicaban que todas y cada una de las áreas de intervención debían enfocarse desde la salud (Cantón Chirivella, 2010).

A continuación, se exponen las modificaciones mencionadas:

Tabla 1: Ámbitos de actuación profesional en psicología del deporte

Ámbitos de actuación ([COP], 1998)	Ámbitos de actuación ([COP], 2006)
<ul style="list-style-type: none">• Deporte de rendimiento• Deporte base e iniciación temprana• Deporte de ocio, salud y tiempo libre	<ul style="list-style-type: none">• Deporte de rendimiento• Deporte base e iniciación temprana• Deporte de ocio y tiempo libre• Poblaciones especiales• Organizaciones deportivas

Tabla 1. Ámbitos de actuación profesional en psicología del deporte (COP, 1998; 2006). Extraído de Cantón Chirivella (2010) p. 244.

A partir de la última modificación, realizada en el año 2006, se empieza a incluir las poblaciones especiales como ámbitos de actuación, tal como se ha realizado en el presente trabajo.

En el libro *Perfiles profesionales del psicólogo*, publicado por el Colegio Oficial de Psicólogos de España (1998), se describen los ámbitos de actuación del psicólogo del deporte, que se exponen en el siguiente apartado.

1.2.1. DEPORTE DE RENDIMIENTO

Este ámbito tiene como principal objeto la consecución de unos resultados óptimos en la competición deportiva, y se enmarca en una institución, organización o entidad, regulándose por una normativa de carácter institucional. Este tipo de deporte implica una práctica relativamente continuada (no esporádica), planificada y realizada habitualmente dentro de unos márgenes de edad, en función de la modalidad deportiva practicada, ya sea amateur o profesional.

El trabajo del psicólogo consiste básicamente en entrenar habilidades psicológicas necesarias para que el deportista individual y/o colectivamente pueda enfrentarse con mayores recursos a la situación de competición deportiva y la mejora del rendimiento.

Las funciones del psicólogo dentro de este ámbito incluyen: evaluación, asesoramiento, intervención, formación, investigación, etc., y más específicamente las siguientes:

- Evaluación, entrenamiento y control de habilidades psicológicas específicas de las distintas modalidades deportivas.
- Asesoramiento a los técnicos sobre planificación de objetivos, dirección de grupos, estrategias de comunicación, distribución de tareas, etc.
- Asesoramiento directo a los deportistas sobre las relaciones con los medios de comunicación, finalización de la actividad, atención en caso de lesiones, etc.
- Investigación, principalmente sobre técnicas de evaluación, control y entrenamiento, así como sobre programación y periodización del entrenamiento psicológico.

1.2.2. DEPORTE BASE E INICIACIÓN TEMPRANA

El presente se refiere a la fase de inicio de la actividad físico-deportiva especialmente en edades tempranas, ya que el deporte se ha convertido en un campo de desarrollo psicosocial básico para muchos niños y adolescentes.

Por lo tanto, hay que matizar, que el deporte contemplado desde esta perspectiva debe entenderse no tanto como actividad competitiva, sino como actividad lúdica y de desarrollo personal. El aprendizaje, la motivación, la interacción social y el disfrute con la actividad son, entre otros, aspectos prioritarios en esta etapa.

El objetivo fundamental del psicólogo en esta área es atender a la formación, aprendizaje y desarrollo de los practicantes (conocimientos, actitudes y valores), y sus funciones van destinadas específicamente a:

- La orientación y asesoramiento especializado a los técnicos y responsables que intervienen en el deporte de base e iniciación.
- Los familiares, para establecer un clima adecuado que favorezca la actividad físico-deportiva.
- Los responsables y en general el personal de las administraciones e instituciones con competencias en la planificación y desarrollo de la actividad físico-deportiva.
- La investigación y la evaluación para su posterior aplicación al común de la población y a la población que presenta algún tipo de deficiencia (como dificultades de aprendizaje, alteraciones psicomotrices, etc.).
- La formación directa a los técnicos, monitores y entrenadores.
- La intervención directa con los deportistas en sus etapas de aprendizaje e iniciación de la actividad, como por ejemplo el entrenamiento de habilidades psicológicas básicas.

1.2.3. DEPORTE DE OCIO Y TIEMPO LIBRE

Continuando con los aportes teóricos del Colegio Oficial de Psicólogos (1998), se plantea que existe amplio reconocimiento de los efectos beneficiosos producidos por la actividad física regular y el ejercicio, tanto desde el punto de vista físico como psicológico. En relación con este último punto, los beneficios no sólo son evidentes para el común de la población, sino también para el tratamiento de los trastornos psicológicos tales como la depresión, la ansiedad, el estrés, el abuso de alcohol o de sustancias, entre otros.

Con este fin, se han elaborado y puesto en marcha distintos programas de actividad física con fines terapéuticos y de salud, contemplando la necesidad de evitar el fenómeno de abandono y facilitar la iniciación y la adherencia a los mismos, lo cual implica tareas que incumben plenamente al ámbito profesional de la psicología.

Por otra parte, en esta área, la intervención profesional de los psicólogos incluye las tareas destinadas a optimizar el desarrollo psicosocial de los niños y adolescentes a través de dos métodos globales:

- La mejora de la formación de los agentes psicosociales (padres y entrenadores fundamentalmente).
- Proporcionar a niños y jóvenes las estrategias más adecuadas para la valoración de sus logros, de acuerdo con la etapa evolutiva en que se encuentren.

En relación con la salud, se afirma que los programas de actividad física incrementan la cohesión y satisfacción de sus miembros y facilitan conductas laborales positivas (aumento de la productividad, disminución del ausentismo y de los días de baja por enfermedad). Además, la práctica de la actividad física está fuertemente asociada con la reducción de los factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares, y en general de la morbilidad y mortalidad.

En síntesis, las funciones del psicólogo de la actividad física y del deporte en cuanto al ocio, salud y tiempo libre, girarán en torno a dos grandes ejes:

- El conocimiento de los efectos psicológicos que puede conllevar la realización de actividades físico-deportivas.
- El conocimiento de los factores psicológicos implicados en la realización de dicha actividad.

1.2.4. DEPORTE EN POBLACIONES ESPECIALES

La inclusión sociocultural y la consolidación de la Psicología del Deporte como ciencia han permitido que distintos sectores de la población, en particular las personas con discapacidad, comiencen a ser incorporados e integrados en la actividad física como una herramienta más para la mejora de la salud y la calidad de vida (Guillén y Santana, 2006 citados en Guillén y Sánchez, 2010).

Al trabajar con este tipo de población, y siguiendo el planteamiento de Garcés de los Fayos y Vives (2006), el primer paso de actuación consiste en entender los motivos que llevan a las personas a realizar actividad física y deporte. Lo cuales deben ser analizados para diseñar actuaciones y ofrecer los servicios adecuados relacionados con la actividad física que den respuesta a esas nuevas necesidades de la población.

Por otra parte, Guillén y Sánchez (2010), plantean que el psicólogo del deporte, en su labor de intervención, puede ejercer tres roles:

- Consultor: esta función está encaminada hacia dos objetivos, por un lado, asesorar a las personas pertenecientes a estos grupos sobre los beneficios que proporcionaría el ejercicio, tanto en lo físico como en lo psicológico. Además, orientar sobre las características del ejercicio recomendado en función de las necesidades específicas que presenten. Por otro lado, implica asesorar a los profesores sobre las características de la población específica a la que se dedicarán y los ejercicios recomendables para cada caso.

- Formador: implica la formación de profesores sobre las características de la población específica con la que trabajarán, el tipo de ejercicio más recomendable, características que debe poseer dicho ejercicio, condiciones en que se debe realizar, entre otros aportes.
- Investigador: consiste en estudiar cada tipo de población, atendiendo a los diferentes deportes o actividades físico-deportivas, ya que un mayor conocimiento de estas amplía la eficacia y los horizontes de intervención.

Cada población manifestará necesidades específicas que el psicólogo del deporte deberá conocer, atender y dar respuesta. Asimismo, deberá analizar el tipo de actividades que los sujetos podrán realizar de acuerdo con su discapacidad. Es por ello, que para dichos casos se trabaja con deporte adaptado a determinadas dificultades reflejadas por los deportistas.

Siguiendo esta línea, una de las intervenciones puede ser en poblaciones con enfermedades o trastornos físicos, pudiendo trabajar con personas con problemas cardiovasculares, donde la actividad física fortalece el corazón, dotando a la persona de mayor resistencia y mejor forma física, disminuyendo las probabilidades de que el paciente sufra cualquier tipo de enfermedad coronaria. A su vez, ayuda a la disminución de grasas y lípidos en sangre, evitando el riesgo de obstrucción de las arterias.

Para las personas con arterioesclerosis, un programa de actividad física adecuado, orientado al entrenamiento de la resistencia, retrasa el desarrollo de la enfermedad, mejorando el aporte de oxígeno a todos los tejidos.

Por último, frente a sujetos con sobrepeso u obesidad, estudios han demostrado que la actividad física ayuda a controlar el apetito, quemar calorías, contrarrestar enfermedades producidas como el aumento de colesterol, incrementar la tasa metabólica y proporcionar autoconfianza para realizar o continuar una dieta (Guillén y Sánchez, 2010).

Otro tipo de intervención puede ser con personas mayores, quienes también son consideradas una población especial. Este tipo de sector poblacional se caracteriza por una disminución en sus capacidades a medida que decae su actividad física diaria. Es por ello, que Guillén (1996), afirma que gran parte del deterioro físico, cognitivo y psicológico se puede corregir a través

de programas basados en ejercicios sencillos (como se citó en Guillén y Sánchez, 2010).

Estos programas, se han de centrar en que las personas mayores conozcan e interioricen formas de comportamiento psicomotores que repercutan en nuevas formas de actuar. Además, el diseño de dichos programas deberá implicar cuatro objetivos: prevención, mantenimiento, rehabilitación y recreación.

Los mismo incidirán positivamente en cuestiones como la adaptación, seguridad, confianza en sí mismo, autoestima y sensación de bienestar. Así, los programas de actividad física, además de ofrecer beneficios físicos a las personas mayores, también aportan beneficios psicológicos y un sentimiento de satisfacción con la vida (Barriopedro, Eraña y Mallol, 2001).

1.2.5. ORGANIZACIONES DEPORTIVAS

Sánchez, M. C. y Sánchez, F. J. (2010), plantean que el psicólogo del deporte en el ámbito de actuación de una organización deportiva, tanto pública como privada, desarrolla una serie de tareas encaminadas al logro de los objetivos de rendimiento y desarrollo social, económico y deportivo. Asimismo, la labor como psicólogos del deporte se centrará en la gestión de los eventos y proyectos deportivos de la organización con la que se colabora, a los fines de mejorar la calidad y eficacia de esta.

El primer interrogante que se tiene que plantear un psicólogo que desee realizar su actividad profesional vinculada a las organizaciones deportivas es: *¿Quién es mi mercado potencial?*, entendiendo por este el conjunto de participantes o clientes potenciales que tienen entre sí características comunes, y a los que les podemos dirigir una oferta determinada.

El mercado de los psicólogos del deporte está compuesto por el conjunto de participantes o clientes (la demanda), y el conjunto de Centros Deportivos, instalaciones, Clubes, etc. (la oferta). Más concretamente: personas que practican actividades deportivas como recreación, personas que practican actividad físico-deportiva por necesidades de salud, personas que buscan

socializar, consumidores de espectáculos deportivos, deportistas profesionales y su equipo multidisciplinar, gestores de eventos deportivos, y entidades u organismos públicos que utilizan la actividad físico-deportiva como una herramienta.

1.3. CLASIFICACIÓN DEL DEPORTE

Diversos especialistas proponen múltiples criterios, los cuales son consolidados por Méndez Urresta, J. y Méndez Urresta, E. (2016), proponiendo la siguiente clasificación:

- **Deportes de aventura:** Los deportes de aventura lo constituyen una serie de actividades que se realizan al aire libre, en directo contacto con la naturaleza y que comportan cierto riesgo para el practicante. Algunas de las actividades que se integran en la clasificación de aventura son: la escalada, el trekking (senderismo), el rafting, entre otros.

- **Deportes de combate:** En este tipo de actividades deportivas se produce una interacción activa entre los participantes favoreciendo la combinación de elementos tácticos, técnicos y físico-condicionales (deportes de lucha). En ellos la técnica tiene una función adaptadora.

- **Deportes de composición técnica:** En los deportes de precisión y composición técnica, esta última sirve para aumentar la precisión y la expresividad (patinaje artístico, gimnasia artística). En ellos la técnica tiene una finalidad en sí misma.

- **Deportes de fuerza máxima:** La finalidad principal es desarrollar una técnica que permita alcanzar niveles muy elevados de fuerza para vencer resistencias de gran envergadura.

- **Deportes de fuerza rápida:** La finalidad principal es desarrollar impulsos de fuerza muy elevados en la fase principal del movimiento, y aprovechar trayectorias de aceleración y ángulos de salida

óptimos para imprimir a aparatos (lanzamientos), o al propio cuerpo (saltos), aceleraciones de gran importancia en las distintas direcciones. En este caso el papel de la técnica tendrá una función, optimizar la magnitud de la aceleración.

- **Deportes de precisión:** Las finalidades también son totalmente distintas de las que hemos visto en los dos primeros grupos de deporte. El objetivo principal de la técnica en este caso es dar en el blanco lo más exactamente posible, cometiendo en las distintas pruebas el menor número de errores.

- **Deportes de resistencia:** En este caso el atleta y el entrenador buscan el gasto más eficiente, para provocar el menor cansancio y poder ahorrar suficiente energía para el final de la competición, aunque los ritmos iniciales sean elevados.

- **Deportes extremos:** Son deportes individuales al aire libre, donde se buscan nuevas alternativas y desafíos. Sus practicantes además de la destreza motriz necesaria para la práctica específica requieren de “muchacha sangre fría”, pues están pensados para quienes disfrutan de las aventuras y el riesgo.

- **Deportes paralímpicos:** Los deportes paralímpicos agrupan una serie de disciplinas adaptadas o específicas para las personas con limitaciones físicas y psíquicas. La International Coordinator Comité [ICC], creada en 1982, es la organización encargada de regular y realizar cada cuatro años los juegos paralímpicos (actualmente estos juegos se cumplen después de realizarse los Juegos Olímpicos y en la sede designada para el cumplimiento de estos).

La clasificación expuesta brinda un gran caudal de información que a su vez se relaciona con la sistematización propuesta por Parlebás (1988), quien sigue el criterio de la existencia o no de incertidumbre en relación con los factores: medio o entorno físico, compañero/s y adversario/s. Según el autor, el determinante de cualquier situación es la noción de incertidumbre y puede ser generada indistintamente por los factores antes señalados: incertidumbre provocada por el medio externo, por la presencia de compañeros y/o por la presencia de adversarios (como se citó en Robles, Abad y Giménez, 2009).

Esto implica que cada situación pueda ser caracterizada en función de la existencia o no de incertidumbre en uno o varios de los factores mencionados, resultando así las siguientes categorías:

Las dos primeras corresponden al deporte *psicomotriz* en solitario:

1. *Situaciones en las que no existe ningún tipo de incertidumbre ni interacción*: el practicante actúa individualmente en un medio estable. Son los denominados deportes individuales en medio fijos, por ejemplo: natación, atletismo en pista, gimnasia.

2. *Situaciones en las que sólo hay incertidumbre respecto del medio*: se realizan individualmente y sin adversario. Son los deportes individuales en medio fluctuantes. Por lo general son actividades al aire libre. Por ejemplo: escalada en solitario, esquí.

De aquí en adelante se trata de deporte *sociomotriz*, en pareja, grupo o adversarios:

3. *Situaciones en las que la incertidumbre se sitúa en el adversario solamente*: también denominados deportes de adversario en medio fijo. Por ejemplo: Judo, esgrima, tenis, etc.

4. *Situaciones en que la incertidumbre se sitúa tanto en el adversario como en el medio*: refiere a deportes en medios fluctuantes, en los que el adversario puede obstaculizar, aunque no sea esa su intención. A modo ejemplo: Windsurf, regata individual.

5. *Incertidumbre planteada en la relación con el compañero*: serían deportes de equipo sin adversario y realizados en un medio fijo. Como, por ejemplo: Remo, patinaje por parejas, etc.

6. *Incertidumbre situada tanto en el medio como en el compañero*: son deportes de equipo sin adversario practicados en un medio fluctuante. Por ejemplo: alpinismo.

7. *Situaciones que se realizan en un medio estable*: la incertidumbre está en el compañero y en el adversario. Son deportes colectivos con adversario en un medio fijo, por ejemplo: baloncesto, tenis doble, fútbol, basquetbol, etc.

8. *Situaciones con incertidumbre en los tres factores*: son deportes frente a adversarios, colectivos, practicados en un medio

fluctuante. Es difícil encontrar ejemplos, podemos mencionar algunos juegos populares por equipo realizados al aire libre como alpinismo.

FIGURA 1

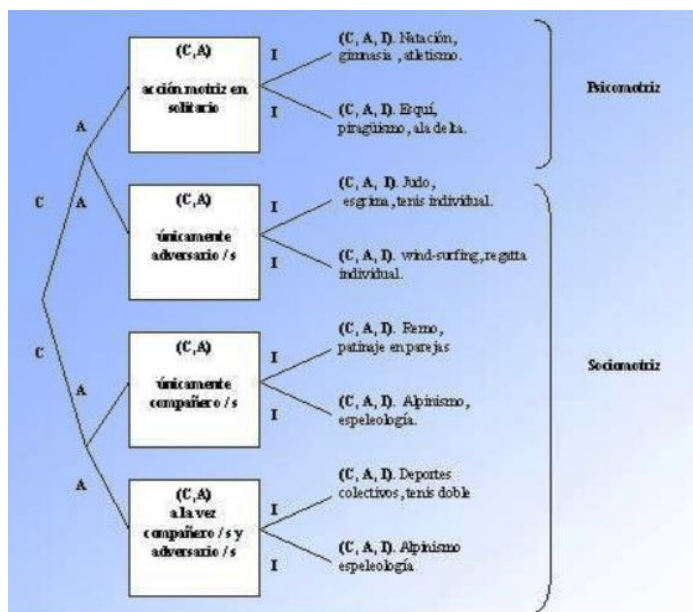


Figura 1. Clasificación del deporte según Parlebás (1988). Extraído de Robles et al. (2009).

En el presente trabajo de investigación, se tomará la clasificación formulada por los autores Blázquez y Hernández (1984), (citados en Robles et al. 2009). Se debe considerar que dicho sistema clasificatorio toma los principios de Parlebás (1988), (citado en Robles et al. 2009), adicionando dos elementos nuevos, uno referido a la forma de utilizar el espacio y el otro a la participación de los jugadores, con la finalidad de desarrollar el grupo correspondiente a los deportes de equipo que se juegan en un espacio estandarizado. Así, estos autores presentan cuatro grupos:

- **Deporte psicomotrices e individuales:** Son aquellos deportes en los que se participa individualmente sin la presencia de compañeros ni adversarios que pueden influenciar en la ejecución.
- **Deporte de oposición:** Son aquellos deportes en los que nos enfrentamos a otro oponente. Aquí podemos diferenciar tres grupos, como se muestran en el siguiente gráfico:

FIGURA 2



Figura 2. Clasificación del deporte según Blázquez y Hernández (1984). Extraído de Robles et al. (2009).

- **Deportes de cooperación:** Son aquellos deportes en los que hay dos o más compañeros sin la presencia de adversarios.

FIGURA 3



Figura 3. Clasificación del deporte según Blázquez y Hernández (1984). Extraído de Robles et al. (2009).

- **Deportes de cooperación-oposición:** Son aquellos deportes en los que un equipo de dos o más jugadores se enfrenta a otro de similares características.

FIGURA 4



Figura 4. Clasificación del deporte según Blázquez y Hernández (1984). Extraído de Robles et al. (2009).

Finalmente, en base a las diversas clasificaciones descriptas, el deporte de Goalball, se considera, a nivel general, como un deporte paralímpico. Posteriormente, en base a un nivel más específico, el deporte en cuestión se clasifica como un deporte sociomotriz, de cooperación-oposición, en un espacio común con participación alternativa.

1.4. DEPORTE ADAPTADO Y DISCAPACIDAD VISUAL

En este segmento, se reflexiona acerca de la dificultad que implicaba la práctica del deporte adaptado, ya que, hasta hace un tiempo, era impensable que el deporte para las personas con discapacidad tuviera lugar, esto se debe a que como sociedad se tiene una concepción obsoleta e irracional acerca de las personas discapacitadas. Dicha concepción implicaba que toda persona que padeciera algún tipo de discapacidad física o psíquica debía ser marginada y encerrada. Además, se les atribuía fenómenos sobrenaturales, ya que la ciencia de esa época no encontraba respuestas viables (Agosto Gómez, 2015).

Asimismo, la denominación “*personas con necesidades especiales*”, que muchas veces pretende ser sinónimo, lleva a descifrar que las *personas con discapacidad* tienen necesidades que deben ser satisfechas en espacios segregados, también “especiales”. En rigor de verdad, tienen los mismos tipos de necesidades (fisiológicas, de alimentación, de seguridad, de estima, de autorrealización, de actividad deportiva) que cualquier persona a lo largo de toda su vida, solo que, algunas -no todas- experimentan ciertas “dificultades para satisfacerlas” de manera común y corriente (Pantano, 2007). Por ello, existen hechos históricos de relevancia que marcan los inicios de lo que hoy denominamos deporte adaptado.

Uno de ellos, es el de José María Cagigal (1979), (citado en Robles et al. 2009), quien propone dos orientaciones para el concepto *deporte*: “deporte espectáculo” y “deporte práctico”. La primera implica “grandes resultados deportivos, significativas exigencias competitivas donde los deportistas se considerarían profesionales y donde se recibiría presión e influencia de las demandas socioeconómicas y sociopolíticas”. Mientras, que “el deporte *praxis* estaría más en la línea de la utilización de la práctica deportiva como actividad de ocio, descanso, esparcimiento, equilibrio mental y físico, etc.” (p. 20).

Sin embargo, actualmente, el concepto de *deporte* se ha subdividido en diversas concepciones que aluden de forma explícita al ámbito o campo al que hacen referencia.

Uno de ellos, descrito específicamente en este apartado, es el deporte adaptado:

Implica todas aquellas actividades deportivas en las que es necesario reestructurar, acomodar y ajustar las condiciones de práctica, es decir, las normas y reglas, los móviles o aparatos, la técnica o formas de ejecución, el espacio y el tiempo de juego, etc., para que puedan ser practicadas por las personas que presentan alguna discapacidad física, psíquica o psicofísica (Robles et al., 2009, párr. 30).

Zucchi (2011), (citado en Salcedo 2018) propone que las poblaciones especiales pueden dividirse en tres grandes grupos:

- Personas con discapacidad motora

- Personas con discapacidad intelectual o mental
- Personas con discapacidad sensorial

De esta manera, la posibilidad de modificar las condiciones del deporte y adaptarlo a las necesidades del deportista con cualquiera de los tipos de discapacidad nombrados, trae consigo múltiples beneficios psicológicos, sociales y físicos. Colabora con el desarrollo personal y social, a través del entrenamiento estimula, mantiene y/o mejora la salud dando lugar a la autosuperación, y por último el objetivo principal intenta promover la inserción e integración del individuo en la sociedad.

Así, teniendo en cuenta la evolución del deporte adaptado, se aprecia cómo las personas con discapacidad empiezan a tener otro rol y concepción en la sociedad, desde las guerras mundiales donde eran marginadas, estigmatizadas y expulsadas, hasta la actualidad, donde deportivamente han llegado a su máxima representación en los Juegos Paralímpicos, que se llevan a cabo desde 1960, cada cuatro años y en múltiples países como sede.

Por lo tanto, en función del espacio que ha ido ganando la discapacidad en el deporte y en otros ámbitos, es menester aclarar qué se entiende por discapacidad.

Al respecto, la primera definición fue planteada en el año 1980 y se conoce con el nombre de Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías [CIDDM], para luego ser modificada en el año 2001 y titulada Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidad y Salud [CIF]. La primera clasificación está basada en la enfermedad y los estados relacionados, asentándose en un modelo médico. Por ello, entiende la *discapacidad* como: “restricción de la capacidad para realizar una actividad que obstaculiza el normal desempeño de la persona en la vida diaria” (citado en Arce Montaña, 2016, p. 9).

Posteriormente, comienza a surgir una transición que implica pasar de una perspectiva individual y médica a una estructural y social. Es decir, que se muta de un modelo médico a un modelo bio-psicosocial, donde las personas

comienzan a ser consideradas discapacitadas por la sociedad más que por su deficiencia corporal.

Es por ello, que la Organización Mundial de la Salud ([OMS], 2011) en su Informe Mundial sobre la Discapacidad, desde un punto de vista más amplio, define a la misma como:

Aquella que abarca todas las deficiencias, limitaciones para realizar actividades y las restricciones de participación, y se refiere a los aspectos negativos de la interacción entre una persona (que tiene una condición de salud) y los factores contextuales de esa persona (factores ambientales y personales). (p. 4).

Por tanto, el cambio fundamental en esta nueva definición es integrar – en el caso del deporte implica adaptar- el entorno de la persona con discapacidad, reflejando una interacción entre las características del ser humano y las características de la sociedad en la que vive.

Resulta significativo analizar la heterogeneidad de discapacidad y sus distintos niveles de complejidad, ya que hay visiones estereotipadas de la misma que tienden a identificar a la discapacidad con grupos “clásicos”, como personas en sillas de ruedas, ciegas o sordas.

Por ello, dicho Informe Mundial sobre Discapacidad ([OMS], 2011), establece que la discapacidad abarca desde el niño que nace con un problema congénito como puede ser la parálisis cerebral, y el soldado joven que pierde una pierna por la detonación de una mina terrestre, hasta la mujer de mediana edad con artritis severa o el adulto mayor con demencia, entre otros. Las condiciones de salud pueden ser visibles o invisibles, temporales o de largo plazo, estáticas, episódicas o degenerativas, dolorosas, con o sin consecuencias.

Siguiendo con la línea teórica, la presente investigación se centra en el estudio de un grupo de deportistas que presentan, específicamente, discapacidad visual, y a nivel general, discapacidad sensorial. Esta última, implica a aquellas personas que presentan pérdida o disminución de la función de alguno de los órganos de los sentidos, y, por lo tanto, están privados de

algunos estímulos provenientes del mundo exterior. Entre las más comunes encontramos la sordera y la ceguera (Soto, 2010).

Desde una perspectiva más específica, con arreglo a la Clasificación Internacional de Enfermedades ([CIE-10], actualización y revisión de 2006), la función visual se clasifica en cuatro categorías principales:

1. visión normal
2. discapacidad visual moderada
3. discapacidad visual grave
4. ceguera.

La *discapacidad visual moderada* y la *discapacidad visual grave* se reagrupan comúnmente bajo el término “*baja visión*”, ésta y la ceguera representan conjuntamente el total de casos de discapacidad visual ([OMS], 2014).

Asimismo, la Organización Nacional de Ciegos Españoles ([ONCE], 2015) plantea que la ceguera o discapacidad visual hace referencia a condiciones caracterizadas por una limitación total o muy seria de la función visual. Más específicamente, las personas con ceguera son aquellas que no ven nada en absoluto o solamente tienen una ligera percepción de luz, es decir, que pueden ser capaces de distinguir entre luz y oscuridad, pero no la forma de los objetos.

Por otra parte, las personas con disminución visual involucran aquellas que con la mejor corrección posible podrían ver o distinguir, aunque con gran dificultad, algunos objetos a una distancia muy corta. Así pues, las personas con dicho tipo de disminución, a diferencia de aquellas con ceguera, conservan todavía un resto de visión útil para su vida cotidiana, tal como el desplazamiento, orientación, tareas domésticas, lectura, incluso practicar algún tipo de deporte como el de la presente investigación.

Por lo tanto, la OMS (2014) afirma que la mayoría de las enfermedades que provocan discapacidad visual y ceguera se pueden prevenir o tratar mediante intervenciones médicas conocidas y costos efectivos. Y a su vez resalta las principales causas de ceguera, tales como: cataratas, glaucoma, degeneración macular relacionada con la edad, opacidad corneal, retinopatía

diabética, tracoma y afecciones oculares infantiles como las provocadas por carencia de vitamina A.

La ceguera relacionada con la edad y la debida a la diabetes no controlada se están incrementando a nivel mundial, mientras que la ceguera de causas infecciosas está disminuyendo gracias a las medidas de salud pública. Tres cuartas partes de los casos de ceguera son prevenibles o tratables.

En síntesis, la distribución mundial de las principales causas de discapacidad visual es:

- errores de refracción (miopía, astigmatismo o hipermetropía) no corregidos: 43%
- cataratas no operadas: 33%
- glaucoma: 2%

La forma en que la persona se ve afectada por la pérdida de visión va a ser diferente en el caso de ceguera congénita o adquirida, pero en ambos casos se va a ver alterado su estilo de vida y cotidianeidad. La persona que nace con discapacidad visual sufrirá seguramente menos, ya que para ella la visión no es lo natural, y será la reacción de su entorno quien determinará su vivencia de discapacidad.

El estado de salud del que parte la discapacidad supondrá daño o acotamiento en algunos órganos o funciones. Por lo que pueden verse afectadas o reducidas, las distintas capacidades de la persona: alguna o algunas capacidades, ya sea su capacidad para entender, para oír, para ver, para caminar, etc., poco o muy limitadas. Pero no se pasa a tener “otras capacidades” o capacidades diferente. Son las mismas, pero acotadas, aminoradas. Se trata, entonces, de personas *con* discapacidad.

Por lo tanto, remitiendo al planteo de la discapacidad congénita o adquirida, se tiene discapacidad, en cuanto diferente puede ser la manera en que se desenvuelve la persona. Hay –eso sí – una diferencia en su funcionamiento y no sólo está dada por el estado de salud de la persona sino precisamente por la interacción de ese estado con el entorno, ya sea en lo familiar o social, en lo económico, en lo cultural, etc. (Pantano, 2007).

Por otra parte, Arce Montaña (2016) en su investigación plantea que, en el caso de la ceguera adquirida, el proceso a través del cual las personas se

adaptan a la nueva situación que les toca vivir es complejo y distinto para cada individuo, pero, la pérdida total o parcial de la vista, supone para las personas afectadas un suceso que conlleva cambios a nivel personal, familiar, laboral y social. Ya que, la persona deberá experimentar el no ser capaz de realizar tareas y actividades que ha desarrollado desde la infancia, y, por ende, volver a aprenderlas.

Esto, implica adquirir nuevas formas de autonomía personal, reorganizar las competencias personales, replantearse los objetivos vitales y las metas personales como afecto, intereses y trabajo. Por ello, la persona que se enfrenta a una ceguera repentina está ante una situación difícil de aceptar, y le cuesta más trabajo y tiempo enfrentar su nueva realidad. Este proceso de aceptación de la realidad dependerá entre otros factores de la edad de la persona, su entorno, su nivel de autoconfianza y capacidad de resiliencia.

De esta manera, todos los cambios que se producen permiten analizar las correspondientes variables psicológicas de estudio, que el sujeto con discapacidad visual congénita o adquirida, manifiesta en el desempeño de actividades diarias y específicamente en las actividades deportivas.

1.5. EL GOALBALL Y SU HISTORIA

El goalball es considerado:

Deporte *paralímpico*, de equipo, creado especialmente para jugadores ciegos. Se basa en el uso del sentido auditivo para detectar la trayectoria de la pelota en juego (que lleva cascabeles en su interior) y requiere, además, una gran capacidad de orientación espacial para saber estar situado en cada momento en el lugar adecuado, con el objetivo de interceptar o lanzar la pelota ([FEDC]: Federación española de deportes para ciegos, 2002, p. 127).

A continuación, Francisco Monreal Vidal (citado en [FEDC], 2002), técnico de Goalball en la Federación Española de Deportes para Ciegos, brinda algunos datos significativos acerca de este deporte:

El goalball fue creado por el alemán Hans Lorenzen y el austríaco Seep Reindl. Este nuevo deporte formaba parte de un programa de rehabilitación para veteranos minusválidos de la Segunda Guerra Mundial. En él podían formar parte todos los veteranos ciegos, con el fin de desarrollar toda su capacidad de concentración y cualidades físicas.

En los Juegos Paralímpicos de 1972, en Heidelberg (Alemania), fue uno de los deportes de demostración. Entró a formar parte del calendario oficial a partir de 1976 en Toronto (Canadá), en categoría masculina, y de 1984 en Nueva York (Estados Unidos) en la categoría femenina.

En 1981, en París, los representantes de más de 30 países participantes en deportes para ciegos forman la Asociación Internacional de Deportes para Ciegos [IBSA]. Un año después, la propia IBSA crea un subcomité de goalball, con el objetivo de unificar el deporte a nivel mundial y revisar los reglamentos periódicamente.

En España, aunque ya se practicaba en los distintos Centros de Recursos Educativos de la ONCE (Organización Nacional de Ciegos Españoles), es en el año 1991 cuando se da el impulso decisivo, con la celebración del primer campeonato de España en Alicante.

1.5.1. BENEFICIOS DE LA PRÁCTICA DEL GOALBALL

a) FÍSICOS

- Desarrolla la velocidad de desplazamiento en los movimientos defensivos.
- Potencia el tren superior en los movimientos de ataque.
- Se desarrolla la vía de la resistencia anaeróbica por sus desplazamientos cortos y rápidos.

b) PSÍQUICOS

El goalball requiere una gran capacidad de concentración, debido a que se tiene que mantener la atención constante en definir las trayectorias del balón. Por eso, los jugadores inexpertos son capaces de jugar a gran nivel durante los

primeros compases del partido, pero va disminuyendo su efectividad debido a la pérdida de concentración.

c) ESPECÍFICOS

- **Orientación en el espacio:** para el deporte del goalball es necesario saber orientarse en el espacio de tal forma que en todo momento el jugador sepa su posición para parar el balón y para saber dónde se lanza. Esta cualidad también será muy útil en la vida cotidiana.
- **Percepción auditiva:** a través del sentido del oído el jugador de goalball es capaz de saber la trayectoria, velocidad y movimiento del balón.

d) SOCIALES

El goalball es un deporte de equipo en el que se desarrollan las cualidades de cooperación entre los componentes, en el que todos los miembros luchan por un mismo objetivo.

1.5.2. REGLAMENTOS

A continuación, se expone un breve resumen de las reglas más importantes del juego:

1. Campo y equipamiento

1.1. Campo

1.1.1. Dimensiones

El campo utilizado para goalball consistirá en un rectángulo de 18 metros de largo y 9 metros de ancho.

1.1.2. Área de equipo

El área de cada equipo consistirá en una zona de 9 metros de ancho y 3 metros de fondo cuyo borde posterior será la línea de gol.

1.1.3. Líneas de orientación del jugador

En el área del equipo se marcarán dos líneas exteriores de posición a 1,50 metros de la línea frontal que delimita el área del equipo. Estas líneas medirán 1,50 metros de longitud e irán trazadas hacia el interior, desde la línea

exterior del campo hacia el centro del área del equipo. Las líneas estarán situadas a cada lado del área del equipo.

Además, se marcarán dos líneas de posición centrales en el área del equipo. Estas líneas señalarán el centro del área e irán trazadas, perpendicularmente, hacia el interior, una desde la línea frontal del área del equipo y otra desde la línea de gol. Tendrán una longitud de 0,50 metros. Además, habrá otras dos líneas de 0,15 metros trazadas perpendicularmente hacia la línea de gol; estas líneas se situarán a 1,50 metros de cada línea lateral del campo, y estarán trazadas a partir de la línea frontal del área del equipo.

1.1.4. Área de lanzamiento

Inmediatamente pegada al área del equipo, justo delante de ella, está el área de lanzamiento. Esta área mide 9 metros de ancho por 3 metros de profundidad.

1.1.5. Área neutral

El espacio restante entre las dos áreas de lanzamiento es el área neutral, que mide 6 metros de profundidad. Estará dividida en dos mitades de 3 metros, por una línea central.

1.1.6. Área de banquillo del equipo

Los banquillos de los respectivos equipos se situarán a cada lado de la mesa de jueces y a una distancia mínima de 3 metros de la línea lateral del área de juego. El área de banquillo del equipo deberá estar lo más cerca posible de la mesa de jueces y no alineada con el área del equipo. Las áreas de banquillo de cada equipo estarán situadas en el mismo extremo del campo que el área de equipo de ese mismo equipo.

1.1.7. Marcas

Todas las líneas del campo medirán 0,05 metros de ancho, serán bien visibles y podrán reconocerse al tacto, con el fin de que los jugadores puedan orientarse con facilidad. En todas las líneas se colocará una cuerda de 0,003 metros de espesor bajo la cinta.

FIGURA 5

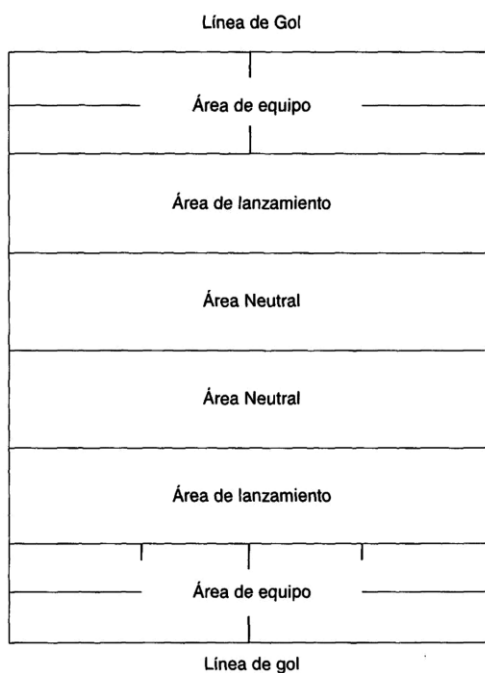


Figura 5. Áreas de campo de juego. Extraído de: Deportes para personas ciegas y deficientes visuales (2002).

1.2. Equipamiento

1.2.1. Portería (arco)

Las medidas interiores de las porterías serán de 9 metros de ancho por 1,30 metros de altura. El larguero deberá ser rígido. Los postes estarán fuera del campo, pero alineados con la línea de gol. El diámetro máximo de los postes y del larguero no excederá de 0,15 metros.

1.2.2. Balón

El balón estará hecho de goma y tendrá un peso de 1,250 kilogramos, con cascabeles en su interior. Tendrá una circunferencia de aproximadamente 0,76 metros y 8 agujeros de 0,01 metros de diámetro cada uno.

1.2.3. Uniforme reglamentario

Todos los jugadores deberán vestir una camiseta oficial de competición. Las camisetas deberán ir numeradas tanto en el pecho como en la espalda. Los números deben estar comprendidos entre el cero (0) y el nueve (9).

1.2.4. Gafas y lentes de contacto

Estará prohibido llevar gafas o lentes de contacto.

1.2.5. Antifaz

Todos los jugadores que estén dentro del terreno de juego deberán llevar puesto un antifaz, desde que suene el primer silbato de cualquier mitad del partido hasta el final de dicha mitad. Esto incluirá el tiempo normal del partido, la prórroga y los tiros libres. Si durante una situación de tiempo muerto, un jugador del banquillo entra en el campo, deberá llevar su antifaz puesto.

1.2.6. Parches

En todos los Campeonatos Oficiales los jugadores deberán cubrirse los ojos con parches ópticos.

2. Participantes

2.1. Clasificación

La competición se dividirá, según el sexo, en dos grupos: masculino y femenino.

2.2. Composición de los equipos

Al comienzo de un torneo, el equipo estará compuesto por tres jugadores, con un máximo de tres suplentes. En caso de lesiones, un equipo podrá seguir participando con menos jugadores, pero en ningún caso seguirá participando con un solo jugador.

Cada equipo podrá tener hasta tres guías en el banquillo.

3. Oficiales

3.1. Número requerido

En un partido oficial habrá dos árbitros, un encargado de medir el tiempo, dos encargados de medir períodos de diez segundos, un encargado de puntuación, un anotador de lanzamientos y cuatro jueces de portería.

4. Juego

4.1. Duración del juego

Cada partido tendrá una duración total de 20 minutos, dividida en dos mitades de 10 minutos cada una. El oficial encargado de medir el tiempo avisará 30 segundos antes del comienzo de cualquier mitad. Se considerará terminada cualquier mitad del juego cuando expire el tiempo. El descanso entre una parte y otra durará 3 minutos. El partido se reanudará exactamente cuándo expiren los tres minutos. Si un equipo no estuviera preparado entonces para reanudar el

juego, será sancionado por retraso en el juego. La medición del tiempo se detendrá durante las situaciones de sanción.

4.2. Prórroga

Si es preciso nombrar un ganador en caso de que, al terminar el tiempo oficial, se haya producido un empate en el marcador, los equipos jugarán una prórroga de seis (6) minutos de duración, dividida en dos períodos de tres minutos cada uno. De todos modos, el juego finalizará en el momento en que uno de los equipos logre anotar un gol, y será proclamado ganador.



CAPÍTULO II: AUTOCONFIANZA



2. AUTOCONFIANZA

La presente investigación propone describir el concepto de Autoconfianza, ya que dicha variable psicológica es considerada una cualidad de la resiliencia. Si bien es un factor que se puede abordar desde múltiples ámbitos, en este caso se estudiará desde la esfera de la Psicología del Deporte y a partir de la base teórica de Albert Bandura.

Partiendo de la esfera de la psicología del deporte, definen a este factor como la “creencia o grado de certeza que los individuos poseen sobre sus habilidades de obtener éxito en el deporte” (Weinberg y Gould, 2010, p. 327).

Además, basándose en la teoría de Vealey (1986), (citado en Weinberg y Gould, 2010), quien esbozó la autoconfianza como un constructo social cognitivo que puede ser más un rasgo característico o más un estado, según el marco de referencia temporario que se utilice, los autores plantean que, dicha variable psicológica, no es un factor fijo e inalterable en un deportista, más bien, se trata de una situación dinámica que no solo cambia de una situación a otra, sino que puede, incluso, sufrir variaciones dentro de un mismo evento o contexto.

Es decir, la confianza puede ser algo que se siente en la actualidad, y, por lo tanto, ser inestable (estado de confianza), o bien, puede formar parte de la personalidad del deportista y así ser estable (característica de autoconfianza).

Por otra parte, Dosil (2004), (citado en Perlbach, 2016) brinda una definición similar del constructo, describiéndolo como el “grado de certeza, de acuerdo con las experiencias pasadas, que tiene el deportista respecto a su habilidad para alcanzar el éxito en una determinada tarea, es decir, la creencia de que se puede hacer realidad un comportamiento deseado” (p. 58).

Una acotación final sobre la definición de autoconfianza es que la evolución y la investigación reciente (Vealey, Knight y Pappas, 2002) ha revelado que, como muchos otros constructos de la personalidad, la autoconfianza puede ser multidimensional y consiste en varios aspectos. Específicamente parece haber varios tipos de autoconfianza dentro del deporte, entre ellos:

- Confianza en la propia capacidad de ejecutar habilidades físicas.
- Confianza en la propia capacidad de usar habilidades psicológicas.
- Confianza en el uso de las habilidades de percepción.
- Confianza en el nivel de aptitud física y el estado del entrenamiento propio.
- Confianza en el potencial de aprendizaje propio o la capacidad para mejorar la propia habilidad.

Algunos estudios de investigación científica, como el de González Campos, Valdivia Moral, Zagalaz y Romero (2015), realizaron una revisión de estudios indagando la autoconfianza y el control de estrés en futbolistas, en el mismo, obtuvieron como conclusiones que las habilidades psicológicas influyen en el rendimiento deportivo de los futbolistas. Además, resaltaron que la autoconfianza y el control de estrés ayuda a predecir el rendimiento deportivo. Por último, consumaron en que a mayor nivel de autoconfianza se observa menor nivel de ansiedad.

De las variables psicológicas -asociadas con el rendimiento deportivo en nadadores profesionales- medidas en la tesis de investigación de Perlbach (2016), se detectó que únicamente la autoconfianza presenta correlaciones estadísticamente significativas con el rendimiento, a diferencia de las demás variables medidas, control de afrontamiento positivo, control de afrontamiento negativo, atención, control visuo - imaginativo, actitud y motivación. Confirmando la hipótesis de Guillén Rojas (2007), mientras mayor sea la percepción de autoeficacia, mejor tiende a ser el desempeño del individuo.

Fradejas Medrano, Espada Mateos y Garrido Martos (2017), en su estudio de la autoconfianza en el deporte en edad escolar, indican que los jóvenes atletas que practican algún tipo de deporte, con respecto a los que no lo practican, muestran mayores niveles de autoconfianza. Además, en el caso de los jóvenes deportistas que practican cualquier deporte, los que tienen mayor experiencia y práctica deportiva, también muestran mayores niveles de dicho factor psicológico.

Finalmente, Achilli (2010), en su trabajo de investigación acerca de los remeros que compiten en single scull, concluye que la autoconfianza podría ser un factor más que contribuye en alguna medida al rendimiento deportivo, junto a

otras variables psicológicas como motivación, ansiedad, etc., físicas y técnicas, que en conjunto hacen al buen deportista.

2.1. TEORÍA DE AUTOCONFIANZA DE ALBERT BANDURA

Bandura (1977), a través de su visión cognitivo social de la conducta humana, le concede, en su teoría, una gran importancia a las expectativas de autoeficacia, al considerarlas como uno de los mecanismos más influyentes en la explicación del comportamiento humano (citado en Guillén Rojas, 2007).

Es importante aclarar que, muchas veces, en el contexto deportivo, la *autoconfianza* recibe la denominación de expectativas de *autoeficacia*. Este concepto parte de la teoría de Albert Bandura, 1977, quien lo define como “creencia en la propia habilidad para organizar y ejecutar los cursos de acción necesarios para obtener determinados logros”. (p. 3)

No se refiere a la medida de las destrezas que uno posee, sino a una creencia acerca de lo que se puede lograr bajo diferentes condiciones, con cualquiera de las habilidades que se tengan. De esta forma, las expectativas de autoeficacia influyen en cómo las personas piensan, sienten, se motivan y actúan.

Siguiendo con las premisas teóricas de Bandura (1977) el autor diferencia en tres dimensiones las expectativas de autoeficacia, a saber: en nivel o dificultad, en fortaleza y en generalidad.

- Dimensión de nivel: se refiere a la cantidad de actividades que puede realizar el individuo con base en determinada medida. Se sabe que un umbral bajo generará una confianza completa dado que la tarea no presenta ninguna dificultad, y que los umbrales demasiado altos afectan considerablemente la autoeficacia, así que se espera un nivel más o menos equilibrado para que las actividades puedan ser desafiantes y retadoras, pero asequibles.

- Dimensión de fortaleza: se refiere a qué tan convencida y resuelta está una persona con respecto a su capacidad para realizar determinada conducta. Las personas cuyas creencias son débiles, tienden a desistir más fácilmente por experiencias desagradables que aquellas personas cuyas creencias de capacidad se mantienen firmes a pesar de las dificultades, adversidades y/o críticas.

- Dimensión de generalidad: hace alusión a que existe un amplio (o reducido) rango de actividades o tareas en las que el sujeto se juzga capaz de realizar, es decir, remite a la consideración de la posibilidad de que las experiencias de éxito o de fracaso al realizar alguna actividad puedan extenderse a otras conductas o contextos similares, bien sea en la modalidad cognitiva, conductual o afectiva en que se expresan tales capacidades.

Por otra parte, Bandura (1977), propone que los juicios de autoeficacia elaborados por el sujeto provienen de la interacción, principalmente de cuatro fuentes diferentes de información, que eventualmente son valoradas por el individuo. Las mismas son:

- Experiencia propia: la información que proporcionan las ejecuciones previas y las condiciones en las cuales estas ejecuciones ocurrieron proporciona la información de mayor importancia para el sujeto ya que estas se basan en experiencias de dominio real. Según Bandura, el éxito aumenta las evaluaciones positivas de eficacia, mientras que los fracasos repetidos la reducen.

- Persuasión social: se basa en los reportes de otros, es decir, el individuo crea y desarrolla su autoeficacia como resultado de lo que le dice su entorno, tales como, maestros, padres y compañeros. La persuasión es utilizada para inducir al sujeto en la creencia de que posee la suficiente capacidad para lograr lo que desea. Esta se trata de la capacidad de influencia de los “otros significativos” que resultan determinantes en la implicación.

- Experiencia vicaria: en esta fuente de información, se afirma que cuando una persona ve o imagina a personas similares que actúan

con éxito, aumenta la probabilidad de autopercepción de eficacia del observador, pudiendo pensar que él también posee las capacidades para realizar y dominar tales actividades. Según Bandura, el individuo, al observar la conducta de otros individuos, ve lo que son capaces de hacer, nota las consecuencias de su conducta, y luego usa esta información para formar sus propias expectativas acerca de su propia conducta y sus consecuencias.

- Estado fisiológico y afectivo: los sujetos logran calibrar su autoeficacia al observar su estado emocional y sus reacciones fisiológicas asociadas a ella, cuando están contemplando la realización de alguna actividad.

La autoeficacia interviene en la determinación personal para la acción e influye en la motivación y en la cantidad de esfuerzo empleados por el individuo para afrontar situaciones nuevas en las cuales se presentan obstáculos.

Mientras mayor sea la percepción de autoeficacia, mejor tiende a ser el desempeño del individuo. Este éxito puede llevar a sentimientos positivos más generalizados acerca de sí mismo. La autoeficacia no solo afecta el comportamiento de manera directa, sino que puede ejercer influencia en otros aspectos definitorios, como las metas y las aspiraciones, la percepción de las dificultades y el acceso a oportunidades en el medio en el que se desempeña, además del esfuerzo y la perseverancia que se le dedica a la tarea (Guillén Rojas, 2007).

2.2. MODELO MULTIDIMENSIONAL DE CONFIANZA DEPORTIVA

El modelo multidimensional de confianza deportiva surge de una revisión del *modelo de autoconfianza* de Vealey (1986), (citado en Weinberg y Gould, 2010). En el modelo original se conceptualizaba el rasgo personal de confianza deportiva, el estado de confianza deportiva y la orientación competitiva como predictores de satisfacción y éxito en el rendimiento. Entre las limitaciones del modelo original figuraban la responsabilidad del estado de confianza deportiva

de predecir el rendimiento y la falta de capacidad del modelo para conceptualizar medidas de confianza deportiva en su naturaleza multidimensional.

Por lo tanto, para solucionar las deficiencias del modelo original, se desarrolla el *modelo multidimensional de confianza deportiva* (Vealey y Knight, 2002). Esta nueva propuesta, se basa en dos tipos de confianzas: rasgo y estado. La primera hace referencia al grado de creencia que normalmente se tiene sobre la habilidad para tener éxito en el deporte. Mientras que la confianza estado es la confianza que se posee en un momento particular sobre la habilidad para tener éxito en el deporte (citado en Nicolás Marín, 2009, p. 12).

La representación gráfica del modelo multidimensional de confianza deportiva (figura 6), ilustra en el rectángulo central, tres campos que simbolizan las fuentes de confianza deportiva, y tres tipos de confianza deportiva. El conjunto de los campos y de los tipos se denomina *rectángulo de confianza deportiva*. Las construcciones que se encuentran dentro del rectángulo influyen y reciben la influencia de las *características del deportista* (rasgos de personalidad, actitudes y valores), de las *características demográficas* (edad, sexo, grupo étnico, cultura) y de la *cultura de la organización* (nivel competitivo, clima para la motivación, objetivos del programa). Las tres fuentes de confianza deportiva se identifican en la figura como *logros* (dominio y demostración de destreza), *autorregulación* (preparación física y mental, autopresentación física) y *clima social* (apoyo social, liderazgo de los entrenadores, aprendizaje vicario, confort ambiental, carácter favorable de la situación). En el modelo, las fuentes de confianza deportiva reciben influencia e influyen sobre tres tipos de confianza deportiva. Los mismos son: *eficiencia cognitiva* (toma de decisiones, dominio del pensamiento, mantenimiento de un objetivo), *habilidades y entrenamiento físico* (ejecución y entrenamiento de las habilidades) y *resiliencia* (superación de los obstáculos, los contratiempos y dudas y adopción de un nuevo rumbo después de los errores) (Cox, 2009b, p. 109).

Por último, continuando con el planteamiento del autor, el rectángulo de la autoconfianza y la confianza deportiva multidimensional – en particular – determinan el modo en que el deportista, las características demográficas y la cultura organizativa influyen en los sentimientos, la conducta y la cognición del deportista (triángulo). A su vez, los sentimientos, la conducta y la cognición,

influyen en el rendimiento deportivo, el que también recibe influencia de factores externos incontrolables y de las aptitudes y características físicas del deportista.

FIGURA 6

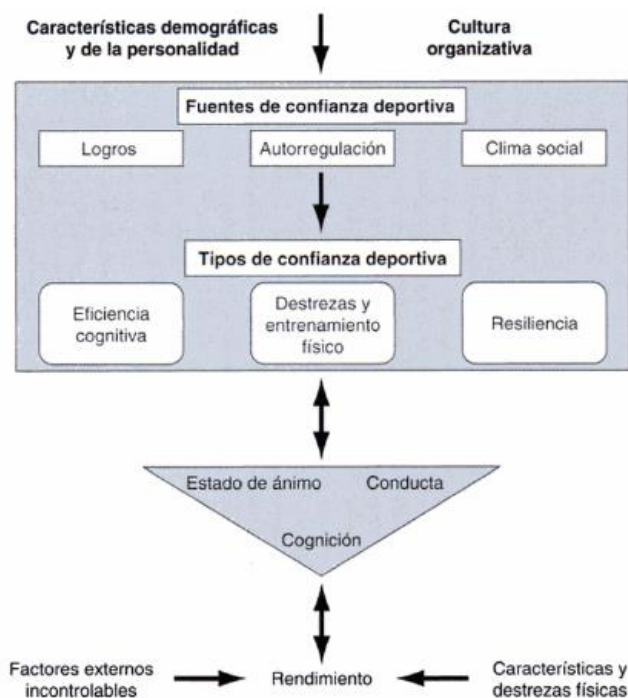


Figura 6. Modelo multidimensional de confianza deportiva de Vealey et al. (2002). Extraído de Cox (2009b, p. 110).

2.3. BENEFICIOS DE LA AUTOCONFIANZA

La autoconfianza se caracteriza por una alta expectativa de éxito y, en esencia, puede influir en el afecto, la conducta y las cogniciones, tres pilares fundamentales de psicología del deporte (Weinberg y Gould, 2010). A continuación, se tratan cada uno de los beneficios pertinentes a los pilares nombrados:

- Activa emociones positivas: cuando una persona tiene confianza, tiende más a permanecer calmado y relajado bajo presión.

Este estado del cuerpo y de la mente le permite ser más pujante y asertivo cuando el resultado de la competencia reside en el balance.

- Facilita la concentración: cuando el sujeto tiene confianza, la mente es libre de focalizarse en la tarea al alcance. Es decir, los individuos que tienen confianza son más habilidosos y eficientes en el uso de sus procesos cognitivos y tienen habilidades atencionales más productivas, patrones atribucionales y estrategias de igualación.

- Afecta metas: las personas que poseen confianza tienden a fijar metas desafiantes y perseguirlas de manera activa. Esto les permite dar cuenta del potencial propio.

- Aumenta el esfuerzo: cuánto esfuerzo pondrá alguien y durante cuánto tiempo un individuo persistirá en conseguir su objetivo depende en gran parte de su confianza.

- Afecta estrategias de juego: los deportistas con confianza suelen jugar para ganar. Por lo general ellos no tienen miedo de arriesgarse y de esa manera toman el control de la competencia para su propia ventaja. Cuando los deportistas no tienen confianza, a menudo juegan para no perder, son cautelosos y tratan de evitar cometer un error.

- Afecta el momento psicológico: los deportistas y entrenadores se refieren a los momentos psicológicos como determinantes críticos para ganar o perder. Este último es definido como un “cambio positivo o negativo en la cognición, los sentimientos, la fisiología y la conducta, originado por una serie de sucesos que darán como resultado, una modificación en el rendimiento y el resultado de la competición” (Taylor y Demick, 1994 citado en Cox, 2009b, p. 111).

Ser capaz de producir un momento psicológico positivo o revertir uno negativo es un activo importante. La confianza parece ser un ingrediente crítico en este proceso.

- Afecta el rendimiento: la relación más importante para los deportistas es la que existe entre la confianza y el rendimiento. No obstante, se ha sugerido la importancia de factores como la cultura organizacional, características de la personalidad, características

demográficas, afecto y conocimiento. Dichos factores afectan cuando la confianza es muy baja, muy alta o es la correcta.

2.4. NIVELES DE AUTOCONFIANZA

Antes de describir los distintos niveles de autoconfianza, primero se debe comprender la relación existente entre la confianza y el rendimiento deportivo, ya que este último mejora según crece el nivel de confianza hasta un punto óptimo donde mayores aumentos de confianza producen sus correspondientes disminuciones en el rendimiento (Weinberg y Gould, 2010).

Entre los distintos niveles de confianza, los autores diferencian los siguientes. Por un lado, la *Autoconfianza Óptima* implica estar tan convencido de poder cumplir con las metas propias que la persona se esfuerza duramente para alcanzarlas. No significa, necesariamente, que el individuo siempre se desempeñará bien, pero es esencial para alcanzar el potencial. La fuerte creencia en uno mismo ayuda a lidiar con los errores y equivocaciones de manera efectiva y mantener el esfuerzo hacia el éxito.

Cada persona tiene un nivel óptimo de autoconfianza y los problemas de rendimiento pueden surgir tanto cuando se tiene muy poca o demasiada confianza. Las personas que manifiestan *Falta de Autoconfianza* generalmente tienen las habilidades físicas para ser exitosos, pero carecen de confianza en su capacidad para desempeñar dichas habilidades bajo presión. Las dudas debilitan el rendimiento, crean ansiedad, quiebran la concentración y causan indecisión. Los individuos que pierden confianza se focalizan en sus errores en vez de hacerlo en sus fortalezas, por lo que se distraen de la concentración en las tareas que tienen a mano.

Por otra parte, se encuentran también las personas con *Exceso de Confianza*. Estas personas, en realidad, son falsamente confiadas, es decir, que su confianza es mayor de lo que sus capacidades garantizan. Su rendimiento declina porque creen que no tienen que prepararse o esforzarse para hacer el trabajo.

Otra de las situaciones más comunes es en la que un deportista *finge el exceso de confianza*. A menudo los deportistas hacen esto como un intento de complacer a los otros y para esconder sus sentimientos. Para lo cual sería más constructivo que los atletas pudieran expresar tales sentimientos al entrenador, para que éste pueda diseñar programas para ayudar a eliminar dudas y recuperar la autoconfianza.



CAPÍTULO III: RESILIENCIA



3. RESILIENCIA

La resiliencia es un concepto que se estudia en múltiples ámbitos, desde psicología del deporte, psicología clínica, hasta ámbitos como ingeniería y ecología. Desde allí, se evidencia el gran interés y difusión que está reuniendo el concepto, para aportar avances al estudio científico.

A partir de lo planteado, se pretende introducir el concepto brindando una definición general y luego una especificación desde el ámbito de la psicología.

Así, según el Diccionario de la Real Academia Española ([RAE], 2014), la palabra resiliencia proviene del vocablo latino *resilio* que significa “volver atrás, volver de un salto, rebotar”. Además, es definido como “la capacidad de un material, mecanismo o sistema para recuperar su estado inicial cuando ha cesado la perturbación a la que había estado sometido”.

Por otra parte, en el ámbito de la psicología, no existe una definición unívoca consensuada, por lo que, diversos autores brindan múltiples definiciones análogas adaptadas al ser humano. Al respecto, Blanquez Egido (2012), establece una clasificación de las definiciones más importantes realizadas por los diferentes autores a lo largo de la historia del concepto, ordenadas en tres tipos, aquellas que básicamente se centran en las circunstancias externas favorecedoras de su desarrollo, aquellas que plantean que el sujeto es el activo principal de su propia recomposición, y por último, las de carácter interaccionista, que tienen en cuenta la influencia tanto del entorno como de las fortalezas del individuo en el desarrollo exitoso de este.

En relación con el tipo de definiciones *centradas en el entorno*, se define a la resiliencia como el “proceso de afrontamiento con eventos vitales desgarradores, estresantes o desafiantes, de modo que proporciona al individuo protección adicional y habilidades de afrontamiento que las que tenía previa a la ruptura que resultó desde el evento” (Richardson, Nieger y Kumpfer, 1990 citados en Blanquez Egido, 2012, p.12).

En las definiciones *centradas en el sujeto*, diversos autores concuerdan en una misma idea, considerando a la resiliencia como un componente del self o habilidad del sujeto para afrontar exitosamente situaciones de adversidad o de

alto riesgo, pudiendo surgir de ellas, logrando adecuada recuperación, superación y adaptación a una vida más productiva (Instituto de resiliencia infantil y familia, 1994; Grotberg, 1995; Kaplan, 1999; Fergus y Zimmerman, 2005; Marciaux, 2005 citados en Blanquez Egado, 2012).

Finalmente, las definiciones *centradas en el interaccionismo* mencionan a dos autores prestigiosos en el ámbito, por un lado, Luthar y Zingler (1991, citados en Blanquez Egado, 2012) quienes plantean el termino resiliencia como “historia de adaptaciones exitosas en el individuo que se ha visto expuesto a factores biológicos de riesgo o eventos de vida estresantes. Además, implica la expectativa de continuar con una baja susceptibilidad a futuros estresores” (p. 12).

Por otro lado, Rutter (1992), establece que la Resiliencia se ha caracterizado como “un conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que posibilitan tener una vida ‘sana’ viviendo en un medio ‘insano’ “(como se cita en Blanquez Egado, 2012, p. 12).

Por lo tanto, el concepto se puede comprender a partir de las capacidades individuales de las personas como así también a partir de las consecuencias de la exposición de adultos y niños a factores adversos. Es decir, algunos pueden tener dificultades para desarrollar mecanismos de afrontamiento apropiados, mientras que otros superarán la adversidad adaptándose al estrés, trauma o ambiente impredecible (Cardoso y Sacomori, 2014).

En diversos trabajos de investigación científica, ha resultado cada vez más relevante el estudio de las características del perfil resiliente en deportistas con discapacidad. Entre ellos se destaca la publicación realizada por Machida, Irwin y Feltz (2013), en el cual, mediante el empleo de una entrevista semiestructurada a doce jugadores de rugby en silla de ruedas, muestran que el desarrollo de la resiliencia es multifactorial e implica factores tanto de la personalidad rasgo del individuo, como de las experiencias vitales experimentadas.

Por otra parte, el análisis psicométrico de la Escala de Resiliencia en el deporte de fútbol, trabajo realizado por Ruiz, De la Vega, Poveda, Rosado y Serpa (2012), plantea que, desde una perspectiva estrictamente deportiva, las exigencias del deporte a nivel competitivo conllevan el desarrollo de capacidades psicológicas de tolerancia y superación de adversidades propias de la práctica

deportiva. En base a ello, la muestra de 110 jugadores de fútbol de competición, correspondientes a las categorías cadetes, juveniles y senior, con un rango de edad entre 15 y 21 años, evidenciaron mayores valores de resiliencia global en comparación con otros estudiantes no practicantes del deporte.

Por último, el estudio realizado por Suriá Martínez (2016), trata de profundizar la relación entre la resiliencia y el bienestar subjetivo en las personas con discapacidad. Los resultados obtenidos en su investigación respaldan la idea de otros autores que resaltan que la experiencia de vivir con una discapacidad, lejos de hundir a la persona, refuerza a la misma para luchar y afrontar con éxito los obstáculos que lleva añadidos. Ya que, al examinar los resultados de resiliencia en función de la tipología de la discapacidad, los resultados indican que las puntuaciones más altas las mostraron los participantes con discapacidad motora y visual, mientras que desde la discapacidad auditiva e intelectual se revelaron puntuaciones inferiores.

3.1. TEORÍA DE LA PSICOLOGÍA POSITIVA DE MARTIN SELIGMAN

El estudio de la resiliencia se abordará desde el enfoque de la Psicología Positiva propuesto por su fundador, Martin Seligman. De esta manera, para comprender holísticamente el concepto, primero se debe describir su base teórica.

De modo que, Seligman (2002), define a la Psicología Positiva como “el estudio científico de las experiencias positivas, los rasgos individuales positivos, las instituciones que facilitan su desarrollo y los programas que ayudan a mejorar la calidad de vida de los individuos, mientras previene o reduce la incidencia de la psicopatología” (p. 3).

Por otra parte, Vera Poseck (2006), sostiene una idea similar, entendiendo a la Psicología Positiva como “una rama de la psicología que busca comprender, a través de la investigación científica, los procesos que subyacen a las cualidades y emociones positivas del ser humano” (p. 5).

Entre las diversas definiciones aportadas por los autores, la descripción que parece tener más aceptación es la realizada por Linley, Joseph, Harrington y Wood (2006), quienes postulan que la Psicología Positiva es:

El estudio científico de las posibilidades para un desarrollo humano óptimo. A nivel metapsicológico se propone dar mayor importancia al estudio de los aspectos positivos de las experiencias vitales de los seres humanos, integrándolos con los que son causa de sufrimiento y de dolor. En un nivel de análisis pragmático, se ocupa de los medios, procesos y mecanismos que hacen posible lograr una mayor calidad de vida y realización personal (p. 8).

3.1.1. HISTORIA DE LA PSICOLOGÍA POSITIVA

Los antecedentes modernos de la Psicología Positiva, antes de su sistematización como entidad propia, comprende las obras encuadradas en el movimiento humanista, ya que los autores de esta corriente, principalmente Abraham Maslow y Carl Rogers, recuperaron una visión positiva del ser humano en respuesta a los paradigmas predominantes de la época como eran el psicoanálisis y el conductismo (Hervás, 2009).

Por otra parte, Blanquez Egido (2012) brinda algunos aportes históricos en los cuales plantea que, tras la Segunda Guerra Mundial, la Psicología comienza a centrarse en el tratamiento e investigación de la psicopatología, por lo tanto, dicha rama se ve encuadrada dentro de un Modelo Clínico que basa su actividad en el diagnóstico, pronóstico, curación y prevención. Sin embargo, Martin Seligman, en 1996 a lo largo de su presidencia en la APA, promueve una reorientación de la Psicología hacia el desarrollo de los aspectos positivos de la vivencia humana, haciendo un traslado de competencias hacia un Modelo Salugénico.

3.1.2. ÁREAS DE ESTUDIO

Blanquez Egido (2012), en su investigación, expone tres áreas abordadas desde la Psicología Positiva. La primera de ellas es el *estudio de las emociones positivas*, siendo éstas las que están relacionadas con estados emocionales placenteros y son las facilitadoras del desarrollo de habilidades y comportamientos nuevos.

La segunda tiene que ver con el *estudio del bienestar*. Este último implica tres dimensiones que corresponden al bienestar subjetivo, bienestar psicológico y bienestar social, por lo tanto, la Psicología Positiva debe centrar parte de sus esfuerzos en potenciar que el bienestar en las tres áreas sea efectivo para conseguir el bienestar personal.

La tercera, y última, implica el *estudio de las fortalezas humanas*, intentando clasificarlas elaborando un sistema de evaluación de estas. Finalmente, se ha llegado a un consenso que propone veinticuatro fortalezas agrupadas en seis bloques diferentes: sabiduría y conocimiento (creatividad, curiosidad, apertura de mente, amor al aprendizaje y perspectiva), coraje (autenticidad, valor, persistencia y vitalidad), humanidad (bondad, amor e inteligencia social), justicia (justicia, liderazgo y trabajo en equipo), contención (capacidad de perdonar, modestia, prudencia y autorregulación) y trascendencia (apreciación de la belleza, gratitud, esperanza, humor y religiosidad).

3.2. FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCIÓN EN LA RESILIENCIA

La expresión de formas resilientes de afrontamiento está asociada a factores protectores, factores de riesgo y vulnerabilidad, los cuales describen los elementos predisponentes del sujeto y aquellos del entorno que influyen en el comportamiento saludable. La perspectiva interaccionista sobre resiliencia pone

de manifiesto que la relación entre determinadas características del entorno y del individuo favorecen la necesidad, la aparición y desarrollo del proceso resiliente (Blanquez Egado, 2012).

Siguiendo con los planteos teóricos del autor, por un lado, se entiende que el contexto en el que se desenvuelve el sujeto puede poseer variables que dispongan a la fractura o la crisis, son lo que se denominan *factores de riesgo*. Ergo, se entiende que un factor de riesgo es cualquier característica o cualidad de una persona o comunidad que va unida a una elevada probabilidad de dañar su salud (Munist, Santos, Kotliarenko, Suárez, Infante y Grotberg, 1998). Por lo tanto, a nivel individual como a nivel social, todos aquellos sujetos o entornos que concentren sobre sí mismos factores de riesgo serán descritos respectivamente como individuos y entornos de alto riesgo.

Sobre los factores de riesgo existen aquellos denominados *factores de riesgo de entorno* que tienen un *carácter estructural*, como son la pertenencia a determinado estrato social, condición económica, etnia y religión o raza. Otros de *carácter transaccional*, que son considerados obstáculos que aumentan la vulnerabilidad en el desarrollo del individuo y entre ellos se encuentra la prematuridad al nacer, la pobreza, los problemas familiares, la violencia, la enfermedad, las pérdidas, el maltrato, las guerras, entre otros. Y, asimismo, existen también *factores de riesgo internos* entendidos como vulnerabilidades del menor hacia sí mismo o su entorno. La vulnerabilidad es la predisposición individual de la persona para desarrollar formas variadas de psicopatología o conductas no eficaces, o la susceptibilidad de un resultado negativo en su desarrollo.

De la misma manera que ocurre con los factores de riesgo, los *factores de protección* nacen de la perspectiva clínica y hacen referencia a aquellas características que favorecen la salud a nivel bio-psico-social.

La Organización Panamericana de la Salud (1998, citado en Munist et al., 1998) define los factores de protección como las condiciones o los entornos capaces de favorecer el desarrollo de individuos o grupos y, en muchos casos, de reducir los efectos de circunstancias desfavorables, y agrega que los mismos facilitan el proceso individual de percibir y afrontar el riesgo.

En lo que concierne a los factores protectores, se puede distinguir entre externos e internos. Los *externos* se refieren a condiciones del medio que actúan reduciendo la probabilidad de daños, por ejemplo, familia extendida, apoyo de un adulto significativo, o integración social y laboral. Los *internos* se refieren a atributos de la propia persona, algunos de ellos son: seguridad y confianza de sí mismo, facilidad para comunicarse, empatía.

3.3. COMPONENTES DE RESILIENCIA

Blanquez Egido (2012), plantea que la Resiliencia tiene dos componentes importantes sobre los que se desarrollan sendos modelos de intervención (clínico y salugénico), nombrados anteriormente: la resistencia a la destrucción y la capacidad de construir sobre circunstancias o factores externos.

La *resistencia a la destrucción* se abordaría desde un enfoque de riesgo que está relacionado estrechamente con la visión propuesta desde el modelo clínico, donde, la perspectiva de estudio se centra en el análisis de la enfermedad y aquellas características que se asocian con una elevada probabilidad de daño biológico o social (Munist et al., 1998) La orientación de las intervenciones encuadradas en este enfoque tienden a favorecer la protección del individuo en base al conocimiento de la agresión externa.

Respecto de la *capacidad de construir sobre circunstancias o factores externos*, desde el Enfoque de Resiliencia (modelo salugénico), se tienen en cuenta las características propias del individuo, o aquellas que sería deseables que poseyera o desarrollase para que este fuera capacitado para promover la optimización de sus propias habilidades y estrategias de afrontamiento ante los factores de riesgo externos. Así, las intervenciones en relación con los individuos en situación de posible riesgo a nivel biológico, psicológico o social tienen por objetivo último facilitar el desarrollo de la persona.

3.4. PERFIL RESILIENTE

La Organización Panamericana de la Salud junto con la Organización Mundial de la Salud (Munist et al., 1998), proponen que las personas resilientes son aquellas que, al estar insertas en una situación de adversidad, es decir, al estar expuestas a un conglomerado de factores de riesgo, tienen la capacidad de utilizar aquellos factores protectores para sobreponerse a la adversidad, crecer y desarrollarse adecuadamente, llegando a madurar como seres adultos competentes, pese a los pronósticos desfavorables.

La resiliencia no debe considerarse como una capacidad estática, ya que puede variar a través del tiempo y las circunstancias. Es el resultado de un equilibrio entre factores de riesgo, factores protectores y la personalidad del ser humano. Esto último permite elaborar, en sentido positivo, factores o circunstancias de la vida que son desfavorables.

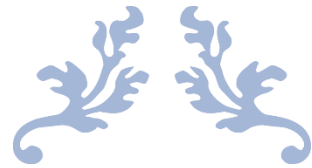
Para diseñar el perfil resiliente se han sintetizado una serie de atributos identificados como los más apropiados de un sujeto resiliente. Entre ellos cabe destacar los siguientes:

- **Competencia social:** las personas resilientes responden más al contacto con otros seres humanos y generan más respuestas positivas en las otras personas. Además, son activos, flexibles y adaptables aún en la infancia. Este componente incluye cualidades como la de estar listo para responder a cualquier estímulo, comunicarse con facilidad, demostrar empatía y afecto, y tener comportamientos prosociales. Una cualidad que se valora cada vez más y se la relaciona positivamente con la resiliencia es el sentido del humor. Esto significa tener la habilidad de lograr alivio al reírse de las propias desventuras y encontrar maneras diferentes de mirar las cosas buscándoles el lado cómico.
- **Resolución de problemas:** incluye la habilidad para pensar en abstracto reflexiva y flexiblemente, y la posibilidad de intentar soluciones nuevas para problemas tanto cognitivos como sociales.

- Autonomía: distintos autores han usado diferentes definiciones del término “autonomía”. Algunos se refieren a un fuerte sentido de independencia. Otros destacan la importancia de tener un control interno y un sentido de poder personal. Otros insisten en la autodisciplina y el control de los impulsos. Esencialmente, el factor protector a que se están refiriendo es el sentido de la propia identidad, la habilidad para poder actuar independientemente y el control de algunos factores del entorno.

- Sentido de propósito y de futuro: dentro de esta categoría entran varias cualidades como factores protectores: expectativas saludables, dirección hacia objetivos, orientación hacia la consecución de estos (éxito en lo que emprenda), motivación para los logros, fe en un futuro mejor, y sentido de la anticipación y de la coherencia. Este último factor parece ser uno de los más poderosos predictores de resultados positivos en cuanto a resiliencia.

De estas cualidades, las que se han asociado con más fuerza a la presencia de adultos resilientes han sido las aspiraciones educacionales y el anhelo de un futuro mejor. Cuando un futuro atractivo nos parece posible y alcanzable, somos fácilmente persuadidos para subordinar una gratificación inmediata a una posterior más integral.



CAPÍTULO IV: ASPECTOS METODOLÓGICOS



4. ASPECTOS METODOLÓGICOS

4.1. OBJETIVOS

4.1.1. GENERALES

- Analizar la relación entre resiliencia y autoconfianza en personas con discapacidad visual, correspondientes a un grupo de deportistas en la provincia de Mendoza.

4.1.2. ESPECÍFICOS

- Determinar los niveles de resiliencia de un grupo de deportistas con discapacidad visual.
- Establecer los tipos y niveles de autoconfianza de un grupo de deportistas con discapacidad visual.
- Relacionar datos demográficos correspondientes a discapacidad y agudeza visual con las categorías deportivas y sus beneficios.

4.2. HIPÓTESIS

H₀: El aumento de la capacidad de resiliencia no aumenta los niveles de autoconfianza en el grupo de deportistas con discapacidad visual.

H₁: El aumento de la capacidad de resiliencia aumenta los niveles de autoconfianza en el grupo de deportistas con discapacidad visual.

4.3. DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO

La investigación es realizada desde un *enfoque cuantitativo*. El mismo, implica recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías. Además, ofrece la posibilidad de generalizar los resultados ampliamente, otorga control sobre los fenómenos, así como un punto de vista de conteo y magnitudes de estos, brinda gran posibilidad de réplica, un enfoque sobre puntos específicos de tales fenómenos y facilita la comparación entre estudios similares (Hernández Sampieri, Fernández Collado, Baptista Lucio, 2006).

Por otra parte, siguiendo la línea teórica de los autores, la investigación tiene un alcance *descriptivo*. El mismo busca especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice. En suma, describe tendencias, propiedades, características, ya sea de un grupo o población, procesos, objetos o cualquier fenómeno que se someta a análisis. Por lo que su objetivo principal es medir, recoger información y mostrar con precisión las dimensiones de un fenómeno.

Asimismo, otro de los alcances que tendrá la investigación, será *correlacional*. Éste asocia variables mediante un patrón predecible para un grupo o población. Por lo que su propósito consiste en conocer la relación que existe entre dos o más conceptos, categorías o variables en un contexto en particular.

Su uso principal implica comprender cómo se puede comportar un concepto o una variable al conocer el comportamiento de otras variables relacionadas, es decir, tratan de predecir el valor aproximado que tendrá un grupo de individuos o casos en una variable, a partir del valor que poseen en la o las variables relacionadas.

En base a lo planteado, la presente investigación, plantea un alcance descriptivo y correlacional, con el fin de recolectar información, describir características asociadas a la capacidad de resiliencia y autoconfianza, y establecer el grado de relación entre dichas variables.

El *diseño* más apropiado para el presente estudio es *no experimental*. El mismo se realiza sin la manipulación deliberada de variables y solo se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos.

A su vez, el tipo de diseño del estudio es *transversal*, el cual consiste en recopilar datos en un momento único, describiendo variables y analizando su incidencia e interrelación en un momento dado (Hernández Sampieri et al., 2006). De esta manera, dicho estudio busca describir la población de deportistas con discapacidad en un momento dado. A pesar de que las respuestas pueden variar con el transcurso del tiempo, en este contexto será suficiente conocer cuál es el estado actual del problema planteado.

4.4. PARTICIPANTES

El muestro fue intencional, no probabilístico, en el que los integrantes de la muestra estaban incluidos de acuerdo con el cumplimiento de determinados requisitos. No se pretendió que los casos sean estadísticamente representativos de la población (León y Montero, 1997).

En este estudio, la muestra quedó constituida por dieciséis jóvenes y adultos mendocinos, comprendidos en un rango etario entre 13 y 64 años, que poseen discapacidad visual. Se solicitó la colaboración y participación voluntaria de los mismos a dicha investigación a través del consentimiento informado¹.

Dicho grupo, pertenece al equipo deportivo “*Los Halcones*”, de la Dirección de Deportes y Recreación de la Municipalidad de Godoy Cruz. Los mismos practican y compiten en Goalball, único deporte paralímpico creado específicamente para personas con discapacidad visual, en el que participan dos equipos de tres jugadores cada uno.

El objetivo es, mediante el lanzamiento con la mano del balón, introducirlo en la portería del equipo rival. Cualquiera de los tres miembros del equipo intentará que el balón no entre en la portería. Todos los jugadores llevan

¹ Ver anexo 8.1

antifaces opacos para igualar la visibilidad de todos los participantes ([FEDC], 2018).

4.5. INSTRUMENTOS

Mediante la siguiente serie de técnicas, se recabó la información pertinente al tema de investigación.

4.5.1. HOJA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS (cuestionario ad hoc)²: permitió recabar datos personales y específicos de cada participante. Dicho cuestionario contiene preguntas con opciones precisas en relación con características sociodemográficas de los participantes.

4.5.2. ESCALA DE RESILIENCIA ([ER-14])³: es una escala reducida de 14 ítems, propuesta por Sánchez y Robles (2015), quienes realizaron una adaptación en español, basada en la Escala de Resiliencia de 25 ítems elaborada por Wagnild y Young en 1993.

La misma, mide el grado de resiliencia individual, considerado como una característica de personalidad positiva que permite la adaptación del individuo a situaciones adversas.

La ER-14 evalúa dos factores:

² Ver anexo 8.2

³ Ver anexo 8.3

FACTOR I: <i>Competencia Personal</i>	FACTOR II: <i>Aceptación de uno mismo y de la vida</i>
Integrado por 11 ítems que indican autoconfianza, independencia, decisión, ingenio y perseverancia.	Integrado por 3 ítems que indican adaptabilidad, balance, flexibilidad y una perspectiva de vida estable.

El autor de la escala original plantea los siguientes niveles de resiliencia, entre:

98-82 puntos= muy alta resiliencia

81-64 puntos= alta resiliencia

63-49 puntos= resiliencia normal

48-31 puntos= baja resiliencia

30-14 puntos= muy baja resiliencia

Los datos obtenidos por Sánchez y Robles (2015), muestran que la adaptación de la escala tiene una adecuada consistencia interna, correspondiente a $\alpha = 0,79$. Además, esta nueva versión breve ([ER-14]) se ha traducido y validado a diversos idiomas y colectivos, en particular al portugués, obteniéndose un alfa de Cronbach 0,82 en población general (Damásio, Borsa y Da Silva, 2011, citados en Sánchez y Robles, 2015), en investigadores y estudiantes de psicología finlandeses con un alfa de Cronbach de 0,87 (Losoi, 2013 citado en Sánchez y Robles, 2015), en estudiantes de psicología y enfermería japoneses con un alfa 0,88 (Nishi, Uehara, Kondo, y Matsuoka, 2010, citados en Sánchez y Robles, 2015) y en personas enfermas de cáncer de China con un alfa 0,92 (Tian y Hong, 2013, citados en Sánchez y Robles, 2015).

4.5.3. COMPETITIVE STATE ANXIETY INVENTORY- 2 ([CSAI-2])⁴: elaborada por Martens, Vealey y Burton en 1990. Es una escala que divide la ansiedad en tres componentes, uno de los cuales

⁴ Ver anexo 8.4

es la autoconfianza, único ítem que se tomará en cuenta en esta investigación.

La prueba completa consta de 27 ítems de afirmaciones que los deportistas utilizan para describir sus sentimientos antes de la competencia, en donde el sujeto deberá marcar cómo se siente en ese momento. Las posibles respuestas a cada afirmación pueden ser: para nada, algo, moderadamente o muchísimo. El puntaje de la escala se hace sumando el valor de cada ítem que va de 1 a 4 (Achilli, 2010).

La escala divide la ansiedad en tres componentes: ansiedad cognitiva, ansiedad somática, y un componente relacionado: la autoconfianza. Ésta, tiende a ser lo opuesto a la ansiedad cognitiva y es otro factor importante en el manejo del estrés.

El puntaje de cada escala se realiza sumando el valor de cada ítem, con excepción del ítem 14, donde el puntaje es al revés, (1 para el 4, etc.).

La totalización de los puntajes se hace de la siguiente manera:

- Ansiedad estado cognitiva: sumar ítems 1, 4, 7, 10, 13, 16, 19, 22 y 25
- Ansiedad estado somático: sumar ítems 2, 5, 8, 11, 14, 17, 20, 23 y 26
- Autoconfianza: sumar ítems 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 24 y 27

El rango de cada escala es de 9 a 36, considerando:

9 - 16 = bajo nivel de autoconfianza

17 - 24 = moderado nivel de autoconfianza

25 - 36 = alto nivel de autoconfianza.

Es uno de los instrumentos más utilizado en el campo de la psicología del deporte, mostrando una alta fiabilidad y validez, y destacándose como un instrumento eficaz para la evaluación de la ansiedad estado. Además, resulta de fácil y rápida ejecución por parte del deportista.

Por otro lado, se ha contrastado su validez y fiabilidad en muestras de deportistas españoles (Soriano, 1999; Sosa, 1999 citados en Hernández García,

Olmedilla Zafra, Ortega Toro, 2008), así la consistencia interna del cuestionario como escala total es de 0.52 coeficiente alfa de Cronbach, siendo mucho más potente para las escalas independientemente: 0.76 para ansiedad somática, 0.71 para autoconfianza y 0.81 para ansiedad cognitiva (Hernández García et al., 2008).

4.6. PROCEDIMIENTO

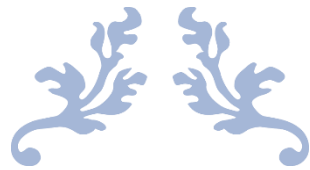
En primer lugar, se identificó claramente el escenario donde se realizó el trabajo de campo, como así también el acceso al mismo, las características de los potenciales participantes y los posibles recursos disponibles.

Luego se especificó el proceso de selección que se llevó a cabo para asegurar que el grupo objeto de investigación se acerquen lo más posible a lo ideal. En este caso se trabajó con una selección intencional de participantes.

Por otra parte, luego de la presentación con el equipo, se les brindó (de manera oral) el consentimiento informado del presente trabajo de investigación. Una vez firmada la participación voluntaria, se comenzó con la administración (oral) de los instrumentos para recolección de datos. Dicha labor se realizó durante dos meses, donde se asistió semanalmente al lugar de entrenamiento de los deportistas.

Una vez recolectado los datos, se procedió al análisis de estos a través de software SPSS Statistics 25, su discusión y la obtención de conclusiones.

Finalmente se realizó el respectivo informe de investigación, para la publicación de los datos obtenidos.



CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS



5. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

El análisis estadístico se realizó a través del programa SPSS Statistics 25. En primera instancia se utilizó para procesar los datos recabados con *hoja de datos sociodemográficos*, arrojando datos descriptivos sobre las frecuencias de edad, sexo, nivel académico, posibilidad de trabajo, nivel económico, lugar de residencia, institución deportiva, discapacidad y agudeza visual, deporte adaptado, como así también datos de las variables de autoconfianza y resiliencia.

Luego se emplea para realizar la correlación de Spearman con las variables previamente nombradas, obteniendo también media, desviación estándar, puntajes máximos y mínimos, y percentiles.

De esta manera, de la totalidad de deportistas encuestados, el 37,5% representa el sexo femenino y el 62,5% representa el sexo masculino. De esta misma población se observa que el rango etario abarca desde los 13 años hasta los 64 años, donde la edad promedio de los participantes es de 29 años.

Los resultados obtenidos, permiten observar que la mayoría de los deportistas han tenido la posibilidad de acceder a estudios académicos, siendo que un 31% de ellos cursa el nivel terciario o universitario, otro 31% cuenta con el nivel secundario completo y un 25% cursando dicho nivel. El resto de los participantes cuenta con primario o secundario incompleto. Esta posibilidad ha permitido que algunos de ellos (19%) pueda acceder a un trabajo rentado, siendo que, el resto de los deportistas no practica dicha actividad. Asimismo, la presente condición física no ha afectado de manera negativa el estatus económico, ya que el 75% refiere pertenecer a un nivel económico medio, y sólo el 25% restante pertenece a un nivel bajo.

Por otra parte, todos los sujetos que conforman la muestra representan al equipo de Goalball "*Los Halcones*" de la Secretaria de Deportes de la Municipalidad de Godoy Cruz. Asimismo, el 18,8% de dicha muestra también pertenece al equipo de competición representante en "*Torneos Evita*". Por último, el 12,5% de deportistas pertenece al equipo de Selección Nacional de Goalball.

Finalmente, se informa que la mayoría de los jugadores evaluados, actualmente reside en la zona del Gran Mendoza, perteneciendo a los siguientes departamentos: Godoy Cruz (25%), Las Heras (25%), Guaymallén (12%) y Ciudad (12%). Siendo que el resto de participantes reside en departamentos aledaños como Rivadavia (12%), San Martín (6%) y San Rafael (6%).

Por lo tanto, en base a los resultados, se contempla que ninguna de las variables demográficas afecta la posibilidad de participar en la práctica cotidiana del deporte como así también en los torneos y competencias que implica el mismo. Además, se estima que, si bien el Goalball ha comenzado a tener difusión de conocimiento que va en incremento, se sigue enfatizando en alcanzar mayor expansión del mismo, para que las personas del resto de departamentos de la provincia de Mendoza, puedan tener acceso a la presente práctica deportiva.

A continuación, se presentan y analizan los datos recabados específicamente para la presente investigación. De modo que, principalmente se presenta el análisis de los datos cuantitativos obtenidos a través de cuestionarios CSAI-2 y ER-14, y luego se exponen los datos demográficos correspondiente a discapacidad y agudeza visual con las categorías deportivas y sus beneficios.

5.1. PRIMER OBJETIVO ESPECÍFICO

El presente objetivo consistió en determinar los niveles de resiliencia del grupo de deportistas con discapacidad visual, a partir de la administración de la adaptación de la *Escala de Resiliencia* de Wagnild y Young (1993), realizada por Sánchez y Robles (2015). Los puntajes obtenidos por cada deportista son clasificados como *muy alto*, *alto*, *normal*, *bajo* y *muy bajo*; reflejando así el nivel de resiliencia que presenta cada jugador de Goalball.

Tabla 2

Estadísticos descriptivos del factor psicológico: Resiliencia

N	16
Media	82,2
Desviación estándar	11,27
Mínimo	59
Máximo	98
Percentil (50)	84

A partir de los datos graficados, los deportistas evaluados evidencian niveles muy altos (76%), altos (12%) y normales (12%) de resiliencia, demostrándose en el puntaje de la media obtenido, el cual es igual a 82,2. En relación con dicho puntaje de media, la desviación promedio de los puntajes de cada deportista es igual a 11,27.

Además, los puntajes mínimos y máximos oscilan desde 59 a 98, por lo que ningún deportista presenta bajo nivel de resiliencia.

Finalmente, en cuanto al valor de los percentiles, se evidencia que del 50% de deportistas con puntajes más bajos, el puntaje máximo es de 84 puntos.

Teniendo en cuenta los resultados expuestos, se afirma que el nivel de resiliencia en los deportistas oscila de normal a muy alta. Esto, implicaría que los jugadores cuentan con habilidades para afrontar con éxito eventos estresantes o traumáticos, como la barrera de discapacidad visual, y adaptarse a los mismos. De modo que, dicha vivencia, ha servido como experiencia para continuar con baja susceptibilidad y tener la oportunidad de poder desafiar eficazmente otros eventos estresores como una competencia deportiva o el deseo de tener un desempeño profesional y de alto rendimiento.

De la misma manera, dicho proceso resiliente elevado, en el campo de trabajo evaluado, ha estado favorecido por el continuo apoyo de padres, amigos, profesores, entrenadores y todo aquel que forma parte del cuerpo técnico del club.

5.2. SEGUNDO OBJETIVO ESPECÍFICO

El segundo objetivo, pretendió establecer los tipos y niveles de autoconfianza del grupo de deportistas con discapacidad visual, a través de la administración del *Competitive State Anxiety Inventory 2* ([CSAI-2]), evaluando únicamente la *subescala de autoconfianza*.

De acuerdo con la subescala de la prueba, se califica con *alto, moderado o bajo* nivel de autoconfianza según el resultado obtenido por cada deportista. A continuación, se presentan gráficamente los resultados.

Tabla 3

Estadísticos descriptivos del factor psicológico: Autoconfianza

N	16
Media	28,7
Desviación estándar	4,02
Mínimo	19
Máximo	33
Percentil (50)	30

En función de los resultados obtenidos, se observa que los deportistas reflejan un nivel alto y moderado de autoconfianza. En promedio presentan una media de 28.7 puntos, lo cual implica que la mayoría de los puntajes obtenidos con la prueba CSAI-2 representan un alto nivel de autoconfianza. Asimismo, se alcanza una desviación estándar de 4.02, la misma refleja la desviación promedio de los puntajes de cada deportista con respecto a la media promedio mencionada previamente.

Ningún sujeto presentó bajo nivel de autoconfianza, ya que los puntajes oscilaron de 19 a 33, por lo que los resultados les permite ubicarse al 82% de los deportistas en niveles elevados, y al 18% restante en niveles moderados.

Por último, con respecto a los percentiles, se confirma que del 50% de deportistas con puntajes más bajos, el puntaje máximo es de 30 puntos.

Tomando como referencia los datos arrojados, se puede afirmar que la mayoría de los deportistas cuentan con las habilidades físicas y psicológicas

necesarias para ser exitosos, además confían en su capacidad para desempeñar dichas habilidades bajo presión o bajo cualquier circunstancia, como sería la barrera de discapacidad visual.

Por lo tanto, tal como afirman Weinberg y Gould (2010), a partir de los niveles de autoconfianza obtenidos, los deportistas se caracterizarían por poseer un tipo de *autoconfianza óptima*. Lo cual implica que los mismos evidencian estar convencidos de poder cumplir con las metas propias del deporte. Esto no significa, necesariamente, que los jugadores siempre se desempeñarán bien, sin embargo, la confianza en sí mismos es esencial para alcanzar el potencial, ya que esta fuerte creencia ayuda a lidiar con el estrés que genera el deporte, la ansiedad cognitiva, los errores, equivocaciones de manera efectiva y mantiene el esfuerzo hacia el éxito.

5.3. TERCER OBJETIVO ESPECÍFICO

El tercer y último objetivo específico residió en relacionar datos demográficos correspondientes a discapacidad y agudeza visual con las categorías deportivas y sus beneficios.

A modo de autoinforme, se recolectan los datos sobre el factor *discapacidad visual*. El análisis de estos arroja los siguientes resultados: el 68,2% de los participantes manifiesta *discapacidad visual congénita*, es decir que la enfermedad correspondiente se presenta desde el periodo de gestación y en algunos casos puede ser hereditaria o no.

Asimismo, el 31,3% restante declara poseer *discapacidad visual adquirida*, lo cual implica que la misma ha sido contraída durante el desarrollo humano y en algunos casos consecuencia de distintas causas, por ejemplo: retinopatía de prematuro, opacidad corneal, retinitis pigmentaria, síndrome de Kinsbourne, estrabismo, retinoblastoma, desprendimiento de retina, síndrome de Usher, miopía y mala praxis (nervio óptico quemado en servicio de neonatología). Algunas de las cuales coinciden con las principales causas de discapacidad visual indagadas por la OMS (2014).

Por otra parte, en relación con el tipo de discapacidad visual, se presentan diferentes niveles de *agudeza visual*. De esta manera, el 50% de los deportistas evaluados presenta un nivel de baja visión, lo cual implica que a pesar de su obstáculo visual pueden distinguir ciertas formas o luces en la oscuridad. Además, el 43,8% de ellos presenta ceguera total, lo cual implica un obstáculo mayor ya que no pueden realizar las distinciones previamente nombradas. Por último, el 6,3% presenta ceguera parcial, es decir que tienen cierto grado de visibilidad en alguno de sus ojos.

Los datos demográficos presentados encuentran su relación con la correspondiente clasificación de deporte realizada por Weimberg y Gould (2010), ya que el total de los deportistas encuestados pertenecen a la categoría de *deporte en poblaciones especiales*, dado que para dichos casos se trabaja con deporte modificado y| adaptado a determinadas dificultades reflejadas por los deportistas de acuerdo con su discapacidad (Guillén y Sánchez, 2010).

A su vez, la diversidad de la población también se identifica con otra categoría en función del tipo de entrenamiento que realizan. Así, el 50% de los deportistas -además de pertenecer al deporte en poblaciones especiales- también pertenece a la categoría de *deporte de alto rendimiento*.

Es importante destacar que quienes se identifican con esta categoría son aquellos que experimentan mayor cantidad de años en cuanto a edad deportiva, es decir, los deportistas llevan entre 4 y 5 años practicando Goalball. Además, realizan otra actividad deportiva, como gimnasio, para complementar el entrenamiento técnico de Goalball y para mejorar el estado de salud, el cual es considerado principal beneficio de tal deporte.

Por otra parte, un 25% de los deportistas pertenece a la categoría *deporte base o iniciación temprana*. Quienes llevan menos de un año en cuanto a edad deportiva y mencionan como motivo principal tener mayor vida saludable o solo realizar alguna actividad deportiva.

Finalmente, el 25% restante, forma parte de la categoría *deporte de ocio y recreación*. El mismo coincide con el porcentaje de *motivos*, donde los principales para este grupo son: poner en práctica alguna actividad deportiva, tener mayor vida saludable y lograr mayor socialización, creando nuevos lazos de amistad con deportistas de todas las edades.

A los datos demográficos presentados, se adicionan los datos correspondientes a *realización de actividad deportiva complementaria* y *beneficios* obtenidos de Goalball.

De modo que, el 53% de los deportistas manifiesta realizar una actividad deportiva complementaria, en su mayoría la práctica corresponde a gimnasio (18%), seguido de atletismo participativo en distintas maratones provinciales (12%). Por último, se destaca que quienes realizan actividad deportiva en gimnasio llevan más de 8 meses en el ámbito, y otros se han integrado recientemente (1 mes).

Por último, respecto a los datos exhibidos, el análisis de *beneficios* arrojó los siguientes resultados: el 31% de la población considera que el beneficio principal es mejorar su estado de salud, luego el 18% evidencia que el beneficio es mejorar el estado físico y lograr mayor socialización, un 12% obtiene como beneficio sólo la socialización con compañeros que le permite formar nuevos lazos de amistad. Otro 12% manifiesta que obtienen, además de socialización, mejor estado de salud psicológica. Es importante resaltar que un pequeño porcentaje de población (6%), además de obtener los beneficios nombrados, también refieren que el beneficio más importante que han logrado implica mayor orientación auditiva. Lo cual les ha permitido tener mejor rendimiento en el ámbito deportivo y mejor desempeño en la vida cotidiana.

5.4. OBJETIVO GENERAL

Finalmente, el objetivo general de la presente investigación procuró analizar la relación entre resiliencia y autoconfianza en personas con discapacidad visual, correspondientes a un grupo de deportistas de la provincia de Mendoza.

Por lo que, una vez detallados los estadísticos descriptivos de los factores psicológicos *resiliencia* y *autoconfianza*, se procede a analizar si existe relación entre ambas variables, mediante método de correlación de Spearman. El cual se describe como un método no paramétrico, ya que la distribución muestral no se ajusta a una distribución conocida, por lo que los estimadores

muestrales no son representativos de los parámetros poblacionales (Díaz, García, León, Ruiz y Torres, 2014).

De esta manera, la aplicación del método nombrado arroja el siguiente resultado: $r= 0.566$; $p< 0,05$ lo que indica que existe correlación significativa entre la subescala *autoconfianza* de CSAI-2 y la *Escala de Resiliencia* (ER-14). Además, la misma se encuentra dentro del nivel moderado aceptable, por ello se establece una correlación positiva entre ambas variables.

Tabla 4

Correlación entre subescala Autoconfianza de CSAI-2 y Escala de Resiliencia (ER-14)

	CSAI-2	ER-14
Coefficiente de correlación		0,566
Sig. (bilateral)		0.02

Una vez obtenidos los resultados con respecto a los niveles de resiliencia y autoconfianza, se procede a comparar los datos con el siguiente gráfico, para analizar cómo, en la mayoría de los casos evaluados, a medida que aumenta la capacidad de resiliencia, también aumenta el nivel de autoconfianza en los deportistas.

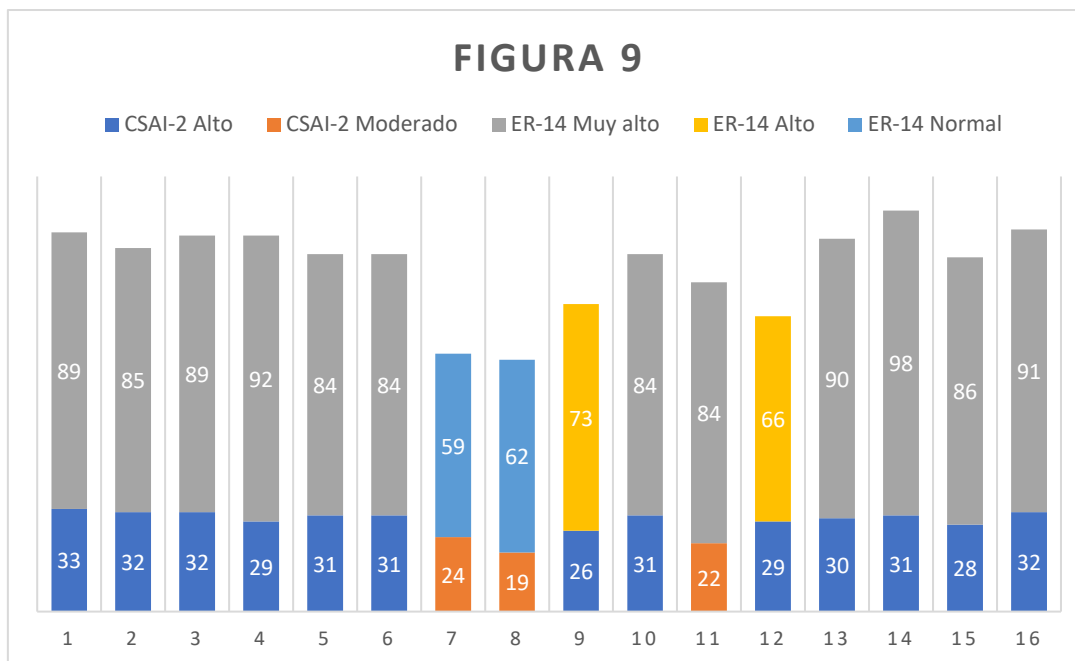


Figura 9: Representación gráfica de la comparación de puntajes obtenidos con CSAI-2 y ER-14 en los deportistas con discapacidad visual.

Analizando la figura se observa que los sujetos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 10, 13, 14, 15 y 16 obtuvieron puntajes elevados en ambas escalas, resultando alto nivel de autoconfianza y muy alto nivel de resiliencia.

Por otra parte, se observa que los sujetos 9 y 12 presentan niveles altos en ambas escalas. Y los sujetos 7 y 8 manifiestan nivel moderado de autoconfianza y nivel normal de resiliencia.

Dichos puntajes representan claramente la correlación positiva obtenida de ambos factores psicológicos. Es decir, prueban cómo a medida que aumenta el nivel de resiliencia también aumenta el nivel de autoconfianza, demostrando así que los deportistas cuentan con dichas habilidades psicológicas – y físicas– afianzadas y fortalecidas para afrontar exitosamente cualquier evento desafiante, principalmente en el ámbito deportivo.

Finalmente, el único resultado significativo es el que presenta el sujeto 11, quien evidencia un muy alto nivel de resiliencia y un nivel de autoconfianza moderado. Este valor es el único que no responde a la correlación mencionada previamente.

De manera que se hipotetiza que sus puntajes pueden estar influidos por la situación específica que pueda estar atravesando el jugador, la cual está en pleno desconocimiento para el investigador.

6. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En el presente trabajo de investigación, el objetivo principal fue analizar la relación entre resiliencia y autoconfianza en dieciséis personas con discapacidad visual correspondientes a un grupo de deportistas que forman parte del equipo de Goalball *Los Halcones*, en la provincia de Mendoza.

Se trabaja con dicho deporte ya que en otras ocasiones se han indagado estas variables psicológicas en disciplinas como natación, remo, fútbol, entre otras, por lo que, mediante esta tesis, se trata de aportar datos para continuar la línea de estudio.

En primer lugar, se obtuvieron las frecuencias estadísticas descriptivas de las variables resiliencia y autoconfianza, luego se procedió a realizar la correlación de estas mediante SPSS Statistics 25. Con respecto a los resultados obtenidos, dado que el valor de p es menor a 0.05, se rechaza la hipótesis nula, por consiguiente, existe evidencia estadística suficiente para afirmar que los elevados niveles de resiliencia en los deportistas con discapacidad visual están significativamente relacionados con los elevados niveles de autoconfianza.

Por otra parte, el coeficiente de correlación de Spearman es igual a 0.566, lo cual implica una relación positiva de nivel moderado. Por lo que, a mayor nivel de resiliencia en los deportistas con discapacidad visual, se tendrá también mayor nivel de autoconfianza en los mismos.

La capacidad de resiliencia debe ser considerada en sus tres aspectos, tal como plantea Blanquez Egido (2012). Es decir, dicho factor psicológico puede estar centrado en el *entorno*, lo cual implica que las circunstancias externas han favorecido el desarrollo del individuo. Puede estar centrado en el *sujeto*, lo cual implica que éste es el activo principal de su propia recomposición, y sus habilidades de afrontamiento le han permitido afrontar circunstancias adversas, o bien, el factor puede tener carácter *interaccionista*, es decir que se tiene en cuenta tanto la influencia del entorno como las fortalezas del individuo para el desarrollo exitoso de este.

Asimismo, la autoconfianza (como cualidad de la resiliencia) en la esfera deportiva, implica la creencia o grado de certeza que los individuos poseen sobre sus habilidades de obtener éxito en el deporte (Weinberg y Gould, 2010).

En función de lo planteado, el predominio de puntajes normales a muy elevados de autoconfianza, puede deberse al alto nivel de resiliencia que presentan los deportistas, quienes han atravesado desde la infancia numerosas experiencias de salud, como nacer sin sentido de visión o perderlo durante el desarrollo, y experiencias sociales y culturales con respecto a la discapacidad visual, que los han llevado a poner en práctica las propias habilidades de afrontamiento para confrontar con éxito distintas circunstancias externas, propias del deporte Goalball o actividades de su cotidianidad.

El éxito logrado en dichas experiencias previas ha permitido el aumento de autoconfianza en los deportistas, lo cual se refleja en los puntajes elevados en dicha variable, evidenciando que los mismos presentan niveles moderados y altos de autoconfianza, principalmente en la práctica deportiva.

Esto también puede deberse a que, más allá de que los deportistas cuenten o no con las destrezas necesarias para realizar la práctica de Goalball, existe un predominio de la creencia y certeza que éstos tienen sobre sus habilidades para obtener éxito en el deporte bajo diferentes condiciones.

Por lo que, la presencia de niveles moderados a elevados en ambos factores psicológicos podría determinar el buen desempeño y exitoso rendimiento deportivo en los jugadores.

Estos resultados concuerdan con los hallados en investigaciones realizadas en otras modalidades deportivas. Tal como la investigación elaborada por Martin-Krumm, Sarrazin, Peterson y Famose (2003), quienes indagan la resiliencia con relación al fracaso deportivo en jugadores de básquetbol. Los resultados que obtuvieron les permiten afirmar que quienes presentaban altos niveles de resiliencia manifestaban menor ansiedad y mayor autoconfianza, manifestando, por tanto, una mejor predisposición a futuro para alcanzar un rendimiento cercano a los máximos niveles individuales. Si bien, dicha investigación fue realizada con deportistas sin discapacidad, sus resultados están en gran concordancia con las conclusiones aportadas por Suriá Martínez (2016), quien afirma que la obtención de alto nivel de resiliencia refuerza a la

persona para luchar y afrontar con éxito los obstáculos, tales como el fracaso en la práctica deportiva o la presencia de discapacidad en el deportista.

De esta manera, alcanzar el éxito frente a dichos obstáculos, o ser resiliente ante los mismos, puede llevar a desarrollar sentimientos positivos más generalizados sobre sí. Lo cual se ve reflejado en los elevados niveles de autoconfianza manifestado por los deportistas de Goalball, que a su vez coinciden con las contribuciones realizadas por Guillén Rojas (2007) en su estudio de las *implicaciones de la autoeficacia en el rendimiento deportivo*. Allí, la autora asegura que cuanto mayor sea la percepción de autoeficacia, mejor tiende a ser el desempeño del individuo, ya que esta última interviene en la determinación personal para la acción e influye en la motivación y la cantidad de esfuerzo empleado por el individuo para afrontar situaciones nuevas en las cuales se presentan obstáculos.

Continuando con la línea de estudio, las presentes contribuciones coinciden con lo expuesto por Perlbach (2016), quien indagó las *variables psicológicas asociadas al rendimiento deportivo en nadadores profesionales*, obteniendo como conclusión que, de todas las variables psicológicas medidas (control de afrontamiento positivo y negativo, atención, autoconfianza, control visuo-imaginativo, actitud y motivación), únicamente la autoconfianza presenta correlaciones estadísticamente significativas con el rendimiento deportivo.

El mismo resultado se presenta en la evaluación realizada a los jugadores de Goalball, donde se refleja que la resiliencia presenta una correlación significativa con la autoconfianza. Lo cual posibilita confirmar la hipótesis de Guillén Rojas (2007), quien plantea que mientras mayor sea la percepción de autoeficacia, mejor tiende a ser el desempeño deportivo del individuo.

Asimismo, en el estudio realizado por Achilli (2010), los resultados y las conclusiones obtenidas sirvieron para demostrar a distintos entrenadores de remo la incidencia que tienen los factores psicológicos, como la autoconfianza, sobre los resultados deportivos. Y que deben considerarse tan importantes como el clima, el nivel de entrenamiento, nutrición y todos los factores relevantes para conseguir un buen rendimiento en las distintas pruebas. La autoconfianza podría ser un factor más que aporta en alguna medida al rendimiento deportivo junto a

otras variables psicológicas (motivación, ansiedad, etc.), físicas y técnicas, que en un conjunto armónico hacen al buen deportista.

Extendiendo los aportes de Achilli (2010), en el estudio de la *autoconfianza y el control de estrés en futbolistas*, realizado por González Campos et al. (2015), se alcanzan conclusiones similares, ya que los autores aseveran que las diversas habilidades psicológicas son fundamentales en los futbolistas, tales como la importancia de la autoconfianza y el control de estrés que aminoran la presencia de ansiedad, permiten predecir el rendimiento deportivo y alcanzar los niveles más altos del mismo.

Adicionalmente, en diversas exploraciones se utilizan los cuestionarios CSAI-2 y ER-14, administrados también en el presente estudio. Por su parte, Ruiz et al. (2012), mediante la aplicación del cuestionario adaptado de Escala de Resiliencia en una población de futbolistas en proceso de formación, concluye que las exigencias del deporte a nivel competitivo conllevan al desarrollo de capacidades psicológicas de tolerancia y superación de adversidades propias de la práctica deportiva. De esta manera, los jugadores evaluados, pertenecientes a las categorías cadetes, juveniles y senior, con un rango de edad entre 15 y 21 años, evidenciaron mayores valores de resiliencia global en comparación con otros estudiantes no practicantes del deporte. Por lo tanto, el análisis de los resultados y los niveles de resiliencia globales, dan lugar a poder afirmar que la autoconfianza se relaciona con la capacidad de recuperación, concluyendo que dicha autoconfianza es un factor destacable en sujetos con personalidad resiliente.

Por último, en la investigación realizada por Jaenes, Peñaloza, Navarrete y Bohórquez (2012), quienes aplican el cuestionario CSAI-2 para analizar la ansiedad y autoconfianza precompetitiva en triatletas, los resultados alcanzados les permiten afirmar que, si bien pueden existir diferencias con respecto al grado de ansiedad del atleta y pueda o no perjudicar el rendimiento deportivo, la autoconfianza si es un agente facilitador para que el deportista pueda conseguir el éxito.

Desde otro punto de vista, y en contraste con lo aportado hasta el momento, los resultados obtenidos en el *estudio trasversal de resiliencia de atletas con discapacidades físicas* (Cardoso y Sacomori, 2014), discrepan de los resultados allegados de la presente investigación, ya que en el primero los

atletas presentaron un índice moderado de resiliencia y fueron, en promedio, más bajos que los de poblaciones sin discapacidad. De la misma manera, se diferencia de los resultados derivados del estudio del *análisis psicométrico de la Escala de Resiliencia en el deporte del fútbol* (Ruiz et al., 2012), en el cual, del total de jugadores evaluados que no presentan ningún tipo de discapacidad, solo el 20% de ellos manifiesta alto nivel de resiliencia. A diferencia de jugadores de Goalball con discapacidad visual, donde el 80% presenta alto nivel de resiliencia, teniendo en cuenta las limitaciones con respecto al tamaño de la población.



CAPÍTULO V: CONCLUSIONES



7. CONCLUSIONES

El objetivo de la presente investigación se basó en evaluar los factores psicológicos de resiliencia y autoconfianza, y la posible correlación de estos, en jugadores de Goalball con discapacidad visual de la provincia de Mendoza.

A partir del análisis y discusión de los resultados obtenidos, se aportan las siguientes conclusiones.

El hecho de que cada jugador posea discapacidad visual congénita o adquirida, sumado al diagnóstico de diferentes enfermedades, no obstaculiza al mismo para participar de la práctica de Goalball y con ello satisfacer la necesidad deportiva como lo haría cualquier persona del común de la población.

Asimismo, la posibilidad de crear un deporte específico y adaptarlo a la discapacidad visual, les permite a los jugadores iniciarse, formarse y en algunos casos profesionalizarse para formar parte de la Selección Nacional y participar de múltiples competencias, fomentando un deporte de alto rendimiento.

A su vez, en otros casos ha servido para promover un buen estado de salud tanto física como psíquica, lazos sociales y de esparcimiento, desplegando un deporte para el ocio y la recreación.

En cualquiera de los casos, la práctica constante del deporte permite obtener múltiples beneficios tanto físicos como sociales que pueden llevar a la praxis en la vida deportiva y en la vida cotidiana, tal como ha sido el logro de mayor orientación auditiva que les ha permitido tener una mejor calidad de vida y mayor rendimiento deportivo.

Continuando con la línea de conclusiones, como se anunció previamente, la pérdida de visión lejos de ser una barrera para los deportistas, los ha convertido en personas resilientes, capaces de utilizar sus habilidades para afrontar obstáculos propios de la discapacidad, de la vida diaria y de la práctica deportiva. Es por ello, que, gracias a esto, también han logrado desarrollar mayor confianza en sí mismos en el ámbito deportivo, lo cual no solo se ve reflejado en el entrenamiento sino también en los resultados de competencias.

De este modo, la experiencia de vida como así también los resultados obtenidos de la descripción y correlación de las variables psicológicas *autoconfianza* y *resiliencia*, permiten afirmar que, la mayoría de los deportistas que poseen elevado puntaje con relación a la resiliencia son aquellos que cuentan con un bagaje de habilidades, principalmente de afrontamiento, que les permite atravesar y adaptarse a procesos desafiantes y/o estresantes como puede ser un torneo o competencia. A su vez, dichas habilidades se encuentran en relación con el entorno deportivo y sus características que favorecen el desarrollo del proceso resiliente

Por lo tanto, la influencia del entorno, como las fortalezas del individuo, han permitido el desempeño exitoso en el deporte y la obtención de elevados puntajes.

De la misma manera, reflejar alta resiliencia ha dado lugar a que los deportistas con discapacidad visual tengan una mejor percepción de sí mismos, lo cual se ve plasmado en los niveles que van de moderado a alto con relación a la autoconfianza.

Es decir, que ellos, tienen la certeza y confían en que poseen las habilidades físicas, psicológicas, de percepción (sentido auditivo y de orientación) y entrenamiento necesario, para obtener éxito en el deporte bajo diferentes condiciones, tal como la discapacidad visual.

Por lo que, si bien se observa que la mayoría de los deportistas evaluados presentan niveles elevados y consolidados de resiliencia y autoconfianza, se debe aclarar que los mismos no se consideran estáticos, sino dinámicos, ya que existen múltiples factores y variables tales como: el deportista con sus características demográficas y físicas, cultura organizativa del club, aptitudes y factores externos incontrolables que se influyen mutuamente, impactando en las emociones, cogniciones y conducta de los deportistas, y que también pueden hacer variar los niveles obtenidos.

Por lo tanto, en función de lo expuesto, los resultados pueden tener un sentido práctico tanto para el entrenamiento como para la competición, ya que permite dar información veraz a los deportistas y entrenadores acerca de las emociones y factores psicológicos que están relacionados con desafíos competitivos. De esta manera, trabajar sobre ello puede ser útil para ayudar a los jugadores a tener mayor predisposición a la hora de afrontar una competición

y mantener la autoconfianza, puesto que tener una mejor percepción de sí mismos les permitirá disfrutar de un mejor rendimiento.

Ya que el exclusivo entrenamiento físico y técnico, como así también la escasa estimulación de habilidades mentales y funciones cognitivas -como consecuencia de la ausencia de psicólogos que formen parte del cuerpo técnico y trabajen las mismas- puede traer como consecuencia la disminución del buen rendimiento deportivo y con ello disminución en la autoconfianza y en la percepción de sí mismos.

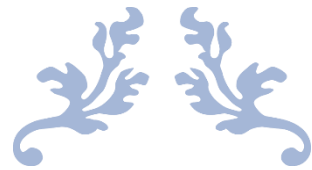
De este modo, los datos y resultados de la investigación pueden usarse para la programación de un plan de entrenamiento psicológico, físico y técnico que servirá para guiar las debilidades y mantener las fortalezas de cada deportista, tal como lo es la autoconfianza o cualquier variable psicológica que esté asociada al buen rendimiento deportivo. Teniendo en cuenta también la influencia de otros factores como el clima social, las relaciones entre los miembros del equipo y de estos con el cuerpo técnico, la frecuencia de entrenamiento, la alimentación, entre otros.

Como limitaciones, se resalta principalmente que, si bien el número de la muestra es importante, no es legítimo generalizar los resultados, ya que la misma no posee características de representatividad de la población total de deportistas con discapacidad visual.

Finalmente, a pesar de las limitaciones, también se destacan las fortalezas de esta investigación. Ya que la misma incluyó la administración de técnicas actualizadas con adecuada validez y confiabilidad

Por otra parte, permitió ofrecer datos sobre la realidad actual de deportistas mendocinos y sobre un deporte poco conocido, exclusivo para personas con discapacidad visual, contribuyendo así a la mayor difusión de este.

Por lo que, si bien en la Facultad de Psicología de la Universidad del Aconcagua se han realizado estudios en poblaciones con la presente discapacidad, hasta el momento no se ha indagado en este ámbito deportivo, lo que permite brindar aportes y avances para continuar la línea de estudio.



CAPÍTULO VI: BIBLIOGRAFÍA



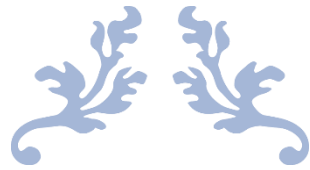
- Achilli, M. (2010). *Incidencia de la auto-confianza en los remeros que compiten en single scull sobre los resultados deportivos* (tesis de grado). Universidad del Aconcagua: Mendoza.
- Agosto Gómez, A. (2015). *Psicología del deporte aplicada a la discapacidad: Fútbol para ciegos* (trabajo final de grado). Universidad de la República, Uruguay
- Alcoba, A. (2001). *Enciclopedia del deporte*. España: Librerías deportivas Esteban Sanz.
- Arce Montaña, M. (2016). *Ceguera y calidad de vida: bienestar subjetivo* (Monografía). Universidad de la República: Montevideo, Uruguay.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (1994). Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales *DSM - IV*. España, Barcelona: Masson
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84 (2), 191-215. DOI: 10.1037/0033-295X.84.2.191
- Barriopedro, M.I.; Eraña, I. y Mallol, L. (2001). Relación de la actividad física con la Depresión y satisfacción con la vida en la tercera edad. *Revista de Psicología del Deporte*, 10 (2), 239-246. Recuperado de: <http://ddd.uab.cat/pub/revpsidep/19885636v10n2/19885636v10n2p239.pdf>
- Blanquez Egido, A. (2012). *Resiliencia en Jóvenes-Adolescentes: Adaptación de la escala RESI-M y valoración del efecto de mediación en la relación del estrés sobre la afectividad negativa* (tesis de grado). Universidad de Deusto: Bilbao.
- Cantón Chirivella, E. (2010). La Psicología del Deporte como profesión especializada. *Papeles del Psicólogo*, 3 (31), 237-245.
- Cardoso, F. y Sacomori, C. (2014). Resilience of athletes with physical disabilities: A cross-sectional study. *Revista de psicología del deporte*, 23 (1), 15-22.
- Colegio Oficial de Psicólogos. (1998). *Perfiles profesionales del psicólogo*. España: Colegio Oficial de Psicólogos. Recuperado de: <https://www.cop.es/perfiles/contenido/deporte.htm>

- Cox, R. (2009a). *Fundamentos de la psicología del deporte*. En Cox, R. (Ed.), *Psicología del deporte: conceptos y aplicaciones* (pp. 4-19). Estados Unidos: Panamericana.
- Cox, R. (2009b). *Autoconfianza y motivación intrínseca*. En Cox, R. (Ed.), *Psicología del Deporte: conceptos y aplicaciones* (pp. 103-110). Madrid, España: Editorial Médica Panamericana. 6° ed.
- Cruz, J. (1990). La psicología del deporte: definición, evolución y relación con las demás ciencias de la actividad física y el deporte. *Apuntes: educación física y deportes*. (22), 11-20.
- Díaz, I.; García, C.; León, M.; Ruiz, F. y Torres, F. (2014). *Guía de Asociación entre variables (Pearson y Spearman en SPSS)*. Universidad de Chile: Chile.
- Federación española de deportes para ciegos (FEDC). (2002). *Deportes para personas ciegas y deficientes visuales*. Madrid: FEDC.
- Federación española de deportes para ciegos (FEDC). (2018). *Goalball*. Consultado en: <https://www.fedc.es/deportes/goalball>
- Fradejas Medrano, E.; Espada Mateos, M. y Garrido Martos, R. (2017). La autoconfianza en el deporte en edad escolar. *Revista iberoamericana de diagnóstico y evaluación*. 2 (44), 158-171. DOI: 10.21865/RIDEP44.2.13
- Garcés de los Fayos, E. J. y Vives, L. (2006). *La actividad física como estrategia de salud: nuevos yacimientos del mercado*. En C. Sánchez Gombau (Ed.), *Marketing y recursos humanos en organizaciones deportivas* (pp. 327-352). España: EOS.
- González Campos, G.; Valdivia Moral, P.; Zagalaz, M. y Romero, S. (2015). La autoconfianza y el control del estrés en futbolistas: revisión de estudios. *Revista iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte*. 1 (10), 95-101.
- González, J. L. (1997). *Naturaleza de la Psicología del deporte*. En José Lorenzo González (Ed.), *Psicología del Deporte* (pp. 35-50). Madrid, España: Biblioteca Nueva.
- Guillén, F. (1996). *Calidad de vida y actividad física en la vejez: una perspectiva psicosocial*. En M. Navarro, E. Brito, J. M. García y J. A. Ruiz (Eds.), *Programas de Actividad Física y deportiva para las personas mayores* (pp.179- 198). Las Palmas de Gran Canaria: Exmo.

- Guillén, F. y Sánchez, M.C. (2010). La intervención del psicólogo/a del ejercicio y del deporte en la salud y la calidad de vida en poblaciones especiales. *Apuntes de Psicología*, 28 (2), 329-340. Recuperado de: <http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/222/224>
- Guillén Rojas, N. (2007). Implicaciones de la autoeficacia en el rendimiento deportivo. *Pensamiento Psicológico*, 3 (9), 21-32. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/801/80103903.pdf>
- Hernández García, R.; Olmedilla Zafra, A. y Ortega Toro, E. (2008). Ansiedad y autoconfianza de jóvenes judokas en situaciones competitivas de alta presión. *Análise Psicológica*. 26 (4), 1-11. Recuperado de: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312008000400013
- Hernández Sampieri, R.; Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, M. P. (2006). *Metodología de la investigación*. 6ª edición. Ed: McGraw-Hill.
- Hervás, G. (2009). Psicología positiva: una introducción. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 23 (3), 23-41.
- IBM Corp. (2017). IBM SPSS Statistics para Windows, Versión 25.0. Armonk, NY: IBM Corp.
- Jaenes, J.; Peñaloza, R.; Navarrete, K. y Bohórquez, R. (2012). Ansiedad y autoconfianza precompetitiva en triatletas. *Revista iberoamericana de psicología del ejercicio y el deporte*. 7 (1), 113-124.
- León, O. y Montero, I. (1997). *Diseño de investigaciones, introducción a la lógica de la investigación en psicología e investigación*. Madrid: McGraw-Hill.
- Linley, A.; Joseph, A.; Harrington, S. & Wood, A. (2006). Positive psychology: Past, present and (possible) future. *The Journal of Positive Psychology*. 1 (1), 3-16.
- Machida, M.; Irwin, B. & Feltz, D. (2013). Resilience in competitive athletes with spinal cord injury: The role of sport participation. *Qualitative Health Research*. 23 (8), 1054-1065.
- Martin-Krumm, C. P.; Sarrazin, P. G.; Peterson, C. & Famose, J. P. (2003). Explanatory style and resilience after sport failure. *Personality and Individual Differences*, 35 (5), 1685-1695.

- Méndez Urresta, E. M. y Méndez Urresta, J. B. (2016). *Diccionario de educación, actividad física y deportes*. Ecuador: Universidad Técnica del Norte.
- Monreal Vidal, F. (2002). *Goalball*. En Federación española de deportes para ciegos (FEDC). (2002). *Deportes para personas ciegas y deficientes visuales*. Madrid: FEDC.
- Munist, M.; Santos, H.; Kotliarenco, M.A.; Suárez, E.N.; Infante, F. y Grotberg, E. (1998) Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes. *Organización Panamericana de la Salud. Liberalit, Revista de Psicología*, 11, 41-48.
- Nicolás Marín, A. (2009). Autoconfianza y deporte. *Revista digital EFDeportes.com*, (128). Recuperado de: <http://www.efdeportes.com/efd128/autoconfianza-y-deporte.htm>
- Organización Mundial de la Salud. (2011). *Informe mundial sobre la discapacidad*. Recuperado de: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/es/
- Organización mundial de la salud. (2014). *Ceguera y discapacidad visual*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/es/>
- Organización Nacional Ciegos Españoles. (2015). *Discapacidad visual: Aspectos generales*. Recuperado de: www.once.es
- Ossorio, D. y Fernández, M. (2011). Orientaciones sobre la psicología del deporte. *Revista digital EFDeportes.com*, (163). Recuperado de: <https://www.efdeportes.com/efd163/orientaciones-sobre-la-psicologia-del-deporte.htm>
- Pantano, L. (2007). Personas con discapacidad: hablemos sin eufemismos. *Revista La Fuente*. (33), 1-3.
- Perlbach, M. (2016). *VARIABLES psicológicas asociadas con el rendimiento deportivo en nadadores profesionales* (tesis de grado). Universidad del Aconcagua, Mendoza.
- Real Academia Española. (2014). Deporte. En *Diccionario de la lengua española* (23 ed.). Consultado en: <https://dle.rae.es/?id=CFEFwiY>
- Real Academia Española. (2014). Resiliencia. En *Diccionario de la lengua española* (23 ed.). Consultado en: <http://dle.rae.es/srv/search?m=30&w=resiliencia>

- Robles, J.; Abad, M.T. y Gimenez, F.J. (2009). Concepto, características, orientaciones y clasificaciones del deporte actual. *Revista Digital EFDeporte.com*, (138). Recuperado de: <https://www.efdeportes.com/efd138/concepto-y-clasificaciones-del-deporte-actual.htm>
- Ruiz, R.; De la Vega, R.; Poveda, J.; Rosado, A. y Serpa, S. (2012). Análisis psicométrico de la Escala de Resiliencia en el deporte del fútbol. *Revista de Psicología del Deporte*, 1 (21), 143-151.
- Salcedo, M. (2018). *Autoconfianza en jugadores de fútbol con discapacidad visual* (tesis de grado). Universidad del Aconcagua, Mendoza.
- Sánchez, D. y Robles, M. (2015). Escala de Resiliencia 14 ítems (RS-14): Propiedades psicométricas de la versión en español. *Revista iberoamericana de diagnóstico y evaluación*, 2 (40), 103-113.
- Sánchez, M. C. y Sánchez, F. J. (2010). Funciones, tareas y perfil profesional del Psicólogo del deporte en las organizaciones deportivas. *Papeles del Psicólogo*, 31 (3), 246-249. Recuperado de: <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1853.pdf>
- Seligman, M. (2002). *La auténtica felicidad*. Barcelona: Ediciones B, S. A.
- Suriá Martínez, R. (2016). Bienestar subjetivo, resiliencia y discapacidad. *Acciones e investigaciones sociales*, (36), 113-140.
- Vealey, R. S.; Knight, B. J. y Pappas, G. (2002). *Multidimensional sport-confidence: A conceptual and psychometric extension*. Trabajo presentado en la Asociación para la Avance de la Conferencia de Psicología del Deporte Aplicada, Tuscan, Italia.
- Vera Poseck, B. (2006). Psicología positiva: una nueva forma de entender la psicología. *Papeles del psicólogo*, 27 (1), 3-8.
- Weinberg, R. y Gould, D. (2010). Autoconfianza. En R. Weinberg y D. Gould (Ed.), *Fundamentos de la psicología del deporte y del ejercicio físico* (pp. 321-343). Madrid: Editorial Panamericana. 4° ed.



CAPÍTULO VII: ANEXO



8. ANEXO

8.1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: _____

Estimado/a:

La presente investigación de Tesis de Grado, realizada por la alumna *Santander Gatica Carla Maciela*, estudiante de la Facultad de Psicología, tiene como propósito describir los factores psicológicos de resiliencia y autoconfianza en un grupo de deportistas con discapacidad, utilizando múltiples instrumentos de evaluación.

Su colaboración será muy valiosa para esta investigación. En caso de que desee participar, se informa que la misma es voluntaria, pudiendo declinarla en el momento que lo desee. La información recabada es confidencial y anónima, solo se generarán resultados en base a análisis de datos.

Finalmente, se informa que aquellos participantes que deseen obtener datos sobre los resultados de su evaluación, se los contactará personalmente, vía mail o telefónicamente, para brindarle un informe de esta.

Yo, _____ brindo mi consentimiento informado y voluntario a participar de la investigación dirigida por Doctorada Graciela Granados y avalado por la Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua, Mendoza, Argentina.

Firma: _____

Aclaración: _____

DNI: _____

Contacto: _____

8.2. HOJA DE DATOS SOCIODEMOGRAFICOS (cuestionario ad hoc)

Este cuestionario consta de algunas preguntas generales. Por favor marque con un círculo la respuesta que refleje adecuadamente sus datos personales y, en caso de ser necesario, llene el cuestionario lo más precisamente posible. Si desea explicar algo con más detalle, puede usar el espacio debajo de las respuestas.

Edad: _____ Sexo: _____

Deporte: _____ Edad deportiva: _____

Institución: _____

Otros datos de interés:

- 1) Nivel económico
 - a. Alto
 - b. Medio
 - c. Bajo
- 2) Lugar de residencia: _____
- 3) ¿Trabaja? Si/No _____
- 4) Nivel de estudios:
 - a. Primario C I
 - b. Secundario C I
 - c. Terciario/Universitario C I
- 5) Tipo de discapacidad visual:
 - a. Congénita
 - b. Adquirida
- 6) Agudeza visual:
 - a. Ceguera total
 - b. Ceguera parcial
 - c. Baja visión
 - d. Otro

- 7) Tipo de deporte que realiza:
- a. Deporte de rendimiento
 - b. Deporte base o iniciación temprana
 - c. Deporte en poblaciones especiales
 - d. Deporte de ocio y recreación
- 8) ¿Cuántas veces entrena en la semana?
- a. Dos veces en la semana
 - b. Tres veces en la semana
 - c. Cuatro veces en la semana
 - d. Cinco veces en la semana
 - e. Otro
- 9) ¿Realiza otro deporte o actividad? Si / No ¿Cuál?
- _____
- 10) ¿Por qué realiza Goalball?
- _____
- 11) ¿Qué beneficios tiene para su vida?
- _____
- 12) ¿Cómo conoció tal deporte?
- _____

8.3. ESCALA DE RESILIENCIA (ER-14)

Indicaciones: Por favor, lea las siguientes afirmaciones. A la derecha de cada una se encuentran siete números, que van desde “1” (totalmente en desacuerdo) a la izquierda a “7” (totalmente de acuerdo) a la derecha. Haga un círculo en el número que mejor indique sus sentimientos acerca de esa afirmación. Por ejemplo, si está muy de acuerdo con un enunciado, el círculo de “1”. Si no está muy seguro, haga un círculo en el “4”, y si está totalmente de acuerdo, haga un círculo en el “7”, y puede graduar según esta escala sus percepciones y sentimientos con el resto de los números.

Haga un círculo en la respuesta adecuada	Totalmente en desacuerdo				Totalmente de acuerdo		
	1	2	3	4	5	6	7
1. Normalmente, me las arreglo de una manera u otra	1	2	3	4	5	6	7
2. Me siento orgulloso de las cosas que he logrado	1	2	3	4	5	6	7
3. En general, me tomo las cosas con calma	1	2	3	4	5	6	7
4. Soy una persona con una adecuada autoestima	1	2	3	4	5	6	7
5. Siento que puedo manejar muchas situaciones a la vez.	1	2	3	4	5	6	7
6. Soy resuelto y decidido	1	2	3	4	5	6	7
7. No me asusta sentir dificultades porque ya las he experimentado en el pasado	1	2	3	4	5	6	7
8. Soy una persona disciplinada	1	2	3	4	5	6	7
9. Pongo interés en las cosas	1	2	3	4	5	6	7
10. Puedo encontrar, generalmente, algo sobre lo que reírme	1	2	3	4	5	6	7
11. La seguridad en mí mismo me ayuda en los momentos difíciles	1	2	3	4	5	6	7
12. En una emergencia, soy alguien en quien la gente puede confiar	1	2	3	4	5	6	7
13. Mi vida tiene sentido	1	2	3	4	5	6	7
14. Cuando estoy en una situación difícil, por lo general puedo encontrar una salida	1	2	3	4	5	6	7

8.4. COMPETITIVE STATE ANXIETY INVENTORY (CSAI-2)

Indicaciones: completa la siguiente escala en dos ocasiones diferentes: en un momento de tranquilidad, antes de una práctica cuando estás bastante relajado, y en una situación competitiva que sientes que es altamente estresante. Si no estás actualmente en competencia, recuerda esas situaciones lo más claramente posible y anota tus respuestas.

Debajo hay afirmaciones que los atletas utilizan para describir sus sentimientos antes de la competencia. Lee cada afirmación y circula el número apropiado para indicar cómo te sientes ahora, *en este momento*. No hay respuestas correctas o erróneas. No gastes mucho tiempo en cada una de las afirmaciones.

	Para nada	Algo	Moderada= mente	Mucho
1. Estoy preocupado por esta competencia	1	2	3	4
2. Me siento nervioso	1	2	3	4
3. Me siento tranquilo	1	2	3	4
4. Tengo dudas sobre mi	1	2	3	4
5. Me siento agitado	1	2	3	4
6. Me siento cómodo	1	2	3	4
7. Estoy preocupado porque en esta competencia no puedo hacerlo tan bien como podría	1	2	3	4
8. Siento mi cuerpo tenso	1	2	3	4
9. Me siento con confianza en mí mismo	1	2	3	4
10. Estoy preocupado por perder	1	2	3	4
11. Siento mi estómago tenso.	1	2	3	4
12. Me siento seguro	1	2	3	4

13. Estoy preocupado por si pierdo	1	2	3	4
14. Siento mi cuerpo relajado	1	2	3	4
15. Confío en poder afrontar el desafío	1	2	3	4
16. Me preocupa tener un pobre desempeño	1	2	3	4
17. Mi corazón está acelerado	1	2	3	4
18. Confío en tener un pobre desempeño	1	2	3	4
19. Estoy preocupado por alcanzar mi gol	1	2	3	4
20. Siento que mi estomago se hunde	1	2	3	4
21. Me siento mentalmente relajado	1	2	3	4
22. Me preocupa que los demás se sientan decepcionados con mi desempeño	1	2	3	4
23. Mis manos están humedad y frías	1	2	3	4
24. Estoy confiado porque mentalmente imagine alcanzar mi gol	1	2	3	4
25. Estoy preocupado porque no podré concentrarme	1	2	3	4
26. Siento tenso el cuerpo	1	2	3	4
27. Confío en rendir bien a pesar de la presión	1	2	3	4