



UNAM IZTACALA

**Universidad Nacional Autónoma de México**

**Facultad de Estudios Superiores Iztacala**

**"Beneficios del deporte en las habilidades  
sociales en personas con discapacidad"**

**T E S I S**  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA  
P R E S E N T A  
**Ana Laura Cortés Pérez**

Director: Lic. **José Antonio Amador Melo**

Dictaminadores: Mtro. **Isaac Zamora Pérez**

Lic. **Jorge Montoya AVECÍAS**



Los Reyes Iztacala, Estado de México 2016



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

**“Cuando el objetivo te parezca difícil, no cambies el objetivo,**

**Busca un nuevo camino para llegar a él.”**

**Confucio**

## **AGRADECIMIENTOS**

*Agradezco inicialmente a mis padres que en todo momento estuvieron a lo largo de este camino apoyándome en todos los sentidos, en todas mis derrotas y triunfos que se presentaron, por tenerme la paciencia y el hacerme sentir en cada instante que nunca estuve sola.*

*A mi familia en especial a mi hermana y mis sobrinos que en cada momento estuvieron presente, para darme alientos y decirme “Si se puede, o levantarme el ánimo cuando ya no podía más y gracias a ustedes esta meta se ha cumplido.*

*Gracias a mis profesores que gracias a ellos y a su dedicación por su vacación soy la persona de hoy en día, en especial al Profesor José Antonio Amador por guiarme a lo largo de la carrera y asesorarme en especial en el actual trabajo presentado.*

*Gracias a mis amigos por estar conmigo siempre, por ser mi segunda familia que escogí, agradezco haberlos hecho parte de este triunfo ya que sin ustedes el llegar hasta aquí hubiera sido imposible, ustedes estuvieron aquí para secar mis lágrimas y escuchar mis frustraciones entre otras cosas por eso y más gracias.*

*Quiero agradecer a una persona que también fue muy importante en este camino y que hasta este momento se ha hecho presente en mi vida, y en ocasiones me ayudo a tomar decisiones y a formarme como la persona que hoy soy.*

*Finalmente Agradezco a la Universidad Nacional Autónoma de México por formar profesionistas y humanos, de calidad para el servicio de nuestra comunidad y bienestar social.*

**Gracias**

## INDICE

Introducción	1
<i>1. Discapacidad</i>	<i>4</i>
1.1 Concepto discapacidad	4
1.2 Tipos de discapacidad	7
1.3 Causas	14
1.4 Consecuencias	15
<i>2. Habilidades Sociales</i>	<i>23</i>
2.1 ¿Qué son las habilidades sociales?	24
2.2 ¿Cómo se desarrollan las habilidades sociales?	28
2.3 Clasificación de las habilidades sociales	31
2.4 Las Habilidades sociales en personas con discapacidad	33
<i>3. Psicología del Deporte</i>	<i>41</i>
3.1 ¿Qué es la psicología del deporte?	42
3.2 Historia de la psicología del deporte	46
3.3 La psicología del deporte en México	47
3.4 El papel del psicólogo del deporte	53
3.5 Tareas de la psicología del deporte	54
3.6 El deporte adaptado	55

<i>4. Deporte y Discapacidad</i>	59
4.1 Beneficios psicológicos y sociales	60
4.2 Deporte adaptado escolar	62
4.3 Deporte adaptado recreativo	63
4.4 Deporte adaptado terapéutico	63
4.5 Deporte adaptado competitivo	65
Conclusiones	68
Bibliografía	71

# INTRODUCCIÓN

El ser humano es una entidad global formada por tres dimensiones, biológica, psicológica y social, que dan lugar a manifestaciones biosociales, psicobiológicas y psicosociales del desarrollo. Como soporte y puente entre la persona y el ambiente en el que ésta se desenvuelve, y también como conexión entre muchas de las operaciones humanas entre sí, se encuentra la motricidad (actividad física, deporte), la cual repercute en tres grandes áreas: *biomotriz* donde se tienen las llamadas capacidades condicionales del movimiento como lo son la fuerza, velocidad, resistencia y flexibilidad; por otro lado tenemos el área *psicomotriz* y esto se refiere a las capacidades perceptivas en cuanto a la organización perceptiva del espacio y del tiempo y marco de referencia para la realización de algún movimiento, finalmente se tiene el área *sociomotriz* que es considerada como es la presencia de una comunicación o interacción motriz implicada en la realización de una acción motriz. Por tanto, desde un análisis relacional de variables se puede deducir que la práctica deportiva puede hacerse partícipe de la formación integral del ser humano, ya que el deporte es considerado como instrumento de cambio y transformación, pero para ello es necesario utilizarlo de la manera adecuada para que tenga el impacto correcto, es aquí donde se le debe dar importancia a la actividad física o la práctica de un deporte ya que este produce una sensación de bienestar y al mismo tiempo múltiples beneficios para la salud. Tanto es así que se debería implementar en los centros educativos y espacios de recreación casi declarada como necesidad, ayudando a las personas a desarrollar a lo largo de su vida, hábitos de ejercicio para la prevención de enfermedades por ejemplo obesidad, hipertensión, ansiedad entre otras y por otro lado también se puede utilizar como herramienta de rehabilitación. Es conocido culturalmente, los beneficios que reporta la práctica de un ejercicio regular y moderado para todos los organismos, esto es bien sabido desde la antigüedad. Estos beneficios no sólo se ven reflejados en el ámbito físico, sino que también son de gran valor en el psicológico y es una actividad fundamental para la rehabilitación de las personas con discapacidad. También se

sabe que dicha actividad física ayuda a mejorar las capacidades físicas de cualquier persona y así mismo las de aquellas que por algún tipo de circunstancia (enfermedad, accidente, traumatismo, o cualquier otro problema). Estas características hacen referencia algunas personas que presentan alguna discapacidad manera física, mental o sensorial. Con la actividad física o con la práctica deportiva se pueden mejorar distintos factores, que se llegan a ver afectados por las diferentes discapacidades como la movilidad, autonomía, autoestima, aceptación por otros, comunicación, adaptación etcétera. Estas características hacen referencia de forma implícita a la salud y calidad de vida de las personas como complementos básicos. Si la actividad física favorece a cualquier sector de la sociedad y población, se puede comprobar que en la actualidad hay aún una parte significativa de la sociedad que no tienen la posibilidad de verse beneficiada por el deporte, con esto se puede delimitar a cierta población y con esto se hace referencia a las personas con discapacidad.

El presente trabajo está fundado porque se realizó una intervención en el centro de Capacitación laboral para personas con discapacidad intelectual “Arantza” durante el trabajo en dicho centro se observó que la mayoría de las personas que tiene alguna discapacidad tienen déficits en sus habilidades sociales. Con este análisis surgió la incógnita si ¿La práctica de algún deporte beneficia en las habilidades sociales en personas con discapacidad? Para justificar dicha problemática y ampliando un poco el panorama según indica la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se estima que a nivel mundial existen 570 millones de personas con discapacidad (Gonzalo 2002, citado por García et al., 2005). Mientras que la Organización de Naciones Unidas resume, que el 10% de la población a nivel mundial presenta algún tipo de discapacidad, para el presente estudio estas cifras son relevantes ya que se tiene una dificultad a nivel mundial significativa. ¿Cuáles son las principales problemáticas o dificultades que presenta esta población? Y ¿De qué manera se tratan de abordar estas dificultades? Contextualizando el presente estudio quiere decir que esta población se enfrenta a diversos padecimientos y dificultades biopsicosociales a los cuales se ha intentado dar

alguna solución o adaptación. Para delimitar la problemática en específico, se ha encontrado que esta población presenta un déficit en habilidades sociales. Al paso del tiempo se han realizado diversas propuestas de intervención en este ámbito, lo que se reporta comúnmente es la invención de talleres de habilidades sociales en personas discapacitadas, el objetivo del presente trabajo analizar, si la práctica de algún deporte beneficia a las habilidades sociales de las personas con discapacidad.

Y de ser así localizar un vínculo entre la práctica deportiva y la mejora de habilidades sociales teóricamente, se podría considerar el deporte como un método innovador de intervención para mejorar las habilidades sociales en personas con discapacidad. Dado el caso de que no se encontrará alguna justificación importante para la mejora de habilidades sociales mediante el deporte se invitaría a seguir investigando sobre métodos de intervención que puedan ayudar a combatir esta problemática ya que es de gran relevancia y que presenta un gran impacto para la población con discapacidad .

# 1. DISCAPACIDAD

La palabra discapacidad tiene origen desde la antigüedad, desde entonces ha sido vista y tratada como una condición de desventaja ante las personas que no presentan una condición de vida diferente y particular, lo que por mucho tiempo se les denominó lejos de la normalidad y de lo común. Esta visión perjudicó a las personas con discapacidad, ya que la población “normal” los aislaba, los discriminaban, los despreciaban y en todos los sentidos los excluían de la mayoría de las prácticas sociales. Sin embargo ante todas las adversidades que se ha enfrentado esta población a lo largo de la historia, se ha tenido un avance significativo para la integración de esta población a la sociedad, y se puede identificar desde como referirse a ellos de una manera más digna y menos discriminante.

## 1.1 Concepto de discapacidad

El concepto de discapacidad ha sufrido grandes cambios a lo largo de la historia. Durante los últimos años, hemos visto como se ha ido abandonando una perspectiva paternalista y asistencial de la discapacidad, que miraba a la persona como un ser “dependiente y necesitado”, hacia un nuevo enfoque, que contempla a la persona con discapacidad como un individuo con habilidades, recursos y potencialidades. En la actualidad es posible hallar concurrencia de diferentes perspectivas y enfoques sobre discapacidad en cada país. Esto no solo ocurre gracias a las diferentes culturas, sino también a los diferentes niveles de compromiso de entidades, ciudadanos y gobiernos para crear entornos accesibles y para garantizar la inserción social de este colectivo, entre otras razones.

Según Moreno (2006) define la discapacidad dentro de la experiencia de la salud, como toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano.

Complementando lo anterior la OMS (2001) hace referencia al concepto de discapacidad como un término genérico que incluye déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una “condición de salud”) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales).

Al analizar estas definiciones se puede hacer una síntesis en torno al concepto que se caracteriza por insuficiencias o excesos en el desempeño y comportamiento en una actividad rutinaria, que pueden ser temporales o permanentes, reversibles o irreversibles y progresivos o regresivos. Se clasifican en nueve grupos: de la conducta, de la comunicación, del cuidado personal, de la locomoción, de la disposición del cuerpo, de la destreza, de situación, de una determinada aptitud y otras restricciones de la actividad.

Para lograr un concepto más integral Cáceres (2004) propone diferentes modelos conceptuales para explicar y entender la discapacidad y el funcionamiento, que pueden resumirse en la dialéctica entre “modelo médico” y “modelo social”. Mientras el modelo médico considera la discapacidad como un problema de la persona directamente causado por una enfermedad, trauma o condición de salud, que requiere de cuidados médicos prestados en forma de tratamiento individual por profesionales, encaminado a conseguir la cura, o una mejor adaptación de la persona y un cambio de su conducta. Para lograrlo la atención sanitaria se considera primordial, lo que provoca como respuesta política principal, la modificación o la reforma de los sistemas de atención a la salud.

El modelo social de la discapacidad, considera el fenómeno fundamentalmente como un problema de origen social y principalmente como un asunto centrado en la completa integración de las personas en la sociedad. La discapacidad no es un atributo de la persona, sino un complicado conjunto de condiciones, muchas de las cuales son creadas por el contexto/entorno social. Por lo tanto, la atención del problema requiere intervención social y es responsabilidad de la sociedad hacer las modificaciones ambientales necesarias para que la

participación plena de las personas con discapacidad sea posible en las estructuras regulares del entramado social. De ahí, que se considere que el problema es ideológico o de actitud, y su superación requiere la introducción de cambios sociales, lo que en el ámbito de la política constituye una cuestión de derechos humanos.

Siguiendo la misma línea de lo social Moreno (2006) menciona que el concepto de discapacidad se forma principalmente por el impacto social que tienen los términos “normal” y “anormal”. Un niño o persona es denominado como normal cuando sigue patrones por ejemplo, es aquel que va a la escuela, que comienza a caminar a partir de un año, que se casa y que tenga hijos. Como se puede notar la mayoría de las cosas están marcadas o determinadas culturalmente, con lo esperado dentro de las normas o pautas sociales, evolutivas y madurativas. ¿Y lo anormal? Pareciera que es lo diferente, lo que se desvía de la norma; a los discapacitados muchas veces se les dice anormales porque no responden al prototipo de individuo esperado. Ahora, no existe una persona igual a otra, en algunos casos las limitaciones no solo dependen exclusivamente de la persona que se ve afectada, sino que es un problema de toda la sociedad. Entonces la discapacidad no atañe solamente a la persona sino a toda la sociedad. Una persona será discapacitada en mayor o menor medida no sólo por la dificultad que presente, también dependerá del contexto en el que se encuentre para poder definir el concepto de discapacidad. Y de esto también se desprende la diversificación o clasificación que se le ha dado a la discapacidad.

Finalmente para concluir con la definición de este concepto se determina que la discapacidad, más allá de un atributo biológico o una característica especial, es una construcción social, algo que cambia en el tiempo y en los espacios, que se modifica en el día a día en las relaciones sociales entre las personas; de estas relaciones surgen representaciones sociales, las cuales se construyen en las decisiones que se toman, en las actitudes que se asumen, en la manera que se construye y estructura el entorno físico, social, cultural e ideológico en el que se desenvuelve el individuo.

## 1.2 Tipos de discapacidad

En el presente apartado se pretende dar a conocer de forma general, breve y sencilla, los distintos tipos de discapacidad y sus características principales, con el fin de saber un poco más sobre cada una de ellas y poder comprender un poco sobre su complejidad.

Para Cáceres (2004) la clasificación de la discapacidad se determina como el procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía. Las discapacidades pueden clasificarse en 3 grandes grupos diferenciados entre sí: Discapacidades físicas, sensoriales y psíquicas.

### *-Discapacidades físicas*

La discapacidad física se evidencia en las personas que tienen problemas de locomoción (falta o deterioro de uno o varios miembros del cuerpo) puede ser: brazos o piernas, mutilación de miembros superior o inferior (o de ambos). No debe tomarse como una discapacidad a las personas que por causa accidental han sufrido fracturas o esguinces.

Principales discapacidades físicas según Moreno (2006) son:

Parálisis cerebral: Trastorno incurable causada por un daño en el cerebro, que limita la capacidad para controlar los músculos que mueven alguna parte del cuerpo.

Epilepsia: Disfunción del cerebro, causada por descargas eléctricas desordenadas, es decir, que existe una mala transmisión entre una neurona y otra, pueden haber o no, crisis convulsivas.

Problemas que afectan las articulaciones: El principal problema es la artritis reumatoide juvenil, es una condición presentada como consecuencia de una inflamación permanente de las articulaciones que incluso, puede llegar a deformarse.

Problemas que afectan los huesos: Se encuentran la escoliosis (desviación lateral de la columna vertebral) y la osteogénesis imperfecta (formación imperfecta de los huesos que se tornan sumamente frágiles).

Problemas que afectan los músculos: La distrofia muscular es una enfermedad progresiva que debilita todos los grupos de los músculos, es hereditaria y afecta a los varones.

La artrogriposis: es congénita, se nace con articulaciones rígidas y músculos débiles.

La atrofia muscular espinal de la niñez: es una degeneración progresiva de las células nerviosas motoras, su característica principal es la debilidad progresiva de los músculos.

Complementando Cacacho (2006) menciona que los problemas que afectan la médula espinal se consideran como los más frecuentes en las discapacidades físicas. Entre ellos tenemos la parálisis, que es una dificultad para mover una, dos, tres o las cuatro extremidades del cuerpo. Además los defectos del canal de la médula espinal, que en lugar de cerrarse quedan abiertos, como por ejemplo: espina bífida.

Las causas más frecuentes según Diniz (2009) por las que se adquiere una discapacidad física:

- a. Enfermedades (poliomielitis, de la columna vertebral)
- b. Accidentes
- c. Amputaciones
- d. Parálisis cerebral (esta es la principal causa de discapacidad física)
- e. Infecciones o un traumatismo como consecuencia de malos tratos.

Características que pueden considerarse como signos de alerta a una probable discapacidad física:

- a. Falta de algún miembro superior o inferior en el alumno o alumna.
- b. Dificultad para caminar, correr o hacer otras actividades físicas.
- c. Rigidez o flacidez de sus músculos o huesos.
- d. Frecuentemente se fractura un hueso del cuerpo.
- e. Desviación de la columna vertebral
- f. Mala postura al caminar o sentarse.

#### *-Discapacidades sensoriales*

Dentro de la clasificación de las discapacidades sensoriales se ha determinado que son la discapacidad auditiva y visual.

#### *Discapacidad auditiva*

La discapacidad auditiva según Temiño (2012) es un término amplio que se refiere a la carencia, disminución o deficiencia de la capacidad auditiva total o parcial. Dependiendo del momento en el que se produzca la discapacidad, y en función de factores como la adecuación del proceso educativo o rehabilitador, podemos encontrar personas que realicen lectura labio-facial y que se comuniquen oralmente, y otras que se comuniquen a través del lenguaje de signos:

Sordera prelocutiva: anterior a la adquisición del lenguaje

Sordera postlocutiva: posterior a la adquisición de lenguaje (sobre los 3 años).

Existen diversos criterios para clasificar las diferentes tipologías de pérdida auditiva o sordera, según: la localización de la lesión, de las causas de la pérdida auditiva, del grado de pérdida auditiva o de la edad del comienzo de la sordera. Temiño(2012) propone la clasificación por los niveles de pérdida auditiva basada en la medición de la unidad “decibelio (dB)” que se nombra a continuación:

Hipoacusia leve (20-40 dB.) Hipoacusia moderada (40-70 dB.) Hipoacusia severa (70-90 dB.) Sordera (+ 90 dB.)

Con el objetivo de entender mejor algunas limitaciones de la discapacidad sensorial puede ayudar a conocer las diferentes variantes de las características de la pérdida auditiva, que son:

Debilidad auditiva superficial: Implica la pérdida de algunos sonidos, sin llegar a ser tan profunda como para afectar a la mayoría de los usos de la audición.

Debilidad auditiva media: Implica que muchos sonidos no son escuchados (como sonidos ambientales o sonidos del lenguaje).

Pérdida bilateral significativa: Implica una pérdida auditiva en ambos oídos; por lo que hay dificultades para escuchar y comprender el lenguaje (se escucha la voz, pero no se discrimina el mensaje).

Pérdida auditiva severa: Implica que muchos sonidos no son escuchados, no se discriminan las palabras.

Pérdida profunda: Implica que la mayoría de los sonidos no son escuchados.

### *Discapacidad visual*

La definición de discapacidad visual engloba diferentes aspectos como: la agudeza visual, el campo visual, visión binocular entre otras, pero, para el tema de discapacidad, interesa la agudeza visual y el campo visual. También podemos hablar de las deficiencias visuales, que “son los trastornos de las funciones visuales que provocan dificultades en el proceso de percepción de los objetos del mundo circundante. Surgen como consecuencia de enfermedades oculares, anomalías en el desarrollo del analizador visual y de la refracción del ojo y de otras enfermedades. Barraga (1992) establece cuatro niveles de discapacidad visual que guardan correlación con los niveles de deterioro visual, los cuales se

explican a continuación: a. Ceguera: Carencia de visión o sólo percepción de luz. Imposibilidad de realizar tareas visuales.

b. Discapacidad visual profunda: Dificultad para realizar tareas visuales gruesas, imposibilidad de realizar tareas que requieren visión de detalle.

c. Discapacidad visual severa: Posibilidad de realizar tareas visuales con inexactitudes, requiriendo adecuación de tiempo, ayudas y modificaciones.

d. Discapacidad visual moderada: Posibilidad de realizar tareas visuales con el empleo de ayudas especiales e iluminación adecuada, similares a las que utilizan las personas de visión normal.

### *Discapacidades psíquicas*

#### *Discapacidad intelectual*

La Asociación Americana sobre Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo el año 2002 y Moreno (2006), ofrecen la siguiente definición: “La discapacidad intelectual se caracteriza por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y en la conducta adaptativa, expresada en habilidades conceptuales, sociales y prácticas. La discapacidad intelectual se origina antes de los 18 años”. Dicha definición evalúa a la persona utilizando un enfoque multidimensional (capacidad intelectual, conducta adaptativa, participación, interacción y red social, salud y contexto), superando las dificultades de la evaluación única de las habilidades adaptativas. Por lo tanto, la discapacidad intelectual se diagnostica a partir de la consideración del funcionamiento intelectual. Se entiende por inteligencia la capacidad mental general. Las personas con discapacidad intelectual (PcDI) presentan especial dificultad en la comprensión de ideas complejas, así como en la capacidad de razonar (formulación hipótesis y resolución de problemas). Asimismo, suelen presentar un proceso de aprendizaje lento. Funcionamiento de conducta adaptativa: Por comportamiento adaptativo nos referimos al conjunto de habilidades que las personas han aprendido para desenvolverse en su vida diaria; de esta forma no es

suficiente tener un funcionamiento intelectual significativamente bajo, sino que también debe sustentarse la conducta adaptativa significativamente baja.

Finalmente, el último criterio diagnóstico sería el origen de la discapacidad intelectual (DI) antes de los 18 años. El origen más frecuentes de la DI es antes del nacimiento como el Síndrome de Down, el Síndrome X frágil, afecciones genéticas, etc. También encontramos que algunas de las causas se originan durante el parto o después de nacer, por alguna lesión cerebral; en niños mayores se pueden deber a lesiones graves en la cabeza, accidentes cerebro-vasculares o ciertas infecciones.

La clasificación de la DI utilizada en España para el reconocimiento del certificado de minusvalía distingue los siguientes niveles:

#### Inteligencia Límite

Leve: cuando la reducción de la capacidad del individuo para desempeñar sus actividades cotidianas es mínima y no interfiere en su productividad.

Moderada: cuando la reducción de la capacidad del individuo limita parcialmente sus actividades cotidianas y su productividad

Retraso Mental Grave y/o profundo: cuando la reducción de la capacidad del individuo es tal que lo hace completamente dependiente y poco productivo

#### *Trastorno Mental*

El concepto de enfermedad mental resulta difícil de definir de forma unificada, debido a que presenta un alto número de patologías de muy diferente índole, con mayor o menor gravedad, por lo que se debería hablar de cada enfermedad o trastorno de forma individual porque afecta de forma diferente a cada persona (Rondal; Lambert; Chipman Pastoruriaux, 1991). Acercándonos a la definición de trastorno mental según la OMS y la DSM-NITR( Asociación Psiquiátrica Americana), se dice que se trata de: “Una alteración de los procesos cognitivos y afectivos del desarrollo que se traduce en trastornos del

comportamiento, del razonamiento, de la adaptación a las condiciones de vida y de la comprensión de la realidad” La CIE-10 establecida por la OMS, es una clasificación muy amplia de trastornos (de la personalidad, del sueño, adaptativos, de la ansiedad, del control de impulsos, amnésicos, etc.), entre los cuales señalamos aquellos que tienen mayor incidencia en la población según Fagoaga citado en Ríos y cols, como son:

Depresión: Está caracterizada por la pérdida de capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, y la disminución de la vitalidad, llevando a la reducción del nivel de actividad y al cansancio exagerado. Dentro de episodios depresivos, pueden también manifestarse síntomas como: disminución de la concentración y la atención, la pérdida de confianza de uno mismo, sentimientos de inferioridad.

Trastorno bipolar: Definido por la CIE-10 como: “trastorno caracterizado por la presencia de episodios reiterados en los que el estado de ánimo y los niveles de actividad del enfermo están profundamente alterados, de forma que en ocasiones la alteración consiste en: una exageración del estado de ánimo y un aumento de la vitalidad y del nivel de actividad (manía o hipomanía), y en otras, en una disminución del estado de ánimo y un descenso de la vitalidad y de la actividad (depresión).”

Esquizofrenia: Según la CIE-10: “se caracteriza por distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones, estas últimas en forma de embotamiento o falta de adecuación de las mismas.” En general, se conservan tanto la claridad de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el paso del tiempo pueden presentarse déficits cognitivos. El trastorno compromete las funciones esenciales que dan a la persona normal la vivencia de su individualidad, singularidad y dominio de sí misma.

Trastorno de ansiedad generalizada: De la que la CIE-10 menciona que “la característica esencial de este trastorno es una ansiedad generalizada y persistente”. Como en el caso de otros trastornos de ansiedad los síntomas predominantes son muy variables, pero lo más frecuente son quejas de sentirse

constantemente nervioso, con temblores, tensión muscular, sudoración, mareos, palpitaciones, vértigos y molestias epigástricas.” Este trastorno es más frecuente en mujeres y está a menudo relacionado con estrés ambiental crónico. Su curso es variable, pero tiende a ser fluctuante y crónico.

### 1.3 Causas

Cuando se habla sobre factores de riesgo sociales, estamos hablando de aquellas causas que puedan ocasionar presencia de discapacidades tales como: Enfermedades adquiridas en el largo de la vida, contaminación ambiental, accidentes de tránsito o laborales, violencia que pueden tener causas en el estado físico, psicológico y emocional; consumo de sustancias nocivas para la salud psicotrópicas y la pobreza. Durante el proceso de la vida todo ser humano está expuesto a enfermedades comunes pero así también enfermedades graves, donde algunos pueden tener riesgos para que se presente una discapacidad y muchas veces los niños/as son más propensos a adquirir una enfermedad pero los adultos no están exentos de adquirir una discapacidad por cualquier causa posteriormente mencionada.

Las principales causas de condiciones que pueden generar una discapacidad en el individuo se pueden agrupar en dos grandes categorías, causas sanitarias y causas ambientales. Es interesante descubrir talentos en aquellos que presentan una discapacidad.

Primeramente, las causas sanitarias guardan relación con las condiciones de salubridad del entorno donde se desarrolló la persona. La falta de atención en este sentido puede traer como consecuencia discapacidades producto de enfermedades infecciosas y parasitarias, así como también de deficiencias nutricionales y problemas de salud durante el embarazo o a la hora del parto.

Según Cantore (2010) realizó la clasificación más general de las causas por las cuales se genera una discapacidad:

## **Genético**

Hereditarios

## **Congénito**

Ambientales (radiaciones, por ejemplo)

Infecciones

Traumatismos

Intoxicaciones

Nutricional

Emocional

## **Perinatales (parto)**

Asfixia

Traumatismos

Pre o post término

## **Adquirido**

Ambientales

Infecciones

Traumatismos

Intoxicaciones

Nutricional

Endócrino

Proceso de envejecimiento

## **1.4 Consecuencias**

El padecer alguna discapacidad de algún tipo trae consigo muchas consecuencias, tanto biológicas como psicológicas o sociales en los cuales los

principales afectados son el individuo que padece la discapacidad y la familia o personas que se encarga de él o ella.

### *Individuales*

A nivel individual Cantore (2010) presenta diversas problemáticas como:

#### *-Marginación y exclusión social*

A menudo, la discapacidad de un niño es seguida por su marginación en la sociedad. Por ejemplo, tan solo alrededor de un 2% de los niños con discapacidad tiene acceso a la educación.

Además, la discapacidad impresiona a la gente. En la conciencia colectiva existe con frecuencia la creencia de que las personas con discapacidad sufren una maldición o castigo provocado por los pecados que sus ancestros cometieron en el pasado. En muchas regiones de todo el mundo, los niños que sufren una discapacidad son aislados, rechazados y se consideran intocables.

Sobre todo, se trata de un hecho evidente en los países en vías de desarrollo, donde la mayoría de los niños con discapacidad son analfabetos y viven totalmente aislados del resto de la sociedad. En muchos casos, estos menores se ven obligados a mendigar para poder sobrevivir y viven en la calle en situaciones de extrema pobreza.

### Violencia

Los niños con discapacidad corren un riesgo cada vez mayor de convertirse en víctimas de la violencia debido a su incapacidad para defenderse. Por tanto, la violencia física, psicológica y emocional pasa a ser una triste realidad que los menores con discapacidad sufren en el entorno familiar, institucional y social.

Desgraciadamente, en algunos países una minusvalía física o psíquica puede suponer una razón para el infanticidio, debido a la carga social y financiera que estos niños con discapacidad pudieran significar para su familia.

## La discapacidad como causa de discriminación

Existen numerosos casos de discriminación causados por una discapacidad en esferas como la educación, el alojamiento, el transporte y la vida cultural, la mayoría de los lugares y servicios son en buena parte inaccesibles para las personas que sufren algún tipo de discapacidad. Estos obstáculos son numerosos y pueden ser de tipo físico (edificios a los que las personas con silla de ruedas no pueden acceder); institucional (falta de personal calificado, como por ejemplo los intérpretes de lengua de signos); o incluso obstáculos que simplemente radican en la intolerancia. Incluso en países desarrollados podemos observar cierta discriminación hacia los niños con discapacidad, a menudo los separan del resto de niños, las instituciones especializadas los alejan de la familia, los sitúan en clases especiales, etc., de este modo, resulta imposible para estos niños integrarse en la sociedad y encontrar posteriormente un empleo.

Complementando las consecuencias pero ahora a nivel psicológico se menciona que las principales afectaciones que padecen la mayoría de las personas con discapacidad, incluye aquellos factores que contribuyen, por un lado, a la baja autoimagen del individuo y, por otro, a limitar el repertorio de funciones mentales de la persona. La mayoría de los sujetos con discapacidad son conscientes de su deficiencia, de sus defectos y del rechazo del medio hacia ellos. Sin embargo, debido a sus propias deficiencias en el pensamiento conceptual y en la capacidad de comunicación, entre otras, pueden tener problemas a la hora de desarrollar estrategias de afrontamiento. En lugar de ello, pueden desarrollarse problemas conductuales. Las conductas inapropiadas pueden provocar rechazo social y estigmatización que, a su vez, puede relacionarse con depresión. La adaptación social puede estar además entorpecida por factores de personalidad tales como la intolerancia frente a los cambios. Las dificultades de comunicación suelen ser un factor crucial en el control de los impulsos y en la inadaptación social. En resumen, estos factores incluyen:

Déficit intelectual y de memoria.

Alteración del juicio y falta de iniciativa (por ejemplo, por disfunción frontal).

Baja autoestima.

Problemas en el aprendizaje.

Baja tolerancia al estrés y las frustraciones.

Estrategias de afrontamiento/mecanismos de defensa inadecuados (por ejemplo, regresión ante el estrés, ira ante la frustración).

Falta de habilidades de solución de problemas por déficit del pensamiento abstracto. Secuelas psicológicas de la patología, los déficits y la discapacidad subyacente: imagen corporal, espasticidad, limitación de la movilidad, déficits sensoriales visuales y auditivos, problemas de la comunicación y del lenguaje. Dificultades en el desarrollo de las relaciones sociales y otras habilidades de supervivencia. Factores ambientales/socioculturales: Los sujetos con discapacidad están sometidos a diferentes tipos de estrés ambiental, quizás incluso más que las personas sin discapacidad. En los sujetos sin comunicación verbal que conviven en grupos, donde se les demanda conformidad y sumisión, las explosiones conductuales pueden ser sólo una manera de comunicar sus sentimientos o de asumir algún control. Incluso a personas con retraso mental leve, totalmente capacitadas, con frecuencia no se les permite decidir sobre sus propias vidas. Estos factores incluyen: Problemas en la relación con los padres, otros familiares, cuidadores y personas del entorno (expectativas confusas e inapropiadas, sobreprotección, rechazo). Falta de apoyo emocional. Abuso sexual y psicológico. Desgaste de los cuidadores ('burn-out'). Diferentes estrategias de manejo de los problemas del sujeto por distintos cuidadores (respuestas las actitudes de refuerzo inadecuadas).

Por otro lado como se mencionó inicialmente la afectación no sólo la sufre la persona discapacitada sino también se ve afectado el ámbito familiar (Cacacho, 2006).

## Familiar

El nacimiento de un hijo con discapacidad supone un shock dentro de la familia. El hecho se percibe como algo inesperado, extraño y raro, que rompe las expectativas sobre el hijo deseado. Durante toda la etapa anterior al nacimiento, en la fase del embarazo, lo normal que es los futuros padres tengan sus fantasías sobre el hijo; imágenes físicas y características del nuevo ser que se incorporará al núcleo familiar. A lo largo de los nueve meses (y en ocasiones, antes ya) esas expectativas se han ido alimentando esperando con ansia el momento del nacimiento. La pérdida de expectativas y el desencanto ante la evidencia de la discapacidad (o su posibilidad), en un primer momento va a ser demoledor; es como si el futuro de la familia se hubiera detenido ante la amenaza. La comunicación del diagnóstico de la discapacidad, la inesperada noticia, produce un gran impacto en todo el núcleo familiar; la respuesta y reacción de la familia cercana a los dos progenitores, abuelos y hermanos va a contribuir a acentuar o atenuar la vivencia de la amenaza que se cierne sobre su entorno. La confusión y los sentimientos de aceptación, rechazo y culpabilidad se mezclan de manera incesante, surgiendo constantemente las preguntas de los por qué “La deficiencia física y/o psíquica debida a lesión orgánica es un dato extraño al sistema familiar, soportado como una agresión del destino y por lo tanto acompañado de intensos sentimientos de rechazo o rebelión.

Esta percepción es rápidamente asumida como propia por el disminuido, que se encuentra viviendo así como indeseable una parte de sí mismo” (Sorrentino, 1990, p.16). De este modo, la nueva situación cambia los esquemas de toda la familia y, la mayoría de los padres, a pesar de tener confirmado un primer diagnóstico, inician un recorrido por distintos especialistas esperando encontrar una valoración diferente, o al menos más benigna. Algunas de estas familias en sus itinerarios han experimentado sentimientos y actitudes diferentes en función de las informaciones recibidas. El aturdimiento de los primeros días y semanas deja paso a sentimientos de sobreprotección y rechazo, sentimientos ambivalentes que necesitan ser reconducidos. Es en esa fase cuando más ayuda

se precisa a fin de que el hijo o la hija sea atendido desde los primeros días proporcionándole la seguridad y cariño que todo ser humano necesita en sus primeros meses de existencia, puesto que esos primeros meses son decisivos para el desarrollo del niño. El periodo de aceptación o no va a depender de muchos factores; entre ellos, la características emocionales y personales de los progenitores, la dinámica familiar, las relaciones de pareja, los apoyos sociales externos, el orden de nacimiento del recién nacido (si es el primogénito, si es el menor, hijo único entre hermanos o al contrario, etc.), el nivel sociocultural y económico, etc. Ajuriaguerra (1980) sostiene que las familias que tienen un hijo enfermo reaccionan siguiendo estas pautas de conducta: cuando los lazos familiares son fuertes, el hecho contribuye a la unión, y el hijo o se incorpora en el seno de la familia unida o los lazos padre y madre se estrechan excluyendo al niño; cuando los lazos son débiles tiende a perjudicar al niño.

Otro factor que interviene de manera especial es la clase social. Parece ser que las familias de clase baja y las del medio rural tienden a aceptar mejor la discapacidad que las de clase social alta y el medio urbano. Por otra parte, la familia con un hijo con necesidades especiales debe desempeñar las mismas funciones que las demás, tareas encaminadas a satisfacer las necesidades colectivas e individuales de los miembros. Se pueden desglosar en nueve que se especifican así:

1. función económica;
2. función de cuidado físico
3. Función de descanso y recuperación
4. función de socialización
5. función de autodefinición
- 6 función de afectividad
7. función de orientación
- 8 función de educación y
10. función vocacional.

La diferencia está en que cada una de ellas es más difícil de cumplir cuando se trata de atender al hijo con discapacidad, pues los recursos y apoyos de todo tipo se hacen más necesarios y, en ocasiones, permanentes y, en la mayoría de los casos, las familias no están preparadas para dar respuesta a las funciones derivadas de las mismas. Todo grupo familiar, independientemente de la existencia de discapacidad en uno de sus miembros, debe pasar por distintas

etapas en las cuales se producen incertidumbres y cambios. Estas incertidumbres se agravan más y se suelen presentar difíciles al tener que tomar distintas decisiones con un hijo con discapacidad: la edad preescolar, la edad escolar, la adolescencia, la adultez, la mediana edad y la edad adulta. La duración de cada etapa es variable al igual que su intensidad. Cada periodo recoge del que le precede, así como sus experiencias previas. A lo largo de todo el ciclo vital por el que pasan las familias, las reacciones y los sentimientos que experimentan aquéllas que tienen un hijo con necesidades educativas especiales van a pasar por distintas fases, en función de las nuevas responsabilidades que deben asumir ocasionadas por las propias tareas del desarrollo y su inserción en los distintos entornos o ambientes sociales. La situación que vive la familia puede agravarse cuando observan en su hijo un distanciamiento progresivo de las pautas generales de un desarrollo normal. En la mayoría de los casos en medida que el individuo va creciendo las expectativas familiares decrecen, específicamente en el caso de los padre se sienten desilusionados y pesimistas.

Como lo muestra la literatura el ámbito de la discapacidad tiene muchas deficiencias en todos los ámbitos desde los más generales en los cuales estamos incluidos como sociedad en los núcleos familiares, escolares y en todo tipo de convivencia que se pueda tener con dicha población, una parte fundamental e importante de analizar es la integración social que tienen, las posibilidades que dicha integración les proporciona y de qué manera esta beneficia o perjudica a nuestra población.

Este rubro de la discapacidad es muy poco estudiado ya que la mayoría de los estudios en cuanto a discapacidad van más enfocados al área médica, y en el área psicológica hay un atraso significativo, actualmente es muy importante conocer los principales problemas cognitivos y de integración a los cuales nuestra población se enfrenta día a día para con ello poder solucionar o por lo menos disminuir la incidencia en problemas de integración u otros déficits que actualmente no permiten ni a la población convencional integrarse en algún ámbito social o situación individual. Es por ello que se considera importante el

estudio el estudio de las habilidades sociales y la importancia que tiene sobre la población que presenta alguna discapacidad

## 2. HABILIDADES SOCIALES

El ser humano está expuesto a un sinnúmero de estímulos y, dependiendo de la respuesta que emita, estos pueden convertirse en oportunidades para el desarrollo o en generadores de conflictos. Relacionarse con los demás constituye una fuente importante de bienestar, pero también puede convertirse en una fuente de estrés e insatisfacción.

La comunicación permite adaptarse al entorno. ¿Cómo?, ¿cuándo? e incluso ¿dónde se comunican?, van a ser elementos fundamentales en la adaptación al medio. Aprendiendo a comunicarse eficazmente se maximizan las probabilidades de éxito en el manejo de las diversas situaciones con las que se irán enfrentando en el día a día, se fomenta la capacidad de decisión, el desarrollo de una autoestima sana, de relaciones interpersonales positivas, así como de hábitos sanos y adaptativos.

Ante la presión que pueden ejercer los demás en uno mismo, resulta fundamental el saber decidir y expresarse con firmeza, posicionarse ante los otros. Las llamadas Habilidades Sociales conforman un valioso “equipaje” o “kit de supervivencia” que se pueden emplear a la hora de interactuar con los demás. Las habilidades sociales promueven la seguridad y confianza en uno mismo así como la empatía y el respeto hacia los demás. Estas estrategias permiten expresar de una manera mucho más eficaz y defender contundentemente nuestros intereses, minimizando los conflictos y saliendo victoriosos de aquellos que surjan inevitablemente.

## 2.1 ¿Qué son las habilidades sociales?

Las destrezas sociales son una parte esencial de la actividad humana ya que el transcurrir de la vida está determinado, al menos parcialmente, por el rango de las habilidades sociales (Caballo, 2005). Distintos estudios señalan que las habilidades sociales inciden en la autoestima, en la adopción de roles, en la autorregulación del comportamiento y en el rendimiento académico, entre otros aspectos, tanto en la infancia como en la vida adulta (Gil Rodríguez, León Rubio y Jarana Expósito, 1995; Kennedy, 1992; Monjas Casares, 2002; Ovejero Bernal, 1998).

En niños y adolescentes, la temática de las habilidades sociales es relevante, no sólo por su dimensión relacional, sino por su influencia a otras áreas vitales tales como la escolar, la familiar, entre otras. Está comprobado que aquellos niños y/o adolescentes que muestran dificultades en relacionarse o en la aceptación por sus compañeros del aula, tienden a presentar problemas a largo plazo vinculados con la deserción escolar, los comportamientos violentos y las perturbaciones psicopatológicas en la vida adulta (Ison, 1997; Arias Martínez y Fuertes Zurita, 1999; Michelson, Sugai, Wood y Kazdin, 1987; Monjas Casares, González Moreno y col., 1998). Michelson y otros. (1987) sostienen que las habilidades sociales no sólo son importantes respecto a las relaciones con los pares sino que también permiten que el niño y el adolescente asimilen los papeles y las normas sociales. Los comportamientos sociales se aprenden a lo largo del ciclo vital, por lo que ciertas conductas de los niños y adolescentes para relacionarse con sus pares, ser amable con los adultos o reaccionar agresivamente, entre otras, depende del proceso de socialización.

Según Schaffer (1990), las interacciones sociales implican una serie de modelos de comportamientos muy complejos y sincronizados, ejecutados recíprocamente por dos o más sujetos. Cabe destacar que la socialización se produce en interrelación con el desarrollo cognitivo. Tanto la familia y la escuela como el acceso a otros grupos de pertenencia son ámbitos privilegiados para el

aprendizaje de habilidades sociales, siempre y cuando estos contextos puedan proporcionar experiencias positivas para adquirir comportamientos sociales, ya que se aprende de lo que se observa, de lo que se experimenta (propias acciones) y de los refuerzos que se obtiene en las relaciones interpersonales; también se aprenden comportamientos sociales de los medios de comunicación como la utilización de productos simbólicos de la cultura.

En definitiva, el contexto en sus múltiples acepciones (las características maternas y paternas, la experiencia en la crianza, el acceso a mas media como televisión o internet, entre otros) se vincula de modo decisivo a cómo se aprenden y practican habilidades sociales o disfuncionales. La literatura enfatiza que los problemas de relaciones interpersonales se presentan principalmente en aquellos sujetos que se vinculan muy poco con sus pares. Estos se caracterizan por una evitación del contacto social con otros sujetos (Monjas Casares, 2000) o bien por mantener relaciones sociales violentas con sus pares (Cerezo, 1997). Estos comportamientos están relacionados con los estilos de interacción inhibido y agresivo, que dan cuenta de habilidades sociales deficitarias. En muchas ocasiones, estos déficits en las habilidades sociales pueden conllevar la presencia de trastornos psicopatológicos en la vida adulta, aunque desde lo planteado por León Rubio y Medina Anzano (1998) no se descarta la posición de que los déficits en las habilidades sociales pueden ser tanto una causa, efecto o concurrentes en la aparición de un trastorno psicológico.

Prieto y Ursua (2000) afirman que se han identificado ciertos factores de protección ante estresores ambientales que disminuyen la aparición de problemas psicosociales en la infancia y adolescencia, entre los que se destacan la competencia y el apoyo social, el empleo del tiempo libre y adecuadas estrategias de afrontamiento. Respecto a la competencia y el apoyo social, se considera que las habilidades sociales son un medio excepcional de protección y promoción de la salud. Desde estos planteos, la eficaz interacción con los otros permitiría a los niños y adolescentes responder de modo positivo ante situaciones de estrés, por lo que determinadas competencias como hablar con pares no conocidos, expresar

emociones positivas, establecer conversaciones con pares y adultos, practicar habilidades sociales de elogio, entre otras, pueden convertirse en factores protectores de la salud. El objetivo de este apartado es describir las características de las habilidades sociales, como también destacar su importancia desde una perspectiva de salud.

### *Concepto de habilidad social*

Delimitar el concepto de habilidad social resulta complejo por su naturaleza multidimensional y su relación con otros conceptos afines. Es frecuente encontrar en la literatura especializada una proximidad del término con la denominada competencia social e interpersonal, la inteligencia social y las habilidades adaptativas, entre otros. Tal como plantea Fernández Ballesteros (1994), existe acuerdo entre los autores con respecto a la dificultad, e incluso imposibilidad de dar una definición satisfactoria del concepto de habilidad social. La variación terminológica respecto a las habilidades sociales es abundante; en la literatura especializada suele encontrarse términos tales como habilidades de interacción social, habilidades para la interacción, habilidades interpersonales, habilidades de relación interpersonal, destrezas sociales, intercambios sociales, conductas de intercambio social, entre otros.

Entre las definiciones que se han dado se encuentran las siguientes:

“Es la capacidad para comportarse de una forma que es recompensada y de no comportarse de forma que uno sea castigado o ignorado por los demás.”(Libet y Lewinsohn, 1973)

“Es la capacidad para interactuar con los demás en un contexto social dado de un modo determinado que es aceptado o valorado socialmente y, al mismo tiempo, personalmente beneficioso, mutuamente beneficioso, o principalmente

De este modo, definir las habilidades sociales se ha convertido en una cuestión de valoración en sí misma. Aunque todavía no se ha concebido una definición de las habilidades sociales que sea generalmente aceptada, los

siguientes componentes son considerados esenciales para la comprensión de las habilidades sociales:

Iruarrizaga, Gómez- Segura, Criado, Zuazo y Sastre (1999) consideran que la dificultad en establecer una definición radica en la conexión de ésta con el contexto. Igualmente, debe pensarse en los recursos cognitivos con que cuenta el sujeto y que van a incidir en la expresión de sus habilidades sociales. Caballo (1993) resume que los problemas para definir una habilidad social son básicamente de tres tipos. El primero, remite a la cantidad de investigaciones y publicaciones en las que se han empleado términos diversos para referirse a un mismo concepto; sobre todo el uso del término “conducta asertiva” (Wolpe, 1958) reemplazado a mediados de los años setenta por el término “habilidades sociales”.

En segundo lugar, la dependencia de los comportamientos sociales al contexto cambiante (Meichenbaum, Butler y Grudson, 1981). Aquí es relevante el marco cultural, las particularidades dentro de una misma cultura (subculturas), el nivel social, educativo y económico, que junto a las diferencias individuales (capacidades cognitivas, afectividad, sistema de valores, entre otros) imposibilitan establecer un criterio único de lo que se considera una habilidad social. De este modo, dos personas pueden comportarse de un modo diferente en una misma situación social, tener respuestas dispares ante una misma circunstancia y considerarse que sus comportamientos sociales son igualmente efectivos. Y en tercer lugar, las revisiones sobre la temática indican que las definiciones sobre habilidades sociales se han centrado más en las descripciones de las conductas que dan cuenta de esas capacidades o en las consecuencias que tiene la ejecución de dichos comportamientos. Considerando estas apreciaciones, Fernández Ballesteros (1994), ha señalado algunas características que presentan las habilidades sociales.

A) Heterogeneidad, ya que el constructo habilidades sociales incluye una diversidad de comportamientos en distintas etapas evolutivas, en diversos niveles de funcionamientos y en todos los contextos en los que puede tener lugar la actividad humana.

B) Naturaleza interactiva del comportamiento social, al tratarse de una conducta interdependiente ajustada a los comportamientos de los interlocutores en un contexto determinado. El comportamiento social aparece en una secuencia establecida y se realiza de un modo integrado.

C) Especificidad situacional del comportamiento social, por lo que resulta imprescindible la consideración de los contextos socioculturales.

## 2.2 ¿Cómo se desarrollan las habilidades sociales?

La compleja naturaleza de las habilidades sociales ha dado lugar a numerosas definiciones. Generalmente, las habilidades sociales son consideradas como un conjunto de comportamientos interpersonales complejos. El término habilidad se utiliza para indicar que la competencia social no es un rasgo de la personalidad, sino más bien un conjunto de comportamientos aprendidos y adquiridos. Según Caballo (2005) las habilidades sociales son un conjunto de conductas que permiten al individuo desarrollarse en un contexto individual o interpersonal expresando sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de un modo adecuado a la situación. Generalmente, posibilitan la resolución de problemas inmediatos y la disminución de problemas futuros en la medida que el individuo respeta las conductas de los otros. Siguiendo este énfasis en la resolución de situaciones interpersonales, León Rubio y Medina Anzano, definen a la habilidad social como “la capacidad de ejecutar aquellas conductas aprendidas que cubren nuestras necesidades de comunicación interpersonal y/o responden a las exigencias y demandas de las situaciones sociales de forma efectiva” (1998: 15).

De este concepto se desprenden cuatro características centrales de las habilidades:

- a) Su carácter aprendido
- b) la complementariedad e interdependencia de otro sujeto

- c) la especificidad situacional
- d) la eficacia del comportamiento interpersonal.

Según Caballo (2005) las habilidades sociales se adquieren principalmente a través del aprendizaje por:

- Observación.
- Imitación.
- Ensayo.
- Información.
- Y acrecientan el reforzamiento social.

La práctica de las habilidades sociales está influida por las características del medio (por ejemplo, especificidad situacional). Es decir, factores tales como la edad, sexo y estatus del receptor/a, afectan la conducta social del sujeto. Los déficits y excesos de la conducta social pueden ser especificados a fin de intervenir.

Por su parte, Kelly (2002) define a las habilidades sociales como un conjunto de conductas aprendidas, que emplean los individuos en las situaciones interpersonales para obtener o mantener el reforzamiento de su ambiente. Según este autor, esta definición presenta tres aspectos fundamentales:

- a) el hecho de que un comportamiento es socialmente hábil en la medida que implique consecuencias reforzantes del ambiente
- b) tener en cuenta las situaciones interpersonales en las que se expresan las habilidades sociales
- c) la posibilidad de describir las habilidades sociales de modo objetivo.

De este modo, se sostiene que las habilidades sociales son medios que tiene un sujeto para alcanzar sus objetivos. Tanto León Rubio y Medina Anzano

(1998) como Kelly (2002) remarcan la función que tienen las habilidades sociales para la resolución de situaciones interpersonales, lo que las torna necesarias para la adaptación al ambiente más próximo de la persona. Por su parte, al definir qué es una habilidad social es necesario considerar la etapa evolutiva que transita aquel que ejecuta dichas habilidades sociales, ya que las exigencias del ambiente no tienen la misma significación para un niño, un adolescente o un adulto.

Michelson y otros (1987) plantean que las habilidades sociales se adquieren a través del aprendizaje, por lo que la infancia es una etapa crítica para la enseñanza de éstas. Igualmente señala que su acrecentamiento está ligado al reforzamiento social. Precisamente, la práctica de las habilidades sociales está influida por las características del entorno; habilidades tales como pedir favores a otros niños, preguntar por qué a un adulto, tomar decisiones, son ejemplos en ese sentido. El pasaje de la niñez a la adolescencia supone la adquisición de habilidades sociales más complejas, puesto que los cambios físicos y psíquicos implican una modificación del rol del adolescente respecto a cómo se ve a sí mismo, cómo percibe al mundo y cómo es visto por los otros (Martínez Guzmán, 2007).

El mayor acercamiento a pares, particularmente del otro sexo, la utilización del tiempo libre y el uso del dinero, entre otros aspectos, conlleva la puesta en marcha de habilidades de interacción verbal, de resolución de conflictos interpersonales, de elogio y de expresión de emociones positivas y negativas. Se ha encontrado que los adolescentes con alto nivel de entendimiento interpersonal y habilidades de comunicación positiva son los que mayor influencia tienen en sus iguales, lo que permite suponer que emplean un mayor número de habilidades sociales (Guzmán Saldaña, García Cruz, Martínez Martínez, Fonseca Hernández y Castillo Arreola, 2007). Lo descrito muestra que resulta relevante definir qué comportamientos sociales se adquieren tanto en la infancia como en la adolescencia y se reflejan en todo momento de la vida pero principalmente en la vida adulta.

## 2.3 Clasificación de las habilidades sociales

Como se menciona anteriormente las habilidades sociales son un conjunto de hábitos o estilos (que incluyen comportamientos, pensamientos y emociones), que nos permiten mejorar nuestras relaciones interpersonales, sentirnos bien, obtener lo que queremos y conseguir que los demás no nos impidan lograr nuestros objetivos.

El concepto de habilidades sociales incluye temas afines como la asertividad, la autoestima y la inteligencia emocional. Destaca la importancia de los factores cognitivos (creencias, valores, formas de percibir y evaluar la realidad) y su importante influencia en la comunicación y las relaciones interpersonales.

Para un mejor estudio y comprensión Fernández (1994) hace una clasificación de 6 grupos de habilidades sociales.

- GRUPO I: Primeras habilidades sociales:

1. Escuchar. 2. Iniciar una conversación. 3. Mantener una conversación. 4. Formular una pregunta. 5. Dar las gracias. 6. Presentarse. 7. Presentar a otras personas. 8. Hacer un cumplido

- GRUPO II: Habilidades sociales avanzadas:

9. Pedir ayuda. 10. Participar. 11. Dar instrucciones. 12. Seguir instrucciones. 13. Disculparse. 14. Convencer a los demás.

- GRUPO III: Habilidades relacionadas con los sentimientos:

15. Conocer los propios sentimientos. 16. Expresar los sentimientos. 17. Comprender los sentimientos de los demás. 18. Enfrentarse con el enfado del otro. 19. Expresar afecto. 20. Resolver el miedo. 21. Auto-recompensarse.

•GRUPO IV: Habilidades alternativas a la agresión:

22. Pedir permiso. 23. Compartir algo. 24. Ayudar a los demás. 25. Negociar. 26. Emplear el autocontrol. 27. Defender los propios derechos. 28. Responder a las bromas. 29. Evitar los problemas con los demás. 30. No entrar en peleas. •

GRUPO V. Habilidades: para hacer frente al estrés:

31. Formular una queja. 32. Responder a una queja. 33. Demostrar deportividad después del juego. 34. Resolver la vergüenza. 35. Arreglárselas cuando le dejan de lado. 36. Defender a un amigo. 37. Responder a la persuasión. 38. Responder al fracaso. 39. Enfrentarse a los mensajes contradictorios. 40. Responder a una acusación. 41. Prepararse para una conversación difícil. 42. Hacer frente a las presiones de grupo.

•GRUPO VI: Habilidades de planificación:

43. Tomar iniciativas. 44. Discernir sobre la causa de un problema. 45. Establecer un objetivo. 47. Recoger información. 48. Resolver los problemas según su importancia. 49. Tomar una decisión. 50. Concentrarse en una tarea.

• Asertividad: Es la forma de actuar que permite a una persona se movilice en base a sus intereses más importantes, defenderse sin ansiedad, expresar cómodamente sentimientos honestos o ejercer los derechos personales, sin negar los de los demás. Estos derechos comprenden: Derecho a juzgar nuestras propias aptitudes, a cometer errores, a decir "no" sin sentirnos culpables, a tener creencias políticas, a no justificarnos ante los demás, a decidir qué hacer con nuestro cuerpo, tiempo y propiedad, a ser independientes, a ser quien queramos y no quien los demás esperan, a ser tratados con dignidad y a decir "no lo entiendo".

• Empatía: Es una habilidad, propia del ser humano, que nos permite comprender y experimentar el punto de vista de otros sin por ello tener que estar de acuerdo. Es la capacidad de ponerse en el lugar de la otra persona para desde

ahí comprenderle. No basta con entender al otro, hay que demostrarlo. Una persona puede tener motivos para actuar o pensar de esa forma.

- Saber escuchar: Escuchar con comprensión y cuidado, saber lo que la otra persona trata de comunicarnos y transmitir que hemos recibido su mensaje.
- Definir un problema: Analizar la situación, teniendo en cuenta los elementos objetivos, así como los sentimientos y necesidades puestos en juego.
- Evaluación de soluciones: Analizar las consecuencias que cada solución tendrá a corto y largo plazo para las personas implicadas.
- Negociación: Comunicación dirigida a encontrar una alternativa de solución que resulte aceptable para ambas partes. Dicha respuesta tendrá en cuenta los sentimientos, motivaciones e intereses de ambos.
- Expresión justificada de la ira, desagrado o disgusto: Manifestación de forma adecuada y respetuosa con los demás, de sentimientos negativos.
- Disculparse o admitir ignorancia: Capacidad de darse cuenta de los propios errores cometidos.

## 2.4 Las Habilidades sociales en personas con discapacidad

Las habilidades de autonomía personal son el conjunto de habilidades o destrezas fundamentales que permiten establecer y/o potenciar en cada persona las capacidades físicas, conceptuales, emocionales y prácticas necesarias, al objeto de conseguir una autonomía y socialización suficiente para su existencia. Estas capacidades mencionadas (física, conceptual, emocional y práctica) engloban diferentes actividades, que son:

• Autonomía personal • Comunicación • Autorregulación • Ocio y tiempo libre • Emotividad/afectividad • Salud • Seguridad • Tecnológicas • Aprendizaje escolar. Las habilidades de autonomía personal incluyen todos los comportamientos relacionados con el autocuidado, el aseo, la alimentación, el vestido, la higiene, la apariencia física, el realizar tareas del hogar, hacer recados,

desplazamientos, etc. Estas habilidades hacen posible que la persona se pueda desenvolver de forma independiente tanto en el cuidado personal como en las acciones cotidianas de la vida diaria. Uno de los agentes socializadores más importantes en la vida de un sujeto es sin duda la familia. La acción socializadora de la familia se va a extender a lo largo de un periodo muy considerable de la vida humana, no siendo suplantada sino complementada por la acción de otros agentes socializadores. La familia constituye el primer subsistema social donde observar y practicar roles, ofreciendo modelos en un contexto de seguridad y en los que confluyen elementos diferenciadores y, a la vez, sirve de molde de las relaciones sociales que se ofrecen en ámbitos más amplios. La familia es donde empezamos a convivir, a comunicarnos, a respetar a los demás, a valorar las cosas que son importantes.

La socialización y autonomía personal caminan parejos en el desarrollo evolutivo del ser humano. La familia debe ofrecer oportunidades suficientes para desarrollar aquellas habilidades y competencias personales sociales que permitan a sus miembros crecer con seguridad y autonomía, siendo capaces de relacionarse y de actuar satisfactoriamente en el ámbito social.

¿Qué ocurre cuando en una familia nace un niño con discapacidad? para Arias y Fuertes (1999). Cada familia es un sistema abierto en continuo movimiento, cambio y reestructuración, en busca de una estabilidad y equilibrio entre todos los miembros que la componen. Es una unidad formada por distintas subunidades que pretenden conseguir un ajuste y una adaptación positiva. Los procesos que tienen lugar son interactivos de forma que cualquier suceso que ocurre en uno de sus miembros repercute de una u otra manera en todos los demás. De este modo, las familias experimentan cambios cuando nace algún miembro, crece, se desarrolla, o muere. En muchas ocasiones ante determinados hechos, se producen desadaptaciones. Una de ellas surge cuando nace un hijo con discapacidad. El acontecimiento suele ser impactante y repercutirá, probablemente a lo largo de todo el ciclo vital. Cuando un niño con discapacidad nace, trae consigo miedos y desesperanzas, dudas y algunas veces sentimientos de culpa. El nacimiento de un

hijo con discapacidad supone un shock dentro de la familia. El hecho se percibe como algo inesperado, extraño y raro, que rompe las expectativas sobre el hijo deseado. Durante toda la etapa anterior al nacimiento, en la fase del embarazo, lo normal es que los futuros padres tengan sus fantasías sobre el hijo, imágenes físicas y características del nuevo ser que se incorporará al núcleo familiar. La pérdida de esas expectativas y el desencanto ante la evidencia de la discapacidad, va a ser demoledor, en un primer momento; es como si el futuro de la familia se hubiera detenido. La comunicación del diagnóstico de discapacidad (la inesperada noticia), produce un gran impacto en todo el núcleo familiar, la respuesta y reacción de la familia cercana a los dos progenitores, abuelos y hermanos va a contribuir a acentuar o atenuar la vivencia de la amenaza que se cierne sobre su entorno. La confusión y los sentimientos de aceptación, rechazó y culpabilidad se mezclan de manera incesante. Algunos desfavorables que rompen en mil pedazos la vida familiar y otras veces crean o generan lazos que jamás se rompen, lazos de amor y solidaridad que abren caminos para que estos niños puedan algún día integrarse de manera visible a la sociedad. Cuando los lazos son débiles se perjudica al niño. Las actitudes de los hermanos, como miembros del sistema familiar van a ser determinantes para la inserción familiar, escolar y social. El orden de nacimiento del hijo con discapacidad va a ejercer una influencia importante en la adaptación de los demás. Los hermanos mayores de la persona con discapacidad son más adaptables socialmente que los más pequeños; aunque es verdad que a medida que los hermanos crecen las dificultades o los problemas pueden aumentar, desde los problemas de celos por una menor atención y dedicación de los padres, especialmente de la madre absorta en los cuidados y demandas del hijo con discapacidad, hasta la asunción de otros roles no propios, como cuidadores, maestros, etc.

Zavala , Valadez , y Vargas (2008) hacen referencia a que la relación entre los hermanos oscila a lo largo del desarrollo; es más fácil en la infancia, se hace más difícil y tensa en la adolescencia, para volver a ser más estable en la vida adulta. El objetivo debe ser conseguir que el periodo de tiempo adaptativo sea lo más pronto posible enfrentándose a la realidad a fin de conseguir situar a la familia

como la principal educadora de su hijo durante los primeros años de vida. El apoyo y asesoramiento a las familias es de vital importancia, tanto de profesionales como de otros padres que tienen un hijo con discapacidad. El apoyo por parte de profesionales va a ser muy importante para ayudar al proceso de aceptación de la nueva situación que se le presenta a una familia en la que nace un niño con discapacidad. Pero no menos importante es la ayuda que va a recibir por parte de los padres que han pasado por la misma situación. Actualmente existen muchas asociaciones de familiares con discapacidad que ofrecen este tipo de apoyo. Es frecuente escuchar la preocupación y el deseo de los padres porque su hijo crezca y se convierta en un adulto independiente. En la mayoría de las ocasiones, el nivel de autonomía que alcance su hijo, no va a depender tanto de su propia discapacidad como de las actitudes y conductas de los padres hacia él o ella.

Dependerá también de la manera en cómo se enfrentan los padres a la discapacidad, son bastante comunes actitudes de sobreprotección hacia el niño con discapacidad, que serán bastante perjudiciales para el desarrollo autónomo del niño, asimismo actitudes de rechazo, de abandono, en el que las expectativas hacia el niño son nulas y son igualmente negativas. La sobreprotección trae consigo consecuencias negativas para el desarrollo de la independencia y autonomía personal del niño. Son comunes sobre todo en las madres, actitudes como no dejar salir solo a su hijo, estar todo el tiempo con él, hacerle las cosas cuando él no sabe en lugar de enseñárselas, aunque lo haga mal o tarde mucho tiempo, no darle la capacidad de decidir, de opinar decidiendo todo por él, en definitiva un miedo asfixiante hacia el hijo porque no le ocurra nada. Todo esto conllevará una fuerte dependencia en el futuro, del hijo hacia los padres y de los padres hacia éste. Siendo el primer caso más preocupante porque ¿qué ocurrirá cuando falten los padres? Por ello es importante que los padres dejen un cierto margen de libertad al niño, que éste tome sus propias decisiones y tenga una serie de responsabilidades y obligaciones como cualquier otro miembro de la familia (Ballester, R. y Gil Llario, M., 2002).

Con respecto al cuidado personal y el aseo, desde muy pequeños, hay que facilitar que el niño se vista sólo, elija su ropa, se bañe solo, se peine y que tenga interés por ir bien arreglado, peinado y aseado. No debemos desistir aunque al principio lo hagan mal o tarden mucho tiempo, lo importante es que lo hagan por ellos mismos.

En cuanto a la comida, la familia debe potenciar que los niños coman solos, sepan utilizar el tenedor, cuchillo, cuchara, sentarse correctamente a la mesa, no mancharse en exceso, etc.

Las tareas domésticas es una responsabilidad en el hogar que también debe ser compartida por todos. Las madres muchas veces se escudan en que no saben hacerlo, les da miedo que toquen el fuego por lo que pueda pasar, etc. por estas razones no exigen a su hijo que realice estas tareas, ni siquiera que ayuden con lo que se le está perjudicando en cuanto al poder desenvolverse autónomamente en su casa en un futuro. La familia debe enseñar desde que su hijo con discapacidad es muy pequeño a poner y quitar la mesa, encender la cocina y el peligro que éste conlleva, realizar comidas sencillas, hacer la cama, ordenar su habitación, barrer, limpiar el polvo, etc. La familia también debe permitir que vaya a comprar el pan sólo, el periódico etc. no acompañándolo a todos sitios y dejándole un margen de libertad y autonomía en sus acciones y decisiones.

#### El derecho a la independencia

La sociedad de hoy en día es plural, abogamos por la diversidad y la multiculturalidad y es por ello por lo que en la sociedad deben prevalecer unos derechos y unos valores básicos para que todos podamos convivir en ella y nos sintamos ciudadanos plenos como son el respeto, la tolerancia, igualdad, respetar los deberes civiles, etc.; pero sin embargo se nos plantea una cuestión que a día de hoy tiene una compleja solución: ¿Qué sucede con el derecho a la independencia? ¿Podemos y gozamos todos de él o podremos hacerlo en el futuro?.

Trianes, De la Morena, y Muñoz, (1999) mencionan que es de vital importancia que las personas con discapacidad no vivan de espaldas a la sociedad, para ello es evidente que habrá que ayudarles para que se integren y sean parte activa de la misma y por consiguiente, estas personas necesitan al igual que todos, un trabajo, amigos, familia, independencia, etc.

Esto último a pesar de ser una cosa muy común, parece que para ellos no es tan sencillo de lograr, ya que casi siempre este colectivo se ve relegado a tener que vivir en casa de sus padres o de algún familiar que se dedique a sus cuidados, como si de una persona infantil se tratase, y cuando ello no es posible son relegados a instituciones como pisos tutelados, pisos supervisados, residencias, que se encargan de la misma labor que hasta el momento se había realizado en la familia. El mayor problema para que estas personas logren un cierto nivel de autonomía suele ser la sobreprotección a la que generalmente se ven sometidas las personas con discapacidad, la falta de oportunidad de poder trabajar las habilidades de autonomía personal y social en situaciones reales, ello dificulta enormemente que estas personas puedan llegar a lograr su derecho a la independencia. Sin embargo, en la actualidad gracias a la labor de muchos profesionales que abogan por una vida digna y plena para las personas con discapacidad, las salidas para lograr la independencia son algo mayores no teniendo que recurrir a residencias o pisos tutelados únicamente, sino en un entorno lo más normalizado posible, vivir independientemente con los apoyos necesarios pero con una metodología totalmente diferente compartiendo por ejemplo un piso de estudiantes. Algunos de estos proyectos son ya una realidad hoy día, abriéndose otra puerta a una nueva salida para estos jóvenes, más real y más efectiva, ya que éstos podrían independizarse y vivir por ellos mismos con las ayudas y los recursos necesarios, sí éstos les son proporcionados.

El nuevo modelo de calidad se fundamenta en las dimensiones de calidad de vida desarrolladas por Shalock y Verdugo. Ambos autores plantean ocho dimensiones de calidad de vida a la vez que proponen indicadores para su evaluación.

Dimensión de bienestar emocional, que tiene en cuenta los sentimientos como la satisfacción, tanto a nivel personal y vital, el autoconcepto de sí mismo, a partir de los sentimientos de seguridad e inseguridad y de capacidad e incapacidad, así como la ausencia de estrés que contiene aspectos relacionados con la motivación, el humor, el comportamiento, la ansiedad y la depresión.

Dimensión de relaciones personales, a partir de la interacción y el mantenimiento de relaciones de cercanía (participar en actividades, tener amigos estables, buena relación con su familia,) y si manifiesta sentirse querido por las personas importantes a partir de contactos sociales positivos y gratificantes.

Dimensión de bienestar material, que contempla aspectos de capacidad económica, ahorros y aspectos materiales suficientes que le permitan una vida confortable, saludable y satisfactoria.

Dimensión de desarrollo personal, que tenga en cuenta las competencias y habilidades sociales, la utilidad social, la participación en la elaboración del propio plan personal de apoyo. El aprovechamiento de oportunidades de desarrollo personal y aprendizaje de otras nuevas, o la posibilidad de integrarse en el mundo laboral con motivación y desarrollo de las competencias personales, la conducta adaptativa y el desarrollo de estrategias de comunicación.

Dimensión de bienestar físico, desde la atención sanitaria (preventiva, general, a domicilio, hospitalaria, etc.); tiene en cuenta los aspectos de dolor, medicación y como inciden en su estado de salud y le permiten llevar una actividad normal. El bienestar físico permite desarrollar actividades de la vida diaria desde las capacidades y se ve facilitado por ayudas técnicas si las necesita.

Dimensión de autodeterminación, que se fundamenta en el proyecto de vida personal, en la posibilidad de elegir, de tener opciones. En ella aparecen las metas y valores, las preferencias, objetivos e intereses personales. Estos aspectos facilitan la toma de decisiones y permiten que la persona tenga la opción de defender ideas y opiniones. La autonomía personal, como derecho fundamental

que asiste a cada ser, permite organizar la propia vida y tomar decisiones sobre temas propios.

Dimensión de inclusión social, valorando si se da rechazo y discriminación por parte de los demás. Podemos valorarlo a partir de saber si su red de amigos es amplia o limitada, si utiliza entornos de ocio comunitarios. La inclusión puede medirse desde la participación y la accesibilidad que permite romper barreras físicas que dificultan la integración social.

Dimensión de la defensa, los derechos que contempla el derecho a la intimidad, el derecho al respeto medible desde el trato recibido en su entorno. Es importante indagar sobre el grado de conocimiento y disfrute de los derechos propios de la ciudadanía.

Estas limitaciones derivan en que pueda verse reducida su vida social y con ello, sus relaciones sociales tradicionales o cara a cara. Sin embargo, la red puede beneficiarles al eliminar las barreras geográficas, e incluso en algunos casos, a anular o mitigar las barreras estigmatizantes derivadas de su discapacidad, pudiendo de este modo, llegar a ser espacios de utilidad no únicamente porque sea más fácil crear y mantener contactos, sino también por ser plataformas en las que se creen comunidades o grupos de apoyo para compartir experiencias más libremente con otros usuarios.

Como se puede analizar las habilidades sociales son muy importantes para el desarrollo individual de cualquier persona es por ello que es importante encontrar algún método para ayudar a mejor o a desarrollar de una manera óptima en cualquier persona, existen diversos programas o dinámicas que se proponen para esta dificultad que presenta un porcentaje significativo de nuestra población, en cuanto al porcentaje que se ha revisado en algunos estudios menciona que más del 80% de la población con alguna discapacidad presenta déficits en las habilidades sociales. En cuanto corresponde desde un ámbito psicológico se ha trabajado la mayoría de las veces esta patología desde el ámbito clínico pero la propuesta es atacarlo desde otra propuesta de la psicología que es la psicología del deporte.

### 3. PSICOLOGÍA DEL DEPORTE

El deporte en general representa una de las actividades humanas con más protagonismo social, los medios de comunicación le crean paulatinamente más espacios y la gran mayoría de las personas le presta gran atención independientemente de las diferencias sociales y culturales.

Es muchas veces el lazo que nos une en un sentimiento único, nos representa y nos identifica.

La Psicología del deporte, es una ciencia relativamente nueva ha ido a través del tiempo integrándose al mundo del deporte y son cada vez más los profesionales que intervienen en equipos deportivos, que trabajan con deportistas e intentan enriquecer el deporte con la ciencia y a la vez se alimenta con los nuevos logros obtenidos.

La Psicología del Deporte es una rama de la Psicología como pueden ser Psicología Forense, Clínica, Relaciones Humanas, para lo cual el profesional tiene y debe capacitarse adecuadamente para poder intervenir con todas las herramientas necesarias.

Muchas veces los preconceptos acerca de la Psicología hacen que sea muy difícil, por lo menos en nuestro país, integrarse al ambiente deportivo.

Para comenzar a desglosar dicho estudio se comenzará hablando sobre la psicología del deporte que a grandes rasgos, se considera que es una aplicación de la psicología general al área del deporte. Si bien el nombre hace referencia a la psicología del deporte particularmente, es una simplificación, ya que se refiere en particular a la psicología del deporte y del ejercicio físico, pero según diferentes autores debaten el cómo se define la psicología del deporte

### 3.1 ¿Qué es la psicología del deporte?

La Psicología de la Actividad Física y del Deporte es un Área de la Psicología Aplicada cuyo objeto de estudio es el comportamiento en el ámbito de la actividad física y el deporte. Aunque se trata de un área relativamente joven, está ampliamente reconocida y representada por Asociaciones y Organizaciones de nivel nacional e internacional en Psicología del Deporte.

Tal como señala Riera (1985), resulta imposible dar una definición de Psicología del Deporte, pues se confunden la Psicología del Deporte con el propio deporte. A comienzos de los setenta, con el paulatino reconocimiento académico de la disciplina, una serie de autores europeos tratan de delimitar y determinar el ámbito de la Psicología del Deporte: sus objetivos, sus métodos y sus relaciones con la psicología y con las ciencias del deporte.

La Psicología del deporte comprende el estudio científico de las personas y sus conductas con el contexto del deporte, de las actividades físicas y la aplicación práctica de dicho conocimiento. (Gill, 2000 citado en Weinberg 2010). Para complementar Gil (2004) menciona que se puede considerar a la Psicología del Deporte como el estudio científico de la conducta deportiva, considerando la conducta en su triple concepción

- cognitiva (lo que pensamos)
- conductual (lo que hacemos)
- emocional (lo que sentimos)

Y en el que se aplican los principios y descubrimientos de la psicología a la potenciación del rendimiento deportivo. Se trataría de la aplicación intencional de las técnicas psicológicas al ámbito deportivo y del ejercicio físico para ayudar a eliminar problemas de rendimiento y proporcionar técnicas para que los atletas rindan al nivel de sus capacidades.

Para complementar la definición Sánchez (1999) propone que 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 que se desarrolló en los últimos 10 años a causa de los progresos conseguidos en 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 elección de deportistas, la psicología de grupos, la psicología del deportista, al igual que la psicología del entrenamiento y competición" pag.4. (Citado por Hernández, 2003).

A partir de estas definiciones, la psicología del deporte se concreta en el estudio, casi exclusivo del deportista. Se trata de no reducir el término deporte al deporte competitivo e incluye el deporte educativo, lúdico, recreacional, terapéutico, rehabilitador, etc. Estas definiciones, aunque suponen un avance respecto a la de Antonelli y Salvini (1978), reducen la Psicología del deporte al estudio de uno sólo de los protagonistas de la mayoría de situaciones deportivas. En Estados Unidos, no existió tanto interés por definir el campo de la Psicología del Deporte como en Europa y, de una forma pragmática, se iniciaron las primeras aplicaciones de la Psicología del Deporte. En la década de los sesenta, los primeros psicólogos que se introdujeron en el mundo del deporte estaban interesados en evaluar la personalidad de los atletas, en solucionar sus problemas "patológicos" a partir de un enfoque clínico en la década de los setenta, suponen tres importantes limitaciones para la nueva disciplina:

A) Reducir la Psicología del Deporte a psicología del deportista, limitándose la mayoría de autores a estudiar solamente a la persona que realiza la actividad deportiva, sin tener en cuenta todos los demás miembros que intervienen en las diferentes situaciones deportivas: entrenadores, adversarios, aficionados, árbitros, directivos y periodistas.

B) Internalizar los "trastornos" del deportista como problemas de su ansiedad y no se analizan éstos como efectos de la interacción del deportista con los demás sujetos, objetos y situaciones con las que interactuaba.

C) Circunscribir el papel profesional del psicólogo del deporte al trabajo con atletas que presentaban problemas emocionales, sin considerar la posibilidad de asesorar psicológicamente a los deportistas "normales" y muy motivados. Por otra parte, la escasa formación básica en psicología de los profesionales de la educación física que se interesaron por la Psicología del Deporte ha podido retrasar la introducción en esta última de los avances y cambios que se han producido en la propia psicología en los últimos años. La situación cambia notablemente a partir de los ochenta, pues un número cada vez mayor de psicólogos se integra en las diferentes asociaciones de Psicología del Deporte y las asociaciones profesionales de psicólogos se muestran mucho mejor dispuestas a considerar el deporte como un ámbito relevante, tanto para la investigación como para la aplicación de la psicología (Hernandez,2003).

Se entenderá mejor lo que se menciona, si recordamos que la psicología del deporte es, fundamentalmente, una "especialidad de la psicología científica que investiga y aplica los principios del comportamiento humano a las materias concernientes a la práctica del ejercicio físico y del deporte" (Lorenzo, 1997) pag.9. Una especialidad que no se limita al estudio del rendimiento, las destrezas psicomotoras o la personalidad del practicante, sino que se interesa por todos los aspectos psicológicos presentes en la práctica deportiva (inteligencia, voluntad, pensamientos, sensaciones, emociones, etc.) y por todas las interacciones que en ella tienen lugar. Aún más, como ciencia de apoyo al deporte y al deportista, la psicología del deporte debe ocuparse, por un lado, de investigar los factores psicológicos que determinan el ejercicio y la práctica deportiva; y, por otro, de estudiar los efectos psicológicos que se derivan de tal participación. Sin olvidar, claro está, que también es competencia de esta joven disciplina el estudio científico de las personas y su conducta en el ámbito deportivo y el tratamiento de los problemas psicológicos asociados con la práctica del ejercicio físico y del

deporte, problemas que, como se señala oportunamente, “representan dificultades de interacción sana con los demás, tanto en su percepción del mundo, actitudes hacia sí mismo, control del estrés, tensión psíquica, incapacidad para alcanzar sus metas, insatisfacción personal y dificultades para funcionar adaptadamente en el ámbito deportivo”(Lorenzo, 1997)pag.10.

Por decirlo de una manera más clara, para este especialista en psicología clínica y psicología de la actividad deportiva, en el estudio de la psicología aplicada al deporte hay que diferenciar tres áreas básicas de interés:

a) El área de la Psicología del Deporte que estudia el control y aprendizaje motor, los procesos cognitivos y perceptivos implicados en el aprendizaje y desarrollo de habilidades motrices y los procesos cognitivos y neuropsicológicos que subyacen al control de los movimientos.

b) El área de la Psicología del Deporte que se centra en el desarrollo motor relacionado con el deporte y el rendimiento.

c) El área de la Psicología del Deporte que estudia la influencia de la personalidad y los factores sociales en el mundo del deporte y la actividad física.

La psicología del deporte se aplica a una amplia base poblacional. Si bien algunos profesionales usan la psicología del deporte para ayudar a deportistas de élite a alcanzar su máximo rendimiento, muchos psicólogos deportivos trabajan más con niños, personas con discapacidad física o mental, personas mayores y público en general. Su principal objetivo es que el deportista pueda lograr una buena participación, el mejor rendimiento, tenga satisfacción personal y desarrollo a través de la participación (Weinberg, 2010). Como se puede observar diferentes autores le han dado una parte esencial para definir el concepto y aplicación a la psicología del deporte, pero esta disciplina es una de las ramas de la psicología aparentemente más nuevas pero sin embargo tiene una historia de fondo para su comprensión.

## 3.2 Historia de la psicología del deporte

En la actualidad, según Cruz y Cantón (1992) la psicología del deporte tiene su mayor auge de toda su historia. Sin embargo, es un error pensar que este campo se desarrolló en los últimos tiempos. La psicología del deporte aparece entre fines del siglo XIX y principios de XX. El reconocimiento de la psicología del Deporte como disciplina académica se produjo en diferentes momentos, según cada país. Así, la Psicología del Deporte surgió como disciplina de estudio en la Unión Soviética en el período 1945- 1957. En Estados Unidos se crearon los primeros cursos sobre aprendizaje motor, en la década de los sesenta. Finalmente, a lo largo de los setenta, la Psicología del Deporte fue obteniendo su reconocimiento académico en la mayoría de países. Durante esta época, las primeras definiciones de Psicología del Deporte fueron excesivamente amplias y vagas, cosa natural en los comienzos de cualquier nuevo campo de investigación y aplicación. Sin embargo, esta falta de delimitación del campo de estudio y el gran eclecticismo teórico imperante creó, a la larga, una serie de problemas en cuanto a la metodología a utilizar y las aplicaciones que se podían llevar a cabo (Hernandez, 2003).

La Psicología del Deporte ha mostrado una mayor coherencia teórica y metodológica en la Unión Soviética y los países de su área de influencia que en los países occidentales, pues en los primeros ha seguido los pasos esbozados por los padres de la psicología del Deporte soviética: Rudik y Puni, a partir de los años sesenta. Así, por ejemplo, Rudik y cols. (1990) delimitaron, de una forma muy clara, los contenidos de la Psicología del Deporte como el estudio de: a) la psicología de la actividad deportiva; y b) la psicología del deportista. El primer aspecto supone el análisis psicológico general de la actividad deportiva y el análisis psicológico de los diversos deportes. El segundo aspecto comprende el estudio de las cualidades específicas del deportista y de sus rasgos generales de personalidad. El planteamiento de Rudik es bastante más completo que otros posteriores, pues no se limita al estudio de la personalidad del deportista, sino que también pone énfasis en el análisis de las demandas psicológicas de los diferentes

deportes. Hernández (2003) menciona que el enfoque es lo suficientemente amplio como para que sea aceptado por psicólogos que trabajan con diferentes técnicas o incluso con diferentes enfoques teóricos. En el bloque occidental la Psicología del Deporte se desarrolló con un cierto retraso respecto a los países de la Europa del Este, pero la celebración del I Congreso Mundial de Psicología del Deporte, en 1965, supuso un gran impulso para el reconocimiento de esta disciplina. Sin embargo, este congreso tuvo más importancia sociológica que científica para el progreso de la Psicología del Deporte. La dispersión teórica y conceptual que se observaba en muchos de los trabajos presentados a dicho congreso no nos debe sorprender excesivamente, cuando observamos la definición de Psicología del Deporte que seguía dando, varios años después, el principal impulsor del Congreso Mundial de Roma: el psiquiatra italiano Ferruccio Antonelli. Según Antonelli y Salvini (1978) citado en Hernández (2003) propone que "la psicología del deporte es una amplia corriente de pensamiento en la que conuyen diversas doctrinas (psicología, medicina, psiquiatría, sociología, pedagogía, filosofía, higiene, educación física, rehabilitación, etc.) y, por consiguiente, se trata de un asunto de competencia multidisciplinar abierto a la contribución que cada uno pueda aportar desde la base de su propia preparación específica".Pag 23.

### 3.3 La psicología del deporte en México

Inicios de la psicología del deporte en México

Décadas de los sesenta y setenta.

Las primeras aproximaciones en psicología del deporte, tal como lo señala Morán y Rodríguez (2009) tienen sus orígenes en el ámbito aplicado, más desde una perspectiva de la psicología general que propiamente como psicología aplicada al deporte. Específicamente es dentro del fútbol profesional donde se dan las primeras intervenciones de carácter psicológico. Isidro Galván en los años sesenta trabajó con el equipo de Cruz Azul de primera división y posteriormente participó como encargado de la atención psicológica de la selección mexicana de

fútbol que represento a México en las Olimpiadas del 68. El trabajo que realizó en las olimpiadas según la experiencia de los jugadores, no fue del todo comprendido por parte de los seleccionados nacionales ni los medios de comunicación, llegándose a calificar por algunos jugadores como innecesario y poco beneficioso (Salazar, 2008).

Más allá de las intervenciones puntuales de Isidro Galván en los años sesentas, es el Dr. Octavio Rivas quien se considera el pionero de la psicología del deporte en México. El Dr. Rivas, médico de profesión, incursiona en el mundo del deporte y la psicología aplicada utilizando como modelo teórico el Análisis Transaccional, en 1976, cuando la Universidad Autónoma de México lo contrata para prestar sus servicios profesionales con el equipo de fútbol de primera división de Pumas de la UNAM. Este trabajo que inicia a mediados de los años setenta continúa con resultados relevantes durante la época de los ochenta, periodo donde el club se convierte en una de las canteras más importantes del país, debutando jugadores de talla internacional como Hugo Sánchez, Manuel Negrete y Luis Flores entre otros. Más tarde el Dr. Rivas es invitado a formar parte del cuerpo técnico de la Selección Nacional de Fútbol que participa en los mundiales de México 1986 y Estados Unidos, 1994, ayudando con ello a la difusión y promoción de la psicología del deporte en el país (Salazar, 2008).

Hacia la formación y la difusión de la Psicología del Deporte (finales de los años setenta y época de los ochenta) Los esfuerzos iniciados a nivel de cancha llega a las aulas cuando en el Dr. Rivas imparte por primera vez el módulo de “Psicología Aplicada al Fútbol” dentro del Centro de Capacitación (CECAP) de la Federación Mexicana de Fútbol (FMF) a finales de los años setenta, espacio que ha logrado trascender hasta nuestros días, como parte del proceso de formación de los Directores Técnicos del país. Las Instituciones de Educación Superior comienzan a su vez propuestas de difusión y formación.

A principios de los años ochenta la Facultad de Psicología de la UNAM, organiza el coloquio titulado “Psicología Aplicada al Deporte” donde intervienen organismos gubernamentales como la Comisión Nacional de Cultura Física y

Deporte (CONADE), el Instituto Mexicano del Seguro Social, (IMSS), la Escuela Superior de Educación Física y promoción Deportiva del Distrito Federal(Heredia, 2005).

A nivel aplicado seguían siendo escasos los profesionales de la psicología vinculados al deporte, cuya formación era básicamente autodidacta debido a la falta de programas de posgrado y a la dificultad para acceder al material publicado en el extranjero. Para la mayoría de los psicólogos en formación, el campo de la psicología del deporte era aún un ámbito de desarrollo profesional desconocido y poco explorado, recibiendo nula atención por parte de las facultades de psicología. Hacia finales de los años ochenta, el campo de la investigación era un terreno aún virgen, encontrándose algunos trabajos de tesis a nivel de licenciatura cuyos datos no fueron publicados

Década de los noventa.

La década de los noventa está marcada por una serie de acontecimientos que fueron significativos para el desarrollo de la psicología del deporte en el país.

Según Morán (2002) los pobres resultados deportivos obtenidos por las delegaciones olímpicas mexicanas llevaron al gobierno mexicano a crear en 1988 la Comisión Nacional del Deporte (CONADE) actual Comisión Nacional de Cultura Física y Deporte, como organismo rector del deporte a nivel nacional. Con una partida presupuestaria importante, en 1990 se crea la Dirección de Medicina y Ciencias Aplicadas de la CONADE, la cual se convierte en un espacio valioso para la incursión de psicólogos del deporte en el ámbito del alto rendimiento. Con la coordinación de la psicóloga Cristina Fink se instituye el departamento de Psicología del Deporte y se integra el primer grupo de psicólogos deportivos que trabajan de manera directa con las selecciones nacionales para el ciclo olímpico de Barcelona 1992. Con el apoyo del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), María del Rocío Hernández junto con el área de Psicología de la CONADE, realizan una investigación para medir la "Personalidad Tipo A" en atletas mexicanos y extranjeros, durante la celebración de los Juegos

Centroamericanos y del Caribe México '90, siendo de los primeros estudios con atletas de alto rendimiento de los cuales se tienen registro dentro de la psicología del deporte.

Así mismo, desde la Dirección de Medicina de la CONADE, se convoca al I Encuentro Nacional de Psicólogos del Deporte, en el año de 1991, donde el objetivo principal era compartir experiencias y agrupar a los psicólogos interesados en el ámbito del deporte en el país (Morán, 2000).

Desafortunadamente estos avances, se ven truncados tras el fracaso de la delegación mexicana en los juegos olímpicos de Barcelona. La decepción de las autoridades mexicanas se ve traducida en un fuerte recorte presupuestario para la Dirección de Medicina y Ciencias Aplicadas que merma de manera importante el trabajo que en el campo de la medicina, la nutrición y la psicología comenzaba a tomar forma el ámbito del alto rendimiento en México.

En el país, los mediados de los noventa se caracterizan por la incorporación paulatina de nuevos psicólogos interesados en el ámbito del deporte en los diferentes estados del país (Chihuahua, Estado de México, Guanajuato, Jalisco, Michoacán, Nuevo León, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora). Por ese entonces, Claudia Rivas, siguiendo el legado de su padre Octavio Rivas, se convierte en una de las principales promotoras de esta disciplina.

Hacia finales de los años noventa, encabeza dos de los acontecimientos que marcaron una nueva etapa dentro de la historia de la psicología del deporte en México. El primero de ellos, la organización junto con Guillermo Dellamary, del I Congreso Internacional de Psicología del Deporte, en 1998. Como antecedente a este evento, Claudia Rivas junto con un grupo de psicólogos había realizado un par de reuniones en el Centro Ceremonial Otomí, en el Estado de México, con una significativa respuesta por parte de psicólogos, médicos, entrenadores y profesores de educación física, quienes mostraron un gran interés por la materia (Morán, 2000).

Esto inspiró la realización del I Congreso Internacional antes mencionado, este evento trasciende a diferencia de los efectuados anteriormente debido al interés que genera en un grupo de psicólogos de recibir una formación especializada en psicología del deporte en México.

El segundo acontecimiento significativo ocurrido a fines de los años noventa (1999) representa la fundación de la Sociedad Mexicana de Psicología del Deporte y la Actividad Física (PSIDAFI), presidida por Claudia Rivas. Esta Sociedad viene a ejercer las funciones de la Sociedad Mexicana fundada por Dellamary anteriormente y que deja de operar de manera formal en el mismo año 99. Un año antes, se había constituido la Asociación Michoacana de Psicología del Deporte (AMPD), presidida por Verónica Murillo, la cual ha sido la primera y única Asociación Estatal del país, la cual dejó de operar en el año 2003.

Con la creación de la PSIDAFI, se instituyen los congresos nacionales (que tuvieron continuidad hasta el año 2003) y se establecen nuevos vínculos internacionales.

Historia reciente: Años 2000-2009. Aproximadamente

Los acontecimientos que tuvieron lugar en la década de los noventa

María del Pilar Rodríguez y Carlos Morán plantearon un inicio de siglo con retos importantes en términos de expansión y desarrollo para la psicología del deporte en México. El contar con un número cada vez mayor de psicólogos formados con bases teóricas y metodológicas de acuerdo con los planteamientos de la disciplina, permitió aproximaciones de mayor calidad en el campo aplicado.

El contexto deportivo mexicano se mostraba más receptivo a las propuestas planteadas por los psicólogos del deporte, en especial en ámbitos de alto rendimiento y de los deportes profesionales, como el fútbol. A su vez los vínculos establecidos con diferentes profesionales de la psicología del deporte a nivel internacional favorecieron el intercambio académico.

No obstante, acciones dirigidas a la generación de propuestas de especialización (programas de maestría principalmente), la apertura de mayores espacios de inserción profesional, la consolidación del asociacionismo, la promoción y generación de conocimiento científico y la consolidación de la psicología del deporte como una opción de desarrollo profesional para los psicólogos en formación (mayor presencia en los planes de estudio) seguían siendo tareas prioritarias.

A partir del año 2000 se realizaron diversos eventos de difusión (congresos, conferencias, jornadas, reuniones académicas), con participación de ponentes internacionales como:

Francisco García-Ucha

-Luis Gustavo González

-Rosana Llames

-Walter Salazar

-Enrique Canton

-Antonio Hernández Mendo

-Marcelo Roffe, Beatriz Galilea entre otros.

En el ámbito aplicado se observa una mayor inserción de psicólogos del deporte en los diferentes centros estatales del deporte que trabajan principalmente en la atención de los deportistas de alto rendimiento. A finales de los años noventa se pone en marcha el programa CIMA “Compromiso Integral de México con sus Atletas, con el propósito de mejorar la actuación de los atletas mexicanos en las olimpiadas de Sydney 2000. Para ello se constituyen grupos multidisciplinarios a fin de que los atletas reciban la atención más completa posible en los diferentes ámbitos de las ciencias aplicadas.

A este grupo se unen psicólogos deportivos, que coordinados por Cristina Fink trabajan con atletas y entrenadores durante las olimpiadas de Sydney 2000 y Atenas 2004.

Asimismo, la participación de psicólogos del deporte en los clubes profesionales de fútbol se extiende. Diversas instituciones incorporan psicólogos deportivos para que trabajen principalmente en la formación de jugadores en sus Fuerzas Básicas y en otros Deportes como el tenis, el fútbol americano, el automovilismo, la natación sincronizada, la natación, el golf, la gimnasia artística comienzan a contemplar el trabajo psicológico (Morán, 2009). A lo largo de la historia de la psicología del deporte el papel del psicólogo fue cambiando al cambiar las necesidades u objetivos de la misma pero actualmente cuales son las funciones que debe realizar el psicólogo del deporte.

### 3.4 El papel del psicólogo del deporte

Para González (1997) el Psicólogo de la Actividad Física y del Deporte es aquel que desarrolla sus funciones dentro del campo de la Psicología de la Actividad Física o del Deporte y posee la formación y acreditación correspondiente. Los psicólogos del deporte contemporáneos se mueven en terrenos diversos. En sus actividades profesionales, desempeñan tres papeles principales: realización de investigaciones, enseñanza y asesoramiento.

Para Weinberg (2010) menciona que quienes se desempeñan en el ámbito académico su principal objetivo es profundizar los conocimientos a través de la investigación. La mayoría de los psicólogos que trabajan en este terreno hacen estudios por ejemplo, las motivaciones de los niños para participar en actividades deportivas, la relación que existe entre el movimiento del cuerpo y la autopercepción entre otras investigaciones. Actualmente el trabajo de investigación también se realiza a nivel multidisciplinario, lo cual tiene como beneficio que las investigaciones tengan mayor alcance, y sean cuestionables desde diferentes puntos de vista y especialistas en cada área.

Gil (2004) menciona que si hacemos una revisión de las principales líneas investigadoras en psicología del deporte hemos de plantearnos primero el aclarar brevemente la evolución histórica de los distintos enfoques teóricos. En función del predominio de cada uno de ellos en distintos momentos, han variado las directrices investigadoras de cada etapa: 1) Enfoque basado en los rasgos de personalidad (Binet, principios siglo XX), etapa en la que predomina el uso de los test psicológicos como forma específica de medir distintos comportamientos (inteligencia, personalidad, aprendizaje, olvido), y prima la evaluación de las diferencias individuales, o de los rasgos constitutivos de la personalidad (medición de características estables de personalidad).

2) Enfoque del Interaccionismo (Mischel), basado en el modelo conductista, destaca la importancia que tiene el ambiente en determinar el comportamiento; el comportamiento sería resultado de la interacción del organismo con el ambiente.

3) Enfoque conductual-cognitivo, que surge cuando el conductismo admite la implicación de los aspectos cognitivos, motivacionales y emocionales en la conducta, y no tan sólo los aspectos observables de ésta, integrándose así las dimensiones interna y externa del comportamiento. Este enfoque es el que predomina actualmente, y emplea el método experimental como modo de estudio del comportamiento (contrastación de hipótesis) (García, 2005).

### 3.5 Tareas de la psicología del deporte

El Psicólogo de la Actividad Física y del Deporte es aquel que desarrolla sus funciones dentro del campo de la Psicología de la Actividad Física y el Deporte y posee la formación y acreditación correspondiente. Específicamente, su rol se desenvuelve, como hemos visto anteriormente, en los siguientes ámbitos:

1) Deporte de Rendimiento: incluyendo el deporte profesional, el alto rendimiento y el deporte de otros niveles de rendimiento;

2) Deporte de Base e Iniciación: Actividad Física y Deporte Escolar y Universitario, además del Deporte Comunitario

3) Deporte de Ocio, Salud y Tiempo Libre (Juego y Recreación): incluyendo en este apartado el deporte para todos, o el deporte para poblaciones con necesidades especiales - minusvalías, o tercera edad.

Los psicólogos especializados en deportes identifican los principios y las pautas que los profesionales pueden usar para ayudar a los adultos y a los niños a participar en actividades deportivas y así beneficiarse a partir de estas experiencias (Weinberg, 2010).

Sleet (1973) señaló que la investigación en Psicología del Deporte había de ocuparse también de "la conducta de los espectadores, la rehabilitación y la terapia a través de la actividad física, la adquisición de destrezas motrices, el juego, la dinámica de grupos, la propiocepción, la educación motriz, la imagen corporal, la personalidad y las habilidades físicas y la fenomenología del movimiento" (Sleet, 1973, p. 103). De hecho, hasta muy recientemente, la mayor parte de la investigación sobre Psicología del Deporte se ha llevado a cabo en las Facultades de Educación Física. Así, durante la década de los setenta, todavía existían pocos investigadores formados y contratados profesionalmente por los departamentos de Psicología. Por una parte, supuso una mayor aceptación de la Psicología del Deporte entre los profesionales de la educación física y el deporte.

Para delimitar el estudio del deporte se considerará como punto esencial el estudio del deporte adaptado, y como es que surge.

### 3.6 El deporte adaptado

Definir el Deporte Adaptado es una tarea difícil, debido a la poca documentación existente, pero podemos hacerlo con un lenguaje sencillo siguiendo la definición del Rodríguez (1993): "Especialidad deportiva que utiliza medios diferentes a los habituales para poder ser practicada por deportistas diferentes a los habituales"p.92.

La Educación Física Adaptada o Especial, y siguiendo al mismo autor, incluye una serie de actividades físicas: "Planeadas para personas con problemas

de aprendizaje, resultante de deficiencias motóricas, mentales o sensoriales. Planeadas con el propósito de rehabilitar, capacitar, poner remedio, prevenir y desarrollar físicamente. Modificadas con la finalidad de posibilitar la participación del discapacitado, diseñadas para modificar las capacidades motrices del individuo, procurando un desarrollo motor máximo. Llevadas a cabo en instituciones docentes, hospitalarias o centros de rehabilitación que tienen por objetivo principal preparar al deportista minusválido para su integración posterior en las instituciones deportivas integradas.” Por su parte la LOGSE(s/a) nos introduce el concepto de necesidades educativas especiales (NEE), que, como nos indica Arráez, (1998), pretende “salvaguardar y garantizar una respuesta educativa adecuada para aquellos alumnos que se encuentren, por los motivos que fuere, en situación de desventaja, respecto de la mayoría de sus compañeros, para acceder a la educación” pag.43. Teniendo en cuenta esto, tenemos que percatarnos, que no sólo se considera a un individuo con necesidades educativas especiales a aquellas personas que poseen algún tipo de discapacidad o minusvalía, sino que en ciertos aspectos, todos podemos tener carencias hacia las cuales debemos orientar determinadas metodologías que supongan una mejora o eliminación de las mismas. Siguiendo con el concepto y con el comentario de Arráez, éste nos manifiesta que el término alumno con NEE “no es un eufemismo, para referirse a colectivos concretos, sino la referencia a una situación que puede afectar a cualquier alumno que, por causa de origen personal o social, puede presentar necesidades especiales, sin prejuzgar su capacidad de aprendizaje”. Para conseguir que esa excepcionalidad desaparezca existen varios sistemas, siendo el más extendido el de las Adaptaciones Curriculares, con el auxilio de los Equipos de Orientación Educativa, con la utilización de apoyos de tipo lingüístico o verbal, apoyos visuales o apoyos físicos, según sea la discapacidad que posea el sujeto. Gomendio, (2000), siguiendo a Arráez (2000), nos hace referencia a los diferentes grados de integración educativa, con cuatro situaciones diferentes para el alumnado con NEE: El niño o la niña desarrolla toda su actividad escolar en su grupo-clase, con la adaptación curricular necesaria. El niño o la niña desarrollan parte de la actividad en el grupo- clase y, en determinados momentos, recibe un

apoyo educativo específico. El alumnado no puede integrarse en el aula ordinaria, optando por aulas especiales en el centro o por la asistencia a un centro específico de educación especial. Y por último, aquellos niños o niñas que no pueden realizar ninguna actividad en un centro ordinario, precisando una atención individualizada en un centro de educación especial.

Las tres primeras situaciones suponen el reconocimiento, en lo que a la Educación Física se refiere, de la importancia que tiene realizar las actividades en igualdad de condiciones entre todo el alumnado; tanto en la consideración socializante del deporte y las actividades físicas, como en el planteamiento de las actividades, de forma que todos los alumnos puedan tomar parte sin exclusiones. Esta última manera de considerar es lo que llamamos Actividades Físicas Inclusivas en el ámbito de la Educación Física. Para conseguir realizar este tipo de actividades hay que tener en cuenta la adaptación de materiales, normas, personas y metodología educativa. Para considerar un deporte como adaptado, y siguiendo a Rodríguez (1993), debe estar presente al menos uno de los siguientes condicionantes: “Que el sujeto que la practique tenga alguna desventaja respecto al individuo normal y, por tanto, no pueda competir con él en igualdad de condiciones. Que los reglamentos del deporte en cuestión deban ser modificados para permitir a un determinado grupo de personas su práctica. Que sea un deporte completamente nuevo y específico de un determinado colectivo de personas con cierta discapacidad y que no pueda ser practicado por personas que no compartan dicha discapacidad.”(Hernández, 2003,p.30). No cabe duda que lo indicado por Conrado Rodríguez para el deporte de competición tiene aplicabilidad en las actividades escolares.

La psicología del deporte es una rama de la psicología que puede beneficiar a muchas personas, la desventaja es que a través de la historia solo se ha utilizado como herramienta para mejorar o aumentar el rendimiento en los atletas, la incógnita que se abre en este análisis es que otros beneficios puede traer consigo la psicología del deporte a la sociedad y en este caso en específico, a las personas que tienen alguna discapacidad ya se física, sensorial o cognitiva.

Es muy importante conocer y relacionar como el trabajo en conjunto de la psicología, el deporte pueden ayudar a dicha población en diferentes ámbitos de su vida principalmente en el de las habilidades sociales.

## 4. DEPORTE Y DISCAPACIDAD

La incorporación de personas con discapacidad al mundo deportivo es un fenómeno bastante reciente ya que hasta después de la segunda guerra mundial no se iniciaron los primeros pasos en la práctica deportiva para este colectivo. En 1944 se empezó a utilizar el deporte como un medio para la rehabilitación y en 1950 se organizaron las primeras paralimpiadas. Al día de hoy la participación de personas con discapacidad en el deporte está bastante normalizada y se practican multitud de disciplinas a niveles recreativo y competitivo.

En casi todas las disciplinas deportivas se ha puesto en marcha el deporte adaptado que se adecua a las posibilidades de los participantes e incluso crea deportes específicos que son practicados por personas con discapacidad física, psíquica y/o sensorial.

Actualmente se ofrece la posibilidad de acceder al deporte a personas que en condiciones deportivas normales no podrían, y se hace en todos los ámbitos, desde el recreativo al competitivo y para los distintos tipos de discapacidad, bien sea motriz o psíquica.

Sabemos que la práctica del deporte aporta múltiples beneficios a las personas con discapacidad; favorece la rehabilitación; aumenta la autonomía personal; ayuda a la integración social; impulsa el afán de superación personal; colabora en la supresión de barreras arquitectónicas y sociales; aumenta la autoestima y ayuda al desarrollo personal.

## 4.1 Beneficios psicológicos y sociales

El deporte es siempre una fuente importante de salud, por tanto las actividades deportivas son básicas para las personas que sufren algún tipo de discapacidad física. El deporte adaptado juega un papel muy destacado en todo plan de salud integral destinado a sus colectivos, según Lorenzo (1992) actúa principalmente en tres aspectos:

-Conservación y si es posible mejora, de sus capacidades físicas y mentales, que se hayan conseguido mediante la rehabilitación médica. O que se hayan conservado mediante medidas adecuadas de prevención sanitaria.

- Fortalece su autoestima, aumentando la confianza en sus capacidades reales y habilidades.

-Favorece por tanto, su proceso de socialización y readaptación dentro de un modelo social único.

El deporte adaptado representa una real importancia en el desarrollo personal y social del individuo que lo practica. Uno de los principales beneficios a tener en cuenta es aquel de índole psicológico. Toda persona con alguna disminución de sus capacidades deberá enfrentar una sociedad construida sobre parámetros “normales”, siendo muchas veces estos parámetros las barreras que diariamente las personas con discapacidad deberán sortear. El deporte ayudará en un principio a abstraerse por momentos de los inconvenientes que esas barreras acarrearán; además fortalecerá su afectividad, emotividad, control, percepción y cognición. Pero lo que es más importante es que el deporte crea un campo adecuado y sencillo para la auto-superación, busca establecer objetivos a alcanzar para poder superarse día a día y luego a partir de ellos proyectar otros objetivos buscando un reajuste permanente. La auto-superación no sólo acarrea beneficios de índole psicológica sino también social (Calvo, 2001)

Complementando Brandon (1999), menciona que la actividad física y el deporte son terapias no farmacológicas efectivas para reducir el estrés, los

trastornos del sueño, depresión, ansiedad y otros deterioros que surgen a lo largo del proceso de envejecimiento. También Biddle (1993) expone que actualmente se reconoce que ciertas formas de actividad física pueden estar relacionadas con el bienestar psicológico y reducir el riesgo de algunos problemas de salud, tanto físicos como mentales y que la literatura especializada que contempla la investigación sobre los posibles beneficios de salud mental para las personas mayores que practican regularmente ejercicio físico es cada vez más abundante. Así, por ejemplo, existe un importante consenso en las afirmaciones hechas por el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (Morgan y Goldston, 1987) en cuanto a que el ejercicio se encuentra asociado con la reducción de estados de ansiedad, a largo plazo, está asociado con reducciones de rasgos como el neuroticismo, puede ser un buen aliado para el tratamiento profesional de la depresión, favorece la reducción de varios índices de estrés, y tiene efectos emocionales beneficiosos a lo largo de todas las edades y para todos los géneros.

Como síntesis de lo que mencionan los autores anteriores se puede determinar que el deporte es siempre una fuente importante de salud, por tanto las actividades deportivas son básicas para las personas que sufren algún tipo de discapacidad física. El deporte juega un papel muy destacado en todo plan de salud integral destinado a sus colectivos, actuando principalmente en tres aspectos:

- Conservación y si es posible mejora, de sus capacidades físicas y mentales, que se hayan conseguido mediante la rehabilitación médica.

- Fortalece su autoestima, aumentando la confianza en sus capacidades reales y habilidades.

- Favorece por tanto, su proceso de socialización y readaptación dentro de un modelo social único.

Los beneficios terapéuticos y educativos del Deporte para personas con discapacidad variarán según las características y el ámbito a llevarse a cabo

Arraez (2000) distingue cuatro tipos de deporte adaptado para personas con discapacidad:

- 1) Deporte adaptado escolar: se desarrolla en las escuelas convencionales y especiales.
- 2) Deporte adaptado recreativo: se desarrolla en entes estatales, plazas, escuelas, clínicas, instituciones y hospitales.
- 3) Deporte adaptado terapéutico: Aquí se entiende el deporte como parte del proceso de rehabilitación.
- 4) Deporte adaptado competitivo: para hablar de este tipo de deporte debe reunir las siguientes condiciones: un sistema de clasificación, un sistema de competición (local, nacional e internacional), un reglamento de juego y entes nacionales e internacionales que lo avalen.

Complementando Barbero y Barbero (2011) mencionan los cuatro tipos de deporte:

## 4.2 Deporte adaptado escolar

Se desarrolla: en las Escuelas Especiales y en las Escuelas Comunes. En estas últimas los alumnos con necesidades educativas especiales (así se los denomina) se encuentran integrados con compañeros convencionales. El aula de Educación Física va siendo el medio correcto para que el alumno edifique las bases de la futura disciplina deportiva que realizará en algún club o institución.

Las áreas motrices a desarrollar son:

Cualidades perceptivo-motoras

Habilidades motoras

Cualidades condicionales y coordinativas

Los medios para poder desarrollarlas son:

Psicomotricidad

Recreación

Juegos, pre-deportivos e inicio al deporte.

Esta metodología de trabajo que se realiza generalmente en las escuelas, es aquella que luego permitirá incorporar las técnicas y el entrenamiento específico de cualquier disciplina deportiva. Debemos pensar que la mayoría de las personas que transitan por el deporte adaptado escolar son niños y adolescentes con una discapacidad genética y/o hereditaria, o adquirida en sus primeros años. Por eso es que estas pueden llegar a ser las únicas experiencias motrices de su vida.

### 4.3 Deporte adaptado recreativo

El deporte recreativo tiene que ver mucho con los deportes inclusivos. Son muchas veces juegos adaptados a todos los individuos que quieran participar del mismo. Tiene por objetivo el buen uso del ocio y del tiempo libre. Muchas personas con alguna disminución se sienten marginadas y postergadas, a través de este tipo de deporte podrán distraerse y relacionarse con numerosas personas.

### 4.4 Deporte adaptado terapéutico

Se entiende al deporte como parte del proceso de rehabilitación. Entendiendo a la rehabilitación como los procedimientos médicos, psicológicos, pedagógicos y sociales que sirven para el mejor desarrollo de las capacidades de la persona con necesidades especiales. El deporte no debe ser nunca un cúmulo de movimientos, ya que el mismo tiene sus fundamentos pedagógicos a raíz de los cuales se establecen los objetivos propios de la actividad. Es importante decir que en el deporte y a través de la motivación que el mismo desencadena se realizan esfuerzos que muchas veces superan aquellos que se realizan durante una sesión individual de trabajo físico. Antes que una persona con discapacidad comience a practicar deporte deberá haber completado su tratamiento reeducativo

y de ejercicios individuales. Deberá estar sin dolores, y sin zonas inflamadas. El deporte terapéutico comenzará lo más temprano posible pero nunca a expensas del tratamiento físico individual. Ya vimos que el deporte mejora tanto el campo psicológico como el social; también desarrolla las capacidades perceptivo-motoras, las habilidades motoras y las capacidades condicionales y coordinativas. A todos estos beneficios se le suman los beneficios terapéuticos:

- Contribuye a mantener y mejorar las funciones corporales ya obtenidas en su etapa de tratamiento físico individual.

- Mejora las funciones motoras, sensoriales y mentales, tanto las que se encuentran en las zona disminuidas como en la zonas no disminuidas, tratando al individuo como un ser completo.

- Estimula el crecimiento armónico y previene deformidades, y vicios posturales.

Para iniciar un Programa de Deporte Terapéutico Samanes (1998) comenta que se debe tener conocimiento de las características generales de su deficiencia, esto nos indicará si presenta alteraciones en los mecanismos de percepción (deficiencia sensorial), en la decisión (deficiencia cognitiva o alteraciones de la personalidad) o en la ejecución (deficiencias motrices o fisiológicas). Esta información deberá completarse con las particularidades de cada individuo, ya que el alumno con discapacidad o hasta con una misma deficiencia presentan necesidades educativas diferentes en función de factores como:

- Actitud ante la discapacidad

- Grado de afectación

- Estimulación recibida

- Condiciones del entorno (familia, escuela, etc)

- Experiencias motrices anteriores

- Momento de aparición de la deficiencia.

## 4.5 Deporte adaptado competitivo

Para hablar de Deporte de competencia para personas con discapacidad decimos que debe tener:

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

Un reglamento de juego: Demás está decir que la competencia y el reglamento específico de juego se establecen sólo en los deportes exclusivos, o sea que sólo participan deportistas con un tipo de discapacidad o con similitud de patologías.

Beneficios generales:

Desarrollo orgánico y funcional del individuo.

Desarrollo de la resistencia, velocidad, fuerza y flexibilidad.

Adquisición y/o perfeccionamiento de nuevas habilidades y destrezas físicas.

Desarrollo de la salud y de los hábitos higiénicos.

Compensación y/o reducción de las deficiencias morfológicas.

Mejora de la calidad de vida.

Estructuración de las actividades lúdicas y recreacionales.

Aceptación de la propia realidad. Mejora del equilibrio psíquico y liberación de la agresividad. Mejora de la capacidad de autocontrol.

Potenciación de la capacidad de autoexpresión.

Reducción de la angustia y de la ansiedad.

Mejora de las vivencias de comportamiento social.

Diagnóstico y evaluación

Barbero y Barbero (2011) hacen mención que es necesario para todo tipo de práctica deportiva para discapacitados, que se realice un diagnóstico inicial y una evaluación semestral integral a cada sujeto que realice la práctica, para ello es necesario un equipo interdisciplinario con psicólogos y personal calificado.

Gutiérrez (2004) hace referencia que en ese diagnóstico se tiene que valorar:

\*Técnica deportiva:

-Coordinación fina y gruesa.

-Desplazamiento.

\* Comportamiento motriz:

-Desarrollo de sus habilidades motoras básicas (correr, lanzar, saltar, recibir, caminar, manejo de objetos, saltar con una pierna, saltar con la otra).

-Desarrollo de la colocación del cuerpo.

-Adquisición de una conciencia interna del cuerpo y de las partes corporales entre sí.

\*Aspectos sociales:

-Integración con el grupo.

- Relación con los profesores.

- Trabajo en equipo y colaboración.

- Comunicación.

\* Aspectos psicológicos:

- Concentración.

- Motivación.

- Autoconfianza.

- Comprensión.

Como lo menciona la literatura la importancia del deporte no sólo radica en el bienestar personal (cognitivo, emocional y motriz) del individuo, sino en los aspectos sociales y culturales en los cuales las personas con discapacidad están inmersos ya que la mayoría perciben que la práctica de algún deporte los hace denotar o los hace sentirse útiles o reconocidos en el medio en el que se desenvuelven, es aquí donde surge la inquietud de que existe la posibilidad de que el deporte beneficie en las habilidades sociales en personas con discapacidad.

## CONCLUSIONES

Para concluir el presente trabajo se puede determinar que la práctica deportiva influye significativamente en las habilidades sociales de las personas con discapacidad. Según la literatura pone en manifiesto que el deporte es una ocupación muy significativa para las personas que lo practican, teniendo en cuenta la visión de los propios deportistas. Los deportistas afirman que el hecho de realizar una práctica deportiva influye de forma positiva en su estado de ánimo, así como en su día a día y en las relaciones sociales.

Como punto relevante se encuentran los beneficios físicos que tiene el deporte para las personas con discapacidad y es el área que siempre sobresale como punto positivo en cuanto a la práctica deportiva pero en realidad el deporte tiene más beneficios como son cognitivos y emocionales, pero esta parte no ha sido estudiada ni relacionada tan afondo, el deporte abre la posibilidad a las personas con discapacidad de poder entrar en la norma, de esta manera la población se percibe como útil y reconocida, ya que el deporte se considera como una conducta socialmente aceptada y gratificante para quien lo practica y si durante su historia de vida de la persona con discapacidad siempre o la mayoría de las veces fue discriminado o rechazado en cualquier grupo, al sentirse aceptado y valorado mejoran diversos aspectos de su vida.

El hecho de tener que levantarse para ir a un entrenamiento, bañarse y arreglarse después de él, puede representar para las personas con discapacidad, la única oportunidad para hacer algo sano y constructivo durante el día y sustituir el estar inactivo, encerrado eternamente en casa o enviciado en conductas no aceptadas.

Las personas con discapacidad a través de los años de experiencia, fracasos y frustraciones en sus actividades cotidianas se van comprobando por si solas sus defectos y la condición de desventaja en la que se encuentran en relación a quienes los rodean, pero el deporte es un medio por el cual esta población tiene la oportunidad de desarrollar ciertas destrezas y habilidades las

cuales le servirán como refugio en donde recuperaran la confianza en sí mismos y sus habilidades sociales mejoran ya que los hace sentirse útiles e integrables a la sociedad convencional.

En esta parte es donde interviene la psicología, para la mejora, la integración e intervención por medio del deporte, pero aquí es donde surge una duda ¿Qué se está haciendo en la actualidad como psicólogo deportivo adaptado? Es por eso que surge la recomendación de hacer más trabajo al respecto.

Continuando sobre la misma línea se propone hacer más investigación desde la psicología del deporte y la cooperación de los psicólogos deportivos ya que en esta rama a lo largo de la historia solo se ha centrado la atención en el rendimiento de los deportistas, con más investigación y cooperación se tendría un mayor conocimiento de cómo el deporte puede beneficiar a la población vulnerable y con ello ofrecer a la familia del deportista mayores oportunidades de crecimiento biopsicosocial, en cuanto al trabajo como psicólogos en esta área se recomienda no ignorar los beneficios que nos puede dar el deporte como herramienta para beneficiar a las personas con discapacidad, y el trabajo sea más trascendente, y no solo se vea a la profesión como simples evaluadores o los profesionales que pueden ayudar a mejorar el rendimiento, sino utilizar esta herramienta para mejorar diferentes problemáticas que se generalicen en esta población.

Seguramente si se hace un trabajo de investigación más completo en este ámbito se tendría una propuesta enriquecida para ofrecer a las familias que viven con personas con discapacidad y a las autoridades, e impulsar y convencer que el deporte tiene diversos beneficios sobre las personas con discapacidad y para que ambos organismos puedan apoyar de una manera significativa a los deportistas discapacitados y al mismo tiempo aumentaría la población de deportistas y el número de beneficiados a nivel de salud y de calidad de vida en este caso mejora en las habilidades sociales por la práctica del deporte.

Las perspectivas de futuro que se abren son sobre todo necesarias y obligadas, para poder atender la demanda de actividad física adaptada desde los ámbitos recreativo y terapéutico, hasta los ámbitos educativo y profesional. Se puede determinar que la influencia del deporte sobre las habilidades sociales de las personas con discapacidad argumenta la necesidad de incluir las ocupaciones deportivas en la intervención de terapia ocupacional, con la finalidad de promover la salud, el bienestar y la participación social.

## BIBLIOGRAFÍA

- Ajuriaguerra J. (1980). Antecedentes y problemática actual en Deporte Adaptado. La Laguna: Escuela Canaria. Manual de Psiquiatría infantil, Barcelona, TorayMasson.
- Alba, A. (2006) *La magia del esfuerzo. Retos y bienestar emocional en el deporte*. Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de San Luis Potosí, México.
- Antonelli, F. y Salvini, A. (1978). Psicología del deporte. Valladolid. Miñon. año XII - número I (23) / 2011 fundamentos en humanidades 179  
año XII - número I (23) / 2011 fundamentos en humanidades 180
- Aragón, P. O. (2002). Intervención Psicológica con deportistas paralímpicos Sydney 2000. *Revista de Psicología del Deporte*, 11(2), 269-273.
- Arias Martínez, B. y Fuertes Zurita, J. (1999). Competencia social y solución de problemas sociales en niños de educación infantil: un estudio observacional. *Mente y Conducta en situación educativa. Revista electrónica del Departamento de Psicología. Universidad de Valladolid*, 1, (1), 1-40.
- Arráez, J. (1998). Teoría y Praxis de las Adaptaciones Curriculares en la Educación Física. Málaga: Aljibe.
- Arráez, J. (2000). ¿Puedo Jugar Yo?. Granada: Proyecto Sur.
- Asher, S. y Williams, G. (1987). Helping children without friends in home and school contexts. *Children's social development: information for teachers and parents*. (ERIC Document Reproduction Service No. ED 283 625).
- Ballester, R. y Gil Llario, M. (2002). Habilidades sociales. Madrid: Síntesis.
- Bandura, A. y Walters, R (1974). Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad. Madrid: Alianza.
- Bandura, A. (1987) Pensamiento y Acción. Barcelona: Martínez Roca.
- Barbero, G. y Barbero, G. (2011). PRÁCTICA DE PADEL ADAPTADO, UN MODELO DE INTEGRACIÓN AL DEPORTE Espiral. Cuadernos del Profesorado, 4(8), 69-76.
- Bermúdez, A. C. (2002). La anticipación en el deporte. *EF deportes, Revista Digital*, 8, 48. Recuperado de <http://www.efdeportes.com/autor/angeober.htm>.
- Bernal, J. (2001). Juegos y Actividades Adaptadas. Todo lo que debemos saber para comprender y facilitar la integración. Madrid. Editorial Gymnos, S.L.
- Caballo, V. (1993). Relaciones entre diversas medidas conductuales y de autoinforme de las habilidades sociales. *Psicología Conductual*, 1, 73-99.
- Caballo, V. (2005). Manual de Evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. (6º Edición). Madrid: Siglo XXI.
- Cacacho, J. (2006). Manual de atención a necesidades especiales. Guatemala. Dirección de calidad y desarrollo.
- Calvo, M. (2001). Necesidades ocupacionales: ocio / deporte. Rev. Anales de Ciencias de la Salud nº 4. 2001 Ed. E.U.C.S. de Zaragoza.
- Cantore, H. (2010) CAUSAS Y CONSECUENCIAS DE LA DISCAPACIDAD. Buenos Aires. Tandil.

- Caraveo-Anduaga, J., Colmenares-Bermudez, E. y Martínez-Vélez, N. (2002). Síntomas, percepción y demanda de atención en salud mental en niños y adolescentes de la ciudad de México. *Salud Pública de México*, 44 (6), 492-498. Disponible en: [http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0036-6342002000600001&script=sci\\_arttext](http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0036-6342002000600001&script=sci_arttext)
- Carr, A. (2007). *Psicología Positiva. La ciencia de la felicidad*. Barcelona. Paidós.
- Cerezo, F. (1997). *Conductas agresivas en la edad escolar*. Madrid: Pirámide.
- Costa, M. y López, E. (1996). *Educación para la Salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida*. Madrid: Pirámide.
- Couchoud, E. y Holt, R. (1990). Emotional and behavioral predictors of preschool peer ratings. *Child Development*, 61, 1145-1152.
- Cruz, J. (1996). Psicología del deporte: historia y propuestas de desarrollo. En J. Cruz (Ed.), *Psicología del Deporte* (pp. 15-41). Madrid.
- Cruz, J., y Cantón, E. (1992). Desarrollo Histórico y Perspectivas de la Psicología del Deporte en España. *Revista de Psicología del Deporte*, 1, 53-61.
- Díaz-Sibaja, M., Trujillo, A. y Peris Mencheta, L. (2007). Hospital de día infanto-juvenil: programas de tratamiento. *Revista de Psiquiatría y Psicología del niño y del adolescente*, 7 (1), 80-99.
- Diniz, D. (2009). *Discapacidad. Brasil. RIDH. Educativas especiales*. Madrid: Gymnos.
- Dollard, J. y Millar, N. (1950). *Personality and Psychotherapy*. New York: Mc Graw Hill.
- Fernández Ballesteros, R. (1994). *Evaluación conductual hoy. Un enfoque*
- Feuerstein, R., Rand y Hoffman (1979). *Dynamic assessment of retarded performers. The learning Assessment Device: Theory, instruments and techniques*. Baltimore: University Park Press.
- Garaigordobil Landazabal, M. (2001). Intervención con adolescentes: impacto de un programa en la asertividad y en las estrategias cognitivas de afrontamiento de situaciones sociales. *Psicología conductual: Revista internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 9 (2), 221-246.
- Garaigordobil Landazabal, M. (2006). Psychopathological symptoms, social skills and personality traits: a study with adolescents from 14 to 17 years. *Spanish Journal of Psychology*, 9 (2), 182-192.
- Garaigordobil Landazabal, M. (2008). *Intervención psicológica con adolescentes: un programa para el desarrollo de la personalidad y la educación en derechos humanos*. Madrid: Pirámide.
- Gil Rodríguez, F., León Rubio, J. y Jarana Expósito, L. (Eds) (1995). *Habilidades sociales y salud*. Madrid: Pirámide.
- Gil, C. (2004). *La psicología del deporte: implantación y estado actual en España*. España. U.A.M
- GOMENDIO, M. (2000). *Educación Física para la integración de niños con necesidades*
- González, J. (1997). *Psicología del deporte*. Madrid. Biblioteca Nueva.
- Griffa, M. y Moreno, J. (2005). *Claves para una Psicología del Desarrollo. Vida prenatal. Etapas de la niñez*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Guzmán Saldaña, R., García Cruz, R., Martínez Martínez, J., Fonseca Hernández, C. y Castillo Arreola, A. (2007). *Validación social de un programa de entre-*

- namiento en habilidades sociales en adolescentes con problemas de conducta. Revista científica electrónica de Psicología, ICSa-UAEH, 3, 14-28. Disponible en: <http://dgsa.reduaeh.mx/revista/psicologia/IMG/pdf/2-No.3.pdf>
- Hatch, J. (1987). Peer interaction and the development of social competence. *Child Study Journal*, 17 (3), 16-183.
- Hernandez, A. (2003). *Psicología del deporte. Aplicaciones I (Vol.III)*. Buenos Aires. Efedportes. <http://www.exonline.com.mx/diario/columna/414777> Universidad del Fútbol. México. Manuscrito sin publicar, Culiacán, México.
- Hoffman, L., Paris, S. y Hall, E. (1995). *Psicología del desarrollo hoy*. Madrid: Mc Graw-Hill.
- Ikeda, R., Simon, T. y Swahn, M. (2001). The prevention of youth violence: The rationale for and characteristics of four evaluation projects. *American Journal of Preventive Medicine*, 20 (1, supplement 1), 15-21.
- Iruarrizaga, I., Gomez- Segura, J., Criado, T., Zuazo, M. y Sastre, E. (1999). Reducción de la ansiedad a través del entrenamiento en habilidades sociales. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 2 (1). Extraído el 11 de julio, 2003 de: [www.reme.uji.es/articulos/airvai462031195/texto.html](http://www.reme.uji.es/articulos/airvai462031195/texto.html).
- Ison, M (1997). *Déficits en habilidades sociales en niños con conductas*
- Kelly, J. (2002). *Entrenamiento de las habilidades sociales*. Bilbao: D.D.B.
- Kennedy, J. (1992). Relationship of maternal beliefs and childrearing strategies to social competence in preschool children. *Child Study Journal*, 22, (1), 39-61.
- Lacunza, A. (2007). *Inteligencia y desnutrición en la infancia. Evaluación de las habilidades cognitivas y sociales en niños de Tucumán en contextos de pobreza*. Tesis doctoral, no publicada.
- Lacunza, A. y Contini, N. (2009a). Las habilidades sociales en niños preescolares en contextos de pobreza. *Ciencias Psicológicas*, 3 (1), 57-66.
- Lacunza, A. y Contini, N. (2009b). Perspectiva multimétodo en el diagnóstico de las habilidades sociales. Su vinculación a dificultades comportamentales. *Memorias del I Congreso de Psicología del Tucumán*. Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Tucumán.
- Lacunza, A. y Contini, N. (2009c). ¿Las habilidades sociales son un recurso positivo para los niños? Un estudio preliminar en contextos de pobreza. *Memorias del I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XVI Jornadas de Investigación y V Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur*. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Tomo III, 549-551.
- Lacunza, A., Castro Solano, A. y Contini, N. (2009). Habilidades sociales preescolares: una escala para niños de contextos de pobreza. *Revista de Psicología*, Pontificia Universidad Católica del Perú, 27 (1), 3-28.
- León Rubio, J. y Medina Anzano, S. (1998). Aproximación conceptual a las habilidades sociales. En F. Gil y J. León (Edit.). *Habilidades sociales. Teoría, investigación e intervención* (pp. 13-23). Madrid: Síntesis Psicología.
- Michelson, L., Sugai, D., Wood, R. y Kazdin, A. (1987). *Las habilidades sociales en la infancia: Evaluación y tratamiento*. Barcelona: Martínez Roca.
- Mischel, W. (1973). Toward a cognitive social learning reconceptualization of personality. *Psychological Review*, 80, 252-283.

- Monjas Casares, M. (2002). Programa de enseñanza de habilidades de interacción social (PEHIS) para niños y niñas en edad escolar. Madrid: CEPE. año XII - número I (23) / 2011 fundamentos en humanidades 181
- Monjas Casares, M. (2004). Ni sumisas ni dominantes. Los estilos de relación interpersonal en la infancia y en la adolescencia. Memoria de Investigación, Plan Nacional de Investigación Científica, Desarrollo e Innovación Tecnológica. Valladolid, España. Disponible en: [http://www.inmujer.migualdad.es/mujer/mujeres/estud\\_inves/672.pdf](http://www.inmujer.migualdad.es/mujer/mujeres/estud_inves/672.pdf)
- Monjas Casares, M.; González Moreno, B. y col. (1998) Las habilidades sociales en el currículo. Centro de Investigación y Documentación Educativa- CIDE, España, Nº 146. Disponible en: [www.mec.es/cide/publicaciones/textos/col146/col146.htm](http://www.mec.es/cide/publicaciones/textos/col146/col146.htm)
- Morán, C. (2000) Estado actual de la Psicología del Deporte en México. *Revista de actualidad de la Psicología del Deporte*, 1(3). Recuperado de <http://www.lictor.com/revista/in dex.php3?articulo=3>.
- Morán, C. (2002) Formación y Psicología del Deporte Profesional en México. *Revista de*
- Morán, C., y Rodríguez, M. P. (2009). *Historia de la Psicología del Deporte en Actualidad de la Psicología del Deporte*, 5(1), artículo 36. Recuperado de <http://www.lictor.com/revista/in dex.php3?articulo=36>.
- Moreno, M. (2006). Educación física en el discapacitado. Un recorrido hacia la posibilidad. Colombia. Editorial Landeira Ediciones.
- OMS (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento, las Discapacidades y la Salud. Ginebra: OMS.
- Ovejero Bernal, A. (1998). Las habilidades sociales y su entrenamiento en el ámbito escolar. En F. Gil y J. León (comp.) *Habilidades sociales. Teoría, investigación e intervención* (pp. 169-185). Madrid: Síntesis Psicológica.
- Pallás, M. C. (2001). Bateria de Socialización (BAS-3). Madrid: TEA.
- Papalia, D, Wendkos Olds, S. y Feldman, R. (2001) *Psicología del desarrollo*. Colombia: Mc Graw- Hill.
- Pelechano, V. (1996). *Habilidades interpersonales. Teoría mínima y programas de intervención*. Vol. II. Programas para niños y adolescentes. Valencia: para el cambio en psicología clínica y de la salud. Madrid: Pirámide.
- Pérez, G., Cruz, J., y Roca, J. (1995). *Psicología y deporte*. Madrid. Editorial Alianza.
- Prieto Ursua, M. (2000). Variables psicológicas relevantes en el estudio de los menores con trastornos psíquicos. Ponencia presentada en el I Congreso Hispano-Portugués de Psicología, 21 al 23 de setiembre, Santiago de Compostela. Disponible en: [http://www.fedap.es/congreso\\_santiago/trabajos/mprieto2.htm](http://www.fedap.es/congreso_santiago/trabajos/mprieto2.htm).
- problema. *Revista Interamericana de Psicología*, 3, (2), 243-255.
- Promolibro. Pérez Fernández, J. y Garaigordobil Landazabal, M. (2004). Relaciones de la socialización con inteligencia, autoconcepto y otros rasgos de la personalidad en niños de 6 años. *Apuntes de Psicología*, 22 (2), 153-169.
- Reyna, C. y Brussino, S. (2009). Relación entre regulación emocional, emocionalidad, control inhibitorio y atención focalizada. *Memorias del I*

- Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XVI Jornadas de Investigación y V Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Tomo II, 472-475.
- Riera, J. (1985). *Introducción a la psicología del deporte*. Barcelona. Editorial Martínez Roca.
- Ríos, M; Blanco, A; Bonany, T. y Carol, N. (2004). *Actividad física Adaptada. El juego y los alumnos con discapacidad*. Barcelona. Editorial Paidotribo.
- Rodriguez, C. (1993). *Minusvalía, deporte adaptado y actividades físicas: conceptos*,
- Rodríguez, M. P. (2007). *Valores y actitudes morales en el deporte y la actividad física Psicología del entrenador deportivo* (pp. 159-178). Sevilla: Wanceulen.
- Rondal, J. , Lambert, J. Chiipman, H. y Pastorutiaux, F. (1991). *Retraso mental*. España. Edtit. Paidos.
- Rotter, J. (1954). *Social learning and clinical Psychology*. Englewood Cliffs, New York: Prentice-Hall.
- Rudik, P. (1990). *La motivación, su estudio en la Educación Física*. Moscú Ed. Planeta.
- Salazar, R. (2008). *La memoria del fútbol*. Recuperado de <http://www.exonline.com.mx/diario/columna/414777> Universidad del Fútbol.
- Samanes, A. (1998) *Medicina del Deporte*. Madrid. Universidad de Tours.
- Samaniego, C. (1998). *El Child Behavior Checklist: su estandarización y aplicación en un estudio epidemiológico. Problemas comportamentales y sucesos de vida en niños de 6 a 11 años de edad*. Informe final. Beca UBACYT.
- Samaniego, C. (2004). *Prevalencia de trastornos psíquicos en población escolar de 6 a 11 años de edad*. Memorias de las XI Jornadas de Investigación Psicología, sociedad y cultura. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Tomo II, 226-228.
- Schaffer, R. (1990). *El desarrollo de la competencia interactiva en la infancia*. En A. Palmonari y P. Ricci. (Dir.). *Aspectos cognitivos de la socialización en la edad evolutiva* (pp. 37-48). Buenos Aires: Nueva Visión.
- Semrud-Clikerman, M. (2007). *Social competente in children*. New York: Springer.
- Sesa, S., Frassoni, A., Sabulsky, J. y Agrelo, F. (2001). *Análisis longitudinal y comparativo del desarrollo infantil en la ciudad de Córdoba*. Archivos Argentinos de Pediatría, 99 (2), 119-126. Disponible en: [www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2001/119.pdf](http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2001/119.pdf)
- Silva Moreno, F. y Martorell Sleet, D. (1973). *Psicología del deporte*. Trabajos científicos tercer congreso mundial de la sociedad internacional de la psicología del deporte. Madrid. INEF.
- Sorrentino, A. M. (1990). *Handicap y rehabilitación.*, Barcelona, Paidós
- Temiño, J. (2012) *ACCESO A LAS TIC PARA EL ALUMNADO RA EL ALUMNADO CON DISCAPACIDAD*. Madrid. Once.
- Trianes Torres, M., Cardelle Elawar, M., Mena, M. y Muñoz Sanchez, A. (2003). *Contexto social, género y competencia social autoevaluada en alumnos andaluces de 11-12 años*. Revista Electrónica de Investigación Psicoeducativa, 1 (2), 37-56.

- Trianes, M., De la Morena, M. y Muñoz, A. (1999). Relaciones sociales y prevención de la inadaptación social y escolar. Archidona: Aljibe.
- Wolpe, J. (1958). Psychoterapy by reciprocal inhibition. Palo Alto, CA: Stanford University Press.
- Weinberg, R., Gould, D.(2010). Fundamentos de la psicología del deporte y del ejercicio físico.España. Editorial médica panamericana S. A.
- Zavala Berbena, M., Valadez Sierra, M. y Vargas Vivero, M. (2008). Inteligencia emocional y habilidades sociales en adolescentes con alta aceptación social. Revista Electrónica de Investigación Psicoeducativa, 6 (2), 319-338. Disponible en: [www.investigacion-psicopedagogica.org/revista/articulos/15/espanol/Art\\_15\\_271.pd](http://www.investigacion-psicopedagogica.org/revista/articulos/15/espanol/Art_15_271.pd)