



***RELACIÓN ENTRE VARIABLES PSICOLÓGICAS
Y LESIONES DEPORTIVAS EN FUTBOLISTAS***

Alumna: María Lina Nardi

Director: Rodrigo Manuel Alvarez

Lic. en Psicología

Facultad de Psicología y Relaciones Humanas

Octubre, 2023

Índice

Agradecimientos.....	3
Resumen.....	4
Introducción	5
Antecedentes	9
Objetivos	14
□ Objetivo general.....	14
□ Objetivos específicos	14
Marco teórico	15
Cap. 1: Psicología deportiva.....	15
1.1. Principios de la psicología deportiva	15
1.2. Funciones del Psicólogo Deportivo	15
1.3. Psicología deportiva y lesiones deportivas	16
1.4. Modelo Global Psicológico de Lesiones Deportivas (MGPsLD).....	19
Cap. 2: Autoconfianza percibida	21
2.1. Teoría de la Autoeficacia percibida de Bandura	21
2.2. Autoconfianza en el deporte.....	24
Cap. 3: Ansiedad	25
3.1. Definición.....	25
3.2. Evolución del concepto	27
3.3. Tipos de ansiedad	28
Cap. 4: Variables psicológicas y lesiones deportivas.....	31
Propuesta metodológica	34
Área de estudio.....	34
Tipo de estudio.....	34
Definición conceptual y operacional de variables.....	35
Población y muestra	37
Técnicas de recolección de datos	37

A) Instrumentos.....	37
B) Procedimiento	38
Consideraciones éticas	39
Interpretación y análisis de los resultados.....	39
Conclusiones	47
Referencias	52
Anexos.....	56
Anexo 1.	56
Anexo 2.	60

Agradecimientos

A mis padres, ya que sin su apoyo y compañía incondicional no hubiera sido posible llegar hasta acá. Soy quien soy gracias a ellos.

A mis amigas, que agradezco profundamente haber conocido.

A mis hermanos, que también formaron parte de este recorrido.

A mi tío, quien siempre sumó con su presencia y quien ha sido mi guía espiritual y profesional.

Este mérito también es de todos ellos.

Resumen

Las lesiones deportivas son una de las causas más frecuentes de interrupción de la práctica deportiva. En los últimos 50 años los estudios en relación a la psicología del deportista han ido incrementando, tal es el punto que en dicha investigación el objetivo principal radica en indagar las posibles relaciones entre variables psicológicas como: ansiedad precompetitiva y autoconfianza percibida, y lesiones deportivas, en futbolistas amateurs que se desempeñan en las categorías reserva y primera de los clubes pertenecientes a la localidad de Arteaga, considerando variables sociodemográficas: género, edad y edad deportiva. Para conocer esto se han llevado a cabo cuestionarios que contenían una planilla de datos sociodemográficos, un autoregistro de lesiones deportivas y el Competitive State Anxiety Inventory 2 o Inventario de Ansiedad precompetitiva-2 (CSAI-2) de Martens, Burton, Vealey, Bump, y Smith (1990). El mismo consta de 27 ítems que miden la ansiedad en sus dos componentes (cognitiva y somática) y autoconfianza. La muestra estuvo constituida por 45 futbolistas, de los cuales 27 eran hombres y 18 mujeres. Según los resultados del presente estudio, el 78% de los sujetos se lesionó alguna vez y la mayoría son hombres. Además, son ellos mismos quienes poseen un rango de edad deportiva más elevado en relación al de las mujeres. En cuanto a los niveles de autoconfianza, dicho estudio ha encontrado niveles superiores en el género masculino. No obstante, los niveles de ansiedad precompetitiva han sido similares en ambos géneros. No se han encontrado relación entre estos niveles y la gravedad de dichas lesiones.

Palabras clave: Variables psicológicas, Lesiones deportivas, Autoconfianza, Ansiedad precompetitiva, Psicología deportiva.

Introducción

En las últimas cinco décadas se ha venido indagando acerca de la influencia que tienen ciertas variables psicológicas en el rendimiento deportivo y en las lesiones deportivas. Estas últimas constituyen en la actualidad uno de los principales problemas médicos en el ámbito del deporte (Ríos et al., 2019). Si bien es un hecho irrefutable que la etiología de las lesiones deportivas es de naturaleza multicausal, se ha confirmado que los factores psicológicos tienen una gran relevancia en la prevención, tratamiento y recuperación de las mismas (Olmedilla y García, 2009).

Dentro del estudio de las variables psicológicas que pueden influir en el rendimiento deportivo se han medido e investigado varias de ellas. Las principales son: ansiedad precompetitiva, autoconfianza o autoeficacia, control del afrontamiento negativo, control del afrontamiento positivo, atención, motivación (Ríos et al., 2019), (Ríos et al., 2021), estrés y percepción de éxito (Olmedilla et al., 2007). Para el presente trabajo de investigación se han escogido autoconfianza y ansiedad precompetitiva. La primera es desarrollada por Dosil (2004) como la creencia o el grado de certeza, de acuerdo con las experiencias pasadas, que tienen las personas respecto de su habilidad para lograr éxito en el deporte. Nicolas (2009), sostiene que la autoconfianza se utiliza con frecuencia para aludir a la percepción que tiene un individuo sobre su capacidad para enfrentarse a la realización de una determinada tarea.

Los términos autoconfianza y autoeficacia pueden aparecer en la literatura científica como sinónimos. Dentro de los desarrollos más importantes de esta variable se ha encontrado la Teoría de la Autoeficacia de Bandura (1977), la cual propone que “la autoeficacia percibida es un concepto que engloba los juicios de cada individuo sobre sus capacidades, en base a los cuales organizará y ejecutará sus actos de modo que le permitan alcanzar el rendimiento deseado” (González et al., 2015, p. 97).

Algunos autores concluyen que lo más importante no es el descenso de los niveles de autoconfianza en un deportista ya que esto es considerado como normal en los seres humanos, sino, que es más sustancial aún la capacidad de recuperación de dichos niveles, lo cual se conceptualiza como resiliencia. Estas variables psicológicas en un deportista son esenciales para alcanzar una mente lo más impermeable posible de estímulos estresantes, lo cual está directamente relacionado con una menor vulnerabilidad de vivir situaciones desagradables (González et al., 2015), dentro de las cuales podrían incluirse las lesiones deportivas.

El papel de la autoconfianza ha sido estudiado como elemento mediador en procesos de ansiedad y niveles de activación, indicando que existe una relación positiva entre esta y el rendimiento deportivo. Berengüi y Puga (2015), sostienen que la baja autoconfianza está asociada a una mayor incidencia de lesiones. No obstante, varios autores concluyen que mayores niveles de la misma pueden provocar conductas de riesgo por parte de los deportistas y consecuentemente ocasionar dicha herida (Kontos, 2000, como se citó en Olmedilla, Andreu y Blas, 2005).

Por otra parte, la ansiedad es considerada como una reacción compleja ante una situación o estímulo percibido como amenazante. Se la considera como una expresión manifestada en un momento dado e influida por diferentes factores. Existen distintos tipos, no obstante, la que aquí interesa identificar es denominada como “ansiedad estado” o “ansiedad precompetitiva”. Este tipo de ansiedad se considera que cumple una función esencialmente adaptativa donde prepara al sujeto para defenderse frente a situaciones potencialmente nocivas o desafiantes (González, 2009).

Acerca de dicha variable se destaca la aproximación teórica multidimensional, la cual, la define como una respuesta compleja: afectiva, cognitiva, fisiológica y conductual. Muchos autores la estudian desde sus dos componentes fundamentales: ansiedad cognitiva y ansiedad fisiológica (Hernández et al., 2008). A su vez, este constructo ha sido diferenciado de otros similares, como miedo y estrés (González, 2009).

Diversos autores han indicado que existe relación entre esta variable y la presencia de lesiones deportivas. Se observó que aquellos deportistas con mayores niveles de ansiedad son más propensos a padecer daños de este tipo. Además, la presencia elevada de esta variable se suele asociar a una mayor gravedad de las lesiones (Olmedilla et al., 2009), (Berengüi y Puga, 2015).

En recientes estudios se ha observado que los deportes de contacto suelen inducir mayores niveles de ansiedad cognitiva y menor autoconfianza (Hernández et al., 2008). De la relación entre ambas variables existen estudios que indican que a menor nivel de autoconfianza suele ir asociado un mayor nivel de ansiedad cognitiva (León et al., 2011), y viceversa: un aumento de la ansiedad somática y cognitiva coincide con una disminución de la autoconfianza a medida que se acerca la competencia. Esta información nos provee certezas para pensar en la evidente relación que existe entre estas dos variables escogidas, la cual se ha podido observar en deportes con características muy disimiles.

A raíz de lo explicitado, en el presente trabajo se plantea como interrogante cuáles son las posibles relaciones entre los niveles de autoconfianza percibida y de ansiedad precompetitiva y la ocurrencia de lesiones deportivas en futbolistas amateurs que se desempeñan en las categorías reserva y primera de clubes de la localidad de Arteaga, considerando variables sociodemográficas como género, edad y edad deportiva. El mismo será organizado en dos partes. Una primera parte donde se podrán conocer los antecedentes sobre el tema y el marco teórico, y una segunda parte que dará conocimiento

de la propuesta metodológica. Hacia el final del mismo se realizaron las discusiones pertinentes sobre el tema a partir de lo indagado.

PRIMERA PARTE:

Antecedentes

Se ha realizado una búsqueda de antecedentes sobre el tema en diversas bases de datos de artículos científicos. En un comienzo se han utilizado como palabras clave: variables psicológicas y lesiones deportivas. Luego de leer variados artículos y de indagar sobre distintas variables psicológicas se han escogido dos de ellas: autoconfianza y ansiedad precompetitiva.

Para continuar acotando la búsqueda se han utilizado palabras clave como: ansiedad precompetitiva, lesiones deportivas y autoconfianza. Luego, se han seleccionado con preferencia aquellos artículos científicos que posean entre cinco a diez años de antigüedad o que indaguen sobre la relación directa que interesa identificar.

Uno de los artículos es una revisión bibliográfica realizada por Abuawad (2022) donde se indagó acerca de la influencia de los factores psicológicos sobre la ocurrencia de las lesiones deportivas. Los resultados de los estudios trabajados en el mismo confirman que las variables psicológicas, ansiedad y autoconfianza, sí tienen un efecto importante en la ocurrencia de lesiones en jugadores de fútbol profesionales y aficionados, sin embargo, no es el único factor influyente en la incidencia de las mismas.

Coincidiendo con dicha autora, se confirma en varios estudios la multicausalidad de una lesión deportiva. Generalmente son dos los tipos de factores básicos aceptados en la influencia de padecer una lesión: externos o extrínsecos al deportista (tipo de deporte, condiciones ambientales, cuidados y medidas preventivas, etc.), e internos o intrínsecos al mismo (factores fisiológicos, biomecánicos y psicológicos) (Berengüi y Puga, 2015).

Recientemente, Barriga (2020), ha indagado si existe relación entre las características de las lesiones deportivas previas y ansiedad precompetitiva en futbolistas de una liga de El Salvador. Para ello llevó a cabo un estudio de tipo correlacional y transversal. La población estuvo conformada por 126 jugadores de fútbol pertenecientes

a los clubes integrantes de la liga, de los cuales 62 conformaron a la muestra. A partir de la recolección de las características de las lesiones deportivas (tipo, localización y gravedad) y de la aplicación del instrumento que mide ansiedad precompetitiva CSAI-2R se hallaron los siguientes resultados. No hubo significancia estadística entre lesiones deportivas previas y ansiedad precompetitiva, no obstante, al asociar la covariable edad con las dimensiones ansiedad cognitiva y somática se halló significancia estadística. Se ha encontrado que a menor edad aparece mayor ansiedad cognitiva. Y con la variable autoconfianza la relación es positiva, por ende, a mayor edad se asocian mayores niveles de la misma.

Por otra parte, Barriga y Peralta (2020), en su estudio “Características de las lesiones deportivas previas y ansiedad pre-competencia en futbolistas amateur de Lima” han realizado un estudio de tipo correlacional y transversal, con una muestra de 62 futbolistas para indagar en la relación de las lesiones deportivas previas y los niveles de ansiedad previos a la competencia. Para ello emplearon una ficha de datos que contenía preguntas acerca de las características de las lesiones previas (posición de juego, ocupación, edad y club deportivo) y el cuestionario CSAI- R que permitió evaluar los niveles de ansiedad precompetitiva. Los resultados indican significancia estadística en cuanto a la relación entre la gravedad de la lesión y la ansiedad precompetitiva, es decir, que mayor gravedad tenía la lesión que habrían sufrido los deportistas, mayor ansiedad precompetitiva desarrollaban luego en los partidos posteriores ya recuperados.

Ríos y Pérez (2021), han indagado acerca de la relación entre ciertos factores psicológicos y las lesiones deportivas en un equipo de baloncesto de alto rendimiento de Cuba. El estudio es de tipo descriptivo, correlacional y transversal, realizado a 21 deportistas que constituyen la población correspondiente. Para ello,

se empleó un cuestionario específico para obtener información sobre las lesiones, el Inventario de Ansiedad Rasgo/Estado y el Inventario de Ansiedad Estado en Competencia para evaluar la ansiedad (rasgo y estado específicamente) y, para evaluar las habilidades psicológicas asociadas al rendimiento deportivo fue aplicado el Inventario Psicológico de Ejecución Deportiva.

Dichos autores obtuvieron una elevada presencia de lesiones. Concluyen que estas se asocian a bajos niveles de autoconfianza, de control emocional, de control de la atención y de la actitud del deportista, así como un menor control del afrontamiento negativo y de la actitud se asocian a lesiones de mayor gravedad.

Coincidiendo con este estudio, autores como Abenza et al. (2009) en su investigación “Lesiones y factores psicológicos en futbolistas juveniles” sobre una muestra de 226 futbolistas de dicha edad, han encontrado una asociación entre valores medios y bajos de autoconfianza y el padecimiento de lesiones. Para ello han realizado un análisis clásico de casos y se han enfocado también en la relación entre lesión y los teóricos autoconfianza, ansiedad, concentración e influencia de la evaluación del rendimiento, que han sido medidos por medio del Cuestionario de Características Psicológicas relacionadas con el Rendimiento Deportivo Factorizado (CPRD-f).

Concluyen que para evitar sufrir lesiones deportivas deben alcanzarse niveles óptimos de autoconfianza, ansiedad, y atención. Remarcan la importancia de alcanzar una adaptación adecuada de estas, evitando el exceso o el defecto de las mismas.

Coincide con esta línea de investigación un estudio llevado a cabo por Catalá y Peñacoba (2020), donde se indagó sobre los factores psicológicos asociados a la vulnerabilidad de lesiones. Allí han evaluado acerca de la asociación entre ciertas características psicológicas de los deportistas y la ocurrencia de lesiones, en un equipo de fútbol de tercera división, basándose en una muestra de 22 deportistas.

Los instrumentos utilizados se han centrado en medir la influencia de la ansiedad (CSAI-2), las variables relacionadas con el rendimiento deportivo (CPRD), las estrategias de afrontamiento (ACSQ-1) y la regulación emocional (IE). Además, se llevó a cabo un registro de lesiones durante los 6 meses posteriores a la evaluación.

Según sus conclusiones, la ansiedad no parece desempeñar un papel fundamental, sin embargo, la autoconfianza se posiciona como variable positiva ya que se asocia a la no ocurrencia de lesiones. Por último, han concluido que el control del estrés y ciertas estrategias como la motivación y la habilidad mental desempeñan un papel esencial en la prevención de lesiones deportivas.

Según los resultados alcanzados por Berengüi y Puga (2015) en su investigación realizada con jóvenes deportistas sobre la vinculación entre variables psicológicas y lesiones deportivas, la autoconfianza tiene una relación consistente con el número de lesiones sufridas. Dichos autores han administrado a 115 deportistas el Inventario Psicológico de Ejecución Deportiva (IPED), el Sport Competition Anxiety Test (SCAT) y el Perfil de Estados de Ánimo (POMS). Además, han registrado las lesiones a lo largo de 10 meses.

Concluyen que cuanto mayor es la puntuación de autoconfianza, menor vulnerabilidad a sufrir lesiones tienen los deportistas. Esta variable también ha sido estudiada en relación al género. Autores como León et al. (2011), indican que en mujeres se han encontrado valores de ansiedad precompetitiva más elevados que en hombres y sus niveles de autoconfianza eran menores. Estos resultados han sido producto de la valoración de la ansiedad con el Cuestionario Competitive State Anxiety Inventory-2 (CSAI-2), junto con una escala de direccionalidad de la ansiedad que evaluaba la interpretación de los síntomas de ansiedad. Cabe

destacar que, como se ha mencionado, dicha variación en relación al género constituye uno de los puntos de interés en el presente trabajo.

A modo de cierre, lo que se ha observado que aparece de manera recurrente en los diversos antecedentes sobre el tema ha sido principalmente que, tener niveles intermedios de autoconfianza conduce a una menor vulnerabilidad a sufrir una lesión deportiva. Asimismo sucede con la ansiedad, aunque en esta variable influyen mayormente otras covariables como el género y la edad deportiva. Mantener los niveles óptimos de ambas resulta clave para lograr un buen rendimiento deportivo.

Objetivos:

❖ **Objetivo general:** Describir las posibles relaciones existentes entre los niveles de autoconfianza percibida y de ansiedad precompetitiva y la ocurrencia de lesiones deportivas en futbolistas amateurs que se desempeñan en las categorías reserva y primera de los clubes de la localidad de Arteaga, considerando variables sociodemográficas: género, edad y edad deportiva.

❖ **Objetivos específicos:**

1. Indagar el historial de ocurrencia de lesiones de los futbolistas.
2. Conocer niveles de autoconfianza percibida en futbolistas.
3. Identificar niveles de ansiedad precompetitiva en futbolistas.
4. Establecer posibles relaciones en función de atributos como: género, edad y edad deportiva.

Marco teórico

Cap. 1: Psicología deportiva

La psicología deportiva es una ciencia que se interesa por la relación existente entre los efectos psicológicos en el rendimiento deportivo, y el efecto de la práctica de un deporte o actividad física en la esfera afectiva y psicológica de las personas, y en la vida en general (Cox, 2009).

1.1. Principios de la psicología deportiva

La psicología deportiva es una disciplina que se dedica a la aplicación de los principios psicológicos en el ámbito del deporte o la actividad física, generalmente con el objetivo de mejorar el rendimiento. No obstante, el verdadero interés de la psicología deportiva va más allá de lograr un buen rendimiento ya que considera que el deporte es un vehículo para el enriquecimiento humano. Esta disciplina pretende potenciar los aspectos sociales, psicológicos y emocionales de las personas. Si un sujeto al desarrollar el autocontrol y una autoconfianza en sí mismo alcanza un mayor rendimiento, mejor aún. A la hora de intervenir es sustancial tener presente que más allá de asesorar o ayudar a un deportista, antes que nada, se trata de una persona. Para lograr un buen trabajo jamás se debe olvidar esa condición humana (Cox, 2009).

1.2. Funciones del Psicólogo Deportivo

El profesional encargado de aplicar esta disciplina es el psicólogo deportivo. Este se enfoca en el comportamiento de las personas en dicho ámbito, donde evalúa y analiza los procesos cognitivos, emocionales y conductuales que pueden influir en los mismos.

A través del uso de recursos como entrevistas, cuestionarios, observaciones, pruebas psicométricas, evalúa al deportista con el fin de conocer qué factores influyen en su rendimiento deportivo, para luego brindar diferentes estrategias o técnicas psicológicas

que contribuyan a potenciar sus características individuales. Dentro de sus funciones principales se encuentra la de asesorar a los mismos para que logren mejorar su atención y concentración, gestionen mejor sus emociones, aumenten su motivación, reduzcan la ansiedad previa a la competencia y fortalezcan la confianza en sí mismos.

El psicólogo deportivo es quien acompaña y sostiene emocionalmente a un deportista durante una lesión, colabora para mantener su motivación durante la rehabilitación y le brinda herramientas para que pueda reincorporarse progresivamente al entrenamiento. Además, se dedica a asesorar el trabajo de los equipos multidisciplinarios que supervisan a los deportistas con este tipo de daños. También, promueve la cohesión en el equipo de manera que cada deportista pueda rendir al máximo y a la vez sentir que forma parte de un grupo de personas. Otra de las funciones radica en diseñar y aplicar programas de intervención grupales con el objetivo de fomentar un clima de entrenamiento positivo en el que todos los presentes se sientan cómodos.

Además, puede intervenir en diferentes niveles y ámbitos. No solo a nivel profesional, sino también, en la base e iniciación. Puede participar en ámbitos más orientados al ocio, la salud y la recreación, así como en el ámbito de las necesidades especiales. Se lo puede encontrar en centros deportivos, clubes, gimnasios y en cualquier entidad u organismo, ya sea público o privado, que utilice la actividad física y/o deportiva como una herramienta (Universidad Española, 2022).

1.3. Psicología deportiva y lesiones deportivas

Uno de los fenómenos que más ha interesado indagar desde los comienzos de la psicología deportiva son las lesiones deportivas. El fútbol es considerado el

deporte con mayor prevalencia, tanto a nivel profesional, como juvenil, amateur y femenino (Olmedilla et al., 2007).

Según autores muy reconocidos como Olmedilla y García Más (2009) se destacan principalmente cinco líneas de investigación:

1) El estudio de la relación entre factores psicológicos y la vulnerabilidad del deportista a lesionarse, cuyo objetivo principal es conocer qué variables psicológicas correlacionan con una mayor frecuencia de lesiones, analizando muchas veces la gravedad de estas y el tipo.

2) El estudio de la percepción que tienen los deportistas acerca del factor psicológico como causante de una lesión, con el objetivo de determinar cuál es el nivel de influencia otorgado al mismo.

3) El estudio de la relación entre la historia de lesiones y la influencia de esta en la psicología del deportista, con el objetivo de conocer el grado de influencia de la historia lesional y en qué aspectos lo hace en la esfera psicológica y emocional.

4) El estudio de las reacciones emocionales y psicológicas del deportista lesionado, con el objetivo de relacionar estos aspectos con las conductas de adherencia del deportista a la rehabilitación, donde además se indaga sobre el miedo a la recaída luego de una recuperación y sobre las consecuencias psicológicas que deja.

5) El estudio de la implementación de programas de intervención psicológica para la prevención de lesiones.

El presente trabajo se ubica epistemológicamente dentro de la primera línea de investigación planteada.

Siguiendo con la línea planteada por dichos autores, la relación entre los factores psicológicos y las lesiones deportivas (LD) ha sido objeto de estudio desde los años 70 y principios de los 80. El término “*lesión*” proviene del latín “*la-esio*”, alude a un daño o alteración morbosa, orgánica o funcional de los tejidos. Muchos lo consideran lesión

cuando impide al deportista al menos un día de entrenamiento. Como se ha mencionado, estas nunca ocurren por una única causa. Dentro de los principales factores se pueden identificar aquellos externos al deportista, como: la intensidad, cantidad y tipo de entrenamiento, las condiciones ambientales, los equipamientos y materiales, etc.; y los intrínsecos al deportista como son los factores psicológicos, biológicos y emocionales.

Según Prieto et al. (2015), se contempla una variedad de lesiones. Según su *gravedad* pueden ser:

-*Leve*: requiere tratamiento e interrumpe al menos un día de entrenamiento.

-*Moderada*: requiere tratamiento e interrumpe al menos una semana de entrenamiento.

-*Grave o muy grave*: implica un mes o más de baja deportiva, rehabilitación e incluso hasta intervención quirúrgica.

Para categorizar según el *tipo* de lesiones se utilizará la clasificación propuesta por Olmedilla et al. (2006):

- Traumatismos y contusiones
- Tendinitis
- Esguinces
- Distensiones
- Contracturas
- Otras patologías (fascitis plantar, gonalgia, etc.)

Volviendo al estudio de la relación que estas presentan con los factores psicológicos, a pesar de que se establezcan líneas de investigación muy claras acerca de esta relación, aún se reconoce mucha diversidad y falta de consenso en los datos, teorías y conceptos. Por eso, es que Olmedilla y García (2009) han

propuesto un modelo para trabajar dicha temática, denominado Modelo Global Psicológico de Lesiones Deportivas (MGPsLD).

1.4. Modelo Global Psicológico de Lesiones Deportivas (MGPsLD)

El modelo posee tres ejes que lo definen, tanto desde el punto de vista de la investigación como del de la aplicación: eje causal, eje temporal y eje conceptual.

El *eje causal* se organiza en función de la existencia de variables psicológicas actuando como antecedentes (que contribuyen a la prevención o aparición de una LD), y como consecuentes (efectos psicológicos de una LD actual o pasada). Mayormente la literatura científica se ha centrado en estudiar sobre los antecedentes, que sobre las consecuencias psicológicas de una lesión. En este eje se realizan dos preguntas de investigación concretamente: 1) Qué cambios o modificaciones en una variable psicológica específica (y cuál o cuáles) han sido los causantes, y en qué medida de la LD. 2) Qué efectos en una o más variables psicológicas ha producido el hecho de sufrir una LD.

En el *eje temporal* se organizan las variables psicológicas, o no, que aparecen con mayor peso o relevancia según el momento en que se estudian. Se trata de un eje más situacional, por lo que se subdivide en distintos momentos: *antes* de la LD, *durante* el tiempo de vigencia de la misma y aquellas presentes *luego* de la recuperación fisiológica de la LD.

Por último, en el *eje conceptual* se organizan las variables y conceptos psicológicos que aparecen como asociados en las investigaciones, es decir, relación variable-variable y con las LD: variable-LD. Las variables psicológicas más estudiadas lo fueron en muchas ocasiones en relación al eje temporal. Desde la perspectiva *previa* a la lesión, los resultados se centran en variables como la ansiedad competitiva, el estrés psicosocial, la motivación y los recursos de afrontamiento.

En cuanto al estudio de las variables *durante* el momento de padecimiento de la LD, la mayoría de los estudios se han centrado en la relación de la propia lesión y los estados de ánimo y los procesos emocionales. Las más representativas de estos estudios son: ansiedad, estrés, motivación, autoestima y recursos de afrontamiento. Además, se registró la existencia de variables como el apoyo psicosocial del deportista, o bien, la relación entre los estados emocionales y, depresión y/o ansiedad con otras variables como el catastrofismo y el dolor, variables no psicológicas pero que pueden tener gran relevancia en el proceso de una LD.

Respecto al estudio de las variables psicológicas que aparecen *luego*, como *consecuencia* de una LD, hay pocos trabajos realizados hasta el momento. Recordemos que la disciplina es considerada muy joven aún. No obstante, se han centrado en la “huella psicológica” de la lesión deportiva en la depresión, o en el efecto que causa en la dinámica del grupo deportivo como, por ejemplo: en la eficacia colectiva y en el papel que juegan los entrenadores o fisioterapeutas en la vuelta al entrenamiento tras padecer un daño del estilo.

Si se observara este modelo en una representación gráfica se comprendería que no se trata de un modelo lineal, sino que todos los elementos que se han ido mencionado y que aparecen en cada investigación conforman un todo complejo, en una forma simbólica de galaxia (óvalo). Aunque los autores sostienen que falta mucho por estudiar acerca de la relación entre las distintas variables, utilizan la metáfora de la “galaxia” para explicar que, al igual que existen datos que confirman que el Sol tiene relación con los distintos planetas todavía se necesita seguir investigando para establecer los nexos gravitacionales de los planetas entre ellos.

Cap. 2: Autoconfianza percibida

2.1. Teoría de la Autoeficacia percibida de Bandura

Para el estudio de esta variable se pretende definirla desde la Teoría de la Autoeficacia propuesta por Albert Bandura (1977), profesor de la Universidad de Stanford, considerado el principal representante de este modelo que se enmarca dentro de la teoría del Aprendizaje Social Cognoscitivo desde del enfoque Cognitivo Conductual (Busot, 1997).

Desde esta concepción se la comprende como “los juicios de cada individuo sobre sus capacidades, en base a los cuales organizará y ejecutará sus actos de modo que le permitan alcanzar el rendimiento deseado” (Bandura, 2987, p. 416). Es decir, alude a las creencias, ideas u opiniones que un sujeto tiene de sí mismo y de sus capacidades para actuar en el mundo y alcanzar con éxito un curso de acción en el futuro.

Según sostiene Bandura, la autoeficacia es un proceso cognoscitivo que interviene en el comportamiento y lo regula. Para que un sujeto consiga un rendimiento deseado no es suficiente con poseer los conocimientos y habilidades requeridas, sino, sobre todo es fundamental que crea en sus propias capacidades, lo que impactará positivamente en sus niveles de motivación y conducta.

Desde el presente modelo, la autoconfianza o autoeficacia no es considerada como un rasgo estable de personalidad, sino como un aspecto que varía según el contexto. Por lo tanto, una persona puede tener un grado elevado de autoeficacia en varios aspectos de su vida y super disminuido en otros. No se trata de un aspecto pasivo, sino dinámico, flexible, motivacional que sirve para afrontar con éxito las continuas realidades cambiantes (Busot, 1997). Va influir en cómo la persona piensa, siente, se motiva y se comporta a través de cuatro procesos principales: cognitivo, afectivo, motivacional y de selección.

Siguiendo con la mirada de Busot (1997), según el grado de autoeficacia que las personas perciben de sí mismas en determinadas tareas es como se determinará el grado de complejidad del reto al que se enfrenten. En el caso de aquellos sujetos con un elevado nivel se interesarán por retos con mayor dificultad y podrán alcanzar la motivación intrínseca para lograrlo. Por el contrario, aquellos que visualizan una baja autoeficacia construirán escenarios en donde haya más posibilidades de alcanzar el fracaso. Por esto se consideran tanto necesarias las habilidades básicas requeridas como la creencia de que es posible utilizarlas bien. En este sentido, una función principal que tiene el pensamiento es permitir a las personas construir escenarios y predecir eventos, desarrollando en su mente formas de control de los mismos. Frente a situaciones estresantes, la autoeficacia percibida juega un papel crucial en el surgimiento de la ansiedad. En muchos casos la sensación de que no se va a poder controlar el escenario imaginado o la creencia de ineficacia podría aumentar los pensamientos catastróficos, enfocándose en las deficiencias de afrontamiento, magnificando potenciales amenazas y construyendo escenarios que raramente sucedan.

Al impacto afectivo de estas creencias que los sujetos tienen de sí mismos se los denomina procesos afectivos. Estarán vinculados directamente con el nivel de motivación que las personas tengan frente a determinadas tareas. Así, se va construyendo una cadena asociativa entre cognición, impacto afectivo y niveles de motivación.

Según expresa el autor, las personas se motivan a sí mismas a partir de procesos cognitivos formulando sus acciones premeditadamente. Las metas que son formuladas explícitamente y que implican un reto aumentan y mantienen la motivación. Por ejemplo: en un partido de fútbol importante se reconoce que alcanzar el éxito es demasiado difícil, por lo tanto, se propone un objetivo

concreto, explícito, a corto plazo: lograr un gol. De esta manera el equipo se predispone a alcanzar ese objetivo que sí está a su alcance según sus habilidades requeridas y su pensamiento de autoeficacia percibida, de que sí son capaces de lograrlo.

Las expectativas de autoeficacia, según la teoría de Bandura, son aprendidas a partir de cuatro fuentes de información experiencial. A su vez, cada una tiene una consecuencia en el sujeto.

Una fuente de información muy valiosa surge de los resultados del desempeño. Estos son muy fiables para el sujeto porque se desprenden de la propia experiencia. Los éxitos en el desempeño de una tarea aumentarán las expectativas de dominio y los fracasos repetidos las disminuirán. Tendrá como consecuencia el nivel de ansiedad o depresión en el sujeto.

También se obtiene información sobre las propias capacidades a partir de la comparación con otros, por medio de la observación y del aprendizaje vicario. Al ver que otros realizan determinadas actividades se piensa que uno mismo también puede ejecutarlas. O, al observar las expectativas de riesgo de una situación ajena se puede pensar que puede suceder también en la propia experiencia. No obstante, la información captada por esta fuente es más débil que la proveniente de la propia experiencia.

Otra fuente de información son los índices fisiológicos que le indican al individuo cómo se está sintiendo: ritmo cardíaco, sudoración, sensaciones estomacales. Estas pueden ser comprendidas como señales de ansiedad y de habilidades precarias para la ejecución del acto.

Además, existe una cuarta fuente, quizá la menos fructífera pero que también impacta en la persona. Se trata de la persuasión verbal: cuando los demás le dicen que realice determinada tarea.

Toda la información recogida surge de un trabajo cognitivo donde se combinan los datos personales y situacionales basándose en cómo percibe su habilidad, la dificultad

de la tarea, la cantidad de esfuerzo invertido, la cantidad de ayuda externa recibida, el número y patrón de éxitos y fracasos, entre otros.

A modo de conclusión, según lo trabajado por Bandura, este constructo va a surgir complejamente de las experiencias más tempranas y de la vida en general del sujeto en interacción con el ambiente, influyendo en su manera de sentirse a la hora de enfrentarse a la realización de la tarea y en el monto de motivación que desarrolle (Busot, 1999).

2.2. Autoconfianza en el deporte

Diversos estudios han indagado acerca de la importancia de las creencias de autoeficacia en el rendimiento deportivo. No es el único determinante de la conducta humana pero su impacto es fundamental en ella.

En el ámbito del deporte, al igual que en otras áreas de la vida, no alcanza con el mero hecho de poseer conocimientos o habilidades requeridas, sino, que es crucial que el sujeto crea, piense y sienta que verdaderamente puede realizar eso aprendido (Busot, 1997).

Continuando con lo propuesto por Busot (1997), quienes poseen un óptimo porcentaje de autoeficacia se perciben capaces de afrontar con éxito una determinada situación. Frente al fracaso pueden aumentar o mantener su motivación y el nivel de autoeficacia. Pueden atribuir a la ocurrencia de un fracaso como posible consecuencia de la falta de esfuerzos necesarios o de la falta de habilidades requeridas. Estas personas generalmente se conducen seguras de sí mismas percibiendo un ambiente poco amenazante, lo cual ayuda a disminuir sus niveles de ansiedad y depresión. Además, se proponen retos más desafiantes pudiendo disfrutar de los mismos.

Por el contrario, quienes se perciben como poco autoeficaces se sienten inseguros con sus capacidades, tienen bajas aspiraciones y compromisos débiles con sus metas, se centran más en la autoevaluación que en cómo alcanzar el éxito. Frente a un fracaso son lentos para recobrar su sentido de autoconfianza, exacerbando sus deficiencias y las dificultades potenciales del ambiente aumentando sus niveles de ansiedad.

Frente a partidos realmente desafiantes para un equipo de fútbol donde se deben tomar decisiones seguras y acertadas, trabajar los niveles de autoconfianza resulta clave para que ante el mínimo error se pueda resarcir rápidamente la conducta direccionándola a los objetivos planteados, logrando mantener elevados los niveles de interés, compromiso, atención y concentración derivados de una creencia de seguridad en sí mismos.

Cap. 3: Ansiedad

3.1. Definición

El término ansiedad proviene del latín “*anxietas*” que alude a un estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo (Real Academia Española, 2014). Dicho concepto se solapa con la definición de otro, angustia, con quien comparte raíz epistemológica. Dicha imprecisión surge a partir de la traducción del alemán “*angst*” incorporado por Freud en 1894, no obstante, actualmente estos términos suelen utilizarse en el ámbito de la psicología como sinónimos (Díaz, 2019). Esta definición se puede explicar, por ejemplo, como cuando la vida se vuelve “angosta” y el ser humano en función de esto empieza a interpretar en su realidad psíquica un riesgo, ya sea real o imaginado, frente a lo cual se ponen en funcionamiento una serie de mecanismos (fisiológicos, conductuales y emocionales) que serán desarrollados más adelante.

Cabe destacar que a la hora de buscar una definición de ansiedad probablemente nos encontremos con una dificultad ya que se trata de un constructo ambiguo y complejo

de delimitar, debido a que existen en él más de un significado. Para ello se considera pertinente diferenciarlo de otros constructos similares, como: miedo y estrés.

Inicialmente se utilizarán tres criterios para diferenciarla del miedo. El primer criterio se relaciona con la presencia/ausencia de un estímulo concreto. En el miedo hay presencia de un estímulo real amenazante al cual se teme, en cambio, en la ansiedad ocurre una anticipación del peligro por ausencia de este. El segundo criterio se basa en el predominio sintomático. En el miedo, considerado como una de las emociones básicas, el cerebro pone en marcha mecanismos motores de lucha o huida, y en la ansiedad se activan síntomas de paralización o sentimientos de incapacidad frente a un potencial peligro. El tercer criterio radica en la proporcionalidad entre el estímulo y la respuesta. El miedo es una reacción adecuada a la magnitud del peligro, mientras que en la ansiedad esto sucede de manera desproporcionada.

Muchos autores consideran a la ansiedad como la estructura patológica del miedo, caracterizada por la asociación imprecisa de los estímulos amenazantes, la activación motora frente a estímulos inocuos y su carácter excesivo que interfiere en la conducta adaptativa o en la vida social de las personas. Además, se trata de una preocupación o expectación aprensiva orientada hacia el futuro. Se considera un sistema complejo de respuesta conductual, fisiológica, afectiva y cognitiva que se activa frente a situaciones imprevisibles o incontrolables, donde el sujeto se ve carente de recursos y puede afectar a sus intereses vitales.

Por otra parte, se ha diferenciado a la ansiedad del estrés, describiendo a la primera como una reacción compleja frente a una amenaza cognitiva percibida por el sujeto, y la segunda como la incapacidad del individuo para lidiar con las demandas del entorno.

3.2. Evolución del concepto

El término ha sido definido a lo largo de la historia desde diversas perspectivas y por diversos autores. La falta de unidad en el concepto se pone de manifiesto debido a que existen por lo menos 120 procedimientos distintos y disponibles que intentan evaluar ansiedad (González, 2009). Dentro de los principales enfoques se reconocen los siguientes:

- *Enfoque psicofisiológico:* se reconocen autores como Lange (1885) y Cannon (1927), quienes con su teoría han hecho un gran aporte a la neurología, disciplina que ha identificado al sistema límbico como el sistema que mediatiza tanto la experiencia emocional como la expresión emocional.
- *Enfoque psicodinámico:* han sido de gran aporte los trabajos de Freud (1926) de diferenciación entre ansiedad automática y ansiedad señal, de Klein (1946), Winnicott (1975), Bion (1980), entre otros postfreudianos.
- *Enfoque experimental motivacional:* en este grupo se identifican como principales: los trabajos de Watson (1919), Skinner (1969), Eysenck (1992), Wolpe (1968), Bandura y Walters (1974).
- *Enfoque psicométrico factorial:* dentro de esta perspectiva se reconoce la presencia de Cattell (1958) quien ha sido el primero en intentar aislar y medir el constructo ansiedad valiéndose de diversas medidas psicológicas y de la técnica de análisis factorial.
- *Enfoque cognitivo conductual:* se destacan autores como Bandura, Clark y Beck (1999), entre otros.

Todos estos enfoques han sido antecedentes de la construcción actual del concepto **multidimensional de la ansiedad**. Desde dicho enfoque se la comprende como un triple sistema de respuesta fisiológica, cognitiva y motora. Además, autores como Beck la han definido como un sistema complejo de respuesta cognitiva, fisiológica, conductual y

afectiva, que se activa ante la percepción anticipatoria de ciertos eventos evaluados como aversivos.

Existen distintos tipos de ansiedad: *ansiedad normal o estado* (también conocida como ansiedad precompetitiva en el deporte), *ansiedad* como *rasgo de personalidad* y *ansiedad patológica*. El psicólogo estadounidense Charles Spielberger, reconocido por desarrollar el Inventario de rasgos de ansiedad, sostiene que para definirla adecuadamente se debe diferenciar la que indica un estado emocional de la que manifiesta un rasgo de personalidad (Ries, Castañeda, Campos y Del Castillo, 2012). Esto es fundamental tenerlo presente a la hora de recabar información, ya que podríamos cometer el error de medir a todos con los mismos parámetros siendo que constituyen diagnósticos y pronósticos totalmente disimiles y representan sufrimientos psíquicos diferentes. A continuación, se hará una breve distinción.

3.3. Tipos de ansiedad

1) Ansiedad normal o Ansiedad-Estado: según la teoría cognitiva se trata de una condición humana desarrollada evolutivamente que brinda ventaja sobre otras especies. Tiene una función adaptativa cuyo fin es guiar el comportamiento para lidiar con circunstancias anticipadas como aversivas. Su intensidad moderada impulsa y mejora el desempeño físico e intelectual, activa al sujeto para la resolución de problemas y favorece a su adaptación en contextos nuevos o aversivos.

Es una respuesta compleja que se activa ante procesos de evaluación y reevaluación cognitiva. Permite al sujeto analizar información relevante sobre una situación, sus recursos y el resultado esperado para, estratégicamente, actuar en

consecuencia. Comprende diversos procesos en continua interinfluencia: cognitivos, fisiológicos, conductuales y afectivos (Díaz, 2019).

Los *procesos cognitivos* se refieren a los involucrados en el procesamiento de información de una situación determinada o de sí mismo. Incluyen múltiples y diversas manifestaciones. Las más frecuentes son sentidas como miedo, autopercepción de indefensión, aprensión expectante, escasa concentración y memoria, dificultades para razonar, sensación de irrealidad y despersonalización.

Los *procesos fisiológicos* se activan frente a la necesidad de defenderse en ambientes inseguros o amenazantes. Se pueden manifestar de diversas formas. Algunas más frecuentes son: taquicardia, tensión muscular, sudoración, opresión torácica, hiperventilación, parestesias, entre otras.

Con *procesos conductuales* se hace referencia a las acciones que son puestas en marcha frente a esta situación que despierta ansiedad. Son conductas que se adoptan con el fin de prevenir, controlar, luchar o huir y se pueden manifestar como respuestas de paralización, cautela, abandono, evitación y/o búsqueda de seguridad.

Por último, *los procesos afectivos* hacen referencia a la experiencia subjetiva de esa ansiedad. Es decir, lo que siente ese sujeto en particular. Se componen por afectos negativos de nerviosismo, aprehensión, tensión que revelan un padecimiento y malestar vivenciado (Díaz, 2019).

Los primeros que introdujeron el concepto de “Ansiedad de prueba o evaluación” aludiendo a la tendencia a emitir respuestas interferentes cuando la persona se percibe como expuesta a situaciones evaluativas fueron Sarason y Mandler en 1954. No obstante, el autor que ha generado mayor impacto en el ámbito de la psicología deportiva con el término de “Ansiedad Competitiva” ha sido Martens (1975). En su obra se puede ver la influencia de la Teoría de Ansiedad Estado-Rasgo de Spielberger realizada en 1966.

Martens define a la Ansiedad-Estado Competitiva como un estado emocional inmediato, caracterizado por la presencia de sentimientos de aprensión o tensión debido a una activación en el organismo que ocurre frente a situaciones de competición (Jodra, 2015). Esta definición coincide con la propuesta por Spielberger en su teoría (Ries et al., 2012).

La Ansiedad-Estado competitiva es uno de los factores más estudiados por su influencia en el rendimiento deportivo, y en muchos casos se ha enfocado en su naturaleza multidimensional. Se ha subdividido para su estudio en sus dos componentes: cognitivo y somático. El primero se manifiesta como preocupación ante un posible fracaso, pensamientos negativos, intranquilidad, sensaciones de inseguridad y duda, expectativas negativas, disminución en la capacidad para tomar decisiones, entre otros. El segundo alude al estado de ansiedad que afecta a las funciones fisiológicas, como, por ejemplo: afectación del ritmo cardíaco, estado de nerviosismo, tensión, entre otras (Jodra, 2015).

La forma más frecuente de medir este tipo de ansiedad es a través de estas dos dimensiones y, además, se incluye a la autoconfianza como variable espejo. Muchos autores sostienen que su presencia indica la ausencia de rasgos ansiosos (Peñaloza et al., 2016).

2) Ansiedad como rasgo de personalidad o Ansiedad-Rasgo: si bien desde la teoría cognitiva no se conceptualiza la ansiedad como rasgo de personalidad, autores como Clark y Beck han identificado cierta predisposición cognitiva para desarrollar ansiedad. Denominaron “afectividad negativa” para delimitar aquella vulnerabilidad permanente a experimentar emociones negativas a través del tiempo y de las situaciones (Díaz, 2019).

Según Ries et al. (2012), quienes padecen este tipo de ansiedad como rasgo de personalidad, no suelen manifestarla en su conducta, sino que debe ser inferida

por la frecuencia con la que un individuo experimenta aumentos en su estado de ansiedad. Dicho autor sostiene que los sujetos que posean este tipo de ansiedad están mayormente predispuestos a sufrir un tipo de ansiedad-estado.

3) Ansiedad patológica: siguiendo con lo propuesto por Díaz (2019), se trata de una respuesta emocional desproporcionada y exagerada en relación con el valor objetivo de la amenaza. Surge de una cognición disfuncional que atribuye una valoración errónea de peligro. Aparece de forma inesperada, espontánea y recurrente frente a la ausencia de un estímulo ansiógeno. Pone en marcha esquemas inadaptativos que generan un sesgo en el procesamiento de información, generándole a la persona amenazas físicas y psíquicas, sentimiento de indefensión y vulnerabilidad, minusvalías. Produce un deterioro en el funcionamiento cotidiano en las esferas social, laboral, afectiva, entre otras. Suele ser persistente y duradera, como un estado de aprensión ansiosa con sentimientos de inconcontrolabilidad, imprevisibilidad, miedo, aversibilidad e incapacidad para lograr resultados esperados.

Cap. 4: Variables psicológicas y lesiones deportivas

El impacto y la respuesta emocional de los deportistas ante la competición resultan aspectos fundamentales en su formación deportiva y psicológica. El síndrome de ansiedad precompetitiva es una de las causas que más afectan al rendimiento deportivo (Jodra, 2015). Existen variados estudios en donde se ha determinado que la ansiedad es uno de los fenómenos mas influyentes en el deporte, y dentro de sus diversos tipos se destaca a la ansiedad-estado precompetitiva como la que en mayor medida perjudica al desempeño de los atletas (Aldás et al., 2018). Se sabe que aquellos deportistas con elevados u óptimos niveles de autoconfianza y bajos niveles de ansiedad tienen mayor posibilidad de afrontar con más calma situaciones estresantes, donde la presión y el nivel de competitividad son altos (Hernández et al., 2008).

En relación a esto, la autoconfianza está estrechamente asociada con la ansiedad. Se conoce que a menor autoconfianza puede experimentarse mayor ansiedad, e inversamente (González et al., 2015), (León et al., 2011). Esto afecta al deportista en competición principalmente en su capacidad para tomar decisiones, en el nivel de procesamiento de la información, en los niveles de concentración y atención, perjudicándolo o beneficiándolo (Jodra, 2015).

Se piensa que una de las causas que mas afectan al rendimiento de un deportista es la falta o aumento de percepción de control por parte del mismo, para la cual, disminuir los grados de ansiedad y mantener intermedios los niveles de autoconfianza es esencial (Jodra, 2015). La medida en que afecte estas variables psicológicas va a variar en cada deporte, ámbito, contexto y género. Esta última ha sido una covariable poco estudiada en la literatura científica. León y Fuentes (2011), han encontrado que muchas mujeres deportistas mantenían minutos antes de la competencia puntuaciones más altas de ansiedad y escalas inferiores de autoconfianza en comparación con los sujetos del género masculino, por lo que ha sido de interés en el presente estudio indagar las diferencias, si las hay, entre los géneros en relación a la temática subyacente.

Diversos estudios han indicado, además, cierta asociación de ambas variables psicológicas con las lesiones deportivas. Se ha encontrado que la autoconfianza y la ansiedad rasgo competitiva fueron predictores significativos del número de lesiones. Investigadores como Berengüi et al. (2015), han encontrado que a un mayor nivel de autoconfianza se asocia una menor cantidad de lesiones deportivas. Coincidiendo con dicho autor, Ríos et al. (2021) sostiene que la autoconfianza se considera un factor psicológico que puede predecir el número de lesiones deportivas, junto con otros factores como: el estrés, el control de actitudes, la atención, el control de afrontamiento y la ansiedad. Continuando

con esta línea, se sostiene que cuanto mayor es la puntuación de autoconfianza, menores lesiones se registran.

No obstante, autores como Olmedilla et al. (2005), han encontrado que los niveles elevados de autoconfianza pueden conducir a los sujetos a tener una mayor seguridad de sí mismos y así adoptar conductas arriesgadas que pueden desencadenar daños de esta índole. Además, las expectativas de éxito en los deportistas se asocian con la aparición de lesiones. Según consideran los investigadores esto podría suceder por el tipo de entrenamiento que realizarían los deportistas, o muy relajado, o muy exigente generando una sobrecarga física.

Por su parte, la relación más difundida en psicología deportiva entre ansiedad y lesiones deportivas es positiva, es decir, que a un mayor grado de ansiedad percibido se asocia una mayor incidencia de las mismas, o a una mayor gravedad de estas (Berengüi et al., 2015), (Olmedilla et al., 2009). Además, la ansiedad rasgo se encuentra vinculada con un mayor número de lesiones sobre todo durante los partidos de fútbol.

SEGUNDA PARTE:

Propuesta metodológica

Área de estudio

La investigación se llevó a cabo en la localidad de Arteaga, un pueblo ubicado en el departamento Caseros, en el Sudoeste de la provincia de Santa Fe, a 120 km de la ciudad de Rosario. El pueblo limita con la provincia de Córdoba, específicamente con la localidad de Cruz Alta.

Según los datos arrojados por el Instituto Nacional De Estadísticas y Censos (INDEC, 2010) cuenta con una población de 4000 habitantes aproximadamente. Tiene una superficie de 277m².

Particularmente, el trabajo de campo se ha realizado dentro de las dos instituciones deportivas existentes, dos clubes locales.

Tipo de estudio

Se trata de un estudio de tipo descriptivo, transversal y no experimental. Descriptivo, ya que según Hernández Sampieri (2006) se caracteriza por explicar situaciones y eventos, es decir, indicar cómo es y cómo se manifiesta un determinado fenómeno. En este caso, se trata de describir las posibles relaciones entre variables psicológicas y lesiones deportivas considerando variables sociodemográficas. Según dicho autor los estudios de este tipo buscan especificar las características o atributos que se consideran importantes a través de la medición de los mismos.

Es un estudio transversal debido a que la medición de las variables se realizó una sola vez en el tiempo. Para ello se han utilizado estrategias cualitativas y cuantitativas en la descripción y contextualización de las mismas, los

antecedentes sobre el tema y las conclusiones pertinentes. La recolección de datos se realizó por medio de instrumentos válidos, confiables y estandarizados.

Se trata, además, de un estudio no experimental, ya que las variables no se manipularon, sino que se observaron tal y como son en su estado natural. En este caso lo que se observaron fueron los niveles de ansiedad precompetitiva y de autoconfianza percibida de futbolistas amateurs que conforman las categorías reserva y primera de la localidad de Arteaga, y se indagó si tuvieron lesiones o no, para conocer las posibles relaciones que puedan existir entre estas y las variables psicológicas anteriormente mencionadas.

Definición conceptual y operacional de variables

1) Ansiedad-estado precompetitiva:

Definición conceptual: se trata de un estado emocional inmediato, caracterizado por la presencia de sentimientos de aprensión o tensión debido a una activación en el organismo que ocurre frente a situaciones de competición (Jodra, 2015). Consta de diversos mecanismos que se ponen en marcha: afectivos, cognitivos, conductuales y fisiológicos.

Definición operacional: será medida a partir del Inventario de Ansiedad Precompetitiva “CSAI-2” construido por Martens, Burton, Vealey, Bump y Smith en 1990, el cual, a través de 27 ítems evalúa dicha variable desglosada en sus dos componentes: Ansiedad somática (AS) y Ansiedad cognitiva (AC). La primera alude a todo lo que se activa a nivel fisiológico cuando esta está presente, por ejemplo: sudoración, tensión, etc. La segunda tiene que ver con los pensamientos, ideas o percepciones que surgen en este estado de aprensión.

Para obtener el resultado de Ansiedad-estado **Cognitiva** deben sumarse los ítems 1, 4, 7, 10, 13, 16, 19, 22 y 25. Y para alcanzar el resultado de Ansiedad-estado **Somática**

los ítems 2, 5, 8, 11, 14, 17, 20, 23, y 26. Los puntajes de ambas van de 9 (mínimo) a 36 (máximo). Y sus porcentajes son: 0%= Nada, 33%=Algo, 66%=Bastante y 100%=Mucho (Martínez, s.f.).

Las fórmulas matemáticas para convertir los números enteros a porcentajes son las siguientes: $\%AC = (X-9)*3,7$ $\%AS = (X-4)*3,7$.

2) Autoconfianza percibida:

Definición conceptual: es la percepción que tienen los sujetos acerca de sus propias capacidades a la hora de enfrentar cualquier reto, lo cual les permite pensar en las posibilidades que tienen de alcanzar el éxito o el fracaso. Se trata de un aspecto que se aprende, no es considerado como un rasgo de personalidad, sino que es circunstancial. A su vez, pone en marcha una serie de mecanismos complejos que guían la conducta, la motivación y la manera de sentirse de los individuos (Busot, 1997).

Definición operacional: Para medir esta variable se utilizará el mismo cuestionario que se mencionó anteriormente, el CSAI-2 o Inventario de Ansiedad Precompetitiva, ya que mide, por una parte, Ansiedad-estado cognitiva y somática, y por otra parte, Autoconfianza (ACF). Para obtener su número se deben sumar los ítems 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 24, y 27. Sus puntajes van de 9 a 36, y sus resultados porcentuales en una escala tipo Likert donde 0%=Nada, 33%=Algo, 66%=Bastante y 100%=Mucho. La fórmula matemática para convertir el número entero a porcentaje es la siguiente: $\%ACF = (x-9)*3,7$.

3) Lesiones deportivas:

Definición conceptual: son daños o heridas físicas que sufren los deportistas y que pueden producirse a partir de múltiples factores.

Definición operacional: las mismas serán registradas a través de un autoregistro y se clasificarán según su gravedad en leves, moderadas o graves según el tiempo que hayan impedido al futbolista su entrenamiento.

4) Datos sociodemográficos: edad, género y edad deportiva. Todas estas variables se miden a través de un cuestionario de elaboración propia con reactivos en forma de pregunta donde se debe rellenar cada dato, o elegir la opción que mejor lo identifique.

Población y muestra

La población está compuesta por todos los futbolistas amateurs que pertenezcan a las categorías reserva y primera de los clubes pertenecientes a la localidad de Arteaga.

La muestra estuvo conformada por un total de 45 participantes, dentro de los cuales, 27 eran jugadores de fútbol hombres y 18 jugadoras mujeres, con un promedio de edad de 25 años, residentes de la localidad de Arteaga y pertenecientes a los planteles de reserva y primera de ambos clubes del pueblo.

Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, ya que no se utilizaron técnicas estadísticas, sino que se tuvo en cuenta la presencia de ciertos criterios de inclusión para participar del estudio. Entre ellos: que sean futbolistas amateurs y vivan en la localidad de Arteaga, que jueguen en las categorías reserva y primera de los clubes pertenecientes al pueblo.

Técnicas de recolección de datos

A) Instrumentos

Se utilizó una planilla de datos sociodemográficos para indagar sobre la edad, género y edad deportiva o años que llevan practicando el deporte, y un autoregistro de

lesiones deportivas para explorar acerca de la presencia o ausencia de lesiones deportivas, la cantidad, el tipo y el contexto en que ocurrieron.

Además, se administró el Inventario de Ansiedad Precompetitiva “CSAI-2”, construido por Martens, Burton, Vealey, Bump y Smith en 1990. El test consta de 27 ítems, los cuales miden tres aspectos: Ansiedad estado-somática, Ansiedad estado-cognitiva y Autoconfianza, en una escala tipo Likert que va de 1= Nada, a 4= Mucho.

Esta es considerada la versión original del inventario, no obstante, existen otras. En cualquiera de ellas, es considerado en la actualidad uno de los test más usados y eficientes a nivel mundial para medir ansiedad estado competitiva. Fue traducido a diversos y variados idiomas como el francés, el griego, el español, entre otros, y se ha adaptado a distintos países.

Los procesos de adaptación y validación del cuestionario han ido aumentando con el paso de los años, permitiendo realizar estudios específicos, generando conocimientos confiables y datos válidos en las diversas investigaciones realizadas en cada país (Caicedo et al., 2017). Una vez que la persona responde el inventario, se suman los ítems de cada dimensión por separado para indagar ansiedad somática, cognitiva y autoconfianza y con ese resultado se realiza un cálculo matemático para adquirir el porcentaje que obtuvo esa persona de cada dimensión, para así poder analizar dentro de que rango de los que propone el inventario se encuentran (Nada, Algo, Bastante, Mucho).

B) Procedimiento

El modo de proceder fue a través de un primer contacto con los dirigentes y autoridades de los clubes de la localidad de Arteaga. Una vez obtenido su permiso se compartió el formulario de Google vía red social de WhatsApp a los

jugadores, se les explicó brevemente en qué consistía el trabajo y que estarían colaborando con un trabajo final de grado. La modalidad de administración fue autónoma e individual. El momento en que se realizó fueron 3 horas antes de un partido importante, debido a que se querían conocer sus niveles de ansiedad y autoconfianza previos a la competencia.

Consideraciones éticas

El presente trabajo de investigación no produjo perjuicios psíquicos ni físicos a los involucrados, fue realizado únicamente con fines académicos. Fundamentalmente, se hizo uso del consentimiento informado garantizándoles, entre otras cosas, el anonimato de su identidad. Este se ubicó en la primera consigna del formulario que además contenía una planilla de datos sociodemográficos, un autoregistro de lesiones deportivas y el Inventario de Ansiedad Precompetitiva CSAI-2.

Según el Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina (Fe.P.R.A.), los psicólogos deben obtener el consentimiento informado de aquellas personas con quienes trabajan en su práctica profesional. Se trata de una obligación que se sustenta en el respeto por la autonomía de quienes participan, comprendiendo que lo hace de manera voluntaria y con la capacidad de conocimiento de los alcances de su acto (2013).

Interpretación y análisis de los resultados

A partir de la administración del autoregistro de lesiones deportivas, de la planilla de datos sociodemográficos y del Inventario de Ansiedad precompetitiva (CSAI-2), los cuales se administraron a una muestra de 45 jugadores de fútbol amateur de las categorías reserva y primera de la localidad de Arteaga, para dar respuesta a los objetivos del presente estudio de investigación de describir los niveles de ansiedad precompetitiva (dividida en sus dos componentes somática y cognitiva), autoconfianza percibida, y la

posible relación entre variables psicológicas y lesiones deportivas, se arribaron a los siguientes resultados.

Se realizó una base de datos en Excel ordenando a cada sujeto con sus características particulares: género, edad, edad deportiva, ítems puntuando ansiedad cognitiva, ansiedad somática y autoconfianza, y registrando si se lesionó, cómo, qué tipo de lesión tuvo y cuántas. Para adquirir los resultados se realizaron tablas dinámicas en la misma base de datos con los porcentajes pertinentes.

Las relaciones aparentes que se realizaron fueron entre las siguientes variables: **Tabla 1: Grupo etario y género**. Los resultados muestran que, de la muestra de 45 participantes, 27 son de género masculino (lo que representa a un 60%) y 18 constituyen el género femenino (significando el 40% restante). El rango etario va de 13 a 55 años, alcanzando una edad promedio de 25 años. Para describir este aspecto se han agrupado en 3 grupos etarios distintos, donde el más chico va de 10 a 19 años, el mediano va de 20 a 29 años y el mayor grupo es de 30 años en adelante. A continuación, se muestra la tabla para brindar los datos sociodemográficos de una manera descriptiva e informativa.

Tabla 1 - Grupo etario por género					
Género	Grupo etario			Total general	%
	10 a 19 años	20 a 29 años	30 años y más		
Femenino	7	7	4	18	40,00
Masculino	9	10	8	27	60,00
Total general	16	17	12	45	100,00
%	35,56	37,78	26,67	100,00	

La mayoría de las futbolistas del género femenino tienen entre 10 y 29 años. Y la mayoría de los futbolistas hombres tienen entre 20 y 29 años, siendo más pareja su distribución de edad.

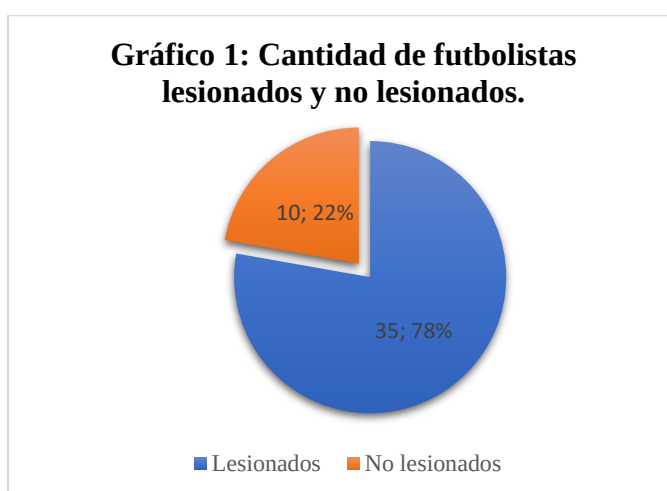
Otra relación que interesó indagar en la **Tabla 2** fue la de las variables sociodemográficas: **edad deportiva y género**. La edad deportiva hace referencia

a los años que llevan practicando el deporte, teniendo esta población un promedio de 13 años.

A continuación, se puede visualizar una menor edad deportiva en mujeres, ya que la totalidad de participantes de la muestra de este género se ubican en el rango que va de 0-9 años. Por otra parte, en cuanto a los sujetos del género masculino, indican una edad deportiva mayor ya que se ubica entre los rangos que van entre 10 y más de 20 años.

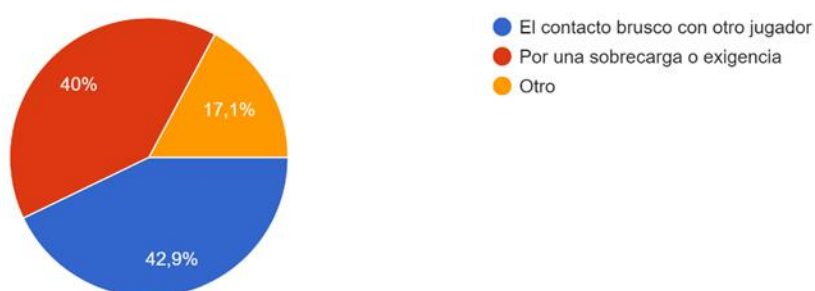
Tabla 2 - Edad deportiva por género					
Género	Edad deportiva			Total general	%
	0 a 9 años	10 a 19 años	20 años y más		
Femenino	18	0	0	18	40,00
Masculino	0	14	13	27	60,00
Total general	18	14	13	45	100,00
%	40,00	31,11	28,89	100,00	

Otro dato que se indagó surgió del **registro de lesiones deportivas**. A continuación, en los gráficos de torta se puede visualizar que del total de la muestra (100%), el 77,78% (35 participantes) sufrió alguna lesión, ya sea de tipo leve, moderada o grave. Estas ocurrieron en diversos contextos, pero mayormente durante un partido de fútbol.

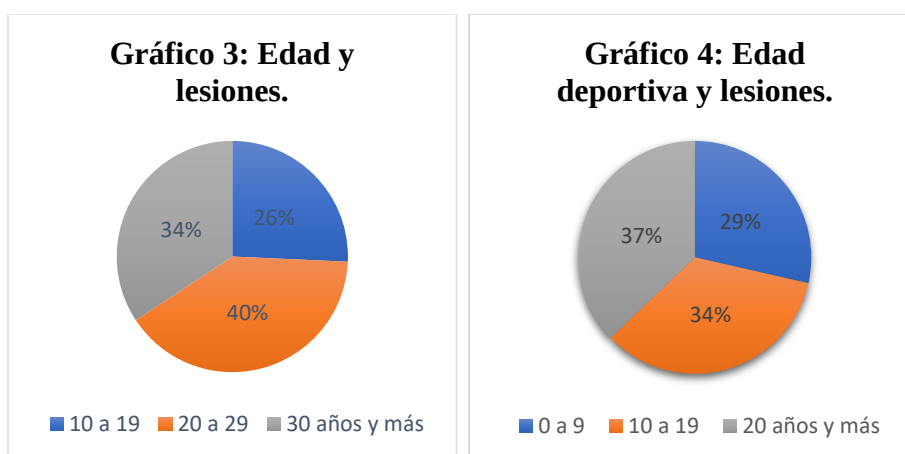


Dentro de las causas más pronunciadas por los deportistas se encuentran “el contacto brusco con otro/a jugador/a” representando un 42,9% y “por exigencia o sobrecarga” teniendo un promedio de respuesta del 40%.

Gráfico 2: Causas de las lesiones más frecuentadas.



Además, la mayoría de los futbolistas que se lesionaron tienen entre 20 y 29 años de edad, y una edad deportiva de más de 20 años, expresadas en los dos siguientes gráficos:



En la **Tabla 3** se puede observar la relación aparente entre la presencia de dichas **lesiones y género**. Los resultados indican que del 77,78% que se lesionó al menos una vez, el 55,5% son hombres. Lo cual puede estar relacionado con que llevan más años realizado el deporte y, por lo tanto, exponiéndose a mayores riesgos o desgastes físicos.

Tabla 3 - Lesiones por género				
Género	Lesiones		Total general	%
	No	Sí		
Femenino	8	10	18	40,00
Masculino	2	25	27	60,00
Total general	10	35	45	100,00
%	22,22	77,78	100,00	

Otra relación que se indagó fue la existente entre **ansiedad precompetitiva y género**, cuyos resultados aparecen en la **Tabla 4 y 5**.

En cuanto a los niveles de ansiedad precompetitiva, subdivida en sus componentes *cognitiva y somática* y la variable sociodemográfica género, se puede inferir que no existe una variación. Se puede atribuir semejanzas de los niveles de ansiedad entre ambos géneros.

Tabla 4 - Ansiedad cognitiva por género

Género	Ansiedad cognitiva			Total general	%
	Algo	Bastante	Mucho		
Femenino	5	11	2	18	40,00
Masculino	15	11	1	27	60,00
Total general	20	22	3	45	100,00
%	44,44	48,89	6,67	100,00	

La mayor cantidad de mujeres (la moda) presenta “bastante” ansiedad cognitiva, lo cual coincide con la misma cantidad de hombres. Por otra parte, los hombres en su mayoría tienen el mínimo de ansiedad cognitiva.

Tabla 5 - Ansiedad somática por género

Género	Ansiedad somática			Total general	%
	Algo	Bastante	Mucho		
Femenino	3	13	2	18	40,00
Masculino	8	17	2	27	60,00
Total general	11	30	4	45	100,00
%	24,44	66,67	8,89	100,00	

En este caso, analizando la moda, tanto mujeres (13) como hombres (17) se ubican dentro del rango denominado “bastante” de ansiedad somática.

En la **Tabla 6** se indagó en la relación aparente entre **autoconfianza y género**, lo cual indica que sí hay diferencias, encontrando mayores niveles en los hombres. La mayoría de los individuos (15), son de género masculino y los resultados concluyen que sus niveles se ubican dentro del rango “Mucho” autoconfianza.

Tabla 6 - Autoconfianza por género

Género	Autoconfianza			Total general	%
	Algo	Bastante	Mucho		
Femenino	2	14	2	18	40,00
Masculino	1	11	15	27	60,00
Total general	3	25	17	45	100,00
%	6,67	55,56	37,78	100,00	

Esto coincide con los estudios realizados por León et al. (2011), donde hallaron que los niveles de autoconfianza en hombres eran mayores, siendo menores en las mujeres.

Asimismo, si bien entre los hombres existe mayoría dentro del rango “mucho”, se observa paridad entre el género en cuanto al nivel “bastante”.

En lo que concierne a las posibles asociaciones entre **variables psicológicas** (ansiedad precompetitiva y autoconfianza percibida) y **lesiones**, el análisis de los cuestionarios ha permitido concluir en la **Tabla 7**, que un 37,7% (representado en la cantidad de 17 sujetos) se ha lesionado y tiene entre los niveles “Algo” y “Bastante” **ansiedad cognitiva**. Estos son semejantes en las categorías género, como se explicó anteriormente.

Tabla 7 - Ansiedad cognitiva por lesiones

Ansiedad cognitiva	Lesiones		Total general	%
	No	Sí		
Algo	3	17	20	44,44
Bastante	5	17	22	48,89
Mucho	2	1	3	6,67
Total general	10	35	45	100,00
%	22,22	77,78	100,00	

Es decir, que, en este caso, podría inferirse que quienes se lesionaron mayormente poseen niveles bajos/intermedios de ansiedad cognitiva.

Con respecto a la **ansiedad somática**, los resultados arrojaron que una gran parte de los futbolistas que se lesionaron, específicamente el 51,11% (23 sujetos) tienen niveles dentro del rango “Bastante” de ansiedad de este tipo.

Tabla 8 - Ansiedad somática por lesiones				
Ansiedad somática	Lesiones		Total general	%
	No	Sí		
Algo	1	10	11	24,44
Bastante	7	23	30	66,67
Mucho	2	2	4	8,89
Total general	10	35	45	100,00
%	22,22	77,78	100,00	

Por ende, dentro de los lesionados, la moda se encuentra en el nivel “bastante” de ansiedad somática.

En la **Tabla 9** se analizó la relación aparente entre **autoconfianza y lesiones deportivas**. Los resultados indican que el 42,2% de los sujetos que padecieron lesiones, es decir, una cantidad de 19 deportistas, se ubican dentro del rango “Bastante” de autoconfianza. Por ende, esto permite concluir que la mayoría de los sujetos que se han lesionado tienen niveles de autoconfianza por lo general altos, ubicándose en el rango mencionado en primer lugar y en segundo lugar el rango “Mucho”.

Estos resultados no coinciden con los arrojados por Berengüi y Puga (2015), quienes encontraron que a mayores niveles de autoconfianza se asocian menores lesiones deportivas. En dicha tabla se puede observar que quienes no sufrieron lesiones, igualmente tienen un nivel de autoconfianza intermedio.

Tabla 9 - Autoconfianza por lesiones				
Autoconfianza	Lesiones		Total general	%
	No	Sí		
Algo	1	2	3	6,67
Bastante	6	19	25	55,56
Mucho	3	14	17	37,78
Total general	10	35	45	100,00
%	22,22	77,78	100,00	

Para finalizar, se indagó en la posible relación entre los niveles de las variables psicológicas y la gravedad de las lesiones, sacando los porcentajes pertinentes. Los resultados indican lo siguiente:

Tabla 10: Variables psicológicas y gravedad de la lesión

PROMEDIO LESION LEVE:	AC 40,7	AS 48,1	ACF 48,62
Baremo	Bastante	Bastante	Bastante
PROMEDIO LESION MODERADA	AC 38,85	AS 42,55	ACF 69,50
Baremo	Bastante	Bastante	Mucho
PROMEDIO LESION GRAVE	AC 39,11	AS 42,81	ACF 65,27
Baremo	Bastante	Bastante	Bastante

Se observa que la moda de los niveles de dichas variables es “bastante”, por ende, los puntajes no tuvieron grandes variaciones en cuanto a los tipos de gravedad de la lesión. No obstante, existe una excepción en los niveles de autoconfianza de las lesiones de gravedad moderada, ya que se ubica dentro del rango “mucho”, lo que indica que está más elevada que en las demás.

Conclusiones

El presente trabajo de investigación tiene por objetivo conocer las posibles relaciones entre los niveles de autoconfianza percibida y ansiedad precompetitiva, y lesiones deportivas, en futbolistas amateurs de la localidad de Arteaga que se desempeñen en las categorías de reserva y primera de la misma, considerando variables sociodemográficas (género, edad y edad deportiva). Para responder al problema de investigación se considera pertinente comenzar en primer lugar con los objetivos específicos para un mejor entendimiento de los resultados.

En relación al primer objetivo que consistía en ***indagar el historial de ocurrencia de lesiones de los futbolistas***, se ha encontrado que, de 45 sujetos, 35 se lesionaron alguna vez (el 77,7%). Las principales causas fueron por el contacto brusco con otro futbolista, mayormente en contexto de partido. A su vez, la gran mayoría ha sufrido lesiones de tipo *moderada* y *grave*, es decir, que han interrumpido al menos una semana de entrenamiento en la primera, y al menos un mes en la segunda, habiendo necesitado de intervención quirúrgica o de rehabilitación. Podría inferirse que este dato no debería llamar tanto la atención ya que, por su naturaleza, el fútbol es un deporte de contacto en donde existen acciones de juego bruscas que pueden provocar lesiones.

Otro dato a destacar es que la mayoría de los futbolistas que se lesionaron tienen una edad de entre 20 y 29 años, y llevan practicando el deporte hace 20 años o más. Lo cual quizás se deba a que al llevar más tiempo practicando el deporte, probablemente hayan estado expuestos a todo tipo de experiencias incluyendo los daños de este tipo en un porcentaje elevado. Se ha visto mayormente en hombres una edad deportiva superior, y podría pensarse que esto tendría como consecuencia un mayor número de lesionados del género masculino. En relación a esto, se sabe que el fútbol históricamente ha sido un deporte exclusivamente de hombres, con lo cual, tiene mucho sentido que la edad deportiva hallada haya sido menor en las mujeres.

Por otro lado, el segundo objetivo específico estaba destinado a ***conocer los niveles de autoconfianza percibida en futbolistas***. El test CSAI-2 ha arrojado un promedio total que se puede ubicar en el límite del rango “bastante” llegando a “mucho”, por ende, los niveles de la misma que se han encontrado son muy favorables.

Como ya se conoce en el ámbito de la psicología deportiva, el papel de la autoconfianza es clave en el rendimiento deportivo ya que, según muchos autores, sirve para contrarrestar la intensidad de otras variables psicológicas como el estrés y la ansiedad (González et al., 2015), (Berengüi y Puga, 2015). No obstante, en el presente estudio no está confirmado si el papel de dicha variable pueda disminuir los niveles de la ansiedad precompetitiva, ya que no se halló una relación opuesta (que al aumentar una disminuya la otra), sino que, ambas variables se hallaron en valores elevados.

En relación a los niveles de autoconfianza y la dimensión sociodemográfica género se han encontrado diferencias entre sí, apareciendo en rangos superiores en hombres. Esto concuerda con lo indagado por León et al. (2011), donde los puntajes de autoconfianza en mujeres eran inferiores en relación a los de los hombres. Esto podría deberse al lugar que ocupa la práctica deportiva del fútbol a nivel cultural en Argentina, siendo históricamente un deporte practicado predominantemente por el género masculino, siendo un deporte profesionalizado en varones desde hace muchísimas décadas atrás, en contraste con el fútbol femenino que desde hace unos años se ha convertido en un deporte “semi-profesional” ya que no todas las futbolistas mujeres cuentan con contratos profesionales. Se piensa que esto podría ser un factor a considerar ya que, cuanto más se practica determinada actividad mejor puede dominarse y perfeccionarse, generando mayor sensación de confianza a la hora de desempeñarla.

Otra relación pertinente que interesa expresar es la que aparece entre autoconfianza y lesiones. Según los hallazgos alcanzados la mayoría de los lesionados obtuvo un punto de autoconfianza intermedio/alto (“bastante”). Estos resultados podrían coincidir con los arribados por Olmedilla et al. (2005) donde asociaron mayores niveles de autoconfianza en lesionados. Muchas veces, se suele interpretar el papel de la autoconfianza elevado como predictor de mayores conductas de riesgo por parte de los futbolistas.

El tercer objetivo consistía en ***identificar los niveles de ansiedad precompetitiva en futbolistas***. Según los resultados alcanzados por medio del CSAI-2, los niveles de ansiedad precompetitiva tanto cognitiva como somática del total de los jugadores se ubican en el rango denominado “bastante”. No obstante, dentro de los subgrupos, con relación al género no hubo diferencias que parecieran ser considerables. En relación a quienes se lesionaron alguna vez, un 37,77% de dichos sujetos posee “algo” de ansiedad cognitiva, y un 51,11% de los sujetos lesionados tienen rangos intermedios/superiores (“bastante”) de ansiedad somática. Estos resultados alcanzados coinciden con la mayoría de los estudios donde encuentran en deportistas lesionados, la presencia de altos niveles de dicha variable (Olmedilla et al., 2009), (Berengüi y Puga, 2015). Podría deberse a que los jugadores quizás desarrollen cierto recelo o intranquilidad y lo puedan llegar a sentir como un riesgo posible incontrolable, más aún, durante un partido importante, donde las exigencias son altas y los miedos esperables.

Por otra parte, los niveles de las variables psicológicas (ansiedad cognitiva, ansiedad somática y autoconfianza) no han variado según la gravedad de la lesión. Se mantuvieron en “bastante”. Excepto los niveles de autoconfianza que en las lesiones de gravedad moderadas indican tener “mucho” de la misma. Estos resultados alcanzados no coinciden con los concluidos por otros autores como Ríos y Pérez (2021), donde asociaron a la presencia de lesiones, menores niveles de autoconfianza. En este caso, se

podría coincidir con los autores que piensan a la autoconfianza elevada como un factor que aumente las conductas de riesgo y lleve a los sujetos a lastimarse con mayor frecuencia. Además, los resultados de este estudio no coinciden con los alcanzados por Olmedilla et al. (2009) y Barriga y Peralta (2020) quienes encontraron una relación entre la gravedad de la lesión y el monto de ansiedad, donde a mayor ansiedad se asociaba una lesión más grave.

El último objetivo tenía como fin ***realizar las asociaciones pertinentes con la dimensión sociodemográfica género***. En cuanto a este punto, se ha encontrado una fuerte asociación con la edad deportiva, siendo mayor en hombres. Se podría pensar que esto es producto de una cuestión meramente cultural donde el fútbol históricamente fue un deporte exclusivo de los hombres. Además, en el pueblo donde se llevó a cabo la investigación el fútbol femenino existe hace no más de 5 años.

Retomando con la idea planteada más arriba, con respecto a la relación entre las variables psicológicas (autoconfianza y ansiedad) es un tema que interesa exponer a continuación. Muchos autores han encontrado que la autoconfianza y la ansiedad están muy relacionadas, y que cuando una alcanza niveles elevados la otra disminuye. Existen estudios que indican que a menor nivel de autoconfianza suele ir asociado un mayor nivel de ansiedad cognitiva (León et al., 2011). No obstante, los resultados arribados en el presente trabajo no coinciden con esta idea planteada, debido a que los niveles obtenidos de ambas fueron intermedios/elevados.

A modo de cierre sería muy agradable explicitar qué le aportaría este estudio a la comunidad. Al conocer los niveles elevados de ansiedad y autoconfianza de esta población, sería muy grato y enriquecedor poder brindar herramientas psicoeducativas para la gestión de la ansiedad, técnicas de reducción

de la misma, técnicas para aumentar la concentración y disminuir los pensamientos negativos, ya que, a pesar de no poder evitar que ocurran daños de naturaleza multicausal como son las lesiones deportivas, sí se puede propiciar un aumento de la tranquilidad mental, el disfrute, la concentración, la calma, entre otros, para mejorar el rendimiento deportivo.

Se considera que podría ser muy provechoso continuar indagando en futuras investigaciones acerca de la relación entre la autoconfianza y la ansiedad precompetitiva en deportes similares de equipo para continuar conociendo cómo se vinculan entre sí en otras poblaciones y conocer si es que existen otros factores externos que también cobren protagonismo, además para ver si la tendencia obtenida en este trabajo también se replica.

Además, sería interesantísimo realizar estudios que indaguen en la relación entre los niveles de las variables y la incidencia de padecer lesiones, ya que quizás podría ayudar a prevenir o reducir el número de las mismas. Es decir, sería muy asombroso si se conociera, por ejemplo, si a mayor nivel de una variable existe mayor o menor prevalencia de padecer una lesión, o no.

Asimismo, una de las principales limitaciones de este estudio radica en que se ha trabajado con una muestra reducida de personas y sería de enorme relevancia replicar el mismo estudio con una muestra más grande. En otro orden, todos los participantes del estudio residen en la misma localidad y juegan en dos clubes, y sería interesante extenderlo a otras localidades, inclusive pensarlo en clubes de grandes ciudades que tengan mayor relevancia a nivel nacional o con mayor repercusión.

Referencias

- Abenza, L., Olmedilla, A., Ortega, E. y Esparza, F. (2009). Lesiones y factores psicológicos en futbolistas juveniles. *Archivos de Medicina del Deporte*, 26, 280-288.
- Abuawad, C. (2022). La influencia de las variables psicológicas, ansiedad y autoconfianza, en la ocurrencia de lesiones deportivas en futbolistas profesionales y aficionados [Tesis de grado no publicada]. Universidad Europea de Madrid.
- Aldás, A., Saltos, L. y Robayo, J. (2018). Influencia de la ansiedad en el rendimiento deportivo en futbolistas. *Ciencia y Tecnología*, 18(19), 181-189.
- Bandura, A. (1987). Pensamiento y acción: fundamentos sociales. Edit. Martinez Roca. Barcelona, España.
- Barriga, J. (2020). Asociación entre características de las lesiones deportivas previas y la ansiedad precompetitiva en futbolistas de la Liga distrital Lima-VES [Tesis de grado, Universidad Católica Sedes Sapientiae de Lima]. URL: <https://hdl.handle.net/20.500.14095/1004>
- Barriga, J. y Peralta, S. (2020). Características de las lesiones deportivas previas y ansiedad pre-competencia en futbolistas amateur de Lima. *Revista de Investigación y Casos en Salud*, 5(2), 60-69.
- Berengüi, R. y Puga, J. (2015). Predictores psicológicos de lesión en jóvenes deportistas. *Revista Costarricense de Psicología*, 34(2), 113-129.
- Busot, I. (1997). Teoría de la auto-eficacia (A. Bandura): Un basamento para el proceso instruccional. *Encuentro Educacional*, 4(1), 53-63. Recuperado de: <https://produccioncientificaluz.org/index.php/encuentro/article/view/1090>
- Caicedo, E., Pereno, G. Y De la Vega, M. (2017). Adaptación del Inventario Revisado de Ansiedad Estado Competitiva-2 a población deportiva argentina.

Interdisciplinaria, 34(2), pp. 389-405.

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18054403009>

Catalá, P. & Peñacoba, C. (2020). Factores psicológicos asociados a la vulnerabilidad de lesiones. Estudio de caso en un equipo de fútbol semi-profesional. *Revista de Psicología Aplicada al Deporte y el Ejercicio Físico*, 5(1), 1-10.

<https://doi.org/10.5093/rpadef2020a5>

Cox, R. H. (2009). *Psicología del deporte: conceptos y sus aplicaciones*. [traducción de Editorial Médica Panamericana S.A., efectuada por Adriana Latrónico y Liliana Mesher], 6ª ed.

Díaz, I. (2019). Ansiedad: Revisión y delimitación conceptual. *Summa Psicológica*, 16(1), 42-50.

Dosil, J. (2004). *Psicología de la actividad física y del deporte*. Madrid: McGraw-Hill.

FePRA. (2013). *Código de Ética Nacional*. Argentina.

González, G., Valdivia, P., Zagalaz, M. L. y Romero, S. (2015). La autoconfianza y el control del estrés en futbolistas: revisión de estudios. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte*, 10(1), 95-101.

González, M. T. (2009). Aproximación al concepto de ansiedad en psicología: su carácter complejo y multidimensional. Aula: *Revista De Pedagogía De La Universidad De Salamanca*, 5, 10-21.

<https://doi.org/10.14201/3270>

Hernández, R., Olmedilla, A. y Ortega, E. (2008). Ansiedad y autoconfianza de jóvenes judokas en situaciones competitivas de alta presión. *Análise Psicológica*, 4, 689-696.

Hernández Sampieri, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación*. 4ª ed., McGraw Hili Interamericana.

Instituto Nacional De Estadística y Censos. (2010). <https://www.indec.gob.ar/>

Jodra, P. (24 de febrero de 2015). La ansiedad en el deporte. En:

https://www.researchgate.net/profile/PabloJodra/publication/228904490_La_An-siedad_en_el_deporte/links/54ec353a0cf2a03051959204/La-Ansiedad-en-el-deporte.pdf

León, J., Fuentes, I. y Calvo, A. (2011). Ansiedad estado y autoconfianza precompetitiva en gimnastas. *Revista Internacional de Ciencias del Deporte*, 22(7), 76-91.

<http://www.cafyd.com/REVISTA/02301.pdf>

Martínez, M. (s.f.). *Análisis comportamental del Rendimiento Deportivo*. Recuperado de:

<https://analisiscomportamentaldelrendimientodeportivo.files.wordpress.com/2012/06/trabajo-4-test-de-ansiedad-csai-2-martens.pdf>

Nicolás, A. (2009). Autoconfianza y deporte. *Revista Digital: Educación Física y Deportes*, 128. Recuperado de:

<http://www.efdeportes.com/efd128/autoconfianza-ydeporte.htm>

Olmedilla, A., Álvarez, A., Ortín, F. y Blas, A. (2009). Ansiedad competitiva, percepción de éxito y lesiones: un estudio en futbolistas. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad y el Deporte*, 9(33), 51-66.

Olmedilla, A., Andreu, M. D. y Blas, A. (2005). Variables psicológicas, categorías deportivas y lesiones en futbolistas jóvenes: Un estudio correlacional. *Análisis Psicológico*, 4, 449-459.

Olmedilla, A., Andreu, M. D., Abenza, L., Ortín, F. y Blas, A. (2006). Lesiones y factores deportivos en futbolistas jóvenes. *Cultura, Ciencia y Deporte*, 2(5), 59-66.

Olmedilla, A. y García, A. (2009). El modelo global psicológico de las lesiones deportivas. *Acción Psicológica*, 6(2), 77-91.

Olmedilla, A., Ortega, E. y Abenza, L. (2007). Percepción de los futbolistas juveniles e influencia del trabajo psicológico en la relación entre variables psicológicas y lesiones. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 7(2), 75-84.

- Olmedilla, A., Ortega, E., Abenza, L. y Boladeras, A. (2011). Lesiones deportivas y psicología: una revisión (2000-2009). *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 11(1), 45-57
- Peñaloza, R., Jaenes Sánchez, J., Méndez, M. y Jaenes Amarillo, P. (2016). El poder explicativo de la ansiedad en los estados de ánimo de deportistas españoles. *Retos*, 30, 207-210.
- Prieto, J., Palmeira, A. y Olmedilla, A. (2015). Ansiedad competitiva, competitividad y vulnerabilidad a la lesión deportiva: perfiles de riesgo. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte*, 10(2), 293-300.
- Real Academia Española. (2014). CopyRight. 2022. Real Academia de la Historia.
- Ries, F., Castañeda, C., Campos, M. y Del Castillo, O. (2012). Relaciones entre ansiedad-rasgo y ansiedad-estado en competiciones deportivas. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 12(2), 9-16.
- Ríos, J., Pérez, Y., Fuentes, E. y Paredes, M. (2019). Efecto de las lesiones deportivas sobre variables psicológicas en lanzadores de béisbol. *Revista de Ciencia y Tecnología en la Cultura Física*, 14(3), 403-415.
- Ríos, J., Pérez, Y., Paredes, M. y Rodríguez, L. (2021). Relación entre variables psicológicas y lesiones deportivas en lanzadores de béisbol. *Revista de Ciencia y Tecnología en la Cultura Física*, 16(1), 168-186. Recuperado de <http://podium.upr.edu.cu/index.php/podium/article/view/908>
- Universidad Europea. (2023). Las funciones de un psicólogo deportivo. Recuperado de: <https://universidadeuropea.com/blog/funciones-psicologo-deportivo>.

Anexos

ANEXO 1.

Formulario autoadministrado con consentimiento informado, planilla de datos sociodemográficos, autoregistro de lesiones deportivas y CSAI-2.

Sección 1 de 2

Autoregistro de lesiones deportivas e Inventario de Ansiedad precompetitiva:

En este formulario vas a encontrar dos secciones. La primera se trata de un *Autoregistro de lesiones deportivas* construido particularmente para futbolistas, donde responder las consignas no lleva más de 5 minutos. Luego, en una segunda parte, vas a responder el *Test de Ansiedad precompetitiva "CSAI-2"*. En este caso, no te detengas a pensar demasiado, sino, andá respondiendo lo que sientas **en el momento**. Es importante que tengas en cuenta que todas las respuestas son anónimas y confidenciales. Sólo serán utilizadas para confeccionar una Tesis para recibir el título de grado de Licenciatura en Psicología. Muchas gracias por tu tiempo y por participar!!

Antes de comenzar es importante que dejes tu consentimiento informado. *

☐ Doy mi consentimiento informado para participar de esta investigación, donde se resguardará la identida...

1) EDAD *

Texto de respuesta corta

2) GÉNERO *

- ☐ Femenino
- ☐ Masculino
- ☐ Otro

3) ¿CUÁNTOS AÑOS LLEVÁS PRACTICANDO ESTE DEPORTE? (Especifique con número) *

Texto de respuesta corta

**4) ¿SUFRISTE DE ALGUNA LESIÓN JUGANDO AL FÚTBOL? Si respondes que sí, *
continúa leyendo. Si respondes que no, pasá a la pregunta n° 10.**

- ☐ Sí
- ☐ No

**5) SI RESPONDISTE QUE SÍ: ¿QUÉ TIPO DE LESIÓN TUVISTE SEGÚN SU GRAVEDAD?
(Si tuviste lesiones de los dos tipos, seleccioná la más reciente en el tiempo)**

- ☐ Leve: te impidió menos de una semana de entrenamiento
- ☐ Moderada: te impidió menos de un mes de entrenamiento
- ☐ Grave: te impidió más de un mes de entrenamiento, requirió de intervención quirúrgica o rehabilitación.

6) TU LESIÓN FUE DURANTE:

- ☐ Un partido
- ☐ Un entrenamiento

7) TUVO QUE VER CON:

- ☐ El contacto brusco con otro jugador
- ☐ Por una sobrecarga o exigencia
- ☐ Otro

8) ¿CUÁNTAS VECES TE LESIONASTE?

Texto de respuesta corta

9) ¿PODÉS ATRIBUIR CAUSAS A TU ÚLTIMA LESIÓN (en caso de que hayas tenido más de una) ¿CUÁLES?

Texto de respuesta larga

10) SI RESPONDISTE QUE NO, ¿TENÉS AMIGOS QUE SE HAYAN LESIONADO ALGUNA VEZ DURANTE UN **PARTIDO** DE FÚTBOL?

Sección 2 de 2

Inventario de Ansiedad Precompetitiva "CSAI-2"



A continuación se va a presentar la segunda parte del test. Vas a leer unas frases que muchos deportistas han utilizado para describir cómo se sienten antes de una competencia.

Lea cada frase y marque la opción que mejor describa **CÓMO SE SIENTE AHORA, en ESTE momento**. Las respuestas se puntúan en una escala del 1 al 4, donde 1 es "nada" y 4 es "mucho". No hay respuestas buenas o malas, ni correctas o incorrectas. No dedique mucho tiempo a cada frase, simplemente marque lo que mejor describa cómo se siente.

	1= Nada	2= Algo	3= Bastante	4= Mucho
Me preocupa esta ...	☐	☐	☐	☐
Me siento nervioso...	☐	☐	☐	☐
Me siento a gusto.	☐	☐	☐	☐
Me siento insegur...	☐	☐	☐	☐
Me siento inquieto...	☐	☐	☐	☐
Me siento cómodo...	☐	☐	☐	☐
Me preocupa no h...	☐	☐	☐	☐
Mi cuerpo está ten...	☐	☐	☐	☐
Tengo confianza e...	☐	☐	☐	☐

ANEXO 2.

Copia del Cuestionario de Ansiedad precompetitiva CSAI-2:

CSAI-2				
Cuestionario de autoevaluación de Illinois				
Nombre: Sexo: Fecha:				
Instrucciones: A continuación encontrará unas frases que los deportistas han utilizado para describir como se sienten antes de la competición. Lea cada frase y rodee con un circulo la puntuación que indique mejor COMO SE SIENTE AHORA MISMO, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo con cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.				
	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Estoy preocupado por esta competición	1	2	3	4
2. Me siento nervioso	1	2	3	4
3. Me siento a gusto.....	1	2	3	4
4. Me siento inseguro	1	2	3	4
5. Me siento inquieto	1	2	3	4
6. Me siento cómodo	1	2	3	4
7. Estoy preocupado porque es posible que no lo haga tan bien como podría en esta competición	1	2	3	4
8. Mi cuerpo está tenso	1	2	3	4
9. Tengo confianza en mi mismo	1	2	3	4
10. Me preocupa perder	1	2	3	4
11. Siento tenso el estómago	1	2	3	4
12. Me siento seguro	1	2	3	4
13. Me preocupa bloquearme por la presión.....	1	2	3	4
14. Mi cuerpo está relajado	1	2	3	4
15. Confío en superar el reto.....	1	2	3	4
16. Me preocupa hacerlo mal	1	2	3	4
17. Mi corazón va muy deprisa	1	2	3	4
18. Confío en hacerlo bien	1	2	3	4
19. Me preocupa el poder alcanzar mi objetivo	1	2	3	4
20. Siento un nudo en el estómago.....	1	2	3	4
21. Mi mente está relajada	1	2	3	4
22. Me preocupa que mi actuación no satisfaga a otros	1	2	3	4
23. Mis manos están húmedas	1	2	3	4
24. Estoy confiado porque veo que voy a cumplir mi objetivo	1	2	3	4
25. Me preocupa que no pueda concentrarme	1	2	3	4
26. Mi cuerpo está rígido	1	2	3	4
27. Tengo confianza en superar la presión	1	2	3	4