

5

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA

"COMPARACION EN EL AUTOCONCEPTO ENTRE
ATLETAS DISCAPACITADOS DE ALTO NIVEL Y
DISCAPACITADOS SEDENTARIOS".

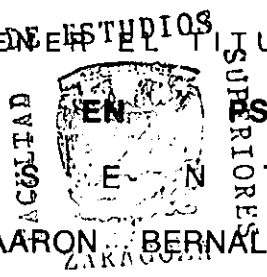
T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

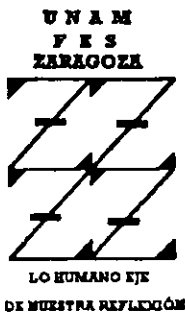
GILBERTO AARON BERNAL GOVEA



SECRETARIA
TECNICA
PSICOLOGIA

DIRECTORA: MTRA. MARIA ESTHER E. ALMANZA BENITEZ

291387



MEXICO, D. F.

200



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos:

Para todos mis importantes.

Para los que me dieron una oportunidad y para aquellos que dijeron que habría que tirar más muros; y para los que aún no conozco.

Má. y Pá.: mis hermanos; mis tíos y primos: Juanita, Yize, Carlos y Andi por todo.

A mis entrenadores: Enrique Gandara "tito" (por la oportunidad que cambió mi vida) y José Luis Rocha (por confiarme la oportunidad y sus enseñanzas).

A todos mis amigos de la Universidad Nacional Autónoma de México, en la Facultad y en los "Guerreros Aztecas": Alejandra (por estar aquí desde allá), Rodo, Pablito, Poncho, Vic, Adrián, Juan Manuel, Álvaro, Abraham, Pili, Rosita, Bety, Susi, Xochitl, Adrianita, Irma. A los Guerreros: Camilo (98) y fam., Lorin (72) y fam., Juan y Pedro (17 y 99) y fam., Julio (5), Fabián (51), a Gabriel (74) (por siempre estar a mi lado), a todos por haber compartido desde un aula, un campo de 100 yardas y sobre todo el tiempo de nuestras vidas, en especial a Álvaro Zalazar (13) ¡después nos vemos!

A todos los "Guerreros Aztecas" campeones de liga mayor en el '95.

A mis amigos lejanos (por haberme abierto sus puertas): Ignacio García, Cacho, los Ricci Diestel, Coach Alegría.

A mis maestros amigos de los cuales guardo sus enseñanzas: Juana Bengoa, María Esther Almanza, Edgar Pérez, Minerva Huizar, Leonardo Cruz, Carlos Ramírez y en especial a Martha Heredia Navarro.

A los comités Delegacionales de Personas con Discapacidad de la Ciudad de México, al Centro Paralímpico Mexican, al equipo sobre silla de ruedas de la UNAM y a todas las personas que contribuyeron para lograr esta investigación.

Gracias.

Gilberto Aarón Bernal Govea (77).

INDICE.

Introducción.....	Pag. 1
-------------------	-----------

CAPITULO I

ASPECTOS GENERALES SOBRE DISCAPACIDAD.

Antecedentes.....	3
Definición de discapacidad.....	4
Tipos de discapacidad.....	5
Etiología.....	6
Secuelas por amputación.....	6
Secuelas por lesión medular.....	6
Secuelas por Poliomielitis.....	8
Respuesta familiar ante la discapacidad.....	8
Discapacidad congénita.....	9
Discapacidad adquirida.....	10
Retos que enfrentan las personas con alguna discapacidad.....	11
Actitudes sociales ante la discapacidad.....	12
Barreras arquitectónicas.....	12
Acceso a la enseñanza.....	13
Acceso al trabajo.....	13

CAPITULO II

DEPORTE, PSICOLOGÍA DEL DEPORTE Y DISCAPACIDAD.

Antecedentes del deporte.....	16
Definición de deporte.....	17
Deporte y discapacidad.....	18
Deporte adaptado.....	19
Deporte y autoconcepto.....	21
Deporte adaptado y autoconcepto.....	23
Psicología del deporte.....	23
Antecedentes de la psicología del deporte.....	24
Definición de psicología del deporte.....	27
Relación de la psicología del deporte con otras ramas de la psicología.....	29
Campo de acción de la psicología del deporte.....	30
Psicología del deporte y discapacidad.....	32

CAPITULO III

AUTOCONCEPTO.

Perspectivas teóricas sobre autoconcepto.....	35
Componentes y elementos del autoconcepto.....	37
Factores que influyen en la formación del autoconcepto.....	39
Autoevaluación (parámetros sociales).....	39
Autoconcepto y autoestima.....	41
Autoconcepto y discapacidad.....	42

CAPITULO IV

METODOLOGÍA.

Planteamiento del problema.....	45
Objetivos.....	45
Hipótesis.....	45
Variables.....	46
Definición de variables conceptuales.....	46
Definición de variables operacionales.....	46
Universo.....	47
Muestras.....	47
Muestreo.....	47
Diseño.....	47
Tipo de investigación.....	47
Instrumentos.....	48
Procedimiento.....	52
Tratamiento de datos.....	52

CAPITULO V

ANÁLISIS DE RESULTADOS.

Análisis descriptivo de resultados sociodemográficos.....	54
Edad.....	54
Sexo.....	54
Estado civil.....	55
Número de hijos.....	55
Escolaridad.....	56
Ocupación.....	56
Tipo de secuela.....	57
Tipo de deporte.....	57
Logros deportivos.....	58
Edad deportiva.....	58

Análisis descriptivo e inferencial de resultados de la Escala de Autoconcepto Tennessee.....	59
Puntuación de Autocrítica.....	59
Puntuación total.....	59
Puntuación por hileras.....	60
Puntuación por columnas.....	60
Representación gráfica de las medias de ambas muestras en el perfil de la E.A.T.....	62

CAPITULO VI

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

Resultados de condiciones demográficas.....	63
Resultados de la Escala de Autoconcepto de Tennessee.....	64

CAPITULO VII

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

Discusión y conclusiones.....	68
Bibliografía.....	72
Anexos.....	75
Cuestionario de datos demográficos.....	76
Escala de Autoconcepto Tennessee.....	77

INTRODUCCION.

Una de las minorías más numerosas en nuestro país es la de personas con alguna discapacidad, ya que existen alrededor de 10 millones que padecen alguna situación discapacitante, que generalmente se encontrarán en desventaja al tratar de integrarse en los diferentes ámbitos sociales y psicológicos, ya que es la misma sociedad la que limita cualquier tipo de desarrollo personal, marcándose esta condición en las zonas más desfavorecidas económicamente. Esta situación es contradictoria al observar que existe un alto desempeño deportivo alcanzado por los atletas discapacitados sobre silla de ruedas, además del beneficio que éstos adquieren en su calidad de vida, sus logros deportivos se contraponen de igual manera con la marcada marginación que padece la mayoría de esta población discapacitada cuando pretende incorporarse como cualquier otra persona con los demás, siendo entonces que la sociedad en general asigna poco interés para resolver ésta problemática.

El propósito de esta investigación es analizar de manera objetiva si la práctica de la actividad física de forma sistemática llamada deporte, influye en el autoconcepto de las personas con alguna discapacidad y así poder sugerir los resultados a nuevos programas de rehabilitación e integración social y psicológica; así como para describir cuáles son las condiciones en las que se desenvuelven a diario.

Para ello se evaluó a dos muestras de discapacitados: la primera de atletas con alguna discapacidad y la segunda de personas sedentarias con alguna discapacidad, siendo la población específica aquellos individuos que padecieran alguna discapacidad permanente del aparato músculo-esquelético en extremidades inferiores como: lesión medular, poliomielitis, hemiplejía, amputados, esclerosis múltiple y espina bífida; esto para ambas muestras.

Para este estudio se utilizaron como instrumentos la Escala de Autoconcepto de Tennessee (E.A.T.), en su forma "C" de consejería y un cuestionario de datos demográficos.

La aplicación de estos instrumentos se llevó a cabo durante los "Segundos Juegos Paralímpicos Nacionales" en Noviembre de 1998 y en los 11 Comités Delegacionales de Personas con Discapacidad de la Ciudad de México, además de un Centro de Rehabilitación y Educación Especial (CREE), del Programa Nacional para Desarrollo Integral de la Familia (DIF), del gobierno del Distrito Federal, en el año de 1999.

El análisis de datos se dividió en dos partes: primero se realizó un análisis de datos demográficos con el objeto de conocer las características de vida de las dos muestras de personas con alguna discapacidad, además de presentar los puntajes obtenidos en cada una de las subescalas de la E.A.T..

La segunda parte correspondió a la comparación estadística entre las medias obtenidas por medio de la prueba "t de Student".

Los resultados de cada uno de los grupos mostraron que no existe una diferencia estadísticamente significativa entre las medias de ambas muestras con relación a la E.A.T., con excepción de la subescala "B" (*Yo ético-moral*), pero al observar los resultados demográficos y los trazos en el perfil de la escala en ambas muestras éstas se comportan de manera distinta favoreciendo de manera positiva a la muestra de atletas en su autoconcepto y su calidad de vida, indicando que la actividad deportiva es una posibilidad real y benéfica además de atractiva para el desarrollo integral de la población con alguna discapacidad.

CAP. I ASPECTOS GENERALES SOBRE DISCAPACIDAD.

ANTECEDENTES.

El tema de la discapacidad en México ha surgido para toda la sociedad en general como una moda, esto a consecuencia de un *marketing* (mercadeo) publicitario a partir de 1997 por los eventos "Teletón" que, a pesar del beneficio en recursos e infraestructura que éstos representan, no cumplen hasta ahora con una reconceptualización del individuo discapacitado y de la propia discapacidad; ya que de alguna manera este tipo de eventos, coincidiendo con Hale (1980), plantean a la discapacidad y al discapacitado como entes sujetos de la caridad y la sobreprotección pública, sin tratar las condiciones sociales, culturales y de accesibilidad a las que se enfrentan las personas con alguna discapacidad. Por lo que aún es difícil mencionar algún tipo de cambio sobre la educación y la cultura hacia la discapacidad, pero sí del que quizás sea inicio de una nueva equidad social.

Este estudio más que hacer caso a una moda publicitaria, responde de manera más objetiva a la formación de una cultura y conocimiento sobre las condiciones de vida de los individuos discapacitados, respondiendo de esta manera a la constante de éxitos deportivos alcanzados por los atletas discapacitados nacionales sobre silla de ruedas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1981, reportó la existencia de aproximadamente 500 millones de personas con algún tipo de discapacidad en el mundo (cit. por Heredia 1998^(a)), indudablemente esta cifra debe haberse incrementado desde ese día a la fecha en proporción a como ha aumentado la población mundial, a los diferentes conflictos bélicos y tragedias naturales, etc.

En México, la Comisión de Atención a Grupos Vulnerables (Primera Asamblea Legislativa del D. F., 1998), menciona que existen alrededor de 10 millones de mexicanos que padecen alguna situación discapacitante. En el mismo documento se comenta que en la Ciudad de México habitan aproximadamente un millón de personas con alguna discapacidad, y a nivel, nacional si se tomara en cuenta el total de personas que tienen que ver de manera directa o indirecta con la problemática de la discapacidad, se encuentra involucrado a un 45% del total de la población de todo México.

DEFINICIÓN DE DISCAPACIDAD.

Existen diferentes términos con los que la sociedad se dirige hacia este grupo de personas, que por cifras aproximadas es una de las minorías más numerosas, suele llamárseles de diferentes maneras: "inválidos", "lisiados", "impedidos", "minusválidos", "incapacitados", "paralíticos", incluso otros que ellos mismos usan como el de "chuecos". Todos éstos al ser usados tienen una connotación despectiva y de desaprobación, por ejemplo los términos "in" sólo reflejan la falta de algo y etiquetan de limitado, restado o menos capacitado, de esta manera se descalifican las capacidades con las que en realidad cuenta; mientras que "minusválido" es un concepto que determina valer menos. Es por eso que la mayoría de ellos sólo reflejan una descalificación y menosprecio, otorgándole a un individuo con discapacidad nulo o poco valor como persona en todos los ámbitos de la vida.

Con lo anterior coincide Heredia (1998^(b)), que menciona "Todos estos términos descalificativos son generalizaciones que la comunidad hace y no sólo los usan en función de la limitación real, sino que se extiende a casi todas las áreas de la vida del individuo".

Por su parte la OMS, en el plan de acción mundial en 1982, hace distinción entre los términos que pudieran definir a la persona "diferente" y define el término de minusvalía (Heredia, 1998^(c)):

Deficiencia.- Es una pérdida o anormalidad permanente o transitoria, psicológica, fisiológica o anatómica, de estructura o función.

Incapacidad.- Cualquier restricción o impedimento del funcionamiento de una actividad, ocasionados por una deficiencia en la forma o dentro del ámbito considerado normal para el ser humano.

Minusvalía.- Es una incapacidad que constituye una desventaja para una persona dada, en cuanto que limita o impide el cumplimiento de una función que es normal para esa persona según la edad, el sexo, así como los factores sociales y culturales.

De los dos primeros aún se desprende la connotación despectiva ya sea en su término o en su definición manejando conceptos como el de anormalidad, impedido y el de poco valor como persona.

Por lo que se plantea que el contenido de la definición de "minusvalía" es la más adecuada para este estudio, debido a que sólo hace mención a una desventaja, que estará en función de las circunstancias y no generalizándose a todos los aspectos de la vida del discapacitado, mas no así su término o encabezado, ya que éste mantiene la connotación de menosprecio y descalificación hacia las personas.

Por lo que dicho término no se ocupará en este trabajo y en su lugar se utilizará el de "discapacidad" por ser actualmente el término más usado.

TIPOS DE DISCAPACIDAD.

Heredia (1998^(b)), menciona que dentro de la población mundial existen por lo menos cinco grupos de discapacidades que presentan alteraciones permanentes:

En el sistema músculo-esquelético que abarca las secuelas por amputación, lesión medular, espina bífida, poliomielitis, esclerosis múltiple y parálisis cerebral.

En el sistema auditivo que concierne a los sordos e hipoacústicos.

En el sistema ocular abarcando a los ciegos y débiles visuales.

Los que pertenecen a aspectos intelectuales la deficiencia mental leve, media o profunda.

Categoría mixta o de multiatipicidad en la que se pueden encontrar combinadas en una sola persona, dos o más de las problemáticas mencionadas.

Existen también otros padecimientos físicos que aunque comúnmente no son considerados como invalidantes para las personas, debido a su magnitud o severidad, sí pueden entrar en esta clasificación de limitación física, como: artritis, hipertensión, diabetes, postinfartados, etc. (Ibídem).

Este trabajo centra su interés en los discapacitados del sistema músculo-esquelético o discapacitados físico-motores; que comprende a los individuos que como característica presentan secuelas de: amputación, esclerosis múltiple, espina bífida, lesión medular o poliomielitis.

ETIOLOGÍA.

Howard Rush (cit. en Silva, 1991), hace una clasificación de los diferentes tipos de incapacidad motora en tres grupos fundamentales según su causa:

SECUELAS POR AMPUTACIÓN.

Este es un tipo de afectación del sistema músculo-esquelético, donde hay una pérdida por amputación de un miembro. Puede ser debida a un accidente o como medida vital para detener alguna enfermedad, o debido a una malformación congénita. Existen cuatro tipos de amputación:

Amputación por malformación congénita.- Esta consiste en la falta de un miembro en su totalidad o parte de él, al nacer.

Amputación por tumor.- Es en el caso de tener una afección maligna en una parte del miembro, pero en muchas ocasiones la amputación se lleva a cabo en la mayor parte del miembro.

Amputación por lesión.- La amputación traumática es a causa de un accidente repentino que puede cercenar al miembro, o a causa de un daño en que la única vía de salud sea la amputación, para así eliminar la zona dañada.

Amputación por enfermedad.- Esta es provocada por problemas circulatorios causados generalmente por la diabetes, la arteriosclerosis, pudiendo llegar a ser tan grave que es necesario amputar el miembro afectado.

SECUELAS POR LESIÓN MEDULAR.

Este tipo de padecimiento dejará secuelas en el cuerpo dependiendo del área donde sea el daño, éste puede localizarse en tres grandes regiones a lo largo de la médula espinal, (cervical, dorsal y lumbar). La lesión puede ser a causa de una compresión, por transección, o daño en los discos vertebrales. Dentro de este tipo de padecimientos la clasificación es la siguiente:

Monoplejía: Se refiere a la parálisis de un solo miembro.

Paraplejía: Es la parálisis total o parcial de las piernas. Puede deberse a una enfermedad o herida que afecte a la médula espinal. Por debajo del nivel de la lesión se produce parálisis motora y pérdida de sensibilidad, además pueden presentarse afecciones en la vejiga y en el intestino.

Hemiplejía.- Concierno a la parálisis de un sólo lado del cuerpo, esto es generalmente a consecuencia de un ataque de apoplejía. Puede también deberse a daños en el cerebro (en el lado opuesto al paralizado), ocasionados por una trombosis, embolia, hemorragia cerebral, o debido a un tumor en el cerebro.

Tetraplejía.- (o cuadriplejía), se refiere a la parálisis de las cuatro extremidades ya sea por lesión traumática o por enfermedad de las neuronas de la médula espinal a la altura del cuello. Las causas más recurrentes son los accidentes automovilísticos y las caídas (Hale, 1980).

Existen otros tipos de secuelas que de alguna manera se ven inmiscuidas anatómicamente con la espina dorsal y medula espinal, aunque éstas no estén necesariamente relacionadas con las secuelas por lesión medular, en este caso la Esclerosis múltiple y la Espina bifida.

Esclerosis múltiple.- Una de las más comunes enfermedades orgánicas del sistema nervioso, ataca casi invariablemente a jóvenes y adultos. La esclerosis múltiple afecta a muchas partes del sistema nervioso, y a menudo se caracteriza por recesiones y recuperaciones parciales -ocasionalmente completas-. Con frecuencia afecta a la médula espinal, provocando periodos de parálisis parcial o completa de las piernas y, a veces, del tronco y brazos. También pueden producirse entumecimientos, picores y trastornos sensoriales.

El nombre se deriva del tejido esclerótico que se forma en la vaina de mielina que recubre las fibras nerviosas del cerebro y la médula espinal debilitando los impulsos nerviosos. Si las fibras quedan destruidas, los impulsos dejan de circular y ya no pueden recuperar la función muscular (Hale, 1980).

Espina bifida.- Es una alteración congénita en la que las vértebras del embrión no se desarrollan, dejando un hueco por donde sale la médula espinal. Esto puede provocar parálisis que varía desde un ligero entumecimiento hasta la parálisis completa desde la cintura hacia abajo, se puede ver acompañada de incontinencia, hidrocefalia y daños cerebrales (ibidem).

SECUELAS POR POLIOMIELITIS.

Estas secuelas se deben a una enfermedad infecciosa aguda causada por un virus que se filtra por vía oral o por el aparato digestivo. Sus principales efectos son en las células de los cuernos anteriores de la médula espinal siendo dañada o destruida esta parte, causando parálisis flácida en los músculos inervados por las células motoras afectadas.

La posibilidad de recuperación dependerá de si las células han sido solo dañadas o destruidas, para saber si se recobrará o no su función parcial o completa. Las secuelas que se derivan son las atrofas musculares.

En los niños interfiere en el desarrollo y crecimiento de las extremidades involucradas dando lugar a deformaciones, acortamientos, posiciones viciosas. Actualmente en la mayoría de los casos el padecimiento pudo haber sido evitado con la aplicación de una vacuna.

Otro tipo de enfermedades como la distrofia muscular o traumatismos, siguen siendo causa para que el individuo sea considerado dentro del concepto de discapacidad. Como se citó, este tipo de discapacidad es a la que pertenecen aquellos que por las características del padecimiento y sus necesidades de movilidad tendrán que emplear silla de ruedas, muletas y/o aparatos ortopédicos (órtesis).

RESPUESTA FAMILIAR ANTE LA DISCAPACIDAD.

Después de haber definido el término de discapacidad y plantear las características y tipo de discapacidades, generalmente quien padece o manifiesta esta situación desde su nacimiento y desarrollo pertenecerá a un grupo.

Para explicar este apartado se ha separado a la familia de la sociedad, debido a que en el caso de la discapacidad, y no sólo en ésta, la familia será el primer centro de apoyo para el individuo, y no porque estas esferas sean verdaderamente independientes una de la otra.

Como se ha mencionado, el círculo familiar será el primer punto de apoyo para el individuo discapacitado, independientemente de si la discapacidad haya sido congénita o adquirida. La relación existente entre el discapacitado y su familia será muy importante ya que de ésta dependerá el replanteamiento de las nuevas condiciones y expectativas a las que el discapacitado y familiares se enfrentarán.

DISCAPACIDAD CONGENITA.

Para la familia, el esperar a un nuevo miembro y tras haber sembrado expectativas de su futuro, la noticia de que ha nacido con alguna discapacidad hace que éste sea el peor de los momentos, independientemente de cuál sea la discapacidad y su gravedad.

El choque emocional es devastador ya que nuestra sociedad insiste en una perfección física para sus miembros. Tras lo planeado, el desconuelo y la confusión, el futuro se vuelve incierto y surgen cuestionamientos como: "¿en qué podrá trabajar?"; "¿será independiente?"; "¿podrá tener familia?"; "¿qué dirá la gente?"; etc., como resultado de la decepción y preocupación de la familia.

Según Hale (1980), los psiquiatras describen tres etapas en el proceso de sobreponerse a las expectativas y a la aceptación:

Primera etapa. En ésta existe un choque emocional y confusión que generalmente van acompañadas de rechazo por parte de los padres, debido a la ignorancia de su parte sobre el padecimiento, tratamiento y resultados.

Segunda etapa. Posiblemente llegan a establecerse procesos de culpa en los padres por la sospecha de algún factor hereditario, también pueden hacerse presentes periodos de hostilidad hacia el círculo más próximo de familiares y médicos al no poder resolver la ansiedad que esta situación provoca.

En esta etapa es necesaria la orientación profesional para la superación de los sentimientos ambivalentes de amor, culpa e indignación, así como el agotamiento físico.

Tercera etapa. Esta es conseguida cuando existe una aceptación, encauzando los recursos internos para poder hacer frente a la situación. Modificando los planes hechos para el niño y comenzando una nueva lucha para conseguir los mejores cuidados, educación y accesorios.

Aunque la nueva realidad del niño ha sido ya asimilada, la actitud de la familia puede crear tensiones físicas y emocionales en todo aquel que rodea al nuevo miembro, las nuevas condiciones consumirán más tiempo y esfuerzo físico, sin poder hacer a un lado la economía familiar que también se verá afectada, además de la incertidumbre que el futuro seguirá provocando.

Estas circunstancias se mostrarán de manera distinta, dependiendo del tipo de discapacidad y de su gravedad, por lo que será mejor hacerle frente al impedimento con información y comunicación abierta sobre él.

Habrá que señalar el efecto que provoca esta situación especialmente en la madre, ya que por razones culturales ésta será la que tendrá que disponer de más tiempo y energía para poder atender la discapacidad del niño y además que es la que pasará más tiempo con él; la existencia de hermanos provocará más conflictos para la madre ya que a los hermanos les quitará atenciones y tiempo por dedicarlo al nuevo integrante.

DISCAPACIDAD ADQUIRIDA.

El que algún miembro de la familia se vea afectado por alguna discapacidad durante la niñez o adolescencia, no sólo afectará a éste, sino que afectará a todo el grupo familiar, ambos pasarán por diferentes etapas críticas donde tendrán que buscar el mejor acomodo ante las nuevas circunstancias.

Si la discapacidad es adquirida antes de que el niño llegue a la edad escolar, de alguna manera los padres podrán compensar las limitantes, además de la falta de compañía de otros niños de su edad.

Generalmente, al inicio de la edad escolar el niño también iniciará un proceso de socialización más amplio, en estas circunstancias la familia tendrá ciertas conductas compensatorias como la sobreprotección; el niño al interactuar con nueva gente y nuevas situaciones, puede resultarle frustrante y depresivo el no realizar las cosas que los demás hacen sin ninguna dificultad. También existen casos muy drásticos en los que la familia puede llegar al ocultamiento y/o abandono.

Durante la adolescencia, señala Rosenberg (1973), la autoimagen domina la vida subjetiva del individuo, determinando en gran medida sus pensamientos y conductas. Además es cuando también el adolescente se ve estimulado por nuevas sensaciones y cambios corporales, seguido por el interés sexual, que en conjunto complicarán sus emociones.

Hale (1980) y Soto (1987), definen a esta etapa en el discapacitado como una etapa crucial en su autoafirmación, ya que el adolescente discapacitado se preguntará si será capaz de atraer al sexo opuesto y de poder disfrutar todo lo relacionado a él, además de lo que se relacione con un estilo futuro de vida.

En este periodo el adolescente con alguna discapacidad tendrá menos oportunidades de conocer gente, aduciendo que el no relacionarse se debe a los diferentes tipos de barreras (silla de ruedas, accesos, timidez, tipos de lesión, autoestima y autoimagen).

Durante este periodo, si es que la familia ha mantenido actitudes de sobreprotección, además de portarse facilitadora ante cualquier dificultad que enfrente el adolescente discapacitado, limitará y frustrará cualquier progreso en el reconocimiento de sus propias capacidades, impidiendo de esta manera un mejor desarrollo.

Es por eso que en esta etapa la educación y la autoafirmación que haya fomentado la familia harán que el adolescente pueda enfrentarse a las diferentes situaciones que se le presenten.

Cuando la discapacidad ha sido adquirida durante la adultez, existirán diferentes aspectos que se verán afectados debido a que la nueva situación además de representar un shock emocional para la familia y el miembro afectado, también lo será en la economía ya que ahora existirán en mayor proporción gastos que ingresos (esta situación será más crítica si el discapacitado era el sostén de la familia), dentro del aspecto emocional, el discapacitado y su familia tendrán que adoptar nuevas reglas de convivencia y una nueva filosofía de vida.

La familia representa el apoyo más importante para el discapacitado, ya que éste podrá tener periodos críticos de ansiedad y depresión debido a la pérdida de sus capacidades e imagen corporal, además del reacomodo de su nueva realidad y adaptación a ésta.

En muchas ocasiones las familias no llegan a asimilar las condiciones y necesidades de este integrante que padece la situación discapacitante, siendo este último, sujeto de ocultamiento y/o abandono (como se citó anteriormente), pudiendo llegar a ser confinado a instituciones especiales, si es que la familia tiene los recursos, y en el peor de los casos será el ocultamiento por vergüenza de la propia familia ante la sociedad. Esta situación se hace más constante y dura en los ambientes más desfavorecidos económica, social y culturalmente.

RETOS QUE ENFRENTAN LAS PERSONAS CON ALGUNA DISCAPACIDAD.

Tras haber revisado al círculo familiar, es necesario analizar cuáles son las condiciones de un segundo círculo, en este caso el social, que abarca las actitudes sociales hacia la discapacidad, las barreras arquitectónicas, el acceso a la enseñanza y al empleo.

ACTITUDES SOCIALES ANTE LA DISCAPACIDAD.

Desde la Edad Media, todas las personas que padecían alguna discapacidad física o mental eran señaladas como consecuencia de un castigo divino, por lo que serían marginadas del resto de la sociedad (Massimo, 1980). Al igual que en la Edad Media, las personas con alguna discapacidad siguen siendo marginadas de diferentes formas.

La sociedad actual se halla insertada dentro de un proceso de globalización en el que la persona es calificada y apreciada por su nivel de productividad e independencia, donde ambos aspectos tienen su equivalente en representar un bienestar físico del individuo y su capacidad en el poder de consumo.

Según Hale (1980), a través de las actitudes sociales que se manifiestan hacia el discapacitado, a menudo inconscientes o incontroladas como: una duda en el trato, un silencio interrogante ante su presencia, la no direccionalidad en un diálogo, la ternura excesiva, o actitudes extremas como: una mirada devaluadora o la completa evitación en el trato, éstas tendrán consecuencias en el discapacitado ya que se sentirá marginado de la sociedad aunque a veces éste no se perciba en desventaja o diferente a la gente que no esté habituada a él, ya que para las personas consideradas normales sí lo será. La mayoría de los no discapacitados todavía no han sido capaces de comprender las dificultades físicas, psicológicas, emocionales que conlleva la discapacidad, además del costo económico de ésta.

BARRERAS ARQUITECTÓNICAS.

Dentro del marco social, la integración entre la realidad del discapacitado y la de los llamados normales, en la mayoría de los casos no es conseguida, ya que la propia ciudad desde su estructura urbana, ha sido diseñada sólo para individuos que no tengan alguna dificultad para trasladarse de un lado a otro sin tener que enfrentarse a barreras limitantes como: escalones, elevadores, banquetas, entradas, sanatorios, lugares públicos, centros educativos, transporte urbano y subterráneo, etc.; siendo entonces los conjuntos urbanos diseñados en base a las virtudes artísticas y estéticas, y no a su funcionalidad y menos tomando en cuenta las características de sus ciudadanos, obteniendo por consecuencia una limitada movilidad y acceso a diversos sitios para ese número importante de individuos discapacitados que habitan en la misma ciudad, separándolos así de cualquier perspectiva de desarrollo.

Los que diseñan las ciudades, en su mayoría personas "normales" o pedestres, no son capaces de percibir el sentimiento de frustración, o incluso de humillación que puede producir la falta de un acceso, donde toda barrera física que limita o amenaza la independencia es más eficaz que la misma discapacidad (Hale, 1980).

Al igual que las barreras físicas o arquitectónicas que limitan a la persona con discapacidad, las actitudes sociales ante la discapacidad son tanto o más limitantes que las físicas.

ACCESO A LA ENSEÑANZA.

Es indudable que la educación para cualquier persona, sin importar sus características, tendrá un efecto beneficioso en su socialización, su nivel de vida y posiblemente garantizando una seguridad económica.

En México la mayoría de los centros educativos no cuentan con las condiciones para que las personas discapacitadas asistan de igual manera que los demás, cabe señalar también que los centros especializados se hallan en poca proporción en relación con la gente que los necesita y distantes a sus hogares. Algo muy criticable de estos centros de educación especial radica en que éstos representan *ghettos* o grupos de aislamiento para las personas discapacitadas, al no dar oportunidad de relacionarse y enfrentarse a la misma realidad que los demás.

Actualmente se pueden encontrar ya algunas instituciones de educación media y superior como la Universidad Anáhuac, Universidad Iberoamericana y la Universidad Nacional Autónoma de México, donde la participación de las personas con discapacidad se hace más accesible, contando con rampas, elevadores y entradas adecuadas para su uso particular.

Es ejemplar la reglamentación que desde la década de los '80 se promulgó en los Estados Unidos, donde es obligatorio que todos los centros de educación superior cuenten con los implementos necesarios para las personas con discapacidad (Hale, 1980).

ACCESO AL TRABAJO.

En las grandes ciudades las personas con discapacidad se hallan limitadas también en áreas como la del empleo, ya que en su mayoría se encuentran desempleadas, subempleadas o dedicadas a la mendicidad. Dentro del aspecto económico, la gente con discapacidad desde pequeña ha sido estereotipada como carga perpetua para la familia y sociedad, ya que por ignorancia son considerados como gente económicamente improductiva.

En estas circunstancias el empleo para las personas discapacitadas puede ser percibido además de como medio, un fin, ya que la actividad productiva le proporcionará la sensación de independencia, además de ampliar su campo social.

Actualmente las políticas de reclutamiento de las empresas son una limitante para el empleo del discapacitado, esto aunado a la poca instrucción educativa que han recibido en general, y a las actitudes sociales prevalecientes que los orillan a una situación de ser marginados de cualquier oportunidad de trabajo.

La discriminación que sufren los discapacitados en materia de oportunidades de capacitación y trabajo es uno de los resortes fundamentales de reproducción de las condiciones de desventaja y exclusión en que aún viven las personas con discapacidad. Remontar esta discriminación es asunto de primer orden para promover una política a favor de la equidad social.

En algunos países como los Estados Unidos e Inglaterra, existen leyes que fomentan el empleo de las personas discapacitadas, se ha reglamentado el que por lo menos el uno por ciento de los trabajadores activos sea de personas discapacitadas. Estas leyes no son muy bien vistas por algunos discapacitados, ya que los que llegan a ser empleados quisieran serlo más, por sus capacidades reales de producción que por consideraciones de ley.

Desde 1983 la Organización Internacional del Trabajo, puso en vigencia el Convenio número 159 " Sobre la Readaptación Profesional y el Empleo de las Personas Inválidas", donde se incluyen los derechos mínimos con que deben contar las personas con discapacidad en esta materia, así como los contenidos básicos de las políticas hacia ellos. A pesar de que a la fecha 63 países ya han ratificado dicho Convenio, nuestro país no lo ha hecho aún (Secretaría de Desarrollo Social del Gobierno D. F. [SDSGDF] Convenio No. 159, OIT(a)).

Lo que marca un retraso respecto a la inclusión del individuo con alguna discapacidad; con excepción del Gobierno del Distrito Federal, ya que respondiendo a esta problemática emitió un decreto en que las empresas que tengan o establezcan relaciones laborales con personas con alguna discapacidad, se reducirá el 75% del impuesto sobre nominas al pago a estas personas(SDSGDF, 2000 (b)).

Otra modalidad de empleo es la del empleo protegido (Hale, 1980), éste tiene un valor rehabilitador, se realiza ya sea en el hogar o en centros especializados donde se cuente con los medios necesarios, en estos lugares se trabajará de acuerdo al propio ritmo de la persona, este tipo de empleo tiene desventajas ya que se convierte en un aislante del medio tanto social como económico real, además que generalmente éste es poco remunerado y es temporal. Aunque de alguna manera estas condiciones son preferibles que las del aburrimiento o un aislamiento mayor.

Es evidente que la discapacidad en México no cuenta aún con el interés que debiera, tanto por el número de individuos que la padecen, las personas que se relacionan con la misma y menos por las dificultades sociales y psicológicas a las que se pueden enfrentar las personas discapacitadas.

Se ha observado que desde la génesis de los términos y definiciones, al individuo discapacitado se le ha estigmatizado y limitado por ser diferente; siendo que esta diferencia sólo se hace palpable en y para circunstancias específicas, aunado a la incomprensión e intolerancia social ante las necesidades de cualquier persona.

Esta inadaptación de la sociedad ante las personas con alguna discapacidad, además de la falta de oportunidades las ha orillado en la mayoría de los casos a un pobre desarrollo social, intelectual, laboral e incluso afectivo, por lo que surge el cuestionamiento de que exista una actividad que pueda invertir los procesos sociopatológicos en las personas con alguna discapacidad, como el deporte.

CAP. II DEPORTE, PSICOLOGÍA DEL DEPORTE Y DISCAPACIDAD.

El tiempo libre en las personas con discapacidad cubre la mayoría de su tiempo diario generalmente, debido a las desventajas laborales, escolares, sociales, de transporte, etc., que fomentan dichos espacios de inactividad. Por lo que las actividades deportivas y recreativas pueden ser una opción para ocupar su tiempo, con la posibilidad de aportar beneficios físicos y psicológicos.

El deporte para las personas con discapacidad en nuestro país no ha sido fomentado de manera que los beneficien las instituciones encargadas del bienestar social y salud pública. A pesar de los alcances que éste ha tenido en el ámbito nacional e internacional. El deporte adaptado tampoco ha sido valorado como alternativa posible para que las personas discapacitadas puedan alcanzar beneficios tanto físicos, psicológicos y en consecuencia un mejor estilo de vida.

ANTECEDENTES DEL DEPORTE.

El deporte es probablemente el fenómeno social más importante, contradictorio e influyente de la cultura, ya que desde las sociedades primitivas la actividad física ha tenido un lugar y fin específicos.

La mayoría de los pueblos desarrollaron algún tipo de actividad física, sin preocuparse en su calidad de ejecución pero sí llevada como pasatiempo, ésta tenía funciones de socialización, así como de entrenamiento para sus guerreros, o como expresión de rituales de su cosmología.

Por ejemplo, dentro de las culturas mesoamericanas, en específico la cultura "Mexica", parte importante de su vida era representada por cierta actividad (aún no llamada deporte), para la formación de ejércitos que sirvieran a sus guerras. Para el entrenamiento de este tipo de actividades existían lugares especiales como el de "Malinalco", santuario de los Guerreros "Águila" y Guerreros "Jaguar". Otro tipo de actividad física era representada por el "Juego de Pelota" mesoamericano, que era la expresión de la lucha diaria entre la noche y el día, entre los dioses "Tezcatlipoca" (Espejo Humeante) y "Quetzalcóatl" (Serpiente Emplumada). Los jugadores usaban protectores en diferentes partes del cuerpo como piernas, brazos y cadera, y en ocasiones podían utilizar máscaras. (Universidad Nacional Autónoma de México [UNAM] y el Consejo Nacional para la Cultura y las Artes [CNCA], 1996),

El juego tenía carácter ritual ya que representaba el acontecer cósmico, como un encuentro integrador de dicha cosmogonía; al juego de pelota se le ha relacionado con sacrificios y decapitaciones, aunque éste último punto se presta a discusión.

Así como en la mayoría de las culturas mesoamericanas, en las demás civilizaciones antiguas ha existido algún tipo de actividad física aún sin haber sido denominada como deporte, pero sí puede ser considerada como un antecesor de éste.

Esta actividad nace principalmente como un juego en el que no existían reglas y con el objetivo de divertir a quien lo practicaba, esto se da en la mayoría de los juegos infantiles, pero también existen otros elementos que harán que este se torne en algo que tenga una secuencia y una consecuencia. Ahora y principalmente para las culturas más avanzadas, el deporte se ha convertido en una bandera del nivel de bienestar de su población.

DEFINICIÓN DE DEPORTE.

La palabra "deporte" se deriva de *disporte*, que significa sustraerse del trabajo; también puede definirse como un esfuerzo corporal más o menos vigoroso realizado por el placer y recreación de la actividad misma y practicado bajo formas tradicionales o un conjunto de reglas (Lawther, 1987).

Para González (1997), el deporte además de ser una actividad física y mental intensa, también se caracteriza por una competencia que consiste en la obtención de la victoria.

En el deporte de competencia se busca ser el mejor cada día en su rendimiento personal, semejarse en el desempeño a otros competidores o tratar de ser como los mejores y finalmente competir para ser el mejor en esa disciplina representándose en una excelencia y logros deportivos y es por esto significativo que el deporte reciba el apoyo de diversas áreas para su desarrollo en el afán de lograr que el deportista obtenga mejores resultados en las competencias.

Por ejemplo el deporte de alto rendimiento, donde el objetivo es sólo uno, el competir para ganar y demostrar que se es el mejor. Para este tipo de competencias no sólo se busca obtener una victoria, sino ganar en cada una de las competencias en las que se participe.

Pero es también importante no reducir el deporte a la sola acción y objetivo de quien lo practica de manera competitiva, ya que el deporte se ve ligado a muchos más aspectos de la vida humana.

El deporte también puede ser dividido en diferentes categorías que irán de acuerdo a su alcance, método de realización y enseñanza:

- Deporte Escolar.
- Deporte de Rehabilitación.
- Deporte Recreativo.
- Deporte Amateur.
- Deporte de Alto Rendimiento o Profesional.

Lawther (1987), resalta la importancia que tiene esta actividad humana, ya que tiene variados alcances dentro de la sociedad, teniendo una función formativa, lúdica, sanitaria, técnica, profesional, comercial, política y de comunicación; convirtiéndose de este modo en un tema que ha suscitado el interés de diferentes disciplinas.

DEPORTE Y DISCAPACIDAD.

Durante muchos años la sociedad ha mantenido actitudes negativas ante la condición discapacitante, ignorando las necesidades específicas de la discapacidad y más aún sus particularidades.

Durante los procesos de rehabilitación los inconvenientes son muy evidentes, como los costos del transporte hacia la unidad médica, la necesidad de ayuda de otra persona y el poco tiempo de atención que se le brinda al paciente, aunado a la falta de resultados a mediano plazo en la mayoría de los casos, esto hace que el paciente desista del programa de rehabilitación, abandonándolo. En estas circunstancias la actividad programada y sistemática del deporte resultaría ser de gran valor para esta población como una ayuda colateral a la rehabilitación física y social.

La realización de movimientos difíciles en las personas con discapacidad pasa a ser un formador de carácter, fomentado y maximizado de manera especial por el deporte, pues no sólo a las capacidades físicas contribuye la actividad física sino también interviene en aspectos psíquicos como el autoconcepto.

En México, de acuerdo a los datos de la Comisión Nacional del Deporte, ésta atiende a una población de 3000 personas discapacitadas, que hace sólo el 0.06 % de la totalidad de la población de personas con discapacidad en el país.

Para este tipo de población, el deporte se ha constituido en la vía más importante de cómo ocupar su tiempo libre, que para el 95% de los discapacitados es la totalidad de su tiempo diario, dado que sólo el 5% restante es empleado. Siendo entonces el deporte la opción que mejor favorece a la salud física y la salud mental (Heredia, 1998 ^(a y b)).

Para Hale (1980), y Blinde (1997), la actividad física de manera recreativa resulta una vía de integración social. Aunque no necesariamente tiene que ser el único medio, pero es innegable que puede ser uno de los de mayor importancia y quizás el más atractivo para una integración psicológica y social del individuo.

DEPORTE ADAPTADO.

El deporte adaptado se define como aquellos deportes que practican los deportistas con alguna discapacidad y que esta reglamentado por la Federación Internacional de la especialidad y por el Comité Paralímpico Internacional (Heredia, 1998 ^(d)).

El deporte para personas con secuelas en el aparato locomotor, según la Federación Mexicana de Deportes Sobre Silla de Ruedas (FEMEDSSIR, 1998), nace en el Hospital de Stock Mandeville, Inglaterra, en 1940, siendo su creador el Dr. Ludwig Guttman, en ese año el hospital atendía a un gran grupo de lisiados que la Segunda Guerra Mundial había producido. El Dr. Guttman, al analizar el exceso de pacientes que manifestaban problemas psicológicos por consecuencia de amputaciones, lesiones medulares y otros problemas, se dio a la tarea de buscar alternativas para ocupar su tiempo libre y obligarlos a que salieran de las instalaciones del hospital, introduciendo actividades como el tiro con arco de manera experimental; obtuvo muy buenos resultados al hacer que los pacientes mejoraran su movilidad y cambiaran su actitud antisocial, alcanzando una forma de rehabilitación integral.

En 1948, el Dr. Guttman realizó una exhibición deportiva con 18 atletas, aprovechando que las Olimpiadas se realizarían en su país, con el objetivo de demostrar al público que el deporte competitivo no es prerrogativa de los físicamente aptos, sino que aún las personas severamente limitadas de la magnitud de una paraplejía medular, pueden convertirse en hombres y mujeres deportistas por sus propios méritos.

Debido al impacto que tuvo esta exhibición, cada tres años en Inglaterra se realizaron los Juegos Nacionales de Silla de Ruedas, contando con más disciplinas como: Basquetbol, Boliche, Billar, Natación, Levantamiento de Pesas, Atletismo (pista y campo), Tenis de Mesa, Tenis, Danza y Tiro con pistola, además de Arquería, todos éstos en categoría de silla de ruedas. La realización de estos juegos también obtuvo proyección fuera de Inglaterra, y a partir de 1951 se abrió el espacio para que los países del mundo participen todos los meses de julio de cada año, en los Juegos Mundiales de Silla de Ruedas, en las instalaciones del Hospital Stock Mandeville, en los que actualmente participan 58 países.

A partir de 1957, se desarrollaron los Juegos Continentales Europeos, por iniciativa del Dr. Guttman. En 1960, Italia es el organizador de los Juegos Olímpicos y también organiza los Primeros Juegos Paralímpicos, inmediatamente después de los convencionales, en esa ocasión compitieron 400 deportistas representando a 23 países. Este hecho se recibió con beneplácito por los participantes al haber obtenido la categoría de atleta olímpico.

El término "Paraolimpiada" es denominado por ser paralelos a las Olimpiadas de los físicamente aptos y por el término parapléjico (Heredia, 1986).

Todos los países pertenecientes al movimiento Olímpico se comprometieron desde Roma 1960, a realizar la Paraolimpiada en cada sede, siendo que estos juegos se han realizado desde 1948. En el año de 1966, en Canadá, se reúne un grupo de dirigentes deportivos de América para discutir el proyecto de realizar juegos sobre silla de ruedas, con el fin de que los deportistas del continente Americano tuvieran la oportunidad de intercambiar experiencias y obtener nuevos conocimientos en el campo deportivo, sociocultural y de rehabilitación. De esta idea surgen los Juegos Panamericanos Sobre Silla de Ruedas.

En las Olimpiadas de México en 1968, no se llevó a cabo el encuentro Paralímpico, argumentando las autoridades deportivas que no había las instalaciones en el Comité Olímpico Mexicano, además que hacer las modificaciones resultaría caro e inoperante ya que en México no había minusválidos (op. cit. y sic.).

En México el deporte adaptado se introdujo por iniciativa del Psic. Jorge Beltrán Romero en 1968, quien introduce y promueve el deporte Sobre Silla de Ruedas de forma organizada, en ese entonces más como una variante de rehabilitación física que como deporte, para así asistir a la gran cantidad de niños que quedaron con secuelas de Poliomiéltis debido a las epidemias que afectaron al país entre los años de 1950 y 1970 (Heredia, 1998^(b)).

Sin embargo, es hasta 1972 que se da inicio a la práctica deportiva de forma organizada, cuando en ese año se realizaron en nuestro país los "Primeros Juegos Nacionales Deportivos Sobre Silla de Ruedas", teniendo como sede a la Ciudad de México, todo bajo el auspicio del Instituto Nacional para la Protección de la Infancia (INPI), actualmente programa nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), como un programa recreativo y de rehabilitación para niños y jóvenes atípicos (Ibidem).

A pesar de los logros que desde entonces ha tenido el deporte sobre silla de ruedas en nuestro país, no han existido los apoyos ni las instalaciones que sean propias a los resultados y menos a las necesidades del atleta discapacitado, ya que en la mayoría de centros deportivos donde se entrenan los representantes nacionales y estatales no cuentan con las vías para su fácil acceso, ni los deportistas cuentan con los medios para trasladarse a dichos centros.

En la actualidad en México sólo se cuenta con un centro especializado para este tipo de atletas de Alto Rendimiento, el "Centro Paralímpico Mexicano" localizado en la ciudad de México, a pesar de que en seis ocasiones el Premio Nacional del Deporte se ha otorgado a atletas discapacitados sobre silla de ruedas, el último en el año de 1997 al medallista de Oro en los 5000 metros en Atlanta 1996 y Campeón Mundial en 1500 metros, Saúl Mendoza Hernández (FEMEDSSIR, 1998).

Existen más deportistas que han alcanzado logros notables en sus respectivas disciplinas en el deporte adaptado como: en Stock Mandeville 1993, en Inglaterra Cecilia Vázquez y Amalia Vázquez, rompieron el Récord mundial de levantamiento de pesas (*Bench Press*).

DEPORTE Y AUTOCONCEPTO .

El deportista responde a un placer lúdico y a la emoción que proviene del sentimiento de triunfo y dominio, tanto de uno mismo como de lo que lo rodea. El deporte tiene como función ser un foro de expresiones humanas, además de ser un medio de descargar la energía acumulada y en especial para los atletas una fuente de actividad creadora.

El deportista es impulsado por la necesidad de asumir una actividad agresiva al competir, aportando ésta estados intensos de emoción, en su mayoría placenteros, como el enfrentarse a conflictos de osadía y timidez, a la alegría de poder superar las dificultades y suprimir el dolor, con miras de conseguir el éxito y el autoperfeccionamiento. Es entonces cuando una actividad tan compleja como lo es el deporte, pone de manifiesto la totalidad de la personalidad del individuo.

García Ucha (1989), describe la importancia de las emociones dentro de la actividad deportiva, como reacciones psíquicas que actúan en conductas motoras y acompañadas de fenómenos orgánicos, por lo que influirán en los resultados del individuo o atleta.

En el campo de la psicología del deporte se han realizado estudios, en los que se ha comparado lo que de manera empírica ha sido notable, en este caso los beneficios psicológicos que aporta la actividad deportiva en poblaciones de personas normales, donde se ha obtenido que las personas que realizan alguna actividad deportiva suelen ser más seguras de sí, con más iniciativa, en comparación con la gente que no realizaba alguna actividad deportiva, en esto coinciden autores como Rushall (1967) y Ogilvie (1968) (en Lawther, 1987).

En trabajos llevados a cabo en el laboratorio de psicología del deporte de la Universidad Autónoma de Barcelona, se hace mención de los beneficios psicológicos que produce la práctica regular de una actividad deportiva en quien la practica pues aumenta la autoconfianza, la sensación de bienestar, mejora del funcionamiento intelectual, así como la disminución de la ansiedad, estrés y síntomas depresivos (Cruz, 1995).

Existen autores como Bakker (1993), y Weimberg y Gould (1995), que cuestionan la relación directa entre la actividad deportiva y una mejora psicológica específicamente en el autoconcepto, ya que mencionan que dicha relación no es clara, y sí avalan que el aumento del autoconcepto o beneficio psicológico se deba más a una nueva condición corporal y de salud, es decir niegan cualquier beneficio en el autoconcepto a través del deporte.

Por su parte Fitts (1972, en Roessler 1981), concluye que no existe una relación muy estrecha entre la actividad deportiva y el autoconcepto, aunque menciona que es probable que exista una importante influencia de un buen estado de salud y condición física en el autoconcepto, sobre todo en poblaciones de adultos. El mismo autor da importancia a la actividad física, ya que considera que debe formar parte esencial de cualquier programa de ajuste personal, donde a través de esta actividad se pueden obtener diferentes beneficios como: placer, entusiasmo, comprobación segura de la realidad, logros, participación del ego, adquisición de habilidades, socialización, expresión personal, estimación personal y un uso positivo del tiempo libre.

La discusión acerca de que la mejora del autoconcepto se deba solamente al bienestar corporal y de salud, y negar que esta actividad también influye en aspectos psíquicos, es establecer una posición dicotómica (mente-cuerpo), que ve por separado al individuo negando entonces la concepción integral.

Hasta el momento los estudios hechos no han podido demostrar que los cambios en el autoconcepto han sido producidos por cambios en el estado de la forma física, pero sí que los programas de ejercicio parecen conducir a importantes incrementos en el autoconcepto y la autoestima, sobre todo en personas con niveles inicialmente bajos.

DEPORTE ADAPTADO Y AUTOCONCEPTO.

En el deporte adaptado no se ha investigado específicamente la repercusión de esta actividad física en el autoconcepto, en cambio sí se han realizado investigaciones en las que se han evaluado otros aspectos de la personalidad.

Por ejemplo en el año de 1981, "Año Internacional del Impedido en el Mundo", en Italia Giuseppe Monnazzi realizó un estudio en el que evaluó a dos grupos de personas, en este caso a personas con paraplejía: uno de los grupos realizaba deporte, mientras el otro no. Comparó en ambos grupos las tasas de neurosis en seis áreas del psiquismo: ansiedad, fobias, obsesión, somatización e histeria; utilizando como instrumento el "Middlesex Hospital Questionnaire".

Los resultados que obtuvo fueron que los discapacitados que practicaban deporte llevaban una vida menos complicada, tenían menos complejos de inferioridad y los componentes antes citados más bajos que los que no practicaban deporte, además que los atletas tenían más participación en movimientos en pro de sus derechos civiles (Heredia, 1998 (b)).

Monnazzi (1981, *Ibidem*), menciona que el humano siempre tiende a reconstruir su ego, esta tendencia es también la base para la reconstrucción de la personalidad deteriorada por una larga enfermedad o empeorada por una discapacidad física como lo es la paraplejía. "El deporte ayuda al parapléjico a restablecer el contacto con la realidad facilitando la integración individual y social".

Igualmente Blinde (1997), mencionan que el deporte es vía importante para aumentar de manera positiva la autoimagen del discapacitado.

PSICOLOGIA DEL DEPORTE.

Como se ha visto el deporte de alta competencia varía en su metodología y objetivos de otros tipos de deportes y es por eso que para alcanzar tal forma competitiva se requiere no sólo de una buena disposición por parte del deportista, ya que el alto rendimiento también se vale de otras áreas del conocimiento humano, las ciencias aplicadas al deporte, que abarcan: medicina, traumatología, metodología del entrenamiento, pedagogía, biomecánica, ergometría, nutrición, estomatología y, por supuesto la psicología del deporte.

ANTECEDENTES DE LA PSICOLOGÍA DEL DEPORTE.

Riera (1991) en su libro *"Introducción a la psicología del deporte"*, hace una propuesta de la evolución de la psicología del deporte, dividiéndola en cuatro etapas en las que hace referencia a personajes y a los eventos más importantes de dicho desarrollo, las cuales se presentan a continuación:

1. LAS RAÍCES DE LA PSICOLOGÍA DEL DEPORTE NACEN PRIMERAMENTE EN EL CAMPO DE LA PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL (1879-1919).

En el laboratorio de Leipzig, Wundt investiga el tiempo de reacción en sujetos; en los E.U., Woodworth (1899), investiga de manera sistemática sobre las destrezas motrices; Bechterev (1913), investiga los reflejos condicionados motores, en la antigua Rusia; Watson (1917), se da a la tarea de investigar el aprendizaje observando el encadenamiento de respuestas motrices.

2. ANTECEDENTES INMEDIATOS DE LA PSICOLOGÍA DEL DEPORTE (1920-1945).

En este periodo se destacan trabajos de los psicólogos que se consideran los "padres" de la psicología del deporte tales como: A. Puni y P. Rudik, ambos en la extinta Unión Soviética y Griffith por su parte en los Estados Unidos.

Al triunfo de la revolución Rusa, la nueva república emprende la tarea de la educación físico-deportiva para el pueblo, esto a principios de los años veinte; Rudik (1925), en Moscú, realiza experimentos sobre el tiempo de reacción; Puni (1929), en Leningrado, hace estudios sobre la influencia de la participación del sujeto en un deporte determinado. Mientras en los Estados Unidos, Griffith (1918), hace observaciones informales sobre los factores psicológicos implicados en el Fútbol y en el Baloncesto, en 1923 impartió en la Universidad de Illinois el primer curso de psicología del deporte en Norteamérica y fundó el "Athletic Laboratory" que dirigió hasta 1932 (Riera, 1991).

3. LAS INVESTIGACIONES SOBRE APRENDIZAJE MOTOR Y EL DESARROLLO DE LA PSICOLOGÍA DEL DEPORTE APLICADA (1946-1964).

A partir de la Segunda Guerra Mundial se produjo un aumento en las investigaciones sobre el aprendizaje motor. En E.U. y Gran Bretaña, fue donde éstas se realizaron para la selección de pilotos de la fuerza aérea, en función de sus habilidades perceptivo-motoras e intelectuales.

A pesar de los variados estudios sobre los procesos motores y el aprendizaje, en los E. U., no se había iniciado el trabajo de asesoramiento en la preparación de deportistas para la competencia, al contrario de lo que sucedía en la Unión Soviética y demás países del Este de Europa.

Lawther en 1951, es el único que trató de vincular el trabajo de investigación con el trabajo aplicado directamente al deporte, despertando el interés de entrenadores en los procesos de motivación y cohesión de grupos. A principios de los sesenta Ogilvie y Tutko, empiezan a trabajar con deportistas acerca de los rasgos de personalidad desde un enfoque clínico. Mientras en el mismo periodo la psicología del deporte se consolidaba en los Estados del Este Europeo, especialmente en la República Democrática Alemana, Checoslovaquia y la URSS.

Rudik (1960, *Ibidem*), propone las bases psicológicas de la maestría deportiva con la aplicación de los principios psicológicos del aprendizaje motor y en la evaluación de la personalidad, para la formación de atletas de élite. Muchos psicólogos siguieron los supuestos teóricos de Rudik, por ejemplo: Smielok, Vanek y Cratty, Marrero, etc.

En Alemania Federal, se hicieron dos grupos de especialistas, uno en la Escuela del Deporte de Colonia, coordinado por Ulrich y Nitsch, y también el del Instituto de Educación Física de la Universidad de Berlín, dirigido por Ungerer (Gluber, 1972; *Ibidem*)

En los países latinos de Europa Occidental, los primeros psicólogos que realizaron investigaciones estaban relacionados con los centros de investigación en medicina del deporte. En 1953 en Italia el Comité Olímpico encarga a la asociación de medicina del deporte una evaluación desde el punto de vista médico y psicológico al grupo de atletas que los representaría en las Olimpiadas de Melbourne 1956. Los trabajos que se realizaban en este país estaban dirigidos a la evaluación de la personalidad del deportista y el tratamiento clínico-psiquiátrico de sus patologías (*ibidem*).

4. EL RECONOCIMIENTO OFICIAL DE LA PSICOLOGÍA DEL DEPORTE COMO ÁMBITO DE LA APLICACIÓN DE LA PSICOLOGÍA (1965-1979).

El año de 1965 marcó un hito histórico en la psicología del deporte, debido a la celebración del "Primer Congreso Mundial de Psicología del Deporte" en Roma. Este congreso fue organizado por Ferruccio Antonelli, donde el logro más importante fue la fundación de la "International Society of Sport Psychology", con el propósito del intercambio de conocimiento y la celebración de un congreso mundial cada cuatro años, además de la publicación de una revista dedicada integralmente a la psicología del deporte: "International Journal of Sport Psychology".

En la segunda mitad de la década de los sesenta se fundaron en Norteamérica dos de las sociedades más importantes de la psicología del deporte : “ *North American Society for the Psychology of Sport and Physical Activity*” (1967) y la “*Canadian Society for Psychomotor Learning and Sport Psychology*” (1969). Mientras en Europa se constituían las sociedades de Italia, Francia, Suiza y la República Federal Alemana.

En este periodo los trabajos en psicología del deporte predominaban en tres áreas, el trabajo sobre el aprendizaje motor, sobre la personalidad y el trabajo en la preparación del atleta para las competencias (Riera, 1991).

En España, al igual que los demás países, el nacimiento de la psicología del deporte es relativamente reciente, las primeras contribuciones en la psicología del deporte fueron hechas por profesionales relacionados con el deporte: J. Ma. Cagigal filósofo y doctor en Educación Física; el pedagogo J.R. Ibañez y el Psiquiatra J. S. Hombrevella, que jugaron un papel importante en el éxito del “Primer Congreso Mundial de Psicología del Deporte” en 1965 en Roma (Cruz, 1995). Además de dar pie a que se desarrollaran dos centros de trabajo en España: uno en la Universidad Autónoma de Barcelona y otro en la Universidad Autónoma de Madrid.

Mientras tanto en Latinoamérica, la psicología del deporte no ha sido valorada y menos impulsada dentro de las ramas de las ciencias aplicadas al deporte, con la excepción de Cuba que sí ha desarrollado su psicología del deporte muy estrechamente con la extinta Unión Soviética y el Este Europeo. La actividad que se ha realizado en Cuba es dirigida por el Instituto de Medicina del Deporte en la Habana, la utilización de la psicología del deporte en el trabajo deportivo se hace evidente en los resultados obtenidos por ese país a nivel mundial.

En México se han realizado esfuerzos por dar a conocer los alcances de esta rama de las ciencias aplicadas al deporte, estos esfuerzos han sido respaldados principalmente por instituciones superiores impartiendo cursos sobre esta disciplina:

- Diplomado UNAM-CECESD. 1986, por Martha Heredia.
- Cursos Trimestrales de Psicología del deporte. División de Educación Continua de la Facultad de Psicología. UNAM, 1993-1997, por Martha Heredia.
- Diplomado UAEM. 1996, por J. C. Camacho.
- Diplomado UIC. 1997, por Martha Heredia.
- Diplomado UNAM-CONADE. 1999, por Cristina Fink.

Además de encuentros de profesionales del deporte:

"Primer Reunión de Psicólogos del Deporte", llevado a cabo en el Centro Ceremonial Otomí, en 1997 y el "Primer Congreso Internacional en Psicología del Deporte", llevado a cabo en el Centro Médico Siglo Veintiuno en 1998, organizado por Martha Heredia y Claudia Rivas.

DEFINICION DE PSICOLOGÍA DEL DEPORTE.

La importancia que representa la psicología del deporte según Bannister (1980, en Bakker 1993), es que las limitaciones fisiológicas del ejercicio físico son importantes para la consecución de un resultado, y que los factores psicológicos resultan decisivos entonces para ganar o perder, ya que determinarán el grado en que el atleta es capaz de conocer cómo puede aproximarse a sus límites absolutos.

La psicología del deporte obtuvo en 1965 su reconocimiento oficial. Las definiciones a su inicio fueron excesivamente amplias y vagas, como por ejemplo la definición hecha por Ferruccio Antonelli, que define a la psicología del deporte como: "una amplia corriente de pensamiento en la que confluyen diversas doctrinas (psicología, medicina, psiquiatría, sociología, pedagogía, filosofía, higiene, educación física, rehabilitación, etc.) y por consiguiente, se trata de un asunto de competencia multidisciplinaria abierto a contribuciones de cada una que pueda aportar desde su propia preparación específica" (Riera, 1991). Es evidente que esta acepción lo que mejor hace es definir o describir lo que son las ciencias aplicadas al deporte, y no así lo que se busca como la definición de la psicología de deporte.

En los inicios de los setenta, y tras el continuo desarrollo de esta disciplina, se iba haciendo cada vez más necesaria alguna definición que ubicara un lugar y fin de la psicología del deporte. En este caso el filósofo José Ma. Cagigal en el Congreso Europeo de Psicología del deporte de 1972 en Colonia, presenta una propuesta general y descriptiva: " la psicología del deporte es una disciplina científica, cuya materia de investigación se basa en las manifestaciones psíquicas de los deportistas que realizan ejercicios físicos de forma sistemática.

La psicología del deporte forma parte de la psicología y se ha desarrollado en los últimos diez años a causa de los progresos conseguidos por el deporte de competición. Investiga las características de la personalidad del deportista, los fundamentos psicológicos de las capacidades motrices, la preparación general para el deporte de competición, la ayuda psicológica, la distribución y la elección de deportistas, la psicología de grupos, la psicología del deportista, al igual que la psicología del entrenamiento y competición” (Riera, 1991). Esta definición se presenta mucho más ligada a lo que es el trabajo específico en la psicología del deporte pero aun presenta algunos inconvenientes.

Según Cruz (1984, en Riera 1991) este tipo de definiciones de los años setenta, enfrentan tres importantes limitaciones:

- 1) La reducción de la psicología del deporte a la psicología del deportista, limitando su estudio sólo sobre la persona que realiza la actividad deportiva, sin tomar en cuenta a todo aquel miembro que también interviene en las diferentes situaciones deportivas.
- 2) Internalizó “trastornos” del deportista como problemas de personalidad, su motivación o su ansiedad, y no se analizaron éstas como efectos de la interacción del deportista con los demás sujetos, objetos y situaciones con los que interactuaba.
- 3) Circunscribió el papel profesional del psicólogo del deporte al trabajo con atletas que presentan problemas emocionales, sin considerar la posibilidad de asesorar psicológicamente a los deportistas “normales y muy motivados”.

Por su parte Riera (1991), hace una definición de psicología del deporte apoyándose en la definición de psicología hecha por Ribes y López (1985), exponentes de la psicología interconductual que mencionan que “la psicología ha de investigar los cambios en las interacciones del organismo total con su medio ambiente físico, biológico y social”. Donde a esta interacción y no al movimiento se le denomina conducta.

De esta postura psicológica Riera (Ibidem), hace una definición de psicología del deporte que se retoma en este estudio por considerarla la más completa:

“ La psicología del deporte analiza las relaciones que se establecen entre los deportistas, entrenadores, directivos, árbitros, espectadores y los objetos específicos con los que interactúan: instrumentos y espacios”.

Esta definición tiene como objetivo el analizar las interacciones entre el individuo y su medio, en este caso el atleta y el deporte, y todo lo concerniente a él, su influencia en la forma de actuar, abarcando entonces lo relacionado a aspectos como la obtención de un mejor autoconcepto de quien practique deporte y por consiguiente de una mejor integración individual y social del atleta en este caso con alguna discapacidad locomotora.

RELACIÓN ENTRE LA PSICOLOGÍA DEL DEPORTE Y OTRAS RAMAS DE LA PSICOLOGIA.

Desde la perspectiva de la psicología, la actividad deportiva constituye una importante área de conocimiento y aplicaciones, así como un lugar especialmente apropiado para la investigación, no sólo en lo deportivo, sino en multitud de tópicos psicológicos (Caracuel, 1993).

Desde el punto de vista de la psicología tradicional de los procesos, en la práctica deportiva se puede ver cómo entran en funcionamiento los más básicos y definitorios procesos de la actividad psicológica humana como: el aprendizaje, la motivación, la emoción, la percepción, la memoria, el lenguaje, el razonamiento, la resolución de problemas, etc. Por ejemplo, todo deportista necesitará de aprender de movimientos, reglas y memorizarlos; también tendrá que percibir gran cantidad de estímulos externos e interoceptivos, pensar y razonar en un tiempo determinado, al igual que tendrá que solucionar problemas en plena acción; acude a entrenamientos y a competencias por alguna motivación que genera algún estado emocional que también se verá afectado a lo largo de la actividad en momentos específicos; esto no es lo único que tiene que ver con el deportista como principal protagonista, sino que también existen otras personas que de igual manera se ven influenciadas o son factor de influencia para el desarrollo de la actividad como: entrenadores, jueces, público y demás personas involucradas con el deporte.

La psicología tradicional maneja cinco vertientes o áreas de trabajo que son: experimental, social, educativa, clínica e industrial, que mantienen puntos de unión con la psicología del deporte, por ejemplo (ibidem):

La relación que pueda existir entre la psicología del deporte y la psicología experimental puede basarse en que en el ámbito deportivo se establecen relaciones significativas entre una amplia gama de variables, ya que como se citó, ahí opera una multitud de procesos básicos que difícilmente podrían ser reproducidos dentro de un laboratorio, el deporte aporta a la psicología experimental diferentes controles como: geográficos, sujetos, tiempo, instrumentos, etc., controles que no se podrían realizar en condiciones de la vida cotidiana: es importante el que la psicología del deporte puede funcionar como mediador entre lo completamente experimental y lo aplicable de la psicología para la búsqueda de soluciones.

La relación entre la psicología social y la del deporte se establece cuando es motivo de estudio para la psicología del deporte todo tipo de relaciones que se ven inmersas en la actividad física como las relaciones que se dan entre los miembros de un equipo y con los oponentes, al igual que las que se suscitan entre el atleta y el entrenador, los jueces y el público, y a la vez las que se puedan dar entre éstos, volviendo más ricas estas situaciones al ámbito deportivo.

Desde el punto de vista de la psicología educativa, el deporte requiere de la implantación de técnicas y de movimientos, además de las reglas que son de cada disciplina, todas estas condiciones son adquiridas por medio de los procesos de aprendizaje.

La relación que existe con la psicología industrial o laboral, radica en que parte del trabajo de la psicología del deporte se basa en la selección de talentos de acuerdo a las características y necesidades del deporte, y también se ve involucrada en la actual profesionalización del deporte.

La psicología clínica se hará cargo de los aspectos personales y los que se deriven o incidan en la práctica deportiva del ejecutante, como aspectos de motivación, estrés, ansiedad, frustración, etc.; por medio de diferentes técnicas para que el deportista pueda alcanzar su más alto desempeño en las competencias.

En este último apartado hay que mencionar la bidireccionalidad que existe entre la psicología clínica y la psicología del deporte ya que las técnicas terapéuticas estándar se aplican a los problemas propios de los individuos inmersos en el deporte, ansiedad, estrés, etc., no sólo deportistas, sino también otras personas como entrenadores, también la práctica deportiva se emplea como medio de tratamiento para ciertos problemas que requieren terapia psicológica (depresión, ansiedad, trastornos emocionales, etc.) (Caracuel, 1993).

CAMPO DE ACCIÓN DE LA PSICOLOGIA DEL DEPORTE.

El campo de acción de la psicología del deporte se ha estructurado de acuerdo a sus principales áreas de investigación y actuación, también en función de la realidad deportiva.

En la psicología del deporte se han identificado según Riera (1991), cinco áreas de acción: la competición, el entrenamiento, el arbitraje, la dirección y el espectáculo deportivo; cada una será explicada a continuación:

Psicología de la competición. Esta área de trabajo de la psicología del deporte es la que concierne a la competencia como eje central de toda actividad deportiva. Esta abarca un periodo precedente, así como un periodo posterior a la misma.

Además esta durante estos tres periodos el psicólogo del deporte analizará las constantes interacciones que se dan, además de la revisión de los factores del campo psicológico de los deportistas implicados.

Psicología del entrenamiento deportivo. En esta área es donde se ha concentrado el servicio de la psicología del deporte, ya que al igual que el entrenamiento físico el objetivo es el de conseguir una buena ejecución en la competencia.

El periodo de entrenamiento es anterior a la competencia donde de manera sistemática y programada el atleta se prepara para competir. Donde el psicólogo se centrará en:

- Informar sobre los principios básicos que pueden explicar las relaciones que el deportista establece en el periodo de entrenamiento.
- Hacer eficaces los programas de entrenamiento.
- La aplicación de la enseñanza de destrezas o para encontrar solución a problemas de relación que surgen en el entrenamiento.

Psicología del arbitraje y juicio deportivo. Esta es un área de aplicación en las que la psicología del deporte poco se ha ocupado. En este rubro el interés debería centrarse en el estudio de las funciones más características y peculiares del deporte, como lo son juzgar la ejecución del atleta y arbitrar entre los deportistas en el campo de juego y en cómo poder hacer más objetivas sus apreciaciones.

Psicología de la dirección de entidades deportivas. Esta área al igual que la anterior ha sido ignorada por la psicología del deporte. En esta área los temas directivos tienen una clara repercusión en los comportamientos de los deportistas, entrenadores, técnicos, árbitros y jueces, y en definitiva en todo el deporte.

En esta área el trabajo del psicólogo del deporte debe centrarse en el análisis del comportamiento de directivos de las organizaciones deportivas y su repercusión en el rendimiento deportivo.

Psicología del espectáculo deportivo. El deporte no se puede reducir solamente a la confrontación y lucha deportiva, sino que también el deporte abarca al espectáculo deportivo.

La psicología del deporte ha de abordar como un factor más de influencia los aspectos sociales sobre el comportamiento de espectadores, seguidores y aficionados, aunque podría abarcar a los periodistas del deporte y a todos los ciudadanos, ya que el espectáculo deportivo se ha colocado de manera importante en la sociedad actual.

Además de esta posición expuesta por Riera (1991), acerca del campo de acción de la psicología del deporte, existen otros autores como Cruz (1995), que menciona que el campo de la psicología del deporte no sólo debe centrarse en la optimización de las habilidades psíquicas del deportista y del estudio de las variables psicológicas como el ambiente en las relaciones personales entre todos los que se ven inmiscuidos en el deporte. Por lo que según Cruz (Ibidem), la psicología del deporte debe de interesarse también en aspectos como: la iniciación deportiva infantil, el deporte recreativo y de salud que es dirigido a la población en general para su bienestar, y así poder integrar los trabajos en psicología del deporte y poder extrapolar los avances del alto rendimiento deportivo al deporte infantil, recreativo y de salud, y así mejorar quizás ya no solamente a la alta competencia sino también poder alcanzar una mejor calidad de vida de la población en general.

PSICOLOGÍA DEL DEPORTE Y DISCAPACIDAD.

Las ciencias médicas fueron las primeras disciplinas que se preocuparon por lo relacionado a la discapacidad, (tratamiento, rehabilitación y prevención). En el ámbito de la rehabilitación es donde áreas como la psicología se han integrado, ya que en este periodo la persona discapacitada atraviesa por momentos críticos que van más allá de una posible rehabilitación física, como lo es la integración psíquica y por consiguiente social.

Los profesionales en rehabilitación según Blinde (1997), fueron quienes se apoyaron en la actividad física de forma recreativa para que el individuo afectado fomentara su proceso de rehabilitación, obteniendo buenos resultados no sólo en su rehabilitación física, sino también en aspectos de su integración psicológica y social, esta actividad actualmente se ha derivado hasta ser de alto rendimiento y deporte olímpico.

Respondiendo a las nuevas necesidades de la actividad física aplicada a personas con discapacidad, surge en 1984 la publicación "*Adapted Physical Activity Quarterly*", que centra su contenido en divulgar las investigaciones e innovaciones sobre la rehabilitación pero empezó a ir integrando trabajos que involucraban aspectos como la psicología del deporte. En este caso inmiscuida en las interacciones del deporte adaptado y el practicante o deportista discapacitado.

Dentro de la psicología del deporte, reconocida por las ciencias aplicadas al deporte desde el último cuarto de siglo según Rejesk y Brawley (1988, en Crocker 1993), también existe una subárea que involucra al ejercicio, que va más allá de la optimización en la obtención del alto rendimiento deportivo. En el caso del deporte adaptado, además del principio anterior de la optimización deportiva, se une el componente de la investigación básica del ejercicio en discapacitados para incrementar de esta manera el conocimiento sobre la discapacidad y la actividad deportiva.

Según Crocker (1993), la psicología del deporte en el deporte adaptado debe de abarcar dos áreas principalmente:

- 1- La investigación básica, que abarca los procesos psicológicos básicos que regulan la iniciación y el mantenimiento de la actividad física en discapacitados, interesándose en la adherencia, metas y personalidad relacionados al deporte adaptado.
- 2- La investigación sobre la aplicación de técnicas de habilidades psicológicas para el incremento del desempeño deportivo, adaptando las ya existentes del deporte no adaptado.

A pesar de todo el trabajo que se ha podido exponer en el "*Adapted Physical Activity Quarterly*", mencionan el mismo Crocker (1993) y Reid (1989), que la investigación en psicología del deporte sobre deporte adaptado debe de incrementarse para expandir el conocimiento acerca de la discapacidad y el propio deporte adaptado.

Como se ha observado el deporte desde la antigüedad ha sido una actividad inherente a los grupos sociales y en la actualidad como sinónimo del bienestar de su población, reflejándose en sus logros deportivos.

El deporte manifiesta diferentes alcances, de los cuales el lúdico y el de rehabilitación no han sido valorados, ya que se cuestiona su aporte benéfico e integrador, en este caso en personas discapacitadas; a pesar de que existen autores que coinciden en el planteamiento que la actividad física conlleva a nuevas condiciones positivas a quienes la practiquen. Por lo que la psicología del deporte como parte de las ciencias aplicadas al deporte y dentro de su espectro de intervención, se plantea la veracidad del beneficio en personas discapacitadas específicamente en su autoconcepto a través de la práctica del deporte.

CAP. III AUTOCONCEPTO.

Antes de iniciar este capítulo, hay que señalar algo en lo que coinciden L'Ecuyer (1978, ver en Oñate 1989) y Serrano (1994), con respecto al estudio del autoconcepto, ya que definirlo, rastrear sus orígenes y plantear una idea clara y delimitada acerca de este constructo psicológico, resulta una tarea bastante difícil pues lo constituyen una serie de factores y dimensiones de lo más variado al igual que posturas que lo explican, de modo que su extensión es amplísima.

Quizá una de las más importantes razones del interés por el comportamiento humano, es la del deseo de saber más acerca de "sí mismo". Esta inquietud se deriva de la perspectiva filosófica de "¿quién soy?"; desde la perspectiva psicológica el constructo "autoconcepto" surge como análisis operacional de dicha cuestión filosófica (Oñate, 1989).

Para algunos teóricos el autoconcepto responde a diferentes factores sociales que en las personas con discapacidad se verán afectados, ya que éstos no podrán cumplir con las formas y estándares sociales y tendrán como consecuencia un deterioro en su autoconcepto, extrapolándose en la mayoría de los casos a las áreas socioafectivas; por lo que se plantea a la actividad física (deporte) como posible auxiliar en invertir dicho proceso que de manera negativa influye en el autoconcepto de las personas con alguna discapacidad.

PERSPECTIVAS TEORICAS SOBRE EL AUTOCONCEPTO.

En este siglo XX, las diferentes escuelas y corrientes psicológicas han tratado de explicar el autoconcepto desde su propia perspectiva.

CONDUCTISMO.

Desde 1920, según Oñate (1989), la hegemonía de esta corriente cuestiona este tipo de fenómenos, ya que los consideraban como un sistema de autorreacciones abiertas o cubiertas de comportamiento adquirido, además de considerar al *self* como un constructo mentalista carente de objetividad según el rigor científico de las ciencias naturales que caracteriza al conductismo. De esta concepción reduccionista de la conducta no se puede hacer alguna aproximación explicativa hacia el autoconcepto que convenga a los objetivos de este estudio por lo que se descarta el poder utilizarla como base de explicación.

PSICODINÁMICA.

Los neofreudianos, más que hacer un análisis teórico sobre el *self*, se centraron en los fenómenos internos (patologías) y externos (sociales) que podrían influir en el desarrollo y equilibrio del autoconcepto del individuo.

Misutu (1982 ver en Oñate 1989), hace referencia a Horney (1965), que denominaba a la "ansiedad básica" como causante de aislamiento y desamparo, así como responsable también de una reducida afectividad a sí mismo.

Por su parte Sullivan (1953), hace latente la participación del entorno social en la formación del *self*. Mientras tanto Adler (1979), le da especial importancia a las capacidades y aspecto físico del sujeto, como productores de sentimientos de inferioridad, ya que motivarán una baja autoestima en el individuo (ver en Oñate, 1989).

Este enfoque teórico se preocupa sobre todo en el origen de las patologías que aparecen en la etapa adulta que perturbarán cualquier tipo de integración social, considerando que éstas surgirán durante el desarrollo infantil. A pesar de lo anterior los teóricos de este enfoque hacen aportaciones involucrándose en el desarrollo de la personalidad del individuo, como por ejemplo los aspectos sociales o medio ambientales, que de alguna manera moldearán la personalidad, pudiendo obtener de esta interrelación una inadecuación que podrá desembocar en una pobre afectividad del individuo hacia sí mismo, interpretando ésta como una baja autoestima. Por esto es que esta aproximación teórica aún no resulta ser la más útil para este estudio por lo patologizante de su postura.

PSICOLOGÍA HUMANISTA.

Esta postura psicológica se ocuparía de las actitudes que el individuo mantiene hacia su *self*, o sea, percepciones, relaciones, sentimientos y habilidades, pero no la evaluación de estos aspectos como determinantes de la autoestima, sino que ésta estará determinada a través de la aceptación de sí mismo como lo esencial Rogers (1950, ver en Oñate 1989).

También distingue tres aspectos en las actitudes hacia uno mismo: el contenido específico de la actitud (dimensión cognitiva), un juicio respecto a éste, de acuerdo a patrones (aspectos evaluativos), y un sentimiento relacionado al juicio evaluativo, que constituirá a la dimensión afectiva. Donde la aceptación de uno mismo será la autoestima.

El enfoque humanista acepta que en el medio social prevalecen ciertos parámetros que evaluarán al individuo catalogándolo pero lo esencial en el desarrollo de la autoestima será qué tanto el individuo se ha aceptado a sí mismo, ya que de esta aceptación dependerá el desarrollo positivo de su personalidad.

PSICOLOGÍA SOCIAL.

Dentro de esta área Coopersmith (1967, ver en Velázquez 1995), define a la autoestima como un concepto complejo que involucra la evaluación de sí mismo, donde la autoestima reflejará la afectividad hacia sí mismo. Además distingue dos aspectos en la autoestima, uno la expresión subjetiva (o individual), y dos la expresión comportamental que el individuo pone a disposición de los demás (o social). El mismo autor postula cuatro variables que determinarán la autoestima: valores, éxito, defensas y aspiraciones. Este enfoque teórico plantea una interrelación entre el marco social y el individuo que irán formando su personalidad de éste y por consecuencia su autoconcepto por medio de qué tanto el individuo se aleje o acerque a los ideales prevalecientes de la sociedad y de las expectativas que de él se tengan y de qué tanto éste cumpla con ellas.

Como se ha revisado, las perspectivas psicodinámica, humanista y social coinciden en la importancia del componente social como participe en la formación del autoconcepto. La visión social y humanista comparten el factor social, que éste servirá de parámetro de evaluación para el individuo, además de dividir el proceso de autovaloración en diferentes partes: identidad, evaluación y afectividad.

De las coincidencias que surgen de diferentes aproximaciones teóricas como: la psicodinámica, la psicología humanista y la social, se suman otros teóricos que complementarán la explicación acerca del el desarrollo del autoconcepto para este estudio.

COMPONENTES Y ELEMENTOS DEL AUTOCONCEPTO.

Dentro de los primeros investigadores se encuentra a W. James (1890 en Mercado 1991), siendo el primero en hablar del autoconcepto, considerando que existen varios *self*. Donde el primero es el "mí material", donde se encuentra mí cuerpo, mis procesos físicos, mi ropa, casa, etc., el segundo es el "mí espiritual", la conciencia, las capacidades y los procesos psíquicos, el tercero es el "mí social", que involucra el reconocimiento y valoraciones que se hacen en los procesos sociales.

Para éste autor el autoconcepto es una suma total de todo aquello que un individuo puede llamar como propio, su cuerpo, sus rasgos, sus aptitudes, sus posesiones materiales, su familia, sus amigos y sus enemigos, etc. (Ibídem).

Mead (1954), dentro del interaccionismo simbólico, menciona que el autoconcepto surge sólo de la interacción con otros y refleja las características, expectativas y evoluciones que otras personas dan a la persona (ver en Alcántara, 1996).

Cooley (1902 Ibídem), menciona a un *self* múltiple, al afirmar que cada persona es lo que cree que los demás creen que es. Siendo entonces que el *self* está conformado por las opiniones externas, o mejor dicho, por las interpretaciones subjetivas que hace el propio individuo de las respuestas recibidas de las otras personas.

Mientras para Mead (1972), el *self* comprende tanto al "Yo", principio de acción e impulso, como al "Mi", actitudes de los demás que son analizadas y tomadas en consideración por el *self*. Resume el mismo autor que el *self* o autoconcepto es esencialmente una estructura social y se desarrolla en la expresión social, así como que el *self* sólo puede ser estructurado dentro de un ámbito social en el que exista comunicación social y el individuo sea capaz de aceptar la actitud de otros (ver en Serrano 1997).

Dentro del origen del autoconcepto existe una aproximación más reciente como es la de Coopersmith (1967, en García 1995), este último enmarcado dentro de la psicología social pero que a su vez complementa y revalida algunos conceptos que parten del interaccionismo simbólico, ya que coinciden tanto Cooley (Ibid), Mead (Ibid) y Coopersmith (Ibid), en que los personajes externos deben ser considerados como parte importante para el origen del autoconcepto, siendo que estos tienen la capacidad de dar opiniones o sostener sanciones, ya sean positivas o negativas hacia el individuo.

De acuerdo al enfoque del Interaccionismo simbólico revisado y aunado a los comentarios de diferentes autores citados, es indudable que las respuestas de otros y su interrelación serán de gran importancia en cuanto a la determinación de cómo el individuo se percibirá a sí mismo; además de que esta percepción influirá en su autoconcepto, el cual a su vez guiará su conducta hacia los demás y viceversa, pero sólo si estas respuestas cumplen dos condiciones:

1. Que sean percibidas de manera exacta de aquellos que los rodean.
2. Que se comparen con el reflejo de nuestro Yo, con un modelo o expectativa propia o externa, (parámetro social).

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA FORMACIÓN DEL AUTOCONCEPTO.

Dentro de los factores que forman el autoconcepto se encuentra el sentimiento de identidad que se desarrollará a medida que el niño se pueda diferenciar de los demás y empiece a tomar conciencia de la separación con respecto a sus padres, adquiriendo entonces una identidad. Esta noción de identidad en los adultos está relacionada con las creencias, solidez de ideas, conocimientos, deseos, ambiciones, biografía y posibilidades. Cabe señalar que existirán dentro de la identidad categorías, unas invariables como el sexo y la edad, y otras que podrán variar de acuerdo al modelo sociocultural en turno.

Otro de los factores que influyen en la formación del autoconcepto es la socialización, donde al inicio de la infancia los padres ocupan el lugar de mayor importancia seguidos posteriormente por sujetos iguales al niño y según sea el desarrollo del individuo siempre será sujeto de autoevaluaciones y comparaciones.

AUTOEVALUACIÓN (PARÁMETROS SOCIALES).

Festinger (1954, ver en Serrano 1994), es quien propone que existe una pulsión hacia la evaluación de opiniones y habilidades en el organismo humano. Y es por eso que la identidad del individuo será comparada a través de parámetros sociales desde la infancia.

El prototipo de individuo ideal al principio del desarrollo del sujeto, dependerá de los padres y posteriormente se verá enriquecido por otros individuos, dependiendo de la etapa de desarrollo en la que se encuentre (amigos, otros adultos, ídolos públicos y las reglas sociales prevalecientes), ya que estos individuos servirán como modelos o puntos de comparación, para asumir un prototipo de persona y posición deseada, que por lo general será planteado como ideal y positivo, ya que representa la internalización de lo que el exterior considera que es bueno y algo por lo que habrá que esforzarse por alcanzar. Al manifestarse el punto de referencia u óptimo social puede desprenderse una dirección negativa, si es que este supuesto ideal se presenta como una posición inalcanzable para el individuo.

Para Oñate (1989) y Coopersmith (1967, ver en Velázquez 1995), es esencial el valor social en sus parámetros, ya que éstos determinarán cómo el individuo se percibirá y guiará su conducta. Siendo entonces el autoconcepto una configuración organizada que contiene todas aquellas percepciones relativas a uno mismo y a la relación con los demás.

Es por esto que Coopersmith (1967, *Ibidem*), propone cuatro puntos de índole social que servirán como parámetro de evaluación para el desarrollo de la autoestima:

1. la cantidad de respeto, aceptación y consideración que recibimos de los demás que son significativos para la persona (nos valoramos como somos evaluados).
2. nuestra historia de éxitos y la posición que mantenemos en el mundo, los éxitos traen reconocimientos y están relacionados con la posición en la comunidad, afectando de manera directa a la autoestima.
3. las experiencias serán modificadas de acuerdo a nuestros valores y aspiraciones.
4. del modo como respondamos a una devaluación, se reducirá la capacidad de respuesta ante los actos negativos y a la reprobación de los demás. Teniendo como objeto defender el sentido de valor y habilidad propia.

Donde la capacidad de responder a las actitudes negativas y positivas está fundamentada en las aspiraciones hacia el éxito que variarán dependiendo de cada individuo.

El mismo autor propone cuatro indicadores de éxito que servirán como parámetro de valoración, cada uno proporciona sus propios criterios de juicio, que se determinarán por el logro del objetivo, generando el incremento de la autoestima, si es que son alcanzados.

Indicadores de éxito

Poder. Es la habilidad de influir y controlar a otros (es medido a través del respeto y reconocimiento de los demás, y el peso de sus opiniones)

Importancia. Es la atención, aceptación y afecto de los demás, (es medible por medio de la atención y amor expresado por los demás).

Virtud. Es la adherencia a estándares morales y éticos (es evaluado por la filiación a principios religiosos).

Habilidad. Es la ejecución exitosa al enfrentarse a las exigencias propias para el logro (se evalúa por los niveles de ejecución).

A través de estos criterios un individuo desarrollará una alta autoestima si es que sus alcances son notables en cualquiera de los cuatro indicadores. Sin embargo, si el éxito es logrado en un área que no sea del interés de la persona, éste podrá clasificarse como poco valioso, provocando así una baja autoestima. Es importante mencionar que cualquier experiencia puede provocar una baja o alta autoestima, debiéndose a que no todas las personas responden de la misma manera a un estímulo, y esto dependerá de los valores, aspiraciones y habilidades para mejorar las situaciones ambiguas.

AUTOCONCEPTO Y AUTOESTIMA.

Hasta ahora el término de autoconcepto ha sido utilizado de igual manera que el de autoestima. Esta vaga utilización de términos quizá se deba a la participación de ambos conceptos dentro del proceso de autovaloración y a la difícil diferenciación entre ellos.

La manera de poder diferenciar a ambos conceptos, será especificando las funciones de cada uno de éstos en dicho proceso, donde el autoconcepto representa la idea de sí mismo, siendo entonces la representación cognitiva manifestada por medio de la cuestión "¿cómo me veo yo?"; en relación a los parámetros sociales, mientras que la autoestima responde al componente afectivo que se desprende de la evaluación del autoconcepto, expresándose a través del cuestionamiento de "¿cómo me siento?" de "¿cómo me veo?", es decir, la sensación afectiva que se produce a raíz del autoconcepto.

Por su parte Fitts (1965), quien estructura la Escala de Autoconcepto Tennessee, (instrumento que se utilizó para este estudio), considera que el autoconcepto es un medio importante para estudiar la conducta humana, ya que está directamente relacionada con la personalidad en general y la salud mental del individuo. (ver en Serrano, 1994).

Fitts (Ibídem), ha contribuido más al campo empírico que al teórico, quizás por lo complejo que resulta éste. El autor sitúa su principal interés en el área clínica y de asesoramiento psicológico, también sustenta que el autoconcepto revela al individuo en aspectos fundamentales de la personalidad, lo que permitirá a los profesionales comprender mejor al individuo y planear una adecuada asesoría en el proceso de rehabilitación y autorrealización.

El autor entiende por autoconcepto el aspecto positivo del sí mismo, o sea, la autoestima, definiendo entonces el autoconcepto como " la imagen que tiene el individuo de sí mismo " (García, 1995).

AUTOCONCEPTO Y DISCAPACIDAD.

Culturalmente la discapacidad es identificada como una "enfermedad" que se debería curar, o como algo incurable, además de que ésta sólo podría ser atendida en lugares especiales (Sorrentino, 1990). Teniendo esto como consecuencia que el discapacitado, independientemente de cuál sea su discapacidad, sea etiquetado como alguien enfermo e incapaz de integrarse a cualquier tipo de actividad.

La sociedad es la que determinará la funcionalidad del individuo y por tanto su capacidad o incapacidad, donde ser capaz o ser parte de la normalidad estará determinado por qué tanto el individuo pueda satisfacer sus necesidades y las de los demás, o por cuánto se aleje de éstas.

La sociedad mantiene la función de facilitadora en el desarrollo de la personalidad, aún tratándose de aquellos que sean clasificados como " no aptos", afectando entonces los procesos de autovaloración, socialización y en específico el autoconcepto.

Heredia (1998 (a)), menciona que las actitudes que tiene la sociedad ante las personas con discapacidad, minusválidos, atípicos o marcadamente diferentes, han sido actitudes negativas, de rechazo, negación, marginación y hasta de ocultamiento, y estas actitudes se recrudecen en el caso de las mujeres que sufren esta problemática, muchas de las cuales, principalmente en provincia, son ocultadas y percibidas como una vergüenza para la familia.

Debido a lo anterior la mayoría de la gente con discapacidad al compararse con los valores estándar de producción individual y contrastando físicamente con personas de cuerpo relativamente perfecto, obtienen generalmente cambios en su socio-imagen, autoimagen y una infravaloración social.

Sorrentino (1990) y Hale (1980), coinciden en que la discordancia entre los modelos estéticos, de salud y de capacidad de prevalecer en un mercado de trabajo, puede representar diferentes efectos socio-patológicos que pueden influir en un estatus de inferioridad y desplazamiento por parte de la persona con discapacidad además de su aislamiento. Esta tendencia a aislarse responde a dos causas, una puede ser debido a las actitudes negativas y al rechazo constante que reciba por parte de la sociedad, afectando la autoestima del discapacitado, la segunda debido a los problemas prácticos de comunicación y de cómo trasladarse, que se encuentra en oposición a la naturaleza social de convivencia y aceptación entre las personas. Siendo entonces que para cualquier persona y en especial la discapacitada, el enfrentarse al obstáculo de la aceptación suele ser el primer paso hacia la inserción a la sociedad.

Donde la percepción de uno mismo según Hale (Ibídem), influye como principal impedimento psicológico para que el discapacitado no pueda relacionarse al no percibirse como merecedor de amistades, afectos, diversiones y oportunidades.

Es obvio que mucha de la problemática social y emocional de las personas con discapacidad, la generan las actitudes negativas y el rechazo social que las margina fuertemente de una incorporación plena (Heredia, 1998 (b)).

Una vez revisados los temas de discapacidad, deporte, psicología del deporte y autoconcepto; quizás no sea aun clara la vinculación entre éstos, pero si se toma en cuenta que en México el 45% de la población está relacionada de manera directa o indirecta con la discapacidad, y de éstos 10 millones de individuos son discapacitados, es de esta manera que lo concerniente a la discapacidad y a cualquier vía que se plantee como posibilidad de mejorar la condición y estilo de vida de la gente con alguna discapacidad tiene que ser de importancia para cualquier institución en la que dentro de sus objetivos aparezca la calidad de vida de la población en todos sus ámbitos.

La no comprensión de esta problemática, estigmatiza al individuo diferente afectándolo en las diferentes esferas de convivencia y desarrollo humano como la dinámica familiar, que a su vez se halla insertada en un contexto social que dirige y limita el normal desarrollo del individuo discapacitado por medio de actitudes negativas, afectando las relaciones socioafectivas y aspectos tan específicos como el autoconcepto.

Es por eso que la actividad física (deporte), representa una alternativa en qué ocupar el tiempo libre, así como una forma efectiva de poder socializarse y tener oportunidad de que el individuo con alguna discapacidad conozca sus capacidades físicas reales que lo lleven a una renovación de su imagen corporal y a una posible mejora psíquica respecto a su autoconcepto.

Entonces el planteamiento básico es que el deporte puede influir en una mejora del autoconcepto, en este caso de personas con alguna discapacidad, y repercutirá además en la totalidad de las situaciones que el propio individuo enfrente.

Por lo anterior es que la psicología del deporte se ve interesada en poder verificar que el discapacitado, en este caso del aparato locomotor, que realice alguna actividad física deportiva sobre silla de ruedas, manifieste un mejor autoconcepto reflejándose en mejores relaciones familiares, sociales y un mejor concepto de sí mismo y de sus propias capacidades, para así poder extrapolar los beneficios de la práctica deportiva al total de la población con alguna discapacidad por medio de la promoción del deporte adaptado.

CAP. IV METODOLOGÍA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿ El atleta discapacitado de Alto Nivel Sobre Silla de Ruedas manifiesta un mejor y más alto autoconcepto, en comparación con los discapacitados sedentarios?

OBJETIVOS.

Objetivo general: Analizar si existe o no, diferencia entre el grado de autoconcepto en los deportistas discapacitados (alto nivel) y los discapacitados que no llevan a cabo alguna actividad deportiva (sedentarios).

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Conocer los efectos de la práctica deportiva en el autoconcepto de las personas con discapacidad del aparato locomotor.

1. Describir las características sociodemográficas de la población con alguna discapacidad del aparato músculo-esquelético.
2. Identificar el autoconcepto de los discapacitados del aparato locomotor que llevan a cabo una práctica deportiva y de los discapacitados sedentarios.
3. Determinar los beneficios psicológicos de la práctica deportiva en personas con discapacidad en el sistema músculo-esquelético
4. Ofrecer información objetiva para contribuir a la investigación de la psicología del deporte en el deporte adaptado.
5. Ofrecer información objetiva para contribuir a la investigación sobre la discapacidad.

HIPÓTESIS: .

Hipótesis conceptual: Para la gente discapacitada el deporte es vehículo de logros, de una nueva independencia y renovación psicológica, aumentando su autoconcepto; con la práctica del deporte se ha logrado la modificación de la autoimagen del discapacitado de una persona "enferma" o "inútil" por la de una persona atlética e independiente (Heredia, 1998 (b)).

Hipótesis de trabajo: Los deportistas discapacitados de Alto Nivel manifiestan un mejor autoconcepto, que los discapacitados que no practican ninguna actividad deportiva (sedentarios).

Hi: Existen diferencias estadísticamente significativas en el autoconcepto entre los atletas discapacitados y los discapacitados sedentarios, ambos grupos del sistema músculo-esquelético.

$$A \neq B$$

Ho: No existen diferencias estadísticamente significativas en el autoconcepto entre los atletas discapacitados de alto nivel y los discapacitados sedentarios, ambos grupos del sistema músculo-esquelético.

$$A = B$$

VARIABLES.

Variable Independiente: La práctica deportiva de manera constante y sistemática de alto nivel llevada por lo menos por dos años.

Variable Dependiente: El autoconcepto según el puntaje de la Escala de Autoconcepto de Tennessee en cada una de sus subescalas Fitts (1977, en García 1995).

DEFINICIÓN DE VARIABLES CONCEPTUALES:

Autoconcepto: La imagen que tiene el individuo de sí mismo Fitts (1977, ibidem).

Práctica deportiva: Es el proceso de incremento y mantenimiento del rendimiento deportivo (Grosser, 1990).

DEFINICIÓN DE VARIABLES OPERACIONALES:

Autoconcepto: La imagen que tiene el individuo de sí mismo según la E.A.T.

Práctica Deportiva: Proceso que se realiza para incrementar y mantener el rendimiento deportivo.

UNIVERSO:

La muestra de sujetos fueron individuos con alguna discapacidad permanente del aparato músculo-esquelético tales como: lesión medular, hemipléjicos, secuelas de Poliomiéлитis, amputados, esclerosis múltiple y espina bífida, con un rango de edad de 18 a 53 años.

MUESTRAS:

Muestra A: Personas con discapacidad del sistema músculo-esquelético en extremidades inferiores, específicamente de los padecimientos de lesión medular, hemiplejía, secuelas de Poliomiéлитis, amputación, esclerosis múltiple y espina bífida, que lleven a cabo una práctica deportiva de alto nivel sobre silla de ruedas, en las especialidades de Atletismo (pista y campo), Basquetbol, Levantamiento de Pesas, Tiro con Arco, Natación, y Tenis de mesa, con un mínimo de dos años de realizar actividad deportiva y un rango de edad de 18-53 años, constituida por 100 sujetos.

Muestra B: Personas con discapacidad del sistema músculo-esquelético en extremidades inferiores, específicamente de los padecimientos de lesión medular, hemiplejía, secuelas de Poliomiéлитis y amputación, esclerosis múltiple y espina bífida, que no practiquen alguna actividad deportiva de manera constante (sedentarios) con un rango de edad de 18-53 años, constituida por 100 sujetos.

MUESTREO.

Los sujetos fueron seleccionados por un muestreo no probabilístico de "sujetos-tipo", el cual cubre las necesidades de esta investigación (Hernández, 1991).

DISEÑO.

Es un tipo de diseño de dos muestras independientes (Siegel, 1979).

TIPO DE INVESTIGACIÓN.

Ex-post-facto. Ya que no se realizó alguna manipulación intencional de las variables, y los sujetos ya pertenecen a un grupo determinado (Hernández, 1991).

INSTRUMENTOS:

Hoja de datos sociodemográficos, para determinar cuales son las condiciones y características de ambas muestras y la Escala de Autoconcepto Tennessee, en su forma de consejería "C", elaborada por el Dr. William H. Fitts, (1977 cit. por García, 1995), dado que en diferentes investigaciones éste ha sido el formato más utilizado por considerarse una prueba cuya confiabilidad y validez son altas (Velázquez, 1995). Además que en el mismo año en la Universidad Nacional Autónoma de México en la facultad de Psicología, se realizó la estandarización de la escala, y ofrece una visión más amplia sobre el autoconcepto, ya que su calificación total esta formada por diferentes subescalas que cuantifican diferentes facetas del individuo.

Dicha escala fue elaborada como un instrumento destinado a evaluar el concepto que tiene el individuo de sí mismo. Según W. Fitts (1977 en García, 1995), el autoconcepto tiene gran influencia sobre la conducta del sujeto, que a la vez está directamente relacionada con su personalidad en general y con su estado de salud mental.

DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA ESCALA DE AUTOCONCEPTO DE TENNESSEE.

La E.A.T., consiste en cien afirmaciones autodescriptivas que el evaluado usa para mostrar su autoimagen. La E.A.T. es autoadministrable y su aplicación puede ser individual o en grupo, el tiempo en el que se realiza es aproximadamente de 10 a 20 minutos. Esta puede ser aplicada a personas mayores de 13 años en adelante, quienes tengan una habilidad de lectura de sexto grado a más. También es aplicable a todo rango de ajuste psicológico, desde personas sanas y bien ajustadas hasta pacientes psicóticos.

Esta escala está disponible en dos formas: la forma de Consejería (Forma "C") y la forma Clínica y de Investigación (Forma C e I). Ambas formas usan los mismos ítems. La forma "C" provee 15 puntuaciones para 14 escalas básicas, la forma "C e I", provee 15 puntuaciones adicionales para su uso en los campos de la clínica y la investigación.

La Escala de Autoconcepto Tennessee, está compuesta por cinco diferentes columnas y tres hileras, además de cinco puntuaciones que reflejarán los diferentes aspectos que conforman el autoconcepto total de la persona, esto en su forma "C", que será la que se emplee para esta investigación.

Puntaje de autocrítica (Ac).

Esta escala está compuesta por diez ítems que han sido tomados de la escala "L" del MMPI, éstas son afirmaciones ligeramente derogativas o debilidades comunes que la mayoría de la gente acepta como ciertas para ellas. Los puntajes altos generalmente indican una capacidad normal y amplia para la autocrítica. Los puntajes extremadamente altos indican que el individuo carece de defensas y se puede considerar patológico. Los puntajes bajos muestran defensividad, es decir, que el individuo está haciendo esfuerzos deliberados para presentar una imagen favorable de sí mismo.

Puntaje positivo (PP).

De esta se derivan un gran número de afirmaciones autodescriptivas que transmiten tres mensajes:

- 1- Esto es lo que hago.
- 2- Así es como me siento respecto a mí.
- 3- Esto es lo que soy.

De aquí se formaron las tres categorías horizontales que aparecen en la hoja de puntajes como Hilera 1, Hilera 2, Hilera 3. Los puntajes de las hileras incluyen tres subpuntajes cuya sumatoria constituye el puntaje total positivo, representando el marco de referencia interno dentro del cual el individuo se describe a sí mismo.

Dentro de las mismas hileras existen variedad de contenidos que apuntan hacia un marco de referencia externo. Por ejemplo, en la Hilera 1 "Yo soy", los ítems se agrupan también de acuerdo a lo que expresan, "lo que soy", "física, moral, personal, familiar y socialmente. Estas últimas son las cinco categorías por columnas.

Puntuación total (PT).

También es llamada puntuación total positiva, puede considerarse como la puntuación más importante en la escala, ya que ésta refleja el nivel global de autoestima.

Hileras y columnas (Hil. Y Col.).

Estas puntuaciones se derivan del esquema de 3X5 de hileras y columnas encontradas en la hoja de puntuación usada para la calificación:

Hilera 1:

La puntuación de "*Conducta*" se calcula por los ítems que expresan lo que "Yo hago". Esta puntuación mide la percepción de una persona de su propia conducta o la dirección en que funciona ésta.

Hilera 2:

Es la puntuación de "*Autosatisfacción*", se deriva de los ítems donde el individuo describe cuánta satisfacción siente con la autoimagen percibida. Refleja el nivel de autoaceptación.

Hilera 3:

Los ítems de lo que "*Yo soy*" por medio de los cuales la persona describe su identidad básica como la autopercibe y autodescribe.

Columna A:

La puntuación de "*Yo Físico*" presenta el punto de vista que un individuo tiene sobre su cuerpo, estado de salud, apariencia física, habilidades y sexualidad.

Columna B:

El puntaje "*Yo Ético-moral*" describe el sí mismo desde un marco de referencia ético-moral, examinando cualidades morales, relaciones con dios, sentimientos de ser "buena" o "mala" persona, y satisfacción con su religión o falta de ésta.

Columna C:

La puntuación de "*Yo Personal*" refleja la sensación de valía personal de un individuo, sentimientos de adecuación como personas y autoevaluación de la personalidad independientemente al cuerpo o su relación con otros.

Columna D:

La puntuación de “*Yo Familiar*” refleja los sentimientos de un individuo, el mérito y el valor como miembro de una familia. Esto se refiere a la percepción del sí mismo de una persona, en relación con su círculo inmediato de asociados.

Columna E:

La puntuación de “*Yo Social*” es otra categoría de “cómo el sí mismo se percibe en relación con otros” pero define a “otros” en una dirección más general; reflejando la sensación de educación y de dignidad en la interacción social con otras personas en general.

Puntajes de Variabilidad (V).

En el individuo emocionalmente sano, el autoconcepto no sólo es positivo sino que es también consistente en sus diversas dimensiones. Estos puntajes proporcionan una medida sencilla de la variabilidad o inconsistencia que existe de un área de autopercepción a otra.

1.- Variabilidad Total (V. Tot.).

Representa el monto total de variabilidad para el registro completo.

2.- Variabilidad Columna (V. Col.).

Mide y resume las variaciones dentro de las columnas.

3.- Variabilidad Hileras (V. Hil).

Es la suma de las variaciones a través de las hileras.

Puntajes de distribución de respuestas (Dist).

Esta puntuación resume el patrón de distribución de una persona a través de las cinco opciones de respuestas disponibles para cada ítem de la E.A.T.

Tiempo Total (TT).

Esta es simplemente una medida del tiempo más cercano, que el examinado requiere para completar la E.A.T.

PROCEDIMIENTO.

La aplicación de los instrumentos al grupo "A" se realizó durante los Segundos Juegos Paraolímpicos Nacionales en los días 7, 8 y 9 del mes de Noviembre de 1998, durante los espacios de descanso de cada uno de los atletas dentro de las instalaciones del Centro Paraolímpico Mexicano, el nivel de luz y ruido fueron ambientales.

La aplicación al grupo "B", se hizo dentro de los locales que pertenecen a los diferentes Comités Delegacionales de Personas con Discapacidad y en las instalaciones del Centro de Rehabilitación y de Educación Especial (CREE), Iztapalapa que contaron con el mobiliario necesario para su realización, el nivel de luz y ruido fueron ambientales.

La aplicación se hizo en una sola ocasión para ambos grupos, previamente se les dio una breve introducción de los objetivos de esta investigación y se presentó la forma de cómo poder contestar la E. A. T., haciendo la aclaración de que no existía ningún tiempo límite para su contestación.

TRATAMIENTO DE DATOS.

El análisis estadístico se llevó por computadora con el paquete estadístico aplicado a las ciencias sociales, SPSS versión 6.0 para Windows 97.

Se realizó el análisis estadístico a los resultados de dos muestras: muestra "A" atletas discapacitados de alto nivel y muestra "B" discapacitados sedentarios, cada muestra de 100 individuos.

El análisis estadístico de los datos se dividió en dos partes:

La primera parte correspondió a un análisis estadístico descriptivo (medidas de tendencia central), de las condiciones sociodemográficas de cada una de las muestras, con el objetivo de saber cuales eran sus características y para los resultados de cada una de las subescalas de la Escala de Autoconcepto de Tennessee

La segunda parte correspondió al análisis estadístico inferencial comparando las medias de cada una de las subescalas de la E.A.T., de ambas muestras de discapacitados por medio de la prueba estadística "t de Student", para encontrar si es que existe una diferencia estadísticamente significativa.

CAP. V ANALISIS DE RESULTADOS.

ANALISIS DESCRIPTIVO DE RESULTADOS SOCIODEMOGRAFICOS.

A continuación se presentan de manera descriptiva los resultados respecto a las condiciones sociodemográficas como vía para conocer las características de ambas muestras (atletas y sedentarios).

a) EDAD.

De los 200 discapacitados, la primera muestra de 100 atletas obtuvieron una media (μ) = 31.89; una mediana (md) = 32 y una moda (mo) = 30, con un rango de edad de (r) = 20-48. La muestra de sedentarios constó de 100 sujetos y obtuvieron una (μ) = 37.22, (md) = 39 y (mo) = 45, con rango de edad (r) = 18-53 (ver tabla 1).

	μ	md	mo	r	n
ATLETAS DISCAPACITADOS	31.89	32	30	20-48	100
DISCAPACITADOS SEDENTARIOS	37.22	39	45	18-53	100

Tabla 1. Medidas de tendencia central en ambas muestras con respecto a su *edad*.

b) SEXO.

Los atletas discapacitados con $n = 100$, de los cuales 35 fueron mujeres y 65 hombres. Los discapacitados sedentarios con $n=100$, de los cuales 39 fueron mujeres y 61 hombres (ver tabla 2).

ATLETAS		SEDENTARIOS	
SEXO	f-%	SEXO	f-%
MUJERES	35	MUJERES	39
HOMBRES	65	HOMBRES	61
N	100	n	100

Tabla 2. Distribución por *sexo* en ambas muestras.

c) ESTADO CIVIL.

Con respecto al estado civil de los atletas discapacitados: 49 solteros; 39 casados; 11 unión libre y 1 divorciado. En los discapacitados sedentarios 49 solteros; 36 casados; 10 unión libre y 5 divorciados (ver tabla 3).

ATLETAS		SEDENTARIOS	
EDO. CIVIL	f-%	EDO. CIVIL	f-%
SOLTEROS	49	SOLTEROS	49
CASADOS	39	CASADOS	36
UNIÓN LIBRE	11	UNIÓN LIBRE	10
DIVORCIADOS	1	DIVORCIADOS	5
n	100	n	100

Tabla 3. Distribución de ambas muestras de acuerdo a su *estado civil*.

d) NUMERO DE HIJOS.

Para los atletas discapacitados la distribución del número de hijos fue la siguiente: sin hijos 58 casos; con 1 hijo 13 casos; 2 hijos 18 casos; 3 hijos 10 casos y 4 hijos 1 caso. En los discapacitados sedentarios la distribución se presentó de la siguiente manera: sin hijos 48 casos; 1 hijo 12 casos; 2 hijos 15 casos; 3 hijos 13 casos; 4 hijos 4 casos; 5 hijos 4 casos; 6 hijos 2 casos y 7 hijos 2 casos (ver tabla 4).

ATLETAS		SEDENTARIOS	
No. Hijos	f-%	No. Hijos	f-%
0	58	0	48
1	13	1	12
2	18	2	15
3	10	3	13
4	1	4	4
5	-	5	4
6	-	6	2
7	-	7	2
n	100	n	100

Tabla 4. Distribución en ambas muestras de acuerdo al *número de hijos*.

e) ESCOLARIDAD.

Con respecto al grado escolar en la muestra de atletas la distribución se presentó de la siguiente manera: 12 con primaria; 31 secundaria; 27 bachillerato; 19 licenciatura; 1 posgrado y 10 carrera comercial. Mientras en los sedentarios la distribución fue: 2 sin estudios; 46 primaria; 29 secundaria; 13 bachillerato; 6 licenciatura y 4 carrera comercial (ver tabla 5).

ATLETAS		SEDENTARIOS	
ESCOLARIDAD	f-%	ESCOLARIDAD	f-%
SIN ESTUDIOS	-	SIN ESTUDIOS	2
PRIMARIA	12	PRIMARIA	46
SECUNDARIA	31	SECUNDARIA	29
BACHILLERATO	27	BACHILLERATO	13
LICENCIATURA	19	LICENCIATURA	6
POSTGRADO	1	POSTGRADO	-
CARRERA COMERCIAL.	10	CARRERA COMERCIAL.	4
n	100	n	100

Tabla 5. Distribución del nivel de estudios en ambas muestras.

f) OCUPACIÓN.

Con respecto a la ocupación en las muestras, en el caso de los atletas fue la siguiente: oficios diversos 21; estudiantes 8; deportistas 19; empleados de oficina 19; obreros 7; comerciantes 13; profesionistas 8 casos; hogar 10 casos; pensionados 2 casos y 1 caso en desempleo. En el caso de los sedentarios la distribución fue la siguiente: oficios diversos 21; estudiantes 7; empleados de oficina 12; obreros 11; comerciantes 11; profesionistas 2; hogar 15; pensionados 3 y 18 desempleados (ver tabla 6).

ATLETAS		SEDENTARIOS	
OCUPACIÓN.	f-%	OCUPACIÓN.	f-%
OFICIOS DIVERSOS.	21	OFICIOS DIVERSOS.	21
ESTUDIANTES	8	ESTUDIANTES	7
DEPORTE	7	DEPORTE	-
EMPLEADOS OFIC.	19	EMPLEADOS OFIC.	12
OBREEROS	7	OBREEROS	11
COMERCIO	13	COMERCIO	11
PROFESIONISTAS	8	PROFESIONISTAS	2
HOGAR	14	HOGAR	15
PENSIONADOS	2	PENSIONADOS	3
DESEMPLEADOS	1	DESEMPLEADOS	18
n	100	N	100

Tabla 6. Distribución de acuerdo a la ocupación en ambas muestras.

g) TIPO DE SECUELA.

Con respecto a la distribución del tipo de secuela que presentaron los atletas discapacitados fue la siguiente: poliomielitis 64; amputados 17; lesionados medulares 17; esclerosis múltiple 1 y espina bífida 1. Mientras que la distribución de los sedentarios fue la siguiente: poliomielitis 46; amputados 23; lesión medular 19; hemiplejía 7; esclerosis múltiple 2 y 3 espina bífida (ver tabla 7).

ATLETAS		SEDENTARIOS	
SECUELA	f-%	SECUELA	f-%
POLIOMIELITIS	64	POLIOMIELITIS	46
AMPUTADOS	17	AMPUTADOS	23
LESIÓN MEDULAR	17	LESIÓN MEDULAR	19
HEMIPLEJIA	-	HEMIPLEJIA	7
ESCLEROSIS MÚLTIPLE	1	ESCLEROSIS MÚLTIPLE	2
ESPINA BÍFIDA	1	ESPINA BÍFIDA	3
n	100	n	100

Tabla 7. Distribución por *tipo de secuela* en ambas muestras

h) TIPO DE DEPORTE.

La distribución de los atletas en relación a su disciplina deportiva fue la siguiente: 1 natación; 15 atletismo (pista); 32 atletismo (campo); 2 atletismo (fondo); 9 levantamiento de pesas; 2 tenis de mesa; 1 tiro con arco y 38 basquetbol. Mientras que en los discapacitados sedentarios solo existieron 25 casos que practicaban algún tipo de actividad deportiva de forma recreativa y los 75 restantes no realizaban alguna actividad física (ver tabla 8).

ATLETAS		SEDENTARIOS	
TIPO DE DEPORTE	f-%	TIPO DE DEPORTE	f-%
NATACIÓN	1	NATACIÓN	-
ATLETISMO (PISTA)	15	ATLETISMO (PISTA)	-
ATLETISMO (CAMPO)	32	ATLETISMO (CAMPO)	-
ATLETISMO (FONDO)	2	ATLETISMO (FONDO)	-
LEV. DE PESAS	9	LEV. DE PESAS	-
TENIS DE MESA	2	TENIS DE MESA	-
TIRO CON ARCO	1	TIRO CON ARCO	-
BASQUETBOL	38	BASQUETBOL	-
ACT. RECREATIVA	-	ACT. RECREATIVA	25
NINGUNA ACTIV.	-	NINGUNA ACTIV.	75
n	100	n	100

Tabla 8. Distribución por tipo de *actividad deportiva* en ambas muestras.

i) LOGROS DEPORTIVOS.

Este apartado sólo corresponde a la muestra de atletas discapacitados, ya que se relaciona con los alcances deportivos. Para esta distribución se hizo la división en tres categorías, donde la primera corresponde a los medallistas olímpicos, mundiales y participantes a nivel internacional que incluye 23 atletas; la segunda a atletas que han conseguido medallas y campeonatos sólo a nivel nacional, con 41 casos y a la última categoría pertenecen los atletas que han participado en eventos nacionales sin algún logro de medallas ni campeonatos con 36 casos (ver tabla 9).

LOGROS DEPORTIVOS	f-%
MEDALLISTAS OLÍMPICOS, CAMPEONES MUNDIALES Y PARTICIPANTES INTERNACIONALES	23
MEDALLISTAS Y CAMPEONES A NIVEL NACIONAL	41
PARTICIPANTES A NIVEL NACIONAL SIN MEDALLAS NI CAMPEONATOS	36
n	100

Tabla 9. Distribución de atletas en relación a sus *logros deportivos*.

j) EDAD DEPORTIVA.

De igual manera que el apartado anterior, éste sólo incluye a la muestra de atletas en relación a su edad deportiva. Para lo que se dividió en tres categorías: la primera de 2 a 5 años de edad deportiva con 48 casos; la segunda de 6 a 9 años con 23 casos; tercera de 10 años en adelante con 29 casos (ver tabla 10).

EDAD DEPORTIVA	f-%
DE 2 A 5 AÑOS	48
DE 6 A 9 AÑOS	23
10 AÑOS Y MÁS	29
n	100

Tabla 10. Distribución de atletas de acuerdo a su *edad deportiva*.

ANÁLISIS DESCRIPTIVO E INFERENCIAL DE RESULTADOS DE LA E.A.T.

A continuación se presenta el análisis inferencial de los resultados de la Escala de Autoconcepto de Tennessee en general, así como cada una de sus subescalas y la comparación entre sus medias con la prueba de t de Student.

a) PUNTAJE DE AUTOCRÍTICA (Ac).

Con respecto al puntaje de autocrítica, la muestra de atletas discapacitados alcanzó una puntuación positiva de 33.51*, situándose por debajo de la línea promedio del rango de normalidad según la Escala de Autoconcepto de Tennessee. De igual manera la muestra de discapacitados sedentarios alcanza una puntuación positiva de 34.56*, calificándose sobre el promedio de normalidad de la misma escala. Por lo que ambas muestras se comportaron con una apertura normal y saludable en su capacidad de autocrítica. Ya que los puntajes por arriba de 48, indican una falta de defensas y la posibilidad de encontrarse patológicamente indefenso, mientras que los puntajes por debajo de 26, indican defensividad y sugieren que los puntajes positivos puedan estar artificialmente elevados. Además de no encontrarse alguna diferencia estadísticamente significativa entre ambas muestras (ver tabla 11).

	μ	mo	md	f	sig.
ATLETAS	33.51*	26	33.50	.455	.501
SEDENTARIOS	34.56*	36	35		

Tabla 11. Medidas de tendencia central y nivel de significación del *puntaje de autocrítica de la E.A.T.*

b) PUNTUACIÓN TOTAL (PT).

Para esta subescala, quizás la más importante del instrumento, la muestra de atletas discapacitados alcanzó un puntaje de 344.39*, calificándose apenas por debajo del promedio del rango de normalidad de la E.A.T., ubicándose con un autoconcepto positivo, mientras que la muestra de discapacitados sedentarios alcanzó un puntaje de 313.63*, por debajo del límite inferior del rango de normalidad para la escala, catalogándose como personas con un autoconcepto inválido o baja autoestima. A pesar de la diferencia en los puntajes obtenidos de ambas muestras no existe alguna diferencia estadísticamente significativa entre ambas.

	μ	md	mo	f	sig.
ATLETAS	344.39*	342.50	320	.832	.363
SEDENTARIOS	313.63*	316	301		

Tabla 12. Medidas de tendencia central y nivel de significación del *puntaje total de la E.A.T.*

* Ver figura 1. (Representación gráfica de las medias de ambas muestras en el perfil de la Escala de Autoconcepto de Tennessee.

c) PUNTUACIÓN POR HILERAS (Hil).

Estas puntuaciones (hileras y columnas), se derivan del esquema 3x5 de hileras horizontales (marco de referencia interno) y columnas verticales (marco de referencia externo).

En las hileras la muestra de atletas discapacitados alcanzan puntajes dentro del rango de normalidad, siendo las hileras 1 y 3 las que están sobre la línea del promedio (Hil.1= 114.37; Hil. 2= 103.51; Hil. 3 = 126.55)* en los tres casos, ubicándose con una opinión positiva de su autoconcepto. Por el contrario la muestra de discapacitados sedentarios alcanzó puntajes apenas por encima del límite inferior del rango de normalidad (Hil.1=103.88; Hil.2= 91.00; Hil.3= 114.44)*, ubicándose con una opinión positiva pero por debajo de la muestra de atletas.

ATLETAS				SEDENTARIOS					
HILERAS	μ	mo	md	HILERAS	μ	mo	md	f	sig.
HILERA 1 "conducta"	114.37*	109.00	113.50	HILERA 1 "conducta"	103.88*	105.00	103	.678	.411
HILERA 2 "autosatisfacción"	103.51*	101.00	103	HILERA 2 "autosatisfacción"	94.40*	91.00	93.50	.135	.714
HILERA 3 "identidad"	126.55*	126.00	127.50	HILERA 3 "identidad"	114.44*	119.00	117	2.465	118

Tabla 13. Medidas de tendencia central y nivel de significación del *puntaje por hileras de la E.A.T.*

d) PUNTUACIÓN POR COLUMNAS (Col.).

La muestra de atletas discapacitados ubica sus puntajes cerca e incluso por arriba del promedio de la normalidad (Col. "A"= 70.71; Col."B"=69.63; Col."C"= 71.03; Col."D"= 71.97; Col."E"= 65.46)*, catalogándose en cada una de las subescalas con una opinión positiva de su autoconcepto. Por el contrario la muestra de discapacitados sedentarios alcanza puntajes dentro de la normalidad pero por debajo de la muestra de atletas (Col."B"=65.44; Col."C"=64.35; Col."E"= 60.73)* catalogándose en éstas con una opinión positiva de su autoconcepto pero aún por debajo de la muestra anterior, con excepción de los puntajes de la columna "A" y "D", que se ubican por debajo del límite inferior del rango de normalidad (Col. "A"= 61.96; Col."D"= 61.15)*; donde se califican con una opinión pobre de su autoconcepto. A pesar de las diferencias que se observan en los puntajes de las medias de ambas muestras, no existió alguna diferencia significativa con excepción de la columna "D" "Yo ético-moral" en la que si existió una diferencia estadísticamente significativa.

* Ver figura 1. (Representación gráfica de las medias de ambas muestras en el perfil de la Escala de Autoconcepto de Tennessee).

ATLETAS				SEDENTARIOS					
COLUMNAS	μ	mo	md	COLUMNAS	μ	mo	md	f	sig.
Col. A "Yo físico"	70.71*	66.00	72	Col. A "Yo físico"	61.96*	63.00	62	.481	.489
Col. B "ético-moral"	69.63*	70.00	70	Col. B "ético-moral"	65.44*	65.00	65.50	5.887	.016
Col. C "Yo personal"	71.03*	69.00	71	Col. C "Yo personal"	64.35*	73.00	65.50	2.305	.131
Col. D "Yo familiar"	73.97*	65.00	67	Col. D "Yo familiar"	61.15*	55.00	62	1.635	.203
Col. E "Yo social"	65.46*	66.00	66	Col. E "Yo social"	60.73*	58.00	61	.455	.501

Tabla 14. Medidas de tendencia central y nivel de significación del *puntaje por columnas de la E.A.T.*

* Ver figura 1. (Representación gráfica de las medias de ambas muestras en el perfil de la Escala de Autoconcepto de Tennessee.

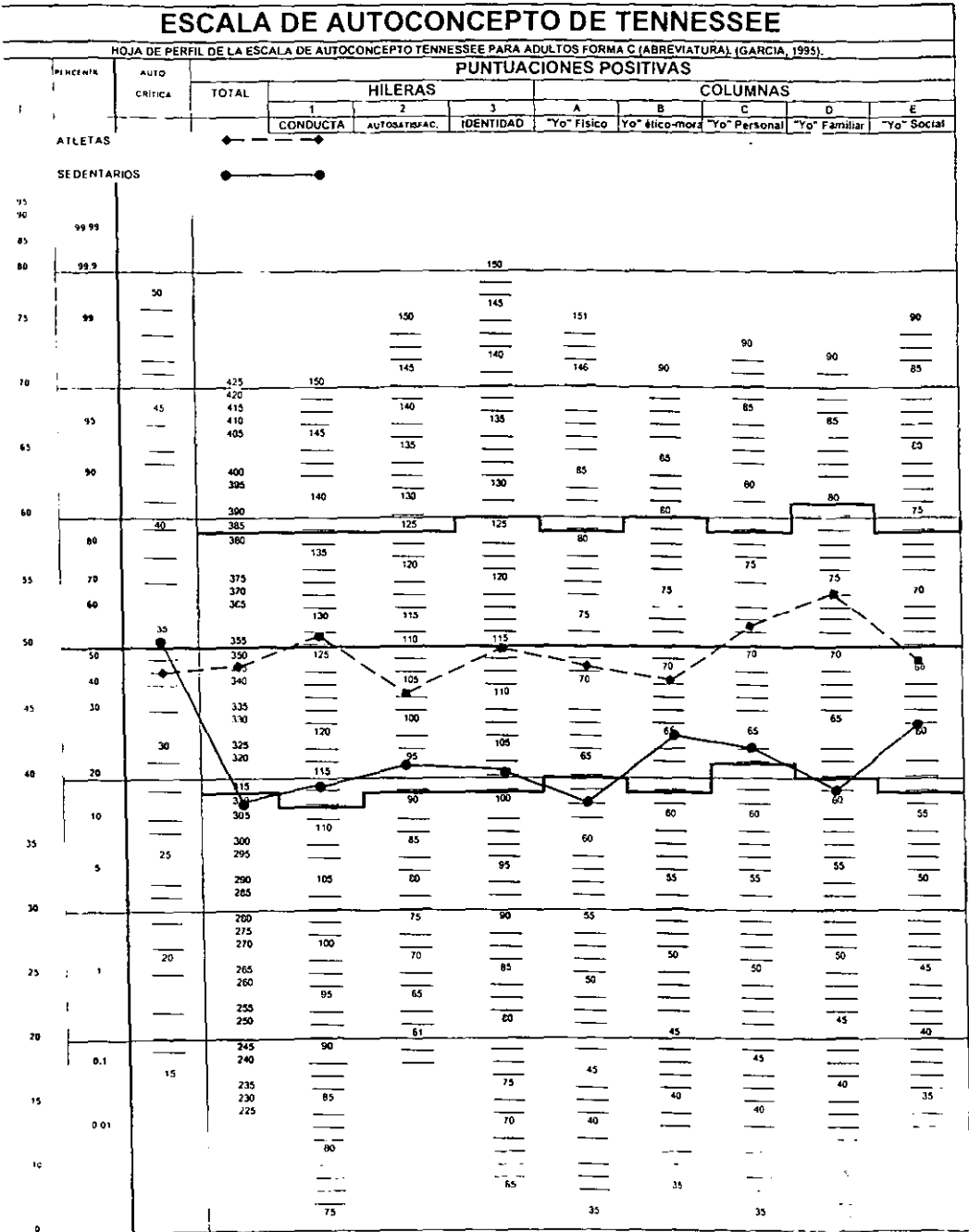


Figura 1. Representación gráfica de las medias de ambas muestras en el perfil de la E.A.T.

CAP. VI INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LAS MUESTRAS.

Los resultados de las variables demográficas, permiten observar que la muestra de atletas discapacitados era más joven que la de discapacitados sedentarios, por más de cinco años (Tabla 1, p. 54).

En relación, a la proporción de mujeres y hombres en ambas muestras los hombres cubrieron el 60%, por un 40% de las mujeres, quizás debido a los prejuicios culturales sobre el desarrollo social de la mujer, que sigue siendo un lastre que limita el que las oportunidades entre hombres y mujeres sean equitativas; esta situación de desventaja se hace más evidente en el caso de mujeres discapacitadas, ya que según Heredia (1998 ^(a y b)), las mujeres discapacitadas se enfrentan a una doble marginación, el ser discapacitada y ser mujer (Tabla 2, p. 54).

De acuerdo al estado civil, no aparecen diferencias con excepción de que en la situación de divorcios, en la muestra de sedentarios inciden más que la de atletas (Tabla 3, p. 55).

El número de hijos de la muestra de atletas, de acuerdo a su distribución, no tienen más de 4 hijos, mientras que en la muestra de sedentarios existen casos de más de 5 hijos (Tabla 4, p. 55).

La escolaridad según las frecuencias, los atletas se centran en los niveles de secundaria y bachillerato, incluso alcanzando una mayor incidencia en los niveles de licenciatura y postgrado, mientras que en la muestra de sedentarios éstos se centran en los niveles de primaria y secundaria; esta diferencia se debe quizás a que el deporte fomenta una actitud de independencia, ya que desde su propio desempeño físico hará que el individuo discapacitado pueda librar la mayoría de las barreras que limitan el acceder a centros escolares, además de brindarle una seguridad de sus capacidades físicas e intelectuales promoviendo una visión de desarrollo integral del discapacitado, a pesar de que tendrá que enfrentarse a prejuicios que serán más limitantes que el propio acceso a los centros escolares, coincidiendo con este punto de vista Hale (1980), Monnazzi (1980) y Heredia (1998 ^(a y b)) (Tabla 5, p. 56).

La ocupación o trabajo de los encuestados, los atletas alcanzan un mayor número de profesionales, mientras que en los sedentarios la tasa de desempleo es mayor en comparación de los primeros, muy probablemente se deba a las ventajas que ofrece la actividad deportiva coincidiendo de igual manera Hale (1980), Monnazzi (1980) y Heredia (1998 ^(a y b)), que mencionan

que el deporte fomentará una independencia eliminando así el estereotipo de persona económicamente improductiva. Por el contrario el desempleo en los sedentarios se hace palpable quizás a la unión de factores socioculturales que obstruyen el sano desarrollo de la persona con alguna discapacidad (Tabla 6, p.56).

Los tipos de secuela más frecuentes en los evaluados en ambas muestras fueron según su incidencia por poliomielitis, amputación y lesión medular, en menor proporción se encontraron discapacidades como espina bífida, hemiplejía y esclerosis múltiple (Tabla 7, p.57).

Respecto al tipo de deporte la muestra de atletas realizaba ocho diferentes tipos de deporte (natación, atletismo en sus especialidades de campo, pista y fondo, levantamiento de pesas, tenis de mesa, tiro con arco y basquetbol), de los cuales dos eran los más numerosos. El basquetbol es la disciplina con más participantes; la segunda disciplina en número de participantes es la de atletismo en su especialidad de campo que abarca a todos los lanzamientos (bala, disco, jabalina y clava); en la muestra de sedentarios sólo 25 sujetos realizaban alguna actividad de manera recreativa (Tabla 8, p.57).

Los logros deportivos obtenidos de la muestra de atletas, el 77 % ha participado y tenido logros sólo a nivel nacional, mientras que el resto han alcanzado logros a nivel internacional y olímpicos, incluyendo premios nacionales del deporte, recordistas mundiales y medallistas olímpicos (Tabla 9, p.58).

Por último la muestra de atletas discapacitados en su edad deportiva, la mitad tiene de entre 2 a 5 años de realizar esta actividad, el resto ha llevado a cabo la misma actividad por más de 6 años (Tabla 10, p.59).

RESULTADOS DE LA ESCALA DE AUTOCONCEPTO DE TENNESSEE.

De acuerdo a los resultados obtenidos en la Escala de Autoconcepto de Tennessee en cada una de sus subescalas (Autocrítica, Total de autoestima, Hileras y Columnas), se observa que en la autocrítica ambas muestras alcanzan un puntaje positivo siendo el puntaje de los atletas de 33.51 y el de los sedentarios de 34.56, manifestando una apertura normal y saludable al momento de contestar este instrumento (Tabla 11, p.59).

En el nivel total de autoestima los atletas discapacitados con un puntaje promedio de 344.49, se manifiestan con una tendencia a estar a gusto consigo mismos, sintiéndose personas dignas y valiosas, con una autoconfianza saludable de acuerdo a su imagen. Mientras tanto los discapacitados sedentarios se manifestaron de manera contraria al calificar en forma negativa todos los aspectos anteriores con un puntaje de 313.63, además de considerarse como personas indeseables y con posibles tendencias a la depresión y ansiedad.

Quizás esta diferencia se deba según Hale (1980), Heredia (1998), Monnazzi (1980), Márquez (1995), Rushall (1967), Ogilvie (1968), Blinde (1997), en que el individuo discapacitado que ha realizado actividad deportiva de forma programada obtiene una confirmación física atléctica, alcanzando mayor fuerza corporal, además de los logros personales y deportivos por la tenacidad que requiere la práctica del deporte, manifestando una percepción positiva de sí mismo.

La muestra de discapacitados sedentarios al enfrentarse en desventaja, quizás no sólo por su condición físico-atléctica no obtenida sino por el estigma social que prevalece y viven diariamente, que se sustenta en la ignorancia y la incomprensión, hará que éste al no conocer sus plenas capacidades y derechos, manifieste una pobre y negativa concepción de sí mismo (Tabla 12, p.55).

Con respecto a las hileras de la escala los resultados indican que, los atletas manejan una mejor percepción y descripción de sí mismos, se muestran satisfechos con su autoimagen, y su conducta está en relación a como se sienten y se ven.

Mientras que los discapacitados sedentarios mostraron una baja percepción y descripción de sí mismos, de igual manera su autoimagen es negativa, además de que su conducta no está en relación a como se ve y siente con él mismo (tabla 13, p.56).

En las columnas los atletas expusieron una concepción positiva de su cuerpo y sexualidad, de igual manera que dirigirse dentro de las reglas morales, también manifestando una sensación positiva de su personalidad y alta adecuación en relación a sus relaciones familiares y sociales incluso siendo el área familiar en la que más alto puntúan.

Por el contrario, los discapacitados sedentarios manifestaron una concepción negativa en lo relacionado a su cuerpo y sexualidad, mientras su concepción de dirigirse de acuerdo a las reglas morales es positiva, pero aún por debajo del puntaje de la muestra de atletas; los sedentarios mostraron una baja valía personal, una visión negativa de su personalidad y conciben sus relaciones familiares de manera negativa, quizás al no percibirse como personas apoyadas y admiradas por su familia, a pesar de manifestar sus relaciones sociales de manera positiva, pero aún por debajo de la muestra de atletas (tabla 14, p.61). Este tipo de diferencias coincide con lo mencionado por todos los autores citados anteriormente, específicamente Monnazzi (1980).

Como se observa en los resultados según la Escala de Autoconcepto de Tennessee, los trazos de ambas muestras se comportaron de manera distinta. El trazo de los atletas puntea alrededor de la media total de la escala y en el caso de la subescala "Col. D" Yo familiar, por arriba de la misma.

Mientras que el trazo de las medias alcanzadas por la muestra de sedentarios se manifiesta cerca y por debajo del borde inferior de lo que es la normalidad según el instrumento (ver gráfica 1); con excepción de los puntajes de autocrítica y las columnas "B" (Yo ético-mortal) y "E" (Yo social), que alcanzan los puntajes más altos de esta muestra, pero siempre por debajo de la muestra anterior.

De acuerdo a los resultados descriptivos de la E.A.T., observados en el trazo del perfil y aunado a los datos demográficos obtenidos, se puede decir que el cuestionamiento del planteamiento independientemente del análisis inferencial, se confirma positivamente, ya que la actividad física llevada de manera sistemática (deporte), influye de manera positiva en la personalidad, autoconcepto, autoimagen, relaciones sociales y familiares, en las personas discapacitadas que lo realizan.

Coincidiendo con esta postura los autores (Guttman 1940; Hale 1980; Monnazzi 1981; Blinde 1997 y Heredia 1998 (a y b)), mencionan que en el caso de personas discapacitadas el deporte puede ser vehículo de logros, independencia y de una renovación psicológica, aumentando su autoestima, modificando su imagen de persona "enferma " ó "inútil" por la de una persona atlética e independiente.

Pero al comparar las medias de cada una de las muestras en cada una de las subescalas por medio de la prueba estadística "t de Student", se encontró que las diferencias en cada una de las subescalas no son estadísticamente significativas, con excepción de la subescala columna "B Yo ético-moral", en la

que el individuo se describe desde un marco de referencia "ético-moral", examinando cualidades morales, relaciones con Dios, sentimientos de ser "buena" o "mala" persona y satisfacción con su religión o falta de ésta. Por lo que se rechaza la H_0 , ya que no existe una diferencia estadísticamente significativa entre ambas muestras en general con excepción de la subescala B "Yo ético-moral", en la que sí existe dicha diferencia estadística.

Esta diferencia significativa se deba a que el atleta discapacitado ha introyectado a través de la práctica deportiva una valía moral que le permite concebirse de manera positiva y buena, a pesar de lo que indiquen las reglas de autovaloración y aceptación usadas arbitrariamente por la sociedad, que estigmatizan al discapacitado con poco o nulo valor como persona, además de concebirseles como individuos que siempre dependerán de otros, limitando de esta manera la plena inclusión del individuo en los diferentes ámbitos del desarrollo humano, independientemente de lo que la persona discapacitada sea, atleta o no, coincidiendo con esta posición diferentes autores (Hale 1980; Sorrentino 1980; Soto 1987 y Heredia 1998 (a y b)).

CAP. VII DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

La problemática de la discapacidad es bastante amplia, dado que desde su propia conceptualización, muchas de sus definiciones mantienen todavía la connotación despectiva calificando a las personas con alguna discapacidad como individuos que valen menos, sin el goce de sus derechos y sí con todas las obligaciones como ciudadano, con excepción de la definición emitida por la OMS en 1982, donde se enfatiza que la incapacidad constituye una desventaja de una función, mas no una generalización de todas las capacidades del individuo (ver página. 3).

Las desventajas a las que se enfrentan las personas con alguna discapacidad van más allá de la sola forma de cómo poder clasificarlos, ya que casi la totalidad deberán de enfrentarse al rechazo que de manera encubierta o de manera completamente abierta existe en la sociedad actual, donde las condiciones de marginación se hacen patentes.

En México la población discapacitada es ubicada dentro de los grupos vulnerables, ya que han sido grupos a los que se les han negado mucho de sus derechos.

La falta de oportunidades y el rechazo se hacen evidentes desde que la sociedad no ha hecho los suficientes esfuerzos para abatir la ignorancia que envuelve a la condición de discapacidad de un individuo, y al no contemplar que la discapacidad no es una condición extensiva a todas las capacidades del individuo, y que ésta solamente será circunstancial en relación a las condiciones del medio y a las exigencias de este mismo. Es la misma sociedad la que obstruye por medio de su estructura arquitectónica el libre acceso, limitando la posibilidad de que las personas con alguna discapacidad puedan ser consideradas dentro de un proyecto social, donde la aceptación de las diferencias y la tolerancia hacia todos los diferentes sea la base de cualquier democracia.

La marginación a la que se enfrentan las personas con alguna discapacidad se presenta en la mayoría de las sociedades, en esto coinciden Hale (1980), Sorrentino (1980) y Heredia (1998), afirmándose estas coincidencias con las opiniones e inconformidades externadas por los propios discapacitados.

Ante toda esta problemática, el desarrollo personal de los individuos con alguna discapacidad se percibe poco probable, ya que las limitantes sociales, más que las propias, hacen que éste no pueda tener acceso a los centros de estudio, los cuales están hechos sólo para aquellos que puedan acceder sin ningún tipo de problema, además que los pocos centros existentes para esta población sólo hacen más palpables las condiciones de marginación, excluyéndolos de cualquier tipo de intercambio social.

Por lo que respecta al empleo existe coincidencia con los mismos autores, ya que los procedimientos de selección de personal no han podido considerar a esta población haciendo que persistan las condiciones de desempleo.

En lo relacionado con la afectividad en las personas discapacitadas la situación también es de desventaja, ya que la sociedad en la mayoría de los casos pretende categorizar a las personas con alguna discapacidad como personas asexuadas, independientemente del tipo y grado de discapacidad, limitando de esta manera cualquier oportunidad de sentirse capaces y merecedores de sentir afecto y atracción por alguien más, con esta problemática coinciden Hale (1980) y Heredia (1998), limitando de esta manera el que exista un desarrollo personal afectivamente satisfactorio.

Por todo lo anterior y aunado a los autores que han estudiado lo relacionado al origen y formación del autoconcepto, James (1890), Coopersmith (1967), Mead (1972), Rosenberg (1973) y Oñate (1980), hacen que todas las condiciones a las que se enfrentan las personas discapacitadas las mantengan al margen de cualquier oportunidad de desarrollo.

Las teorías sobre el autoconcepto que existen hacen difícil que se pueda tomar una sola como única vía de explicación, por lo que quizás una visión en la que se complementen diferentes posturas (social, neopsicoanalítica y humanista), hacen una posición explicativa de lo que puede ser la formación y desarrollo del autoconcepto.

La unión de las diferentes posturas como una forma explicativa muestra que la formación del autoconcepto dependerá principalmente del grado de socialización, de las opiniones que ejerce el medio con respecto al individuo, siempre dentro del un marco social, de qué tanto éste se acerque o aleje de ciertos parámetros que de manera arbitraria servirán de juicio en dicha evaluación; según Festinger (1954) en Oñate (1989), las personas se exponen a éste juicio como una pulsión, con el objetivo de ser aceptado y poder desarrollar una autoestima, pudiendo ser ésta baja o alta dependiendo en qué tanto el individuo se aleje de los modelos estéticos y productivos que la sociedad ha impuesto como parámetros óptimos para cualquier individuo, contra los cuales todas las personas con alguna discapacidad o diferentes se enfrentarán en desventaja.

Con respecto a la psicología del deporte este estudio contribuye a las pocas investigaciones que se han realizado en esta área en nuestro país. Quizás se cuestiona que el tema de autoconcepto o lo relacionado a la personalidad no sean del interés de la psicología del deporte, tratando de ubicarlos dentro de la psicología clínica, pero al plantear este tema como ajeno a la psicología del deporte se expone una visión limitada de lo que es la misma, ya que ésta tiene una aplicación más amplia, que va más allá de la sola competencia deportiva de alto rendimiento, abarcan también aspectos de rehabilitación, adherencia al deporte, a la relación entre deporte y salud, y en este caso la relación entre la discapacidad, el deporte y el autoconcepto.

Por todo lo anterior se puede hacer una conclusión dividida en tres partes. Primero, en lo referente a la comparación estadística de ambas muestras independientes de discapacitados para verificar si es que existe una diferencia estadísticamente significativa, se concluye que una diferencia estadística entre ambas muestras de discapacitados no existe y que la actividad deportiva estadísticamente no es una variable que determine una posible diferencia en el autoconcepto entre atletas y sedentarios discapacitados del aparato músculo-esquelético, quizás respondiendo a que la concepción de discapacidad prevaleciente en la sociedad mexicana va más allá de la actividad que se realice, siendo entonces esta conceptualización un sinónimo de marginación, y haciendo a un lado que la discapacidad sólo se presente como una característica humana.

Segundo, independientemente del análisis estadístico inferencial, la actividad deportiva influye de manera positiva aportando un bienestar psicológico, además de ser una actividad que tiene la posibilidad de contrarrestar la mayoría de las situaciones de desventaja, influyendo en la personalidad, autoconcepto, autoimagen, relaciones sociales, familiares y afectivas de quien lo realice.

La actividad física y el deporte deberían ser tomadas en cuenta como fuente de rehabilitación, pero haciendo a un lado la concepción limitante de sólo alcanzar cierta independencia para la realización de las actividades cotidianas, para entonces concebir a esta actividad como una constante de rehabilitación integral en la que converjan la activación, la potencialización de las capacidades; la maximización de éstas y la participación en actividades que involucren a más personas, haciéndola una actividad rica en el intercambio social, que además le concierne el poderse enfrentar a nuevos desafíos con el propósito de poder alcanzar un objetivo, haciendo de esta actividad un vínculo entre la integración psíquica, social y física con el objetivo de alcanzar mejor calidad de vida.

Y por último, que tanto la discapacidad y la psicología del deporte necesitan de una plena inclusión dentro de la licenciatura de psicología siendo parte de sus asignaturas. Lo relacionado a la discapacidad debido a que ésta no puede seguir siendo considerada ajena a la psicología y a su problemática real, su tratamiento y su educación con el propósito de aclarar horizontes y esperando que estos puedan ser entonces compartidos o simplemente justos.

Dentro de la psicología, la psicología aplicada al deporte también debe ser incluida en los planes de estudio debido a que existe una necesidad real del desarrollo de esta ciencia aplicada al deporte, además de que nuestro país no puede quedarse al margen y sólo considerar la importación de elementos extranjeros para que ésta sea aplicada.

BIBLIOGRAFÍA.

- **Alcántara, G. y Bazaldua, A. (1996)** Diferencias en la autoestima entre mujeres y hombres adolescentes. Tesis de licenciatura, inédita. F.E.S. Zaragoza, UNAM.
- **Bakker, F. C. (1993)** Psicología del Deporte: conceptos y aplicaciones. España, Editorial, Morata.
- **Blinde, M.G. (1997)** Enhancing the Physical and Social Self Through Recreational Activity: Accounts of Individuals with Physical Disabilities. Activity Physical Adapted Quaterly, 14, 327-344
- **Caracuel, J.C. (1993)** Relaciones entre Psicología básica y Psicología del deporte: una interacción fructífera. Universidad de Sevilla. Rev. de Psic. Gral. y Aplic. 46 (3), 339-346.
- **Crocker, P.R.E. (1993)** Sport and Exercise Psychology and with Physical Disabilities: Using theory to Advance Knowledge. Activity Physical Adapted Quaterly, 10, 324.-335.
- **Cruz, F.J. (1995)** Psicología del deporte en España: Educación actual y perspectivas de futuro. Barcelona, Edit. Rev. de Psicología General y Aplicada 48 (1), 5-13.
- **Federación Mexicana de Deporte Sobre Silla de Ruedas (FEMEDSSIR) (1998)** Deporte sobre Silla de Ruedas. Documento. Foro 1998. Realidades, demandas aspiraciones, retos y necesidades de las personas con discapacidad en la Cd. de México hacia el fin del milenio. Primera Asamblea Legislativa del D.F.
- **García A. M. (1995)** Estandarización de la Escala de Autoconcepto de Tennessee en estudiantes de Ciudad Universitaria. Tesis de licenciatura inédita, Facultad de Psicología. UNAM.
- **García, U.F. (1989)** El Papel de las Emociones en el Deporte Cuba, Instituto de Medicina del Deporte de Cuba.
- **González, C. L. (1997)** La preparación mental del deportista. Cuba, Ponencia. Primer Congreso Internacional de Psicología del deporte, Alto Rendimiento, Escolar y Social.
- **Grosser, M. (1990)** Alto Rendimiento Deportivo México, Edit. Roca.
- **Hale, G. (1980)** Manual para Minusválidos. Madrid, Edit. Blume.
- **Heredia, N. M. (1986)** Apuntes inéditos de la carrera de entrenador deportivo Especializado en atletas minusválidos. CECESD, UNAM.
- **Heredia, N. M. (1998)** ^(a) El deporte y las personas discapacitadas. Ponencia. Primer Foro universitario sobre discapacidad, F. E. S. Zaragoza UNAM.

- (b) Expectativas de desarrollo deportivo y cultural de la población con discapacidad. Ponencia, Foro 1998 de la Primera Asamblea Legislativa del D.F.
 - (c) Rehabilitación psicológica del lesionado medular traumático. Tesis de licenciatura, inédita. Facultad de Psicología. UNAM.
 - (d) El deporte como facilitador social para las personas con discapacidad. Ponencia, Curso Internacional de Psicología del Deporte, PRODGDF.
- **Hernández, S. R. (1991)** Metodología de la Investigación. México, McGraw-Hill.
 - **Lawther, J. (1987)** Psicología del Deporte y del deportista. Educación y Fundamentos. Buenos Aires, Edit. Paidós
 - **Massimo, A. (1983)** Minusválidos. España Editorial Del sarbal.
 - **Mercado, M. R. (1991)** Autoconcepto y metas en niños maltratados que viven con su familia y niños maltratados que viven en la calle. Tesis, de licenciatura, inédita. Facultad de Psicología de la UNAM.
 - **Oñate, M.P. (1989)** Autoconcepto. Madrid. Edit. Narcea.
 - **Primera Asamblea Legislativa del D.F. (1998)** Realidades, demandas, aspiraciones retos y necesidades de las personas con discapacidad en la Cd. de México hacia el fin del milenio. Presentación.
 - **Reid, G. (1989)** Ideas About motor behavior research with special population Adapted Physical Activity Quarterly. 6. 1-10.
 - **Riera, J. (1991)** Introducción a la Psicología del Deporte. México. Ed. Roca
 - **Roessler, R. y Bulton, B. (1981)** Rehabilitación: física, mental y social. México. Edit. Limusa.
 - **Rosenberg, M. (1973)** La imagen del adolescente y la sociedad. Buenos Aires. Edit. Paidós.
 - **Secretaría de Desarrollo Social del Gobierno del Distrito Federal (SDSGDF), (2000)** (a) Convenio No. 159 de la OIT, Secretaría de Desarrollo Social del Gobierno del D.F.
 (b) La discapacidad, un desafío para todos. Video. Secretaría de Desarrollo Social. Dirección de equidad y desarrollo social Subdirección de atención a personas con discapacidad.
 - **Serrano, R.L. (1994)** Relación del autoconcepto con la actitud de fumar en sujetos fumadores y deportistas. Tesis de licenciatura, inédita. F.E.S Zaragoza. UNAM.

- **Siegel, S. (1979)** Estadística no paramétrica: aplicada a las ciencias sociales de la conducta. México Edit. Trillas.
- **Silva, V.I. (1991)**. La educación física en los minusválidos parapléjicos como Medio de aceptación, superación y adaptación a la sociedad. Tesis de licenciatura, inédita. ESEF. México.
- **Sorrentino, A. M. (1990)** Handicap y Rehabilitación. Buenos Aires, Edit. Paidós.
- **Soto, L. S. (1987)** Sexualidad y minusválidos. Dos realidades frente a frente. Madrid, Edit. Popular.
- **Universidad Nacional Autónoma de México (U.N.A.M.) y Consejo Nacional para la Cultura y las Artes (C.N.C.A.), (1996)** Dioses del México antiguo. Exposición, Antiguo Colegio de San Ildefonso. México.
- **Velázquez, L.L. (1995)** Estudio comparativo en la autoestima de mujeres jubiladas y no jubiladas en la tercera edad. Tesis de licenciatura, inédita, Facultad de Psicología UNAM.
- **Weimberg, R. y Gould, D. (1995)** Fundamentos de Psicología del deporte y el ejercicio físico. España Edit. Ariel.

ANEXOS.

CUESTIONARIO DE DATOS DEMOGRAFICOS.**1 Cuestionario para atletas.**

Edad: _____ Sexo: Masc. Fem.

Grado de estudios: _____ Ocupación: _____

Estado civil: Soltero (a) Casado (a) Unión libre.

Número de hijos: _____ Tipo de escuela: _____

Deporte: _____ Edad deportiva: _____

2 Cuestionario para sedentarios.

Edad: _____ Sexo: Masc. Fem.

Grado de estudios: _____ Ocupación: _____

Estado civil: Soltero (a) Casado (a) Unión libre.

Número de hijos: _____ Tipo de escuela: _____

ESCALA DE AUTOCONCEPTO TENNESSEE.

WILLIAM H. FITTS, Ph. D.

INSTRUCCIONES.

EN LA HOJA DE RESPUESTAS QUE SE ENCUENTRA POR SEPARADO, EN EL CUADRO SUPERIOR PON LA INFORMACIÓN SOLICITADA, EXCEPTO LOS DATOS SOBRE TIEMPO, MÁS TARDE LLENARAS ESTOS ESPACIOS. ESCRIBE ÚNICAMENTE EN LA HOJA DE RESPUESTAS, NO PONGAS NINGUNA MARCA EN ESTE CUADERNILLO.

LAS AFIRMACIONES DE ESTE CUADERNILLO ESTÁN PARA AYUDAR A DESCRIBIRTE COMO TU MISMO TE VES. POR FAVOR RESPÓNDELAS COMO SÍ TE DESCRIBIERAS ANTE TI MISMO Y NO ANTE NINGUNA PERSONA. NO OMITAS NINGUNA AFIRMACIÓN, LEE CUIDADOSAMENTE CADA UNA, DESPUÉS SELECCIONA UNA DE LAS CINCO OPCIONES DE RESPUESTA, ENCIERRA EN UN CIRCULO LA RESPUESTA QUE HAYAS ELEGIDO SI DESEAS CAMBIAR UNA RESPUESTA DESPUÉS DE HABERLA ENCERRADO EN UN CÍRCULO, NO BORRES PON UNA X SOBRE LA RESPUESTA Y DESPUÉS ENCIERRA EN UN CIRCULO LA RESPUESTA QUE DESEAS.

CUANDO ESTÉS LISTO PAR COMENZAR, LOCALIZA EN TU HOJA DE RESPUESTAS EL ESPACIO MARCADO COMO "HORA INICIO" Y ANOTA LA HORA. CUANDO TERMINE ANOTA LA HORA FINAL EN EL ESPACIO DE TU HOJA DE RESPUESTAS MARCADO COMO "HORA TERMINO".

RECUERDA ENCIERRA EN UN CÍRCULO UN NÚMERO DE RESPUESTAS PARA CADA AFIRMACIÓN.

COMPLETAMENTE FALSO	MÁS O MENOS FALSO	EN PARTE FALSO Y EN PARTE CIERTO	MÁS O MENOS CIERTO	COMPLETAMENTE CIERTO
1	2	3	4	5

ENCONTRARAS LOS NÚMEROS DE RESPUESTA REPETIDOS EN LA PARTE SUPERIOR DE CADA PÁGINA PARA AYUDARTE A RECORDARLAS.

COMPLETAMENTE FALSO	MAS O MENOS FALSO	EN PARTE FALSO Y EN PARTE CIERTO	MAS O MENOS CIERTO	COMPLETAMENTE CIERTO
1	2	3	4	5

		Item. Num.
1	Gozo de buena salud.....	1
3	Soy una persona atractiva.....	3
5	Me considero una persona sucia.....	5
19	Soy una persona decente.....	19
21	Soy una persona honrada.....	21
23	Soy una mala persona.....	23
37	Soy una persona animada.....	37
39	Soy una persona calmada y tolerante.....	39
41	Soy un don nadie.....	41
55	Tengo una familia que siempre puede ayudarme en cualquier tipo de problema.....	55
57	Soy miembro de una familia feliz.....	57
59	Mis amigos no tienen confianza en mí.....	59
73	Soy una persona amigable.....	73
75	Soy una persona popular con los hombres.....	75
77	Me es indiferente lo que hacen otras personas.....	77
91	Me es difícil decir la verdad.....	91
93	Algunas veces me enojo.....	93

COMPLETAMENTE FALSO	MAS O MENOS FALSO	EN PARTE FALSO Y EN PARTE CIERTO	MAS O MENOS CIERTO	COMPLETAMENTE CIERTO
1	2	3	4	5

	Ítem.
2 Me gusta mostrarme agradable y limpio todo el tiempo.....	2
4 Estoy lleno de achaques y dolores.....	4
6 Soy una persona enferma.....	6
20 Soy una persona religiosa.....	20
22 Soy un fracaso moral.....	22
24 Soy una persona moralmente débil.....	24
38 Tengo mucho control sobre sí mismo.....	38
40 Soy una persona odiosa.....	40
42 Me estoy volviendo loco.....	42
56 Soy una persona importante para mi familia y mis amigos.....	56
58 Mi familia no me ama.....	58
60 Siento que mi familia no confía en mí.....	60
74 Soy popular entre las mujeres.....	74
76 Soy malo (a) con todo el mundo.....	76
78 Me es difícil ser amable.....	78
92 Algunas veces pienso cosas tan malas como para hablar de ellas.....	92
94 Algunas veces, cuando no me siento bien me enojo.....	94

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

COMPLETAMENTE FALSO	MÁS O MENOS FALSO	EN PARTE FALSO Y EN PARTE CIERTO	MÁS O MENOS CIERTO	COMPLETAMENTE CIERTO
1	2	3	4	5

	Ítem.
7 Ni soy gordo, ni soy flaco.....	7
9 Me gusta mi apariencia física.....	9
11 Me gustaría cambiar algunas partes de mi cuerpo.....	11
25 Me siento a gusto con mi conducta moral.....	25
27 Estoy satisfecho de mi relación con Dios.....	27
29 Debo ir más a la iglesia.....	29
43 Estoy satisfecho en ser justo lo que soy.....	43
45 Soy tan alegre como debería ser.....	45
47 Me desprecio a mí mismo.....	47
61 Estoy satisfecho con mis relaciones familiares.....	61
63 Entiendo a mi familia tan bien como debería.....	63
65 Debería confiar más en mi familia.....	65
79 Soy tan sociable como quiero ser.....	79
81 Trato de agradar a otros pero no exagero.....	81
83 Desde el punto de vista social, no soy bueno del todo.....	83
95 Me desagradan algunas personas que conozco.....	95
97 Algunas veces me rió de chistes "colorados".....	97

COMPLETAMENTE FALSO	MÁS O MENOS FALSO	EN PARTE FALSO Y EN PARTE CIERTO	MÁS O MENOS CIERTO	COMPLETAMENTE CIERTO
1	2	3	4	5

		Ítem.
8	Ni soy demasiado bajo, ni demasiado alto.....	8
10	Debería sentirme mejor.....	10
12	Debería tener más atractivo sexual (sex appeal).....	12
26	Me siento bien con mi religión tal como la practico.....	26
28	Deseo ser más digno de confianza.....	28
30	Debería evitar decir tantas mentiras.....	30
44	Estoy satisfecho con mi inteligencia.....	44
46	Me gustaría ser una persona distinta.....	46
48	Desearía no renunciar tan fácilmente como lo hago.....	48
62	Trato a mis padres tan bien como debiera (usa la forma pasada si tus padres ya no viven).....	62
64	Soy demasiado sensible con las cosas que dice mi familia.....	64
66	Debería querer más a mi familia.....	66
80	Estoy satisfecho en mi trato con otras personas.....	80
82	Debería ser más cortés con los demás.....	82
84	Debo llevarme mejor con otras personas.....	84
96	Algunas veces chismoseo un poco.....	96
98	Algunas veces me gusta decir groserías.....	98

COMPLETAMENTE FALSO	MAS O MENOS FALSO	EN PARTE FALSO Y EN PARTE CIERTO	MAS O MENOS CIERTO	COMPLETAMENTE CIERTO
1	2	3	4	5

		Ítem.
13	Me gusta cuidarme físicamente.....	13
15	Trato de ser cuidadoso con mi apariencia.....	15
17	A menudo actúo torpemente.....	17
31	Soy fiel a mi religión en mi vida diaria.....	31
33	Trato de cambiar cuando sé que estoy haciendo cosas que están mal.....	33
35	Algunas veces hago cosas muy malas.....	35
49	En cualquier situación puedo cuidarme.....	49
51	Me siento culpable por cosas sin importancia.....	51
53	Hago cosas sin pensar antes acerca de ellas	53
67	Trato de ser amable con mi familia y mis amigos.....	67
69	Tengo verdadero interés en mi familia	69
71	Cedo ante mis padres (usa la forma pasada si tus padres ya no viven).....	71
85	Trato de entender los distintos puntos de vista de otros compañeros.....	85
87	Me llevo bien con otras personas.....	87
89	Me es difícil perdonar a los demás.....	89
99	Prefiero ganar a perder un juego.....	99

COMPLETAMENTE FALSO	MAS O MENOS FALSO	EN PARTE FALSO Y EN PARTE CIERTO	MAS O MENOS CIERTO	COMPLETAMENTE CIERTO
1	2	3	4	5

		ítem.
14	La mayor parte del tiempo me siento bien.....	14
16	Soy malo en juegos y deportes.....	16
18	Duermo mal.....	18
32	L a mayoría de las veces hago lo que está bien.....	32
34	Algunas veces utilizo medios injustos para obtener ventaja.....	34
36	Tengo dificultad al esforzarme para hacer que las cosas sean correctas.....	36
50	Mis problemas los resuelvo fácilmente.....	50
52	Cambio mucho mis ideas.....	52
54	Trato de escapar de mis problemas.....	54
68	Hago mi parte del que hacer en el hogar.....	68
70	Peleo con mi familia.....	70
72	Debería actuar como mi familia piensa que es correcto.....	72
86	Veo buenas cualidades en toda la gente que conozco.....	86
88	Me siento incomodo con otras personas.....	88
90	Me es difícil hablar con extraños.....	90
100	Algunas veces dejo para mañana lo que debería hacer hoy.....	100

ESCALA DE AUTOCONCEPTO TENNESSEE

EDAD _____ SEXO: _____ INICIO: _____ TERMINO: _____

13	1 2 3 4 5
14	1 2 3 4 5
15	1 2 3 4 5
16	1 2 3 4 5
17	1 2 3 4 5
18	1 2 3 4 5
31	1 2 3 4 5
32	1 2 3 4 5
33	1 2 3 4 5
34	1 2 3 4 5
35	1 2 3 4 5
36	1 2 3 4 5
49	1 2 3 4 5
50	1 2 3 4 5
51	1 2 3 4 5
52	1 2 3 4 5
53	1 2 3 4 5
54	1 2 3 4 5
67	1 2 3 4 5
68	1 2 3 4 5
69	1 2 3 4 5
70	1 2 3 4 5
71	1 2 3 4 5
72	1 2 3 4 5
85	1 2 3 4 5
86	1 2 3 4 5
87	1 2 3 4 5
88	1 2 3 4 5
89	1 2 3 4 5
90	1 2 3 4 5
99	1 2 3 4 5
100	1 2 3 4 5

7	1 2 3 4 5
8	1 2 3 4 5
9	1 2 3 4 5
10	1 2 3 4 5
11	1 2 3 4 5
12	1 2 3 4 5
25	1 2 3 4 5
26	1 2 3 4 5
27	1 2 3 4 5
28	1 2 3 4 5
29	1 2 3 4 5
30	1 2 3 4 5
43	1 2 3 4 5
44	1 2 3 4 5
45	1 2 3 4 5
46	1 2 3 4 5
47	1 2 3 4 5
48	1 2 3 4 5
61	1 2 3 4 5
62	1 2 3 4 5
63	1 2 3 4 5
64	1 2 3 4 5
65	1 2 3 4 5
66	1 2 3 4 5
79	1 2 3 4 5
80	1 2 3 4 5
81	1 2 3 4 5
82	1 2 3 4 5
83	1 2 3 4 5
84	1 2 3 4 5
95	1 2 3 4 5
96	1 2 3 4 5
97	1 2 3 4 5
98	1 2 3 4 5

1	1 2 3 4 5
2	1 2 3 4 5
3	1 2 3 4 5
4	1 2 3 4 5
5	1 2 3 4 5
6	1 2 3 4 5
19	1 2 3 4 5
20	1 2 3 4 5
21	1 2 3 4 5
22	1 2 3 4 5
23	1 2 3 4 5
24	1 2 3 4 5
37	1 2 3 4 5
38	1 2 3 4 5
39	1 2 3 4 5
40	1 2 3 4 5
41	1 2 3 4 5
42	1 2 3 4 5
55	1 2 3 4 5
56	1 2 3 4 5
57	1 2 3 4 5
58	1 2 3 4 5
59	1 2 3 4 5
60	1 2 3 4 5
73	1 2 3 4 5
74	1 2 3 4 5
75	1 2 3 4 5
76	1 2 3 4 5
77	1 2 3 4 5
78	1 2 3 4 5
91	1 2 3 4 5
92	1 2 3 4 5
93	1 2 3 4 5
94	1 2 3 4 5

ESCALA DE AUTOCONCEPTO TENNESSEE

EDAD _____ SEXO: _____ INICIO: _____ TERMINO: _____

HILERA 1 CONDUCTA (COMO EL O ELLA ACTUA)			HILERA 2 AUTO SATISFACCION (CUANTO EL O ELLA SE ACEPTA)			HILERA 3 IDENTIDAD (LO QUE EL O ELLA ES)			
P	1 2 3 4 5	P-13	P	1 2 3 4 5	P-7	P	1 2 3 4 5	P-1	COLUMNA A YO FISICO
N	1 2 3 4 5	P-14	N	1 2 3 4 5	P-8	N	1 2 3 4 5	P-2	
P+N	1 2 3 4 5	P-15	P+N	1 2 3 4 5	P-9	P+N	1 2 3 4 5	P-3	
	5 4 3 2 1	N-16		5 4 3 2 1	N-10		5 4 3 2 1	N-4	
P-N	5 4 3 2 1	N-17	P-N	5 4 3 2 1	N-11	P-N	5 4 3 2 1	N-5	
	5 4 3 2 1	N-18		5 4 3 2 1	N-12		5 4 3 2 1	N-6	
P	1 2 3 4 5	P-31	P	1 2 3 4 5	P-25	P	1 2 3 4 5	P-19	COLUMNA B YO ETICO- MORAL
N	1 2 3 4 5	P-32	N	1 2 3 4 5	P-26	N	1 2 3 4 5	P-20	
P+N	1 2 3 4 5	P-33	P+N	1 2 3 4 5	P-27	P+N	1 2 3 4 5	P-21	
	5 4 3 2 1	N-34		5 4 3 2 1	N-28		5 4 3 2 1	N-22	
P-N	5 4 3 2 1	N-35	P-N	5 4 3 2 1	N-29	P-N	5 4 3 2 1	N-23	
	5 4 3 2 1	N-36		5 4 3 2 1	N-30		5 4 3 2 1	N-24	
P	1 2 3 4 5	P-49	P	1 2 3 4 5	P-43	P	1 4 5	P-37	COLUMNA C YO PERSONAL
N	1 2 3 4 5	P-50	N	1 2 3 4 5	P-44	N	1 2 3 4 5	P-38	
P+N	1 2 3 4 5	P-51	P+N	1 2 3 4 5	P-45	P+N	1 2 3 4 5	P-39	
	5 4 3 2 1	N-52		5 4 3 2 1	N-46		5 4 3 2 1	N-40	
P-N	5 4 3 2 1	N-53	P-N	5 4 3 2 1	N-47	P-N	5 4 3 2 1	N-41	
	5 4 3 2 1	N-54		5 4 3 2 1	N-48		5 4 3 2 1	N-42	
P	1 2 3 4 5	P-67	P	1 2 3 4 5	P-61	P	1 2 3 4 5	P-55	COLUMNA D YO FAMILIAR
N	1 2 3 4 5	P-68	N	1 2 3 4 5	P-62	N	1 2 3 4 5	P-56	
P+N	1 2 3 4 5	P-69	P+N	1 2 3 4 5	P-63	P+N	1 2 3 4 5	P-57	
	5 4 3 2 1	N-70		5 4 3 2 1	N-64		5 4 3 2 1	N-58	
P-N	5 4 3 2 1	N-71	P-N	5 4 3 2 1	N-65	P-N	5 4 3 2 1	N-59	
	5 4 3 2 1	N-72		5 4 3 2 1	N-66		5 4 3 2 1	N-60	
P	1 2 3 4 5	P-85	P	1 2 3 4 5	P-79	P	1 2 3 4 5	P-73	COLUMNA E YO SOCIAL
N	1 2 3 4 5	P-86	N	1 2 3 4 5	P-80	N	1 2 3 4 5	P-74	
P+N	1 2 3 4 5	P-87	P+N	1 2 3 4 5	P-81	P+N	1 2 3 4 5	P-75	
	5 4 3 2 1	N-88		5 4 3 2 1	N-82		5 4 3 2 1	N-76	
P-N	5 4 3 2 1	N-89	P-N	5 4 3 2 1	N-83	P-N	5 4 3 2 1	N-77	
	5 4 3 2 1	N-90		5 4 3 2 1	N-84		5 4 3 2 1	N-78	
AC=	1 2 3 4 5	99		1 2 3 4 5	95		1 2 3 4 5	91	AUTOCRIT.
	1 2 3 4 5	100		1 2 3 4 5	96		1 2 3 4 5	92	
				1 2 3 4 5	97		1 2 3 4 5	93	
				1 2 3 4 5	98		1 2 3 4 5	94	