

Universidad Abierta Interamericana

Facultad de Psicología y Relaciones Humanas

Licenciatura en Psicología

“La incidencia de la práctica deportiva adaptada en la autoestima de los jóvenes entre 15 y 30 años con Síndrome de Down”

Tesista: Ana María Jacquet Pinus

Director: Federico Sciretta

Septiembre, 2024

Resumen

El presente trabajo tiene por objetivo principal describir cómo incide la práctica deportiva adaptada en la autoestima de los jóvenes entre 15 y 30 años con Síndrome de Down que realizan Hockey en una cancha del Hipódromo de la ciudad de Rosario en el año 2024. Para ello, se eligió administrar encuestas a los participantes pertenecientes a Santa Mónica, equipo de Hockey inclusivo de dicha ciudad.

La investigación aborda la importancia que tiene el deporte en el bienestar físico y psíquico y cómo la participación en actividades deportivas puede contribuir en la autoimagen y la autovaloración de estos/as jóvenes, teniendo en cuenta que las experiencias deportivas pueden ayudar a mejorar la autoestima en este grupo.

Para la realización de dicho trabajo se utilizó la escala de Rosenberg, la cual es una de las escalas más utilizadas a nivel internacional para evaluar la autoestima global. (Rosenberg, 1965). Consta de 10 ítems, 5 de carácter directo, formulados en forma afirmativa, y 5 de carácter inverso, redactados en forma negativa. La escala fue diseñada para ser una medida unidimensional de autoestima. Posee 4 opciones de respuesta: desde extremadamente de acuerdo a extremadamente en desacuerdo. Consta de 5 ítems directos y 5 inversos. Los contenidos de los ítems se centran en los sentimientos de respeto y aceptación de sí mismo/a. Este test de autoestima tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que una persona tiene de sí misma. También se utilizó como instrumento una encuesta que consta de 10 preguntas con opción múltiple de respuesta acerca del deporte y la práctica deportiva de Hockey en particular.

Palabras claves: Síndrome de Down, deporte, autoestima, Hockey inclusivo

Agradecimientos

Agradezco a los/las deportistas, padres, madres y facilitadoras de Santa Mónica, cuya pasión y dedicación en el Hockey inclusivo han sido una fuente de inspiración. Este trabajo es un testimonio del impacto positivo que han tenido en este trayecto.

Dedicatorias

A Renata y Benjamín, mis hijos, por su apoyo incondicional y su amor constante. Este trabajo es un testimonio de que, con dedicación y esfuerzo, uno puede alcanzar sus metas, y espero que este ejemplo les sirva en sus propias vidas.

A Matías, mi pareja, por su amor, comprensión y apoyo inquebrantable durante cada etapa de este proceso. Su paciencia y ánimo han sido mi fuerza y refugio en los momentos más difíciles.

Índice

1. Introducción 4

1.1Estado del arte 8

1.2 Problema 13

1.3 Objetivos de la investigación 13

2. Marco Teórico 14

2.1 Algunas consideraciones sobre Síndrome de Down 14

2.2 Cómo ha evolucionado significativamente la definición de discapacidad a lo largo del tiempo 15

2.3 Nacimiento y trauma. Duelo de los padres. Las marcas de los primeros veredictos médicos 19

2.4 Algunas características del deporte adaptado 20

2.5 ¿Qué es la autoestima? 28

2.6 Autoestima y Síndrome de Down 34

2.7 Las Lionas: el primer equipo argentino de hockey para personas con discapacidad intelectual 36

2.8 Santa Mónica Hockey inclusivo Rosario 37

3. Marco metodológico 39

3.1 Tipo de estudio 39

3.2 Unidades de análisis. Población, muestra, y tipo de muestreo 39

3.3 Instrumento 39

3.4 Consideraciones éticas 40

4. Análisis de la información e interpretación de los resultados 42

4.1 Autoestima que presentan los jóvenes con Síndrome de Down 42

4.2 Práctica deportiva desde el enfoque del deporte adaptado 45

4.3 Nivel de autoestima y la realización de una práctica deportiva adaptada 52

Conclusiones 57

Referencias Bibliográficas 60

Anexo 1 64

Anexo 2. 65

1. Introducción

La siguiente investigación aborda sobre la incidencia de la práctica deportiva adaptada en la autoestima de los jóvenes entre 15 y 30 años con síndrome de Down que realizan Hockey en una cancha del Hipódromo en la ciudad de Rosario, Argentina.

Los conceptos de discapacidad, deporte adaptado, síndrome de Down y autoestima son realmente importantes y están interrelacionados, especialmente cuando se trata de entender el impacto positivo del deporte adaptado en personas con discapacidad, como aquellas con síndrome de Down.

Según Liliana Pantano (1993), la discapacidad es, antes que nada, un fenómeno social objetivo y aún visible. Está constituido básicamente por una situación de menoscabo físico, psíquico o sensorial que afecta a personas concretas. Pero además se reproduce en el nivel sociocultural. Cada sociedad, en efecto, genera y regenera ideas y palabras, valores y medidas que configuran la imagen social de la discapacidad. Una discapacidad no puede ser entendida ahistóricamente. La interpretación de la magnitud y las consecuencias de una discapacidad debe estar en función del entorno social en que se manifiesta. Es imprescindible hacer de la sociedad un medio más aceptable para una mayor gama de aptitudes.

Marcelo Rocha (2012) entiende por deporte adaptado aquella actividad físico deportiva que es susceptible de aceptar modificaciones para posibilitar la participación de las personas con discapacidades físicas, psíquicas o sensoriales. Plantea que no deberíamos centrarnos tanto en la técnica, solo tendríamos que ir en busca del sujeto -para a través de la actividad deportiva- construir un nuevo anudamiento a una actividad. Sugiere tratar de convocar al sujeto desde un ejercicio o un juego; de nada vale la repetición de una técnica si el sujeto no está ahí, convocado por nosotros, a través de nuestro propio deseo. Adaptar un deporte no es solamente crear e implementar estrategias, técnicas o reglamentos en torno a una actividad física o a un juego , es más que eso; significa pensar en variables tales como el contexto donde se va a llevar a cabo la experiencia, en las barreras arquitectónicas que deberán sortearse, en las barreras sociales (prejuicios, miedos, creencias erróneas) de las personas que tengan un rol importante en la gestión de los espacios, y en el impacto que la experiencia tenga en la comunidad. Los fines del deporte adaptado van en relación directa con los requerimientos y las necesidades de las personas con discapacidad; ellos pueden entenderse como: preventivos, terapéuticos, educativos, integrativos, deportivos. Estos

fines se engloban en un eje central vinculado a la equiparación de oportunidades socios deportivas. Generalmente, para que este tipo de prácticas se produzcan, es necesario que se sustenten en programas o proyectos creados por un grupo de personas y que se sostengan a través de instituciones.

De acuerdo a una publicación realizada por Down España (1991), el nombre «síndrome de Down» deriva del apellido del médico británico John Langdon Haydon Down, quien en 1866 fue el primero en describir las características clínicas compartidas por un grupo específico de personas, aunque no pudo determinar su origen. Sin embargo, fue en julio de 1959 cuando el genetista Jérôme Lejeune en Francia, seguido unos días después por la genetista Patricia Jacobs en Estados Unidos, identificaron que el síndrome se debe a una alteración en el par 21 de los cromosomas. En abril de 1961, un conjunto de 16 expertos en genética publicó una comunicación en The Lancet en la cual sugirieron que el término «mongolismo» resultaba inapropiado debido a sus implicaciones raciales, proponiendo en su lugar términos alternativos como «síndrome de Down» o «trisomía 21». Por consiguiente, la trisomía 21 se convirtió en la primera anomalía cromosómica identificada en seres humanos.

Nathaniel Branden (1995), uno de los especialistas en el estudio de la autoestima la define como la experiencia de ser aptos para la vida y para las necesidades, la confianza en tu capacidad de pensar y de enfrentar los retos que la vida te presenta; la confianza de tu derecho a la felicidad, de ese sentimiento que te dignifica y te hace merecedor de valorarte a ti mismo como persona; y las aportaciones que haces al mundo como tal.

Desde la premisa de los organismos internacionales (UNICEF-ONU-UNESCO, 2004) de que el desarrollo de la actividad física y el deporte es un derecho para todos sin discriminación alguna, se reconoce que la realización de actividad física y deporte puede aportar en las personas diversos beneficios individuales y sociales.

El deporte se convierte en una herramienta para la inclusión socioeducativa pero también debemos ver las barreras que supone el mismo para las personas con discapacidad. Se postula una concepción de deporte adaptado que engloba a todas aquellas modalidades deportivas que se adecúan a personas con diferentes capacidades, bien porque se han realizado una serie de adaptaciones y/o modificaciones para facilitar la práctica a ese colectivo, o porque la propia estructura del deporte permite su práctica sin adaptaciones relevantes (Reina, 2014).

Jofre (2009) plantea que el avance hacia la inclusión en diferentes esferas sociales, numerosas Federaciones Deportivas Internacionales han dado instrucciones a sus respectivas Federaciones Nacionales para que acojan la modalidad de deporte adaptado dentro de sus estructuras organizativas y de práctica deportiva. Este proceso ha permitido responder a uno de los objetivos reivindicados por las personas con discapacidad: la integración e inclusión en la sociedad y en todas sus estructuras y ámbitos sociales. En palabras del propio Alberto Jofre, Director Gerente del Comité Paralímpico Español, la integración en las federaciones deportivas lograría una mayor especialización de los servicios ofrecidos a los deportistas con discapacidad y a sus técnicos para la práctica de su deporte. Además, la integración produciría beneficios como el incremento del número de practicantes de actividad física y deportiva entre las personas con discapacidad; elevar las cuotas de cohesión del tejido social y favorecer la inclusión del colectivo de personas con discapacidad; rentabilizar los recursos destinados a la promoción del deporte y de la actividad física; y sensibilizar a todos los agentes involucrados en la promoción del deporte y de la actividad física sobre la igualdad de oportunidades.

El deporte tiene la clave para mejorar el estado emocional de las personas con discapacidad, ya que contribuye al aumento de la autoestima y al logro personal. Además, influye positivamente en el desarrollo personal, fomentando el autocontrol, la autoconfianza, la identidad y un autoconcepto positivo. También ayuda a mejorar la autoestima, a establecer y mantener hábitos saludables, entre otros beneficios. En el ámbito social, promueve la socialización, la interacción con otros, el aprendizaje en equipo, el respeto por las reglas, la resolución de problemas y el control de impulsos.

La Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad es el instrumento internacional de derechos humanos de las Naciones Unidas destinado a proteger los derechos y la dignidad de las Personas con discapacidad. La Argentina junto con los Estados Partes firmantes de la Convención, tienen la obligación de promover, proteger y garantizar el pleno disfrute de los derechos humanos de estas personas y garantizar que gocen de plena igualdad ante la ley. El texto fue aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006 en su sede en Nueva York. En nuestro país toma forma de Ley en el año 2008 con el N° 26.368. Algunas cuestiones relevantes para el presente trabajo se encuentran

detalladas en los apartados del Preámbulo de dicha norma. A continuación, se exponen algunos de estos aspectos:

«e) Reconociendo que la discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás»

«n) Reconociendo la importancia que para las personas con discapacidad reviste su autonomía e independencia individual, incluida la libertad de tomar sus propias decisiones».

«v) Reconociendo la importancia de la accesibilidad al entorno físico, social, económico y cultural, a la salud y la educación y a la información y las comunicaciones, para que las personas con discapacidad puedan gozar plenamente de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales».

«k) Observando con preocupación que, pese a estos diversos instrumentos y actividades, las personas con discapacidad siguen encontrando barreras para participar en igualdad de condiciones con las demás en la vida social y que se siguen vulnerando sus derechos humanos en todas las partes del mundo».

Luego en el artículo 30, dedicado a la participación en la vida cultural, las actividades recreativas, el esparcimiento y el deporte, define:

«5. A fin de que las personas con discapacidad puedan participar en igualdad de condiciones con las demás en actividades recreativas, de esparcimiento y deportivas, los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para:

a) Alentar y promover la participación, en la mayor medida posible, de las personas con discapacidad en las actividades deportivas generales a todos los niveles; b) Asegurar que las personas con discapacidad tengan la oportunidad de organizar y desarrollar actividades deportivas y recreativas específicas para dichas personas y de participar en dichas actividades y, a ese fin, alentar a que se les ofrezca, en igualdad de condiciones con las demás, instrucción, formación y recursos adecuados; c) Asegurar que las personas con discapacidad tengan acceso a instalaciones deportivas, recreativas y turísticas».

1.1Estado del arte

Fernández, L. (2018) en su investigación: Beneficios de la hidroterapia en relación al desarrollo motor y al aparato mioarticular en niños con síndrome de Down nos explica que éstos poseen ciertas características físicas particulares, tales como: hipotonía muscular, nariz achatada, ojos rasgados, orejas pequeñas, baja estatura, boca pequeña, pliegue único en la palma de la mano, manos cortas y anchas con dedos cortos. Se observa en ellos un retraso mental que por lo general no es profundo y también enfermedades asociadas a este Síndrome, por ejemplo: cardiopatías congénitas, alteraciones gastrointestinales, hipoacusia, enfermedades de la visión, riesgo de luxación de cadera, hipotiroidismo, problemas dentarios. Es un trastorno genético producido por la presencia de un cromosoma extra en la pareja cromosómica 21, de manera que las células de estas personas tienen 47 cromosomas. Esto se produce de forma natural y espontánea, por lo tanto, no hay justificación aparente sobre la que poder actuar para impedirlo. La Hidroterapia es la utilización del agua con fines terapéuticos. La rehabilitación acuática, se basa en las actividades que se realizan en el agua con fines terapéuticos. Los niños con Síndrome de Down en este medio refuerzan su autoestima y valía en sí mismos. El tratamiento de estos pacientes en el agua debe ser adaptable a las necesidades individuales, motivadoras y agradables. El Síndrome de Down es causado por la presencia de un cromosoma extra en el par 21, este cromosoma adicional flota libremente en el núcleo de la célula o está situado en la parte superior de otro cromosoma, lo cual genera una discapacidad intelectual y rasgos similares asociados a esta condición.

Así mismo, Cisneros, (2013) en Ecuador ubicado en la provincia de Tungurahua, realizó una investigación acerca del fútbol y la motricidad que presentan los niños y niñas con Síndrome de Down, en que no existe una práctica adecuada. Esta investigación se realizó en el instituto de Educación Especial de la ciudad de Ambato en el Instituto de educación especial “Ambato”, sobre la motricidad en los niños con Síndrome de Down, en el periodo Julio 2011 hasta enero 2012. La metodología implementada a través de varios instrumentos como el test de aptitud motriz, se elaboró el test de nueve preguntas y que tiene como finalidad detectar el grado de motricidad de 17 cada uno de los niños y niñas del instituto, el test de Cooper, Test del kilómetro, Test de los 50 metros. Los resultados evidencian que a pesar de los problemas que poseen, nos da un porcentaje del 74% que poseen un desarrollo motriz, con la ayuda de la

práctica deportiva del fútbol, de esto indicaron tener mayor equilibrio, y estabilidad en el momento de estar con el balón.

Jeldres, Aldana (2023) explica que la Educación Física y el Deporte son dos herramientas que constituyen al desarrollo del individuo de forma integral, dando posibilidad de que despliegue sus posibilidades personales y facultades físicas, así como también las sociales. El ser humano formado por dimensiones sociales, psicológicas y biológicas requiere del desarrollo de diferentes manifestaciones, tanto motrices como personales y sociales. La educación física y el deporte tienen importantes beneficios a nivel físico, motriz, cognitivo, social y de autonomía que le proporcionan a la persona una mejor independencia y sociabilidad en el medio donde se desenvuelve. De este modo, cumplirán un rol fundamental para la vida de cualquier persona en el ámbito de salud y especialmente, para las personas con discapacidad colaborando en su proceso de rehabilitación y también de inclusión social. Todos los niños tienen que hacer ejercicio físico ya que a través del deporte aprenden a conocer sus capacidades físicas y personalidad. Las personas con discapacidades intelectuales requieren de una mayor estimulación a través de la práctica de actividades motrices. Dados los problemas motrices que sufren las personas con discapacidad intelectual como el Síndrome de Down, la práctica de la Educación Física y el Deporte son un pilar fundamental para ellos, para poder lograr un mejor desarrollo de su motricidad general y también mejoras en cuanto a la manipulación, el manejo de los espacios, la autonomía personal, la formación integral como ser humano y la creación de vínculos sociales que le permitan una inclusión tanto educativa como social. La actividad motriz genera un poder recuperador en el desarrollo perceptivo-motor de las personas con deficiencia mental. Y es que la actividad física permite a la persona con algún tipo de desajuste intelectual mejorar la canalización de sus instintos, aprender a superar sus posibles dificultades y limitaciones, así como reconocer y forjar su propia personalidad gracias al marco tan característico que propone y a las situaciones que promueve.

García M., Laura (2021) en su investigación llamada “ Implicaciones de los componentes motores en personas con Síndrome de Down que frecuentan el fútbol”, relata que es fundamental desarrollar unas habilidades motoras gruesas que se encuentran comprometidas en las personas con Síndrome de Down, tales habilidades son: el equilibrio, la coordinación, la flexibilidad, la agilidad y el espacio temporal, las cuales deben ser atendidas con mayor prioridad, para mejorar su desempeño tanto

físico, personal, social y familiar, puesto que cuando no son desarrolladas adecuadamente causan límites en sus competencias, trayendo consigo otros factores de riesgo como la baja autoestima, poco liderazgo, y poca interacción. Por esta razón, es importante incluir en el deporte a las personas con Síndrome de Down, para que estas habilidades ya antes reflejadas causen un efecto diferente, y así permitir que sus implicaciones pasen a ser positivas, pues comienzan a ser potencializadas, generando una evolución en su conducta, en su físico y en sus emociones. El fútbol es un deporte que brinda la oportunidad de equivocarse, cometer errores, pues este genera un crecimiento personal, por lo tanto, es fundamental incluirlos para mejorar las capacidades motoras que se encuentran afectadas, logrando disminuir las secuelas desfavorables de sus destrezas, facilitándoles mantener un buen rendimiento.

Así mismo, en Bogotá Hernández, Puentes y Sierra, (2014) realizaron una investigación con dos niños que presentan Síndrome de Down con edades de 15 y 17 años, condiciones y características de cada uno de ellos diferente. Como resultado se evidenció que los dos sujetos presentan menor desarrollo físico, motriz y coordinativo en los miembros superior e inferior izquierdo. El método de investigación que se utilizó fue un Programa de actividad física diseñado para dos niños en condición de síndrome de Down Se concluye finalmente que el desarrollo y la aplicación de este proyecto mejoró la coordinación, logrando un bienestar en estos sujetos, para así poder llegar a ser un poco autónomos en sus quehaceres diarios.

Underwood, Olmos y Miguez relatan que en el año 2016, La Facultad de Ciencias Veterinarias de la Universidad de Buenos Aires (FCV-UBA) y la Asociación Civil La Victoria Inclusión Social y Deportiva firmaron un convenio para la puesta en marcha del Proyecto Hockey Sordas Argentina. Este proyecto nació a partir de la iniciativa de chicas sordas que juegan al hockey desde hace varios años, y que se acercaron a la Asociación Civil La Victoria, conformada por profesionales de la educación, la salud, el arte y el deporte, comprometidos con la problemática social, que trabajan desarrollando diversas actividades con niños, adolescentes, adultos, adultos mayores y personas con discapacidad. Asimismo, la Facultad de Ciencias Veterinarias tiene a la inclusión como parte de su política institucional, explicitado en la creación de la Subsecretaría de Promoción para la Igualdad de Oportunidades, dependiente de la Secretaría de Extensión Universitaria y Bienestar Estudiantil (desde 2010, Secretaría de extensión), fue creada el 9 de mayo de 2007 por Resolución 619/07 dice: “consideramos

que la Facultad puede contribuir con los objetivos generales de igualdad de oportunidades e inclusión de las personas con discapacidad fomentando la investigación, capacitación y asesoramiento técnico en la materia, tanto para los miembros de la comunidad universitaria como para la comunidad en general.

Para llevar a cabo estas tareas se propuso fomentar tareas de cooperación con otras instituciones y agencias públicas o privadas interesadas en la materia, instar a la inclusión de personas con discapacidad, consultar expertos y promover el libre debate con atención a la diversidad sociocultural". En el marco del convenio comenzará el entrenamiento del equipo en las canchas de la FCV-UBA que, si bien está dirigido a personas sordas e hipoacúsicas, es abierto a las estudiantes de la Facultad que tengan interés en participar, de forma gratuita. Además, se esperaba que el equipo de "Hockey sordas" pudiera entrenar, jugar y compartir momentos con el equipo de hockey que representa a la FCV-UBA, y que esta actividad pueda ampliarse a otros deportes y espacios inclusivos.

La Victoria Inclusión social y deportiva es una Asociación Civil sin fines de lucro, compuesta por profesionales de diversas áreas: educación, salud, arte y deporte, con docentes comprometidos con la problemática social, que desde hace más de 15 años desarrolla diversas actividades con niños, adolescentes, adultos, adultos mayores y personas con discapacidad, en diversos clubes barriales, instituciones académicas y barrios vulnerables. Los proyectos de deportes no sólo atienden necesidades básicas, sino que pretenden crear un lugar donde se ejercite el juego, el arte, el encuentro amistoso, el saber, la solidaridad, la recreación, y se generen espacios de aprendizaje, de reflexión, intercambio, de diversión, donde a través de diferentes actividades todos hallen un tiempo de atención y enriquecimiento que les permita seguir creciendo y valorando la libertad de pensar, de participar, y de vivir en democracia. Actualmente tiene en funcionamiento 4 sedes de hockey inclusivo/recreativo en diferentes barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En cada sede realizan esta actividad con más de 30 chicos, a los que luego de dichas jornadas se les proporciona una merienda compartida con sus familiares. La actividad es gratuita y se les proporciona todo el material deportivo específico.

Proyecto Hockey Sordas Argentina

Las Águilas (agrupadas como Hockey Sordas Argentina) es la selección de hockey para jugadoras sordas e hipoacúsicas, y se formó en 2011. Son pioneras en Argentina y en Latinoamérica, y han representado al país en distintos eventos sudamericanos. Algunas de las jugadoras se comunican a través de Lengua de Señas Argentina y otras hacen lectura labial. Su entrenadora también es profesora de los espacios de hockey que brinda la ONG La Victoria y fue quien generó un vínculo que se ha ido fortaleciendo con el trabajo conjunto. Ella estudiaba la carrera de intérprete de LSA y un día compartió en Facebook información instando a que se sumen niños sordos o hipoacúsicos a los equipos.

Brosa, Cristina L. en su investigación titulada "El punto de vista del protagonista, ¿Que piensan los jóvenes de Síndrome de Down sobre su identidad y realidad?"(2015) plantea que su propósito es descubrir la visión que tienen los jóvenes con Síndrome Down sobre ellos mismos, para poder comprenderlos mejor y facilitar herramientas a ellos y a sus familias para favorecer su desarrollo global, autoconcepto, autoestima y adaptación personal a su entorno y su autodeterminación, mejorando así su calidad de vida. La investigación consiste en entrevistas personales en profundidad, en las que se les han planteado temas relacionados con el conocimiento sobre la discapacidad, la diferencia y la percepción sobre sí mismos y su realidad. Los sujetos son jóvenes y adultos de entre 16 y 30 años con Síndrome de Down que han seguido un régimen de escolaridad ordinaria inclusiva y que están cursando estudios pre-laborales adaptados o tienen un trabajo ordinario con apoyo. A partir de los resultados obtenidos está previsto desarrollar un programa dirigido a dar pautas familiares y escolares definiendo actividades dirigidas a favorecer su autoconocimiento y su adaptación personal en los diferentes momentos de su desarrollo. El objetivo del presente estudio radica en identificar la percepción que los jóvenes con Síndrome de Down (SD) tienen sobre sí mismos. Talita, fundación privada, nació en 1998 con el objetivo de dar una respuesta comprometida a la diversidad. Desde entonces, la Fundación trabaja para que niños y jóvenes con discapacidad intelectual puedan tener una escolarización inclusiva y participen en todos los ámbitos naturales de la sociedad actual, ocio, familia y trabajo. La misión de Talita es favorecer una mejor calidad de vida a los niños y jóvenes con discapacidad intelectual y necesidades educativas específicas, con una formación en un entorno normalizado que les permita una inclusión social, plena, desde la escuela hasta su incorporación al mundo laboral. A este respecto conocer como la persona con

síndrome de Down se siente y vive su realidad nos ayuda a adaptarnos mejor a ellos y poder evaluar si los programas y los itinerarios que diseñamos son adecuados a sus necesidades reales.

1.2 Problema

¿Cómo incide la práctica deportiva adaptada en la autoestima de los jóvenes entre 15 y 30 años con Síndrome de Down que realizan Hockey en una cancha del Hipódromo de la ciudad de Rosario en el año 2024?

1.3 Objetivos de la investigación

Objetivo General:

Describir la incidencia de la práctica deportiva adaptada en la autoestima de los jóvenes entre 15 y 30 años con Síndrome de Down que realizan Hockey en una cancha del Hipódromo de la ciudad de Rosario en el año 2024.

Objetivos Específicos:

- Identificar el nivel de autoestima que presentan los jóvenes con Síndrome de Down.
- Describir el tipo de práctica deportiva desde el enfoque del deporte adaptado
- Establecer relaciones entre el nivel de autoestima y la realización de una práctica deportiva adaptada.

2. Marco Teórico

2.1 Algunas consideraciones sobre Síndrome de Down

ASDRA es la Asociación Síndrome de Down de la República Argentina, una asociación civil sin fines de lucro y de bien público, fundada por un grupo de mamás y papás de personas con síndrome de Down en 1988. Trabajan junto a las familias por la inclusión de las personas con síndrome de Down en la atención temprana, la educación, el trabajo y la vida independiente.

Según esta asociación, las personas con síndrome de Down tienen un cambio en sus cromosomas. En general es común que las células de las personas tengan 46 cromosomas que se unen de a 2. Eso quiere decir que es común que las personas tengan 23 pares de cromosomas en sus células. Las personas con síndrome de Down tienen un cromosoma de más en el par 21. Es decir, tienen 3 cromosomas en el par 21. Por eso el síndrome de Down también se conoce como Trisomía 21. En los cromosomas está la información de cómo somos. Por ejemplo: el color de pelo, el color de los ojos, el color de la piel, la altura que vamos a tener, la forma de nuestra nariz. Entre estas personas hay características comunes. Por ejemplo: tienen los músculos blandos al nacer, la nariz chata, los ojos alargados y finos, las orejas pequeñas, la estatura baja, la boca pequeña.

El síndrome de Down se produce en el momento de la unión entre las células de una mujer y un hombre. Cualquier pareja puede tener un hijo con este síndrome. No se sabe por qué pasa. 1 de cada 1000 bebés nace con síndrome de Down. Cuando tienes síndrome de Down no estás enfermo. Puedes enfermarte como cualquier otra persona, pero hay algunas enfermedades que son más comunes en las personas con síndrome de Down. Por ejemplo: enfermedades del corazón, del estómago o del intestino, de la tiroides, de la visión, del oído, problemas en la posición de los dientes.

A las personas con síndrome de Down les cuesta aprender algunas cosas o necesitan más tiempo para aprender. Por eso se dice que tienen discapacidad intelectual.

ASDRA además sostiene que el vínculo con la familia es lo más importante para el desarrollo de cualquier persona. La paciencia, el amor, la confianza de la familia son fundamentales para el crecimiento de las personas con síndrome de Down, desde el nacimiento hasta la vida adulta. Además de la ayuda de los profesionales, los apoyos y la inclusión social (en la escuela, el bario, los clubes, los lugares de trabajo) son muy importantes para que estas personas tengan una vida plena. La esperanza de vida es la

cantidad de años que vive la gente. En las personas con este síndrome, la esperanza de vida es un poco menor que la esperanza de vida en la población general. Las personas adultas con síndrome de Down pueden desarrollar su vida como otras personas, pero necesitan apoyos. También son importantes: los cuidados médicos, la alimentación, la actividad deportiva, el estrés, y la manera de vivir.

Los derechos de las personas con síndrome de Down están enunciados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y, en el caso de menores de 18 años, en la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, Niña y Adolescente. Las personas con síndrome de Down tienen derecho a la vida y a disfrutar de ella; a tener una familia; a una vivienda digna; una alimentación adecuada y un vestido apropiado; a la salud y la protección de su integridad física y mental en igualdad de condiciones que los demás; a una educación inclusiva con los apoyos necesarios; a tomar sus propias decisiones; a opinar libremente; al respeto de su privacidad; a trabajar dentro del mercado laboral abierto y competitivo; a votar y participar en las elecciones de su comunidad; a un igualitario acceso a la Justicia; a participar en la vida cultural, igual que las demás personas; a viajar libremente, elegir su lugar de residencia y nacionalidad; a tener igual reconocimiento ante la ley; a vivir de forma independiente y formar parte de la comunidad; a tener igualdad de oportunidades que los demás para participar en los distintos ámbitos de la sociedad y no ser discriminados por su discapacidad; a contar con información accesible y los ajustes razonables que necesiten; a un envejecimiento activo.

2.2 Cómo ha evolucionado significativamente la definición de discapacidad a lo largo del tiempo

Según Liliana Pantano (1993), la discapacidad es, antes que nada, un fenómeno social objetivo y aún visible. Está constituido básicamente por una situación de menoscabo físico, psíquico o sensorial que afecta a personas concretas. Pero además se reproduce en el nivel sociocultural. Cada sociedad, en efecto, genera y regenera ideas y palabras, valores y medidas que configuran la imagen social de la discapacidad. Hablar de “discapacidad”, en sentido general, es hacer referencia a posibilidades limitadas de desarrollo humano. Y esta limitación –en la realidad- no está dada exclusivamente por

las carencias (físicas, mentales o de otro tipo) de quien está impedido, sino también por la misma comunidad a la que pertenece, en tanto y en cuanto no siempre ofrece medios alternativos de superación y/o promoción. Así planteado puede decirse que la discapacidad es un problema social. Esto implica que su adecuado tratamiento, ya sea en la reflexión o en la acción, debe enfocarse en dos sentidos: en el discapacitado y en la comunidad a la que pertenece. Ocuparse de la comunidad en que vive el discapacitado es llevar a la práctica la necesidad de proteger y acrecentar el básico respeto por la naturaleza humana. Es este un fundamento ético, al que se agrega el requerimiento de indagar el medio social en que se halla la persona discapacitada. Una discapacidad no puede ser entendida ahistóricamente. La interpretación de la magnitud y las consecuencias de una discapacidad debe estar en función del entorno social en que se manifiesta. Es imprescindible hacer de la sociedad un medio más aceptable para una mayor gama de aptitudes. Para ello es necesario conocer ambos términos: las "personas con discapacidades "de una comunidad, y la comunidad de que se trata.

Hoy en día, al referirse al concepto de Salud, la OMS tiene una definición concreta: es un estado de completo bienestar físico, mental y social, no solamente la ausencia de enfermedad o dolencias (OMS, 1948). Por supuesto, esta definición es el resultado de una evolución conceptual, ya que surgió en reemplazo de una noción que se tuvo durante mucho tiempo: aquella que presumía que la salud era, simplemente, la ausencia de enfermedades biológicas. Es así como, a partir de la década de los cincuenta, la OMS revisó esa definición y finalmente la reemplazó por esta nueva en el año 1948, en la que la noción de bienestar humano trasciende lo meramente físico u orgánico: ahora, la salud también tiene que ver con el medio ambiente que rodea a la persona y en el cual ella se desenvuelve.

Teniendo esto en cuenta, se puede pensar que la promoción de la salud es importante para la inclusión social de aquellas personas con discapacidad. Esta concepción de salud, una salud colectiva y comunitaria, parte de reconocer que existe una relación dialéctica entre las personas y la sociedad, la cual influye en el desarrollo humano de todos los sujetos, y sin la cual no es posible concebir la existencia de un hombre por fuera de un contexto geográfico, histórico y sociocultural, como se lo hacía anteriormente. Desde hace muy poco tiempo se comenzó a reconocer que la discapacidad no es una enfermedad, pudiendo abrirse de esta manera a nuevas formas de ver, pensar y actuar respecto a estos temas.

La Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de Naciones Unidas (ONU 2006) dispuso, en esta nueva etapa, que el término adecuado para referirse a dicho grupo de la población sea Personas con Discapacidad (PCD) o Personas en Situación de Discapacidad. El acuerdo en la utilización de este término surgió en base a considerar a la discapacidad como una situación provocada en la interacción entre la persona, sus características, y el medio físico y social no habilitado para la diversidad propia de la naturaleza humana. En este contexto, se reconoció a las personas con discapacidad como sujetos de derecho, con igualdad de oportunidades y participación en la vida comunitaria. Se trató de construir una sociedad sin segregaciones, en donde las soluciones no sean el resultado de la caridad, sino del acceso equitativo a las oportunidades y recursos.

La Declaración de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad resultó un punto de llegada en la lucha por los derechos de los sujetos con discapacidad y un punto de partida para el abordaje de muchos otros aspectos pendientes. Define que "los sujetos con discapacidad incluyen a todos aquellos que posean deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás" (CDPCD, 2006).

En nuestro país se promueve un Modelo Social de la Discapacidad (MSD), que considera a la misma como un problema social, reconoce a las personas en su integridad física y moral, como sujeto pleno de derechos y vinculándose a su entorno familiar y social comunitario. Concibe a la discapacidad desde un enfoque biopsicosocial como una realidad compleja y multidimensional, que debe ser comprendida a partir de la interacción de un sujeto con sus circunstancias. El eje preponderante de este modelo es el de la igualdad de derechos y la posibilidad de tomar decisiones empodera a los sujetos y les da la oportunidad de una vida más digna. Este modelo se focaliza en los cambios que la sociedad debe hacer en términos de: *actitudes*: una actitud más positiva hacia ciertos tratamientos mentales y comportamientos; *apoyo social:* ayudando a superar las barreras y ofrecer recursos; *información*: utilizando determinados formatos (braille), niveles (simplicidad del idioma); *estructura física:* eliminación de barreras arquitectónicas; accesibilidad y derechos a servicios sociales, sanitarios, educativos.

Posicionados en este paradigma desde diversas profesiones y ámbitos de intervención, se fomentan acciones que promuevan a que niños, adolescentes y jóvenes

con discapacidad logren su plena integración social a través de la equiparación de las oportunidades para la participación activa en mejores condiciones de igualdad en las diversas esferas de la vida.

Marcelo Rocha (2013) plantea que desde que en nuestro país comprendimos que la discapacidad es un tema de orden social, muchos de los profesionales que abordan este controversial campo comenzaron a cambiar el centro de su mirada y de sus prácticas. Ya no insistirían tanto en querer mejorar sólo el estado negativo de salud del sujeto, sino que se enfocaron mucho más en el complejo escenario representado por las encrucijadas que se producen en la interacción del sujeto con el contexto. Por lo tanto, el contexto y el lazo social entre las personas, se convirtieron en la mayor preocupación. Hablar de discapacidad ya no es más hablar de un estado particular de salud de una persona, es mucho más que eso, es pensar en cómo esta se va a relacionar con sus otros y la forma en que construirá su proyecto de vida, más allá de su limitación.

La discapacidad es una situación "real" que vive un sujeto en un momento y lugar sociocultural dado, que puede o no generar efectos tanto para su propia subjetividad, su contexto familiar, como para las relaciones que establezca con su entorno (lo social). Es algo que el sujeto posee pero que no debe condicionar el lugar que ocupa como ser humano a lo largo de toda su vida. La discapacidad es un estado real que porta o padece una persona de forma transitoria o permanente, que produce una o varias limitaciones (de acuerdo a como sea el tipo o grado de la misma) en la participación y el funcionamiento de ese individuo en la sociedad donde se halla inserto. Por lo tanto, la discapacidad no es la persona, sino lo que esa persona tiene. El síndrome o deficiencia no es lo que debe nominar a ese niño/a o adulto/a sino su nombre propio (Rocha, 2008).

El autor mencionado en el párrafo anterior propone sustituir el verbo **es** por **tener**, pues en primer lugar nadie es discapacitado, pero si alguien puede tener una discapacidad. La discapacidad no debe nominar a un sujeto, no debe decir quién es, más que su propio nombre.

Por otro lado, Marcelo Rocha (2008) argumenta que nadie merece ser especial o tener una capacidad diferente a las del resto de las personas, todos somos individuales y desarrollamos nuestras capacidades en la medida en que se nos permita o no, o que tengamos restricciones o no; la idea de que alguien pueda ser nominado como "especial" nos remite a pensar que esa persona es distinta y que tiene algo diferente a

los demás. Por ello, el concepto "persona con discapacidad" es una de las formas más simples y justas de hacer referencia a las personas en cuestión. Cuando uno dice persona con discapacidad está diciendo que alguien, que puede ser Juan, Sofía, Ana, etc., tiene una discapacidad. De esta forma se pone por delante al sujeto y luego su condición.

2.3 Nacimiento y trauma. Duelo de los padres. Las marcas de los primeros veredictos médicos

Marcelo Rocha (2010) plantea que la clínica de la discapacidad nos invita continuamente a enfrentarnos con el duelo y con la angustia que dichas situaciones revisten. El nacimiento de un niño con discapacidad es un acontecimiento que generalmente no se espera. Dicho momento será toda una prueba para estos padres: del niño imaginado surge el niño real, duelo familiar inaugural, herida narcisista que deberá ser enfrentada y que quizá perdure durante varios años o tal vez toda la vida.

Siguiendo con el autor, es preciso entender que, en realidad, todo nacimiento de un niño representa enfrentar algo del orden traumático para los padres, pues el hijo que nace nunca va a coincidir con las expectativas imaginarias de estos; eso implica un pequeño periodo de acomodación que generalmente dura muy poco y que suele aparecer como imperceptible. Lo cierto es que ese periodo, en aquellos que deben recibir un niño que trae consigo una discapacidad, comienza con un trauma que luego termina convirtiéndose en duelo. Será necesario ayudar a la familia a transitar ese tiempo inaugural, no tratando solamente de buscar respuestas o explicaciones a lo sucedido porque esto puede convertirse en una pequeña pared que no deje ver que es lo que hay del otro lado, porque sabemos que de ese otro lado se encuentra un niño/a que necesita -cuanto antes- comenzar a recibir el calor familiar brindado a través del amor que estos le deben dar. No se trata de buscar respuestas tan precozmente, sino de aceptar recorrer ese primer trecho (con todas las situaciones que haya que afrontar) que tiene por fin el encuentro con ese ser que más allá de su discapacidad quiere empezar a vivir. Algunos padres lograrán superar este momento muy rápidamente, otros quedarán detenidos en esa instancia por no poder terminar de aceptar la discapacidad de ese recién nacido, y otros seguirán adelante, pero sin poder dejar a un lado ese dolor inaugural. Comenzarán -luego de ese primer periodo- los primeros peregrinajes de estos padres. Los pasos iniciales serán en función de que alguien les diga algo sobre lo sucedido y entonces aparecerán las primeras preguntas: ¿qué es lo que tiene su hijo?, ¿qué pasará con él?, ¿tendrá o no una vida medianamente normal?, ¿podrá hacer las mismas cosas que los

demás chicos? Aquí es donde surgen los primeros veredictos médicos-psiquiátricos, muchos de los cuales, por no ser bien enunciados o transmitidos en buenos términos, se convierten en una marca que acompañará al sujeto y a su familia durante gran parte de su vida. Es esta marca - junto a los efectos que haya generado- la que se interpondrá cada vez que sea necesario pensar en el futuro.

El papel del profesional que trabaja en este tema -específicamente con la familia- debe convertirse en una tarea centrada en el acompañamiento, la escucha, la contención y la construcción en conjunto de orientaciones con base en las individualidades de cada caso, todo esto con vistas a la rehabilitación social. Para nada debe reducirse a una escena donde el único que tiene el saber sobre la vida y el destino de ese niño/a sea solamente él, ya que esto no deja que la familia construya una estructura propia que le permita afrontar las decisiones a tomar en el futuro (Rocha, 2012).

2.4 Algunas características del deporte adaptado

Según Marcelo Rocha (2012), se entiende por deporte adaptado aquella actividad físico deportiva que es susceptible de aceptar modificaciones para posibilitar la participación de las personas con discapacidades físicas, psíquicas o sensoriales. Plantea, junto con otros profesionales, que el mayor desafío es hacer al deporte accesible a niños y jóvenes con discapacidad intelectual y mental, ya que consideraban que esta franja era una de las más afectadas a la hora de circular libremente por los espacios institucionales. También comprendieron que una de las peores barreras a enfrentar serían las imaginarias sociales, configuradas desde los prejuicios y creencias erróneas que se tejían sobre este colectivo de personas. Supieron que a las barreras técnicas y arquitectónicas podrían sortearlas de algún modo, pero las más complejas serían las vinculadas a las actitudes humanas, desde ese eje edificarían su postura con respecto al deporte. “Decimos que la discapacidad pierde su condición de presencia central en el momento en que nos encontramos con ella desde el deporte, puesto que el principal protagonismo lo adquiere el sujeto, su cuerpo y el lazo que se construye hacia un otro. No nos interesa tanto la técnica o el método, nos centramos en el escenario y en la escena que se produce a la hora de jugar y las experiencias y acontecimientos que paulatinamente se van vivenciando en dicho contexto.” (Marcelo Rocha). La función del cuerpo y de las experiencias vividas a través de éste se transforman en uno de los

pilares de la construcción de subjetividad. Desde esta postura, los autores construyen una de las hipótesis más fuertes que fundamenta el sentido de la práctica deportiva con sujetos con discapacidad: *para **ser** es necesario **estar,** pero sólo **se está** y **se es** si se logra experienciar el mundo.*

Siguiendo con el autor mencionado en el párrafo anterior, si entendemos de entrada la importancia radical que adquiere el cuerpo y la experiencia vivida desde él, comprenderemos las dificultades lógicas que atraviesa gran parte del colectivo de personas con discapacidad, por cuanto estos aún deben sortear muchas dificultades para poder acceder a espacios de recreación y deporte. Por otro lado, se observan particularidades en los trayectos de vida de estas personas, donde lo que más denuncia el autor es la existencia de "circuitos de la discapacidad", que son como una especie de trayectorias sociales -marcadas de antemano-por donde generalmente circulan estas personas. De acuerdo al tipo y grado de discapacidad se observan características particulares en los itinerarios de vida de estas personas, unos van a Centros de Día, otros a Escuelas comunes con integración, otros a Centros Educativos Terapéuticos, otros a Escuelas Especiales. Más allá de la importancia que brindan toda esta diversidad de trayectos, el problema radica cuando esto se convierte en la única opción para el sujeto y la familia y no aparecen como recorridos posibles otros espacios sociales comunes a todos. Se van produciendo carencias a lo largo del trayecto de vida de un sujeto con discapacidad cuando el sentido prioritario lo adquiere el tratamiento y la consulta constante a especialistas que sólo intervienen sobre el estado de discapacidad. Cuando estos trayectos se enmarcan sólo desde este aspecto el sujeto corre el riesgo de quedar pegado al déficit y pierde aspectos importantes de la vida. Si lo lúdico, lo recreativo y el tiempo libre pasan a segundo plano, se produce un vaciamiento de vivencias y experiencias vitales para la construcción de la subjetividad, de la imagen corporal y del esquema corporal.

Por ello Marcelo Rocha (2012) plantea que no deberíamos centrarnos tanto en la técnica, solo tendríamos que ir en busca del sujeto -para a través de la actividad deportiva- construir un nuevo anudamiento a una actividad. Sugiere tratar de convocar al sujeto desde un ejercicio o un juego; de nada vale la repetición de una técnica si el sujeto no está ahí, convocado por nosotros, a través de nuestro propio deseo. Adaptar un deporte no es solamente crear e implementar estrategias, técnicas o reglamentos en torno a una actividad física o a un juego , es más que eso; significa pensar en variables

tales como el contexto donde se va a llevar a cabo la experiencia, en las barreras arquitectónicas que deberán sortearse, en las barreras sociales (prejuicios, miedos, creencias erróneas) de las personas que tengan un rol importante en la gestión de los espacios, y en el impacto que la experiencia tenga en la comunidad. Los fines de deporte adaptado van en relación directa con los requerimientos y las necesidades de las personas con discapacidad; ellos pueden entenderse como: preventivos, terapéuticos, educativos, integrativos, deportivos. Estos fines se engloban en un eje central vinculado a la equiparación de oportunidades socio deportivas. Generalmente, para que este tipo de prácticas se produzcan, es necesario que se sustenten en programas o proyectos creados por un grupo de personas y que se sostengan a través de instituciones.

También Marcelo Rocha (2012) plantea el impacto a nivel subjetivo que tiene la posibilidad de realizar un deporte para la persona con discapacidad es mucho mayor al esperado, ya que a través de él el sujeto no solo tendrá la posibilidad de desarrollar todo lo referente a lo lúdico y lo motriz, sino que además podrá transitar por otros espacios y generar otro tipo de vínculos, que le permitirán construir sus propias identidades. Todos los seres humanos necesitamos canalizar nuestra energía pulsional a través de las actividades cotidianas que hacemos. En las personas con discapacidad, al aparecer generalmente el sedentarismo, la falta de actividades y la poca circulación, surgen síntomas que expresan los efectos sufridos en el psiquismo por tales situaciones. Por ello, el deporte es un aspecto indispensable que debe ser tenido en cuenta como propuesta en todos los espacios institucionales por donde transitan las personas con discapacidad. Se abordará al deporte adaptado no como una "técnica especial" o como una "modalidad de trabajo con", sino como una "estrategia o herramienta" que logra permitir que se produzca el encuentro con el otro, una apuesta hacia la construcción de lazos, al borramiento de las diferencias estigmatizantes, y principalmente al encuentro con la subjetividad. Al decir deporte adaptado no deberíamos pensar en un deporte diferente, pues se trata solamente de entender que lo que se adapta es la manera de enseñar o transmitir una técnica o una regla deportiva. Hablar de deporte adaptado será hablar de un espacio en donde se den las condiciones apropiadas para que una persona con discapacidad pueda desplegar -al igual, y en las mismas condiciones que cualquier otra persona- sus habilidades motrices y sensoriales, pero primordialmente su necesidad de crear lazos con otros a través de una actividad determinada. Desde esta perspectiva se entiende que este tipo de deporte no es una técnica especial, sino un modo de

intervención o una modalidad para permitir que una práctica o actividad, pueda desplegarse. El mayor aporte del deporte para la vida de las personas con discapacidad estará ligado a poder interrumpir los circuitos de la discapacidad y posibilitar una vida independiente (M. Rocha/ S. Enrique, 2008)

Zucchi, Daniel G. (2001), especialista en Educación Física Adaptada y Deporte Especial plantea que cuando hablamos de deporte nos referimos a aquel que forma parte de los agentes de la Educación Física junto a la gimnasia, la recreación y la vida en la naturaleza. De esta manera el deporte tiene el respaldo pedagógico que le brinda la Educación Física y con él los instrumentos didácticos (Fundamentación, expectativas de logro, metodología, recursos y evaluación / feed-back) para su implementación. Dicho autor sostiene que el deporte adaptado representa una real importancia en el desarrollo personal y social del individuo que lo practica. Uno de los principales beneficios a tener en cuenta es aquel de índole psicológico. Toda persona con alguna disminución de sus capacidades deberá enfrentar una sociedad construida sobre parámetros "normales", siendo muchas veces estos parámetros las barreras que diariamente las personas con discapacidad deberán sortear. El deporte ayudará en un principio a abstraerse por momentos de los inconvenientes que esas barreras acarrean; además fortalecerá su psiquis (afectividad, emotividad, control, percepción, cognición). Pero lo que es más importante es que el deporte crea un campo adecuado y sencillo para la auto -superación, ella busca establecer objetivos a alcanzar para poder superarse día a día y luego a partir de ellos proyectar otros objetivos buscando un reajuste permanente, un "feed-back". La auto-superación no sólo acarrea beneficios de índole psicológica sino también social. Entender que todas las personas pueden practicar deportes y recibir este servicio como un bien social más, es el principio de la inserción social y por ende el primer paso hacia la integración.

Vicente, Fernando M. (1988) habla de diferentes niveles de integración de las personas con discapacidad a través del deporte, estos son:

1. El disminuido participa en el deporte exclusivamente en su ambiente con otros disminuidos. Esta es la forma menos avanzada de integración. Clubes para discapacitados.

2. El paso posterior en el progreso de la integración es la forma en que los Clubes Deportivos para convencionales tienen una sección de Deporte Adaptado.

3. La forma más avanzada de integración es aquella en que personas con discapacidad realizan deportes junto a personas sin discapacidad."

Dentro de los puntos (1) y (2) se encuentran los Deportes exclusivos. Dentro del punto tres se observan los deportes inclusivos.

Siguiendo con el autor, plantea que estos tres niveles de integración a través del deporte no se dan como un proceso, sino que se establecen de acuerdo al carácter, los objetivos y el ámbito donde se desarrolla el Deporte Adaptado. A saber:

. **Deporte Adaptado Escolar**: dos son los lugares donde se desarrolla: en las Escuelas Especiales y en las Escuelas Comunes. En estas últimas los alumnos con necesidades educativas especiales (así se los denomina) se encuentran integrados a sus compañeros convencionales. Si bien en los Establecimientos Educativos la gimnasia toma un papel predominante dentro de las expectativas de logro de la Educación Física, el aula de Ed. Física va siendo el medio correcto para que el alumno edifique las bases de la futura disciplina deportiva que realizará en algún club o institución.

. **Deporte Adaptado Recreativo:** como recreativo nació el deporte para personas con discapacidad para luego transformarse en terapéutico. Los ámbitos en que se da son: entes estatales, plazas, escuelas, hospitales y clínicas e instituciones. El deporte recreativo tiene que ver mucho con los deportes inclusivos. Son muchas veces juegos adaptados a todos los individuos que quieran participar del mismo. Tiene por objetivo el buen uso del ocio y del tiempo libre.

. **Deporte Adaptado Terapéutico:** se entiende al deporte como parte del proceso de rehabilitación, entendiendo a la misma como los procedimientos médicos, psicológicos, pedagógicos y sociales que sirven para el mejor desarrollo de las capacidades de la persona con discapacidad. El deporte no debe ser nunca un cúmulo de movimientos, ya que el mismo tiene sus fundamentos pedagógicos a raíz de los cuales se establecen los objetivos propios de la actividad. Es importante decir que en el deporte y a través de la motivación que el mismo desencadena se realizan esfuerzos que muchas veces superan aquellos que se realizan durante una sesión individual de trabajo físico. Por ej.: un parapléjico comienza a practicar un deporte como el tenis de mesa de una manera recreativa y de a poco se va animando, con esfuerzo, a llegar a "pelotitas" sobre las líneas a las que antes no llegaba.

Deporte Adaptado Competitivo: para hablar de deporte de competencia para personas con discapacidad decimos que debe tener:

Un reglamento de juego: cada deporte tiene un reglamento de juego que puede ser ajustado en un nivel elemental o para fomentar un determinado deporte nuevo en alguna región. Nunca se ajustan los reglamentos a nivel Regional, Mundial y Paralímpicos.

Entes Internacionales y Nacionales que lo avalen: La Organización Internacional del Deporte de Competencia para Atletas con discapacidad está a cargo de la IPC (Comité Paralímpico Internacional). Por debajo de esta organización existen los IOSDs que son las cinco organizaciones deportivas internacionales: 1) **CPIsRA**: Asociación recreativa y deportiva internacional de la parálisis cerebral; 2) **IBSA**: Asociación Internacional de Deportes para ciegos; 3) **INAS-FID**: Asociación deportiva internacional para personas con discapacidades mentales; 4) **ISMWSF**: Federación Internacional de deporte en silla de ruedas. 5) **ISOD**: Organización deportiva para discapacitados (Les Autres).

Cada Federación de estas cinco tienen sus deportes, muchas veces unificados pero la mayoría son independientes. Son 23 Comités Deportivos. Para que no existan ventajas en los diferentes deportes, existen varios Sistemas de Clasificación según el deporte y la discapacidad. Existe una clasificación por discapacidad. La clasificación por discapacidad es sólo genérica. En el Deporte Adaptado para personas con discapacidad motora un mismo deportista puede variar su categoría según el deporte o la prueba que realice. Ej.: Un nadador puede tener una categoría para crol y otra para espalda. O también un atleta con Parálisis Cerebral puede tener una categoría 6 en fútbol y en Boccia ser una categoría 2. El atleta con P.C. (parálisis cerebral) aproximadamente en un 15 % dividen su clasificación en dos categorías.

Fin del deporte adaptado: Insertar e integrar a la persona con discapacidad a la sociedad. Entre los objetivos podemos mencionar algunos tales como: promover la autosuperación, mejorar la autoconfianza, disponer sanamente del tiempo libre y el ocio, promover el deporte como estilo de vida, establecer el deporte como medio de integración, mejorar las cualidades perceptivo-motoras, adquirir y mejorar las habilidades motoras, adquirir y perfeccionar las capacidades condicionales y coordinativas, contribuir a mantener y mejorar las funciones corporales obtenidas en su etapa de tratamiento físico individual, mejorar las funciones motoras, sensoriales y

mentales, estimular el crecimiento armónico, previniendo deformidades y vicios posturales, desarrollar las técnicas específicas de la disciplina deportiva que corresponda.

Además, Fernando Vicente (1988), realiza un resumen de los deportes según la discapacidad. Muchas veces hay deportes que están organizados y fiscalizados por la Federación que le corresponde según la discapacidad, pero hay otros deportes que necesitan no solo de la organización y fiscalización de dos o más asociaciones sino de un Comité específico de esa Deporte.

Los deportes que se encuentran dentro de la **CPISRA** (Federación de deporte y recreación para paralíticos cerebrales) son: Boccia, fútbol siete, Atletismo y slalom, natación, ciclismo, hándbol, arquería, equitación. Algunos de estos deportes participan no sólo personas con parálisis cerebral como son es el caso de la boccia, el atletismo, la natación, la arquería y la equitación. En natación y atletismo muchas veces deberán realizar la misma prueba con atletas discapacitados que no sean P.C. La clasificación específica de esta Federación incluye las categorías CP1, CP2, CP3, CP4, CP5, CP6, CP7 y CP8.

Los deportes que se encuentran dentro de la **IBSA** (Federación de deportes para ciegos) son atletismo, natación, torball y/o golball, fútbol reducido y ciclismo en parejas. Las clasificaciones son B1: Son totalmente ciegos. Pueden poseer una ligera percepción, pero son incapaces de reconocer las formas de la mano a cualquier distancia. B2: Atletas con la agudeza visual que incluye 20/600, o un campo de visión limitado a menos de 5 grados. Y el B3: atletas con una agudeza visual mayor que 20/600 pero menos de 20/200, o un campo de visión que va de 5 a 20 grados. En Natación realizan la competencia integrados a otras discapacidades, pero nunca en una misma prueba salvo en las postas. El torball como el goalball es un deporte propio de los disminuidos visuales y en el ciclismo como en el atletismo llevan una acompañante vidente.

Los deportes que se encuentran en la **INAS-FID** (Federación de deportes para disminuidos intelectuales) son múltiples, pero aquellos que tienen un aval Paralímpico son el Básquetbol, Atletismo, Natación, tenis de mesa y otros importantes son el fútbol y la gimnasia deportiva. Esta federación sólo engloba a los atletas de Nivel “A”, aquellos cuyo coeficiente intelectual según el test de Wisc sea menor de 70 pero cuyas marcas o nivel de juego sean los mejores. No incluye a Atletas de categoría “B” y “C” y

con esto se descarta totalmente a aquellos disminuidos intelectuales de nivel moderado y severo.

Los deportes que se incluyen en la **ISMWSF** (Federación Internacional de deporte en silla de ruedas) son: Atletismo, Natación, Básquetbol en silla, Arquería, tiro, Tenis de mesa, Halterofilia, Quadrugby, Tenis en silla; también existen algunos deportes de desarrollo en algunos países como el Handicycle en EEUU y Alemania; el béisbol y el fútbol americano en silla en EEUU, y el twin-basketball en Japón. Acá hay que tener en cuenta que la clasificación difiere para los deportes que se realizan desde la silla de ruedas como aquellos que se realizan de forma ambulante en el medio terrestre como acuático. Lesionados medulares traumáticos, mielomeningocelle, secuela de poliomielitis, amputados o dismelias. Dentro del sistema de clasificación específico de esta Organización se clasificará a atletas con lesión del Espinal, Espina Bífida y Polio.

La **ISOD** es la última federación e incluye los deportes que se encuentran en la CPISRA y en la ISMWSF en los cuales puedan participar los "Les Autres". Este grupo de deportistas poseen discapacidades que no se incluyen en las otras dos federaciones antes nombradas como pueden ser: artogrifosis, distrofia muscular, esclerosis múltiple, artritis reumatoidea, Charcot-Pierre, Osteogénesis imperfecta, etc. Esta Federación está a punto de fusionarse con la Federación de deportes en silla de ruedas.

La Convención para las personas con discapacidad fue aprobada en el año 2006 por la Organización de las Naciones Unidas (ONU). Este documento prevé medidas, tanto de no discriminación como de acciones positivas, que los Estados que adhieran a la misma deberán adoptar para garantizar la igualdad de derechos y de oportunidades sociales para las personas con discapacidad. En la Convención encontramos lo siguiente:

Artículo 30: Participación en la vida cultural, las actividades recreativas, el esparcimiento y el deporte.

5. A fin de que las personas con discapacidad puedan participar en igualdad de condiciones con las demás en actividades recreativas, de esparcimiento y deportivas, los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para: a) Alentar y promover la participación, en la mayor medida posible, de las personas con discapacidad en las actividades deportivas generales a todos los niveles. b) Asegurar que las personas con discapacidad tengan la oportunidad de organizar y desarrollar actividades deportivas y

recreativas específicas para dichas personas y de participar en dichas actividades, y, a ese fin, alentar a que se les ofrezca, en igualdad de condiciones con las demás, instrucción, formación y recursos adecuados. c) Asegurar que las personas con discapacidad tengan acceso a instalaciones deportivas, recreativas y turísticas. d)Asegurar que los niños y las niñas con discapacidad tengan igual acceso con los demás niños y niñas a la participación en actividades lúdicas, recreativas, de esparcimiento y deportivas, incluidas las que se realicen dentro del sistema escolar. e) Asegurar que las personas con discapacidad tengan acceso a los servicios de quienes participan en la organización de actividades recreativas, turísticas, de esparcimiento y deportivas.

2.5 ¿Qué es la autoestima?

Feldman, Jean R. (2005) plantea que uno de los más valiosos y duraderos regalos que los maestros y padres pueden ofrecer a los niños es un sentido positivo de sí mismos. Sin él, los niños crecen negativos, dependientes, ansiosos, reservados. La autoestima incluye todos los sentimientos y creencias que tenemos acerca de nosotros mismos y afecta a todo lo que hacemos en la vida. Es compleja, cambiante y está intrincadamente entretejida con nuestro ser. Un aspecto de la autoestima es la *aceptación propia*: conocerse a sí mismo, tener una idea realista de lo que somos y estar conformes con ello. *Valorarse o sentirse amado y amable* es otra dimensión de la autoestima. Las experiencias de éxito influyen en la propia eficacia y en la creencia de que uno tiene la capacidad de enfrentarse con la vida. Otro componente es el *autorrespeto,* porque sólo cuando uno se respeta a sí mismo puede acercarse a otros con respeto y aceptación. La confianza en nosotros mismos nos prepara para abordar cosas nuevas. Los sentimientos positivos hacia nosotros mismos nos permiten desarrollar nuestro potencial, fijar metas, afrontar los problemas, relacionarnos con otros, asumir riesgos, aportar algo a la sociedad y convertirnos en adultos felices y autorrealizados.

Además el autor expone que los niños no nacen con autoestima, pero ésta surgirá y crecerá constantemente durante su vida. La autoestima se desarrolla con las experiencias del niño y con las reacciones de los demás. Si tiene experiencias de éxito y recuerda una acción positiva, su autoestima aumenta. Si sufre fracasos y reacciones negativas, entonces disminuye. La autoestima no es el resultado de un éxito, de un comentario o de un aprendizaje; es una combinación de un sin número de experiencias,

interacciones e información que proviene de afuera. Las experiencias de la vida no serán todas positivas o negativas, pero ciertamente los niños necesitan más encuentros positivos que negativos para desarrollar un autoconcepto positivo. La importancia de fomentar la autoestima desde pequeños es enfatizada por la investigación, qué indica cómo queda completamente definida a los ocho años de edad. Los padres, hermanos, amigos y profesores tienen un profundo impacto en el desarrollo de la autoestima. La manera en que la sociedad ve al niño influye en la manera que éste se ve a sí mismo. Todos los niños necesitan amor incondicional y confianza en que se les quiera por lo que son y no por lo que hacen. La apariencia física, aceptación social, capacidad intelectual o física, talento artístico, junto con la conducta, contribuyen a la autopercepción del alumno en el marco escolar. Pero la autoestima es mucho más que ser el más atractivo, inteligente o deportista de la clase. Es un sentimiento de bienestar que sale de dentro.

Los niños con **alta autoestima** son con frecuencia: optimistas y entusiastas respecto a la vida; confiados; amistosos, interesados por los otros y corteses; felices y con sentido del humor; dispuestos a asumir riesgos y abordar situaciones nuevas; capaces de fijarse metas y de demorar la gratificación; adaptables y flexibles; independientes y autodirectivos; con éxito y orgullo personal en su trabajo; responsables de su tarea; preocupados por los demás; serviciales; solucionan los problemas; asertivos, expresan sus opiniones. En cambio, los niños con **baja autoestima** suelen presentar estas características: tímidos y temerosos de tratar cosas nuevas; cambiantes y negativos; inseguros; egoístas; de bajo rendimiento; estresados; se quejan y culpan a otros; agresivos y coléricos; reservados y con dificultad para llevarse bien con otros; sumisos, imitadores; se conceden poca importancia a sí mismos; necesitan refuerzo constante.

Rosenberg (1965) define a la autoestima como una actitud positiva o negativa hacia un objeto en particular, el sí mismo. Entiende a la autoestima como un fenómeno actitudinal creado por fuerzas sociales y culturales. La autoestima se crea en un proceso de comparación que involucra valores y discrepancias. El nivel de autoestima de las personas se relaciona con la percepción del sí mismo en comparación con los valores personales. Estos valores fundamentales han sido desarrollados a través del proceso de socialización. En la medida que la distancia entre el sí mismo ideal y el sí mismo real es

pequeña, la autoestima es mayor. Por el contrario, cuanto mayor es la distancia, menor será la autoestima, aun cuando la persona sea vista positivamente por otros.

Peralta Sánchez, Alexander (2023) en un artículo publicado en la Revista de Divulgación Científica y Tecnológica, plantea que la autoestima, crucial para el bienestar emocional, influye en la forma en que nos vemos, nos relacionamos y enfrentamos desafíos. Es la valoración que se tiene de sí mismo, podría decirse que es pensar bien de nosotros, un conjunto de sentimientos, pensamientos y comportamientos que tenemos. Todos tenemos una idea mental de cómo y quiénes somos, es un pensamiento de capacidad personal. La autoestima afecta la forma en la que nos vemos, afecta la manera en la cual nos relacionamos con los demás y cómo enfrentamos los problemas de la vida; tener un autoestima alta y saludable es muy importante para nuestro bienestar psicológico y emocional, ya que no tenerla puede afectar varios aspectos como lo puede ser: el ámbito laboral, porque tendría consecuencias en las acciones que hagas; en el ámbito amoroso, no te sentirás a gusto con la persona que estás y tus pensamientos serían distintos; y en el ámbito personal, no estarás seguro de ti mismo. Tener la autoestima baja hace que tengamos demasiadas consecuencias, algunas de ellas pueden ser: la tendencia de dejar pasar oportunidades, es una consecuencia de esto, ya que las personas por falta de seguridad no se atreven a salir de su zona de siempre y no ven las oportunidades que les presenta la vida, puede ser en becas, en promoción de trabajo, de conocer más personas para colaborar, etc. El abandono de las rutinas de vida saludable es frecuente, ya que las personas con este problema no pueden cuidar para nada su higiene y aspecto o también puede ser, obsesionarse de más con alguna parte de su cuerpo; las dos cosas son muy perjudiciales para la calidad de vida de la persona. La preocupación excesiva por lo que los demás piensan de ti, vivir constantemente preocupado, en especial por miedo a no poder hacer las cosas en la vista de los demás es algo que viven las personas con un problema de baja autoestima, esto hace que tengan que adaptarse a un estilo de vida solitario sin nadie con quién hablar y que se genere un problema más grande con la inseguridad y el ámbito social.

Por otro lado, Zenteno Durán, María E. (2020) en su artículo que se titula “La autoestima y cómo mejorarla” considera que la autoestima es un fenómeno psicológico y social, es una actitud favorable o desfavorable que el individuo tiene hacia sí mismo. Cuando hablamos de autoestima o autoconcepto nos referimos a un conjunto de pensamientos, sentimientos, sensaciones que tenemos sobre nosotros mismos, que se

han ido acumulando a través de las experiencias que pueden dar como resultado por un lado un sentimiento positivo que favorece el sentido de la propia identidad, constituye un marco de referencia desde el cual interpretamos la realidad externa y las propias vivencias y que influye en nuestra calidad de vida, en el área personal, profesional, espiritual, laboral y social o por el contrario un sentimiento negativo al no llegar a hacer lo que esperábamos, provocará como resultado un malestar, inconformidad infelicidad, desmotivación en nuestra propia vida. La calidad de vida personal está notablemente influida por la forma como cada persona se percibe y se valora a sí misma. Plantea que en la práctica de nuestro diario vivir, se encuentra presente como parte fundamental de nuestro éxitos o fracasos, la forma en cómo nos sentimos y cómo nos vemos respecto a nosotros mismos, esto afecta a todos los aspectos de nuestra experiencia y de nuestra vida. Esta valoración que cada uno hace de sí mismo es lo que científicamente se conoce como autoestima. El grado de autoestima que tiene una persona, nos indica las posibilidades que tiene de enfrentar la vida con mayor confianza y felicidad, de tratar de contagiar a las personas que le rodean ese su entusiasmo y la dicha con que vive su propia vida. La autoestima no es algo fijo ni inamovible, se va formando y cambiando a lo largo de la vida y sostiene que el nivel de la autoestima tiene profundas consecuencias en cada aspecto de nuestra existencia: en el ámbito personal, familiar, escolar y social. Existen correlaciones positivas entre la autoestima favorable y otros rasgos que están relacionados directamente con la capacidad para conseguir lo que nos proponemos: metas ideales, objetivos, etc.

Una autoestima saludable, como sostiene Branden (1995), se relaciona con la racionalidad, el realismo, con la creatividad, la independencia, la flexibilidad y la capacidad para aceptar los cambios, con el deseo de admitir los errores y la disposición a cooperar. Mientras que una autoestima baja se correlaciona con la irracionalidad y la ceguera ante la realidad, con la rigidez, el miedo a lo nuevo, con la conformidad, con la sumisión o el comportamiento reprimido y la hostilidad a los demás: todas estas características tienen implicancias para la realización personal y la adaptación social. Cuanto más sólida es la autoestima, mejor preparado está el sujeto para hacer frente a los problemas que se presentan a nivel personal, familiar o laboral. Cuanto mayor sea el nivel de autoestima, la forma de comunicación será más abierta, honrada y apropiada porque creemos que nuestros pensamientos tienen valor al igual que los ajenos. Del mismo modo, nos inclinaremos a tratar a los demás con respeto, buena voluntad y

justicia, ya que no tendremos que considerarlos amenaza, pues el respeto a uno mismo es el fundamento del respeto a los demás. El desarrollo de la personalidad comprende la aceptación de la identidad del individuo. Esto permite que el individuo reflexione sobre él y la relacione con los demás. En la medida en que el individuo se desarrolle tendrá la capacidad de soportar la inseguridad.

Branden, Nathaniel (1995), uno de los especialistas en el estudio de la autoestima la define como la experiencia de ser aptos para la vida y para las necesidades, y aunque considera que esta definición aún se puede perfeccionar, también la define como: la confianza en tu capacidad de pensar y de enfrentar los retos que la vida te presenta; la confianza de tu derecho a la felicidad, de ese sentimiento que te dignifica y te hace merecedor de valorarte a ti mismo como persona; y las aportaciones que haces al mundo como tal. Este psicólogo menciona que la autoestima se asienta en seis pilares, los cuales se detallan a continuación:

1- **Vivir conscientemente:** supone enfrentar la vida asumiendo una actitud proactiva, es no limitarse a resolver los problemas, sino salir a su encuentro. Se trata de aceptar los errores, corregirlos y aprender de ellos. Vivir conscientemente implica ser reflexivos y conocernos profundamente, sabiendo por qué tomamos unas decisiones en vez de otras. Significa reconocer nuestras debilidades, pero también nuestros valores.

2- Aceptarse a sí mismo: es imposible que logremos amarnos si no nos aceptamos completamente, con nuestras virtudes y defectos. Las personas que no se aceptan, viven saboteando sus relaciones y logros profesionales porque creen que no merecen tener amor ni éxito. Sin embargo, cuando nos aceptamos logramos reconciliarnos con nosotros mismos y también reconciliarnos con los errores del pasado. La aceptación es clave para reforzar la autoestima. Obviamente, la aceptación no implica que no estemos dispuestos a mejorar sino que comprendemos nuestros límites y, aun así, somos felices porque nos centramos en nuestros logros y fortalezas.

3- Autorresponsabilidad: significa que comprendemos y aceptamos que somos responsables de nuestros comportamientos y decisiones, así como de nuestros deseos, valores y creencias; lo cual también implica que somos responsables de nuestra felicidad. Esta actitud nos permite dejar de culpar a los demás, tomar las riendas de la vida y concentrarnos, finalmente, en lograr nuestras metas. No obstante,

eso no implica que seamos responsables de todo lo que sucede, también somos conscientes de que existen situaciones que se escapan de nuestro control.

4- <u>Autoafirmación</u>: implica respetar nuestras necesidades, valores y sueños, buscando alternativas de comportamientos que sean congruentes con lo que pensamos, sentimos y deseamos. Significa que nos tratamos con respeto y que nos mostramos tal cual somos porque no sentimos la necesidad de cambiar tan solo para agradar a los demás por miedo a su rechazo.

5- <u>Vivir con propósito</u>: Comprendemos que nuestra felicidad y decisiones no están a merced del azar o de otras personas sino que dependen de nosotros mismos. También implica ser capaz de identificar y poner en práctica todas las acciones imprescindibles para tomar las riendas de nuestro destino. Vivir con propósito es utilizar nuestras aptitudes para lograr algo que realmente nos apasiona y satisface.

6 - <u>Integridad personal:</u> es la integración de creencias, valores e ideales con nuestro modo de actuar. Implica comportarnos según lo que creemos, siendo congruentes con nuestras ideas y forma de ver el mundo. Cuando no seguimos nuestras convicciones y nos contradecimos, nos venimos abajo y la autoestima termina quebrándose.

Siguiendo con el autor, expone que la autoestima se articula en base a tres componentes:

1) **Cognitivo**: es el autoconcepto personal, la descripción que tiene cada uno de sí mismo en las diferentes dimensiones de su vida. Incluye la opinión que se tiene de la propia personalidad y conducta, así como las ideas, opiniones, creencias sobre sí mismo. El autoconcepto ocupa un lugar privilegiado en la génesis, crecimiento y consolidación de la autoestima.

2) **Afectivo:** supone un juicio de valor sobre nuestras cualidades personales, la respuesta afectiva ante la percepción de uno mismo. Es la respuesta de nuestra sensibilidad y emotividad ante los valores y contravalores que advertimos dentro de nosotros.

3) **Conductual:** es el proceso final de la valoración anterior, que se plasma en la decisión en intención de actuar. Lógicamente, nuestras acciones vendrán muy determinadas por la opinión que tengamos de nosotros mismos y del esfuerzo que estemos dispuestos a realizar para conseguir el reconocimiento (propio y de los demás)

por nuestras acciones. El esfuerzo por alcanzar una fama, honor y respeto ante los demás y ante nosotros mismos.

2.6 Autoestima y Síndrome de Down

Ruiz Rodriguez, Emilio en su Programa de educación emocional para niños y jóvenes con síndrome de Down (2004), establece que la autoestima es el grado de aceptación, respeto y valoración que una persona tiene de sí misma. Las personas con síndrome de Down en algunos casos tienen un bajo nivel de autoestima, debido con frecuencia a que se les exige más de lo que son capaces de dar, o por el contrario, se los valora poco y se los sobreprotege en exceso. Enfrentarlos a retos que sean capaces de superar es la mejor estrategia, ni excesivamente altos pues los desanimarían, ni muy fáciles pues no supondría un progreso. En muchas ocasiones es costumbre de personas cercanas a ellos el hablar en su presencia resaltando sus defectos ante otras personas ("es tan testarudo"). Por muy pequeño que sea el niño, oír con frecuencia que hablan mal de él le va a afectar en su autoestima, favoreciendo la formación de un pobre concepto de sí mismo. Aunque no comprenda el sentido de todas las expresiones, capta el fondo negativo del mensaje. Hemos de tener en cuenta que la autoestima se crea en parte a partir del espejo que nos presentan los demás. Ser cuidadosos con nuestra forma de dirigirnos a ellos y con lo que decimos ante ellos, procurando enviar mensajes que les hagan sentirse valiosos y queridos, es una forma sencilla de mejorar su autoestima.

La Convención para la Defensa de los Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad, aprobada por la mayoría de los estados miembros de la ONU en 2007, reconoce los derechos de niños y jóvenes con discapacidad a vivir en un sistema de educación inclusivo, con acceso a la educación obligatoria en las mismas condiciones que el resto de alumnos, con los apoyos necesarios para desarrollar al máximo sus habilidades personales, sociales, emocionales y de aprendizaje dirigido a un futuro laboral e inclusivo.

En este sentido, Brosa, Cristina L. (2015) afirma que el trabajo específico que se ha llevado a cabo con la persona con discapacidad intelectual ha tenido una relevancia importante. Así la persona con Síndrome de Down goza de unos derechos y oportunidades personales, sociales y laborales que no hubiera tenido tiempo atrás. Este cambio de paradigma social y educativo conlleva cambios en las relaciones personales y sociales de la persona con S.D. Este cambio lo ha llevado a ocupar un lugar específico

en su entorno, que le ha ayudado a conseguir un desarrollo personal mucho más complejo y completo del que se creía que podría llevar a cabo. Sentirse parte de un colectivo y pertenecer de forma activa a una sociedad le ha permitido, y, por otro lado, le ha obligado a desarrollar un concepto de sí mismo más ajustado a su propia realidad. Esta realidad se define como una realidad más rica y exigente, produciéndose un intercambio y una interacción entre el entorno y la persona con síndrome de Down más compleja y siempre con el objetivo de ofrecerle una calidad de vida mejor, necesaria y, en definitiva, óptima. El objetivo necesario que se desprende de esta nueva realidad es el conocimiento más profundo de las características propias de cómo esta persona va conformando su propio conocimiento y autoconcepto y cómo, en su proceso de maduración, se va adaptando a su situación personal favoreciendo su autonomía. La autoestima, en consecuencia, es contemplarse a sí mismo viéndose con dignidad, con respeto, con aceptación. Contribuye decisivamente al bienestar personal. Las personas con autoestima se sienten más felices y están más adaptados a su entorno natural próximo. Así el autoconocimiento se va desarrollando durante el curso de la vida, a partir de la experiencia que el sujeto obtiene de la interacción con el ambiente y consigo mismo.

La autora mencionada plantea que este constructo psicológico ha recibido diferentes denominaciones de acuerdo a los planteamientos de cada autor en particular: self, noción de yo, concepto de sí mismo, autoconcepto, autoimagen, autoevaluación. La autoestima comienza por aceptar quiénes somos. Saber cómo somos y que los demás nos miren tal y como somos y nos den el valor suficiente y necesario para que nosotros nos veamos bien tal y como nos merecemos. En el caso de los jóvenes con este síndrome, el proceso de construcción de la propia identidad, diferenciación y autoestima es fruto, también, de todo su crecimiento donde el entorno, sobre todo la escuela y la familia juegan un papel relevante y decisivo, ya que les debe ayudar a identificar, comprender y aceptar las diferencias que presentan tanto físicas como cognitivas, para poder formarse un autoconcepto ajustado y así poder desarrollar una adecuada autoestima con el fin de reconocer y definirse como personas con unas características únicas, personales, propias y válidas. Las personas con Síndrome de Down han de desarrollar su autoestima. Han de poder estar orgullosas de sí mismas, basándose en lo realmente positivo que tienen, y sentir que el entorno también lo está. Esa aceptación personal y social va a posibilitar el aumento de la utilización y el desarrollo de sus

propias capacidades y habilidades, y la defensa y promoción de sus propios derechos y necesidades. Para ello ha de poder reconocerlos, comunicarlos y aprovecharlos favoreciendo su mundo emocional. Por otro lado, la aceptación y el concepto que la persona con discapacidad va a tener sobre sí misma va a estar también condicionada por la aceptación familiar y social que viva. La familia y el entorno van a crear una imagen propia sobre la persona con S.D. y esta va a condicionar las expectativas que van a generar sobre sus propias posibilidades.

2.7 Las Lionas: el primer equipo argentino de hockey para personas con discapacidad intelectual

Motivados por su cuarta hija, que nació con síndrome de Down y jugó al hockey desde pequeña, Silvina Forrester y Peter Gorrissen fomentan el deporte en equipo y "vivir en inclusión". El deporte no fue ni será nunca simple entrenamiento físico. Como cualquier ejercicio, activa funciones cerebrales que son indispensables para el desarrollo cognitivo general, pero además, genera experiencias y transmite habilidades importantes para la vida misma. Los expertos coinciden en que –entre otras cosas– las disciplinas que se practican en equipo, promueven la integración y generan sentido de pertenencia. Ahí radica la importancia de un emprendimiento como el de Silvina Forrester y Peter Gorrissen, madre y padre de Clara, quien nació con síndrome de Down y juega al hockey desde los 4 años.

“Mi marido, mis otros tres hijos y yo somos fanáticos del deporte y le hacía tan bien a Clari jugar y pertenecer a un equipo, que con Peter dijimos 'hagamos esto' y en septiembre de 2017 empezamos con Las Lionas”, repasa Silvina. Eran 12 al principio, ahora son 70 y ya se están sumando también varones.

El punto de inflexión para Las Lionas fue en 2018, cuando la Federación Panamericana las invitó a jugar un partido de exhibición en el Estadio Olímpico de Parque Roca después de las dos semifinales de hockey de los Juegos Olímpicos de la Juventud en 2018. Desde entonces, ese proyecto familiar se convirtió en un fenómeno que no parece tener límite. “Hicimos giras a Mendoza, a San Juan, nos invitaron del exterior y ahora nos invitaron a las olimpíadas especiales en Berlín 2023”, cuenta Silvina, quien da charlas en el país y en el exterior y es consultada desde distintas provincias donde, a partir de la experiencia de Las Lionas, se están abriendo espacios de hockey inclusivo.

Silvina comenta que el origen de este proyecto de hockey inclusivo surge de una pasión, tiene pasión por la vida, por el deporte y por esto que hace. Clari, su hija, toda su vida jugó en Belgrano y esto empezó como un espacio de pertenencia y sigue siendo eso para las chicas, los chicos y las familias; una propuesta en donde, juegues como juegues, tenés tu lugar. El hockey es una herramienta pero lo más importante es la independencia que les da conocerse.

El nombre de Las Lionas surge porque se sienten identificadas con Las Leonas, que es el equipo argentino, porque son tan buenas y excelentes como Lionel Messi.

2.8 Santa Mónica Hockey inclusivo Rosario

Bajo la consigna “Donde hay inclusión hay amor”, todos los martes de 16.30 a 17.30, 65 personas de entre 5 y 30 años con distintas discapacidades se juntan para aprender este deporte. El juego es un puente para lograr una vida mejor donde el disfrute se mezcle con el desafío. Una mujer con sonrisa dibujada recibe a la gente, escribe los nombres de chicos y profesoras en un sticker y se los pega en la ropa, para que todos puedan identificarse y llamarse por sus nombres. Una vez listos, ingresan a la cancha de hockey de césped sintético y ahí todo es alegría. Llegan las bienvenidas, las sonrisas, el "qué bueno que volviste" y los abrazos interminables.

En la cancha está todo organizado: hay estaciones con conos, aros y vallas de entrenamiento para hacer distintos ejercicios. El reloj marca las 16.30, en el parlante suena música y más de 40 chicos y casi 20 profes vestidas de negro con gorrito rojo arrancan la entrada en calor. Les enseñan conducción, a dar pases, a mirar al compañero y a jugar en equipo. Los más grandes, van aprendiendo a tirar al arco. A plena sonrisa en el lugar puede verse a las cinco mentoras de Santa Mónica: Marcela Del Campo, Julieta Irazoqui, Clara Miranda, Sofía Paganini y Natalia Ribone.

<u>El inicio de todo: el deporte y la inclusión</u>

En noviembre de 2022, San Agustín, el primer equipo de rugby inclusivo de la ciudad, viajó a un torneo en Neuquén y conocieron que había equipos de hockey inclusivo. Germán “el Perro” Candini, parte del staff agarró el teléfono, llamó a Marcela del Campo, a quien conocía del club y le dijo: “Tenemos que arrancarlo en Rosario”. Y así fue como, las cinco mujeres, comenzaron a armar el proyecto. “Hablamos con la gente de hockey inclusivo “Las Lionas” en Buenos Aires (el primer equipo argentino de hockey para personas con discapacidad intelectual, que surgió en septiembre del 2017

-mixed ability-), que nos dieron pautas de cómo arrancar, también con chicas de "Caburé" de Río Cuarto, y basadas en la experiencia de San Agustín empezamos", relata Marcela.

Cada una fue convocando a amigas y conocidas de distintos clubes para sumarse al proyecto, y hoy cuentan con casi 30 facilitadoras. El Municipio les cedió la cancha del Hipódromo para que puedan practicar todos los martes de 16.30 a 17.30. También sumaron profesionales con experiencia en discapacidad como psicóloga, psicopedagoga, terapista y maestras especiales. La premisa era la inclusión, el mixed ability (capacidad mixta) un enfoque innovador para derribar barreras donde todos puedan compartir, para ambos sexos y que no hubiera límite de edad.

"Hoy tenemos 65 concurrentes de todas las edades, desde los 5 años a los 30. Es un espacio que genera mucha alegría en todos, en los que lo hacemos y en los chicos que vez que vienen con una alegría bárbara. Al ser mixed ability, la idea es que haya una convivencia en la cancha, no solo pueden venir quienes tengan una discapacidad si no quienes tengan ganas de aprender a jugar al hockey o que por ahí no encuentran un lugar para sentirse cómodos, son bienvenidos", resume una de las facilitadoras.

Las entrenadoras destacan el apoyo de las familias, que permitieron que ellas tomaran contacto y pudieran generar vínculos: "Ha sido todo amor y confianza, lo que se está generando es maravilloso".

Además del cuerpo docente, la cancha, los elementos de entrenamiento y los alumnos, el equipo tuvo otro desafío: conseguir palos de hockey para cada persona que quisiera sumarse. Pero la solidaridad se las hizo fácil y una campaña en redes y whatsapp superó todas las expectativas: "Hoy tenemos para todos y más", coinciden.

Como en todos los partidos de hockey, al final todos se juntan para hacer el tercer tiempo. Toman algo y comen sándwiches, charlan, se ríen, son parte de un equipo, en un lugar donde encuentran contención, movimiento, juego y diversión. Es un espacio a cielo abierto que ya sienten como propio.

3. Marco metodológico

3.1

. Asimismo, se considera de corte transversal.

3.2 Unidades de análisis. Población, muestra, y tipo de muestreo

La población a analizar serán jóvenes con Síndrome de Down entre 15 y 30 años de edad que asisten a un espacio donde se realiza Hockey. El tipo de muestreo es no probabilístico por conveniencia, ya que se seleccionan los casos que son útiles para la muestra en cuestión. La muestra consta del análisis de 17 jóvenes con Síndrome de Down. La unidad de análisis será cada uno de los jóvenes.

3.3 Instrumento

La escala de Rosenberg es una de las escalas más utilizadas a nivel internacional para evaluar la autoestima global. (Rosenberg, 1965).

Consta de 10 ítems, 5 de carácter directo, formulados en forma afirmativa, y 5 de carácter inverso, redactados en forma negativa. La escala fue diseñada para ser una medida unidimensional de autoestima. Estos ítems se centran en los sentimientos de respeto y aceptación de sí mismo/a. Este test de autoestima tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que una persona tiene de sí misma y se plantean unos ítems enunciados positiva y otros negativamente para controlar el efecto de la aquiescencia (consentimiento).

Cada ítem tiene 4 opciones de respuesta: muy de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo y muy en desacuerdo. Consta de 5 ítems directos y 5 inversos (Ítems inversos: 3, 5, 8, 9 y 10).

Los ítems que conforman esta escala son:

1- Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.
2- Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.
3- Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.
4- Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.
5- En general estoy satisfecho/a de mí mismo/a.
6- Siento que no tengo mucho de lo que estar orgullosa/a.
7- En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.
8- Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo/a.
9- Hay veces que realmente pienso que soy un/a inútil.
10- A veces creo que no soy buena persona.

Las opciones de respuesta están formuladas en una escala tipo Likert de cuatro puntos:

A. Muy de acuerdo
B. De acuerdo

C. En desacuerdo
D. Muy en desacuerdo

De los ítems 1 al 5, las respuestas A a D se puntúan de 4 a 1. De los ítems del 6 al 10, las respuestas A a D se puntúan de 1 a 4.

Los resultados se agrupan en función del sumatorio obtenido:

- De 30 a 40 puntos: AUTOESTIMA ALTA. Considerada como una autoestima normal.
- De 26 a 29 puntos: AUTOESTIMA MEDIA. No presenta problemas de autoestima graves, pero conviene mejorarla.
- Menos de 25 puntos: AUTOESTIMA BAJA. Existen problemas significativos de autoestima.

Luego se administró una encuesta sobre deporte, el cual consta de 10 preguntas con opciones múltiples de respuesta, algunas relacionadas con el deporte en general y otras relacionadas con la práctica deportiva de Hockey en particular.

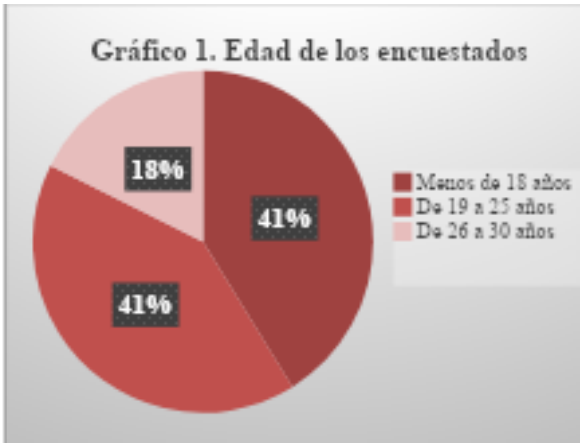
El proceso de recolección de datos se realizó por medio de cuestionarios administrados mediante un formulario de Google. El mismo fue difundido a través de la red social WhatsApp donde los/las jóvenes con supervisión de sus padres o madres respondieron de manera voluntaria y anónima, completando en primer lugar un consentimiento informado. La recolección de datos sucedió durante el mes de agosto y la primera semana de septiembre del 2024.

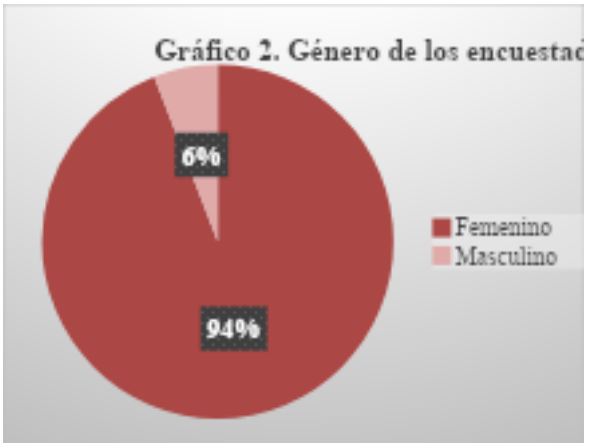
3.4 Consideraciones éticas

El presente estudio de investigación se llevó a cabo a partir de la obtención de información voluntaria por parte de madres, padres y jóvenes con Síndrome de Down entre 15 y 30 años quienes firmaron su consentimiento informado (ver modelo en Anexo 1). En este se aclara que la información proporcionada en los cuestionarios será totalmente anónima, sólo será utilizada en la investigación, con el fin de describir la incidencia de la práctica deportiva en la autoestima de los jóvenes entre 15 y 30 años con Síndrome de Down que realizan Hockey en una cancha del Hipódromo de la ciudad de Rosario en el año 2024.

4. Análisis de la información e interpretación de los resultados

Los participantes son jóvenes con síndrome de Down, en su gran mayoría de género femenino, entre 15 y 30 años de edad, que asisten a una cancha de Hockey ubicada en el Hipódromo de la ciudad de Rosario.





4.1 Autoestima que presentan los jóvenes con Síndrome de Down

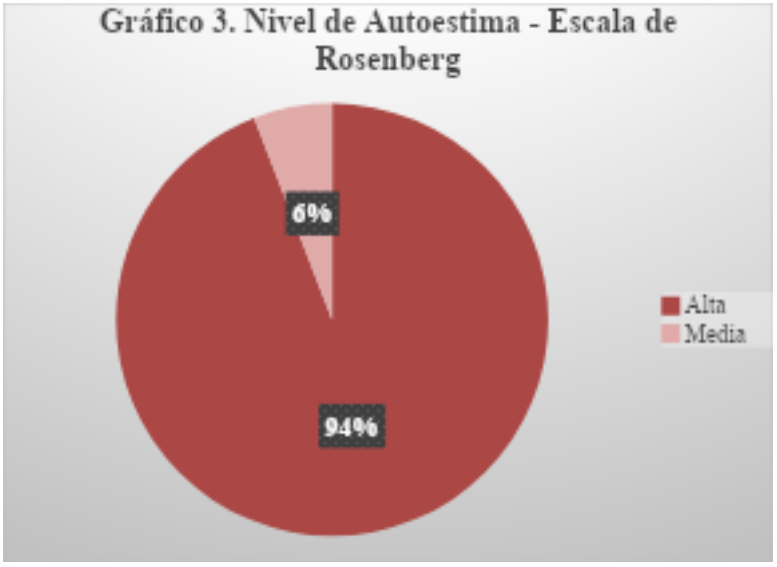
Ruiz Rodríguez, Emilio en su Programa de educación emocional para niños y jóvenes con síndrome de Down (2004), establece que la autoestima es el grado de aceptación, respeto y valoración que una persona tiene de sí misma. Las personas con síndrome de Down en algunos casos tienen un bajo nivel de autoestima, debido con frecuencia a que se les exige más de lo que son capaces de dar, o por el contrario, se los valora poco y se los sobreprotege en exceso. Enfrentarlos a retos que sean capaces de superar es la mejor estrategia, ni excesivamente altos pues los desanimarían, ni muy fáciles pues no supondría un progreso.

Cuadro 1. Nivel de Autoestima según Escala de Rosenberg por ítems

N°	*Ítems*	*Frecuencia*			
		Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1	Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.	11 64.7	6 35.3	-	-
2	Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.	7 41.2	10 58.8	-	-

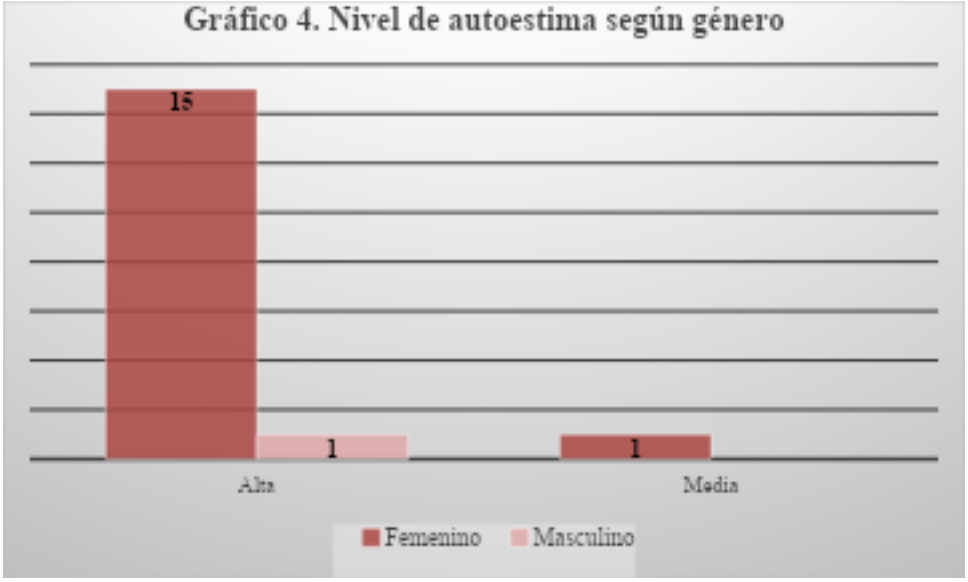
3	Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.	9 53.9	6 35.3	2 11.8	-
4	Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.	5 29.4	12 70.6	-	-
5	En general estoy satisfecho/a de mí mismo/a.	6 35.3	11 64.7	-	-
6	Siento que no tengo mucho de lo que estar orgullosa/a.	2 11.8	14 82.4	1 5.6	-
7	En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.	6 35.3	11 64.7	-	-
8	Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo/a.	2 11.8	8 47.1	7 41.2	-
9	Hay veces que realmente pienso que soy un/a inútil.	6 35.3	9 53.9	2 11.8	-
10	A veces creo que no soy buena persona.	9 53.9	7 41.2	1 5.6	-

Rosenberg (1965) define a la autoestima como una actitud positiva o negativa hacia un objeto en particular, el sí mismo. Entiende a la autoestima como un fenómeno actitudinal creado por fuerzas sociales y culturales. La autoestima se crea en un proceso de comparación que involucra valores y discrepancias. El nivel de autoestima de las personas se relaciona con la percepción del sí mismo en comparación con los valores personales. Estos valores fundamentales han sido desarrollados a través del proceso de socialización. En la medida que la distancia entre el sí mismo ideal y el sí mismo real es pequeña, la autoestima es mayor. Por el contrario, cuanto mayor es la distancia, menor será la autoestima, aun cuando la persona sea vista positivamente por otros.

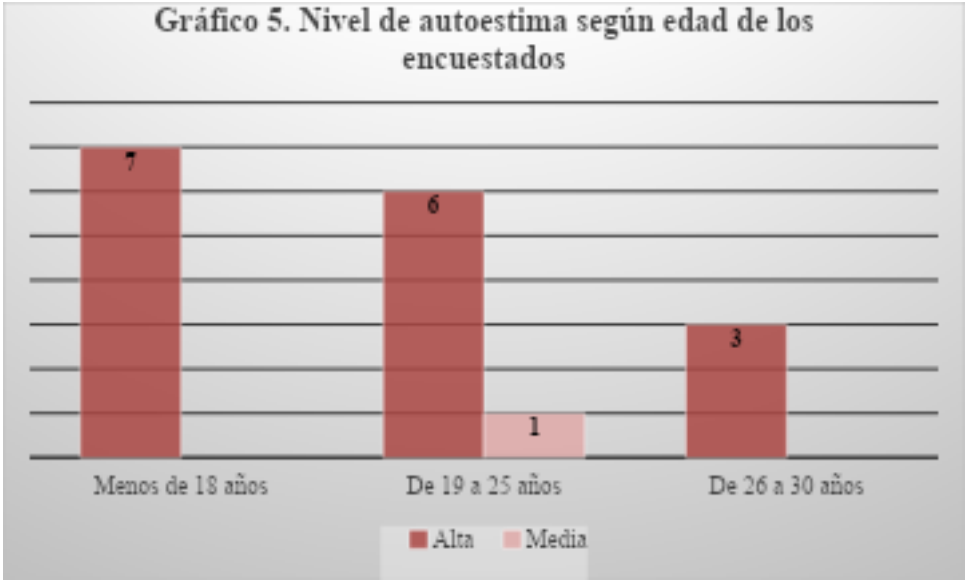


De acuerdo a lo expuesto anteriormente, lo cual plantea que las personas con síndrome de Down en, en algunos casos, tienen un bajo nivel de autoestima, en este grafico se puede observar que el 96% de los/las jóvenes participantes manifiestan tener una

autoestima alta. Cabe mencionar que solo el 6% manifestó tener autoestima media, lo cual no presenta problemas de autoestima graves, pero conviene mejorarla.
Peralta Sánchez (2023) explica que tener un autoestima alta y saludable es muy importante para nuestro bienestar psicológico y emocional.
Una autoestima saludable, como sostiene Branden (1995), se relaciona con la racionalidad, el realismo, con la creatividad, la independencia, la flexibilidad y la capacidad para aceptar los cambios, con el deseo de admitir los errores y la disposición a cooperar.



En este grafico, 15 jóvenes femeninas y un joven manifestaron tener una autoestima alta, mientras que solo una joven manifestó tener una autoestima media.

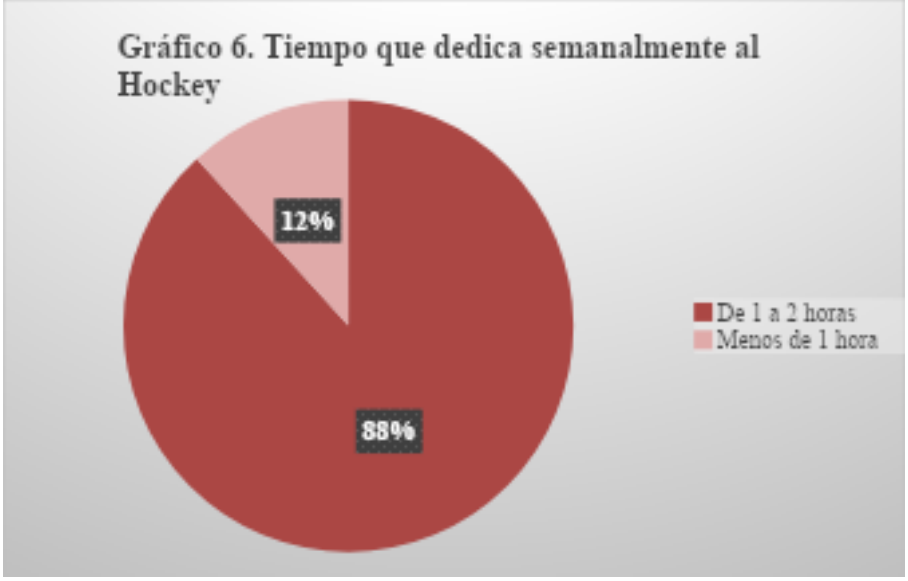


En este grafico se puede observar que los participantes menores de 18 años poseen autoestima alta. En el grupo de edad de 19 a 25 años, 6 participantes manifiestan tener autoestima alta y un participante autoestima media. De acuerdo al grupo de edad de 26 a 30 años, 3 participantes poseen autoestima alta.

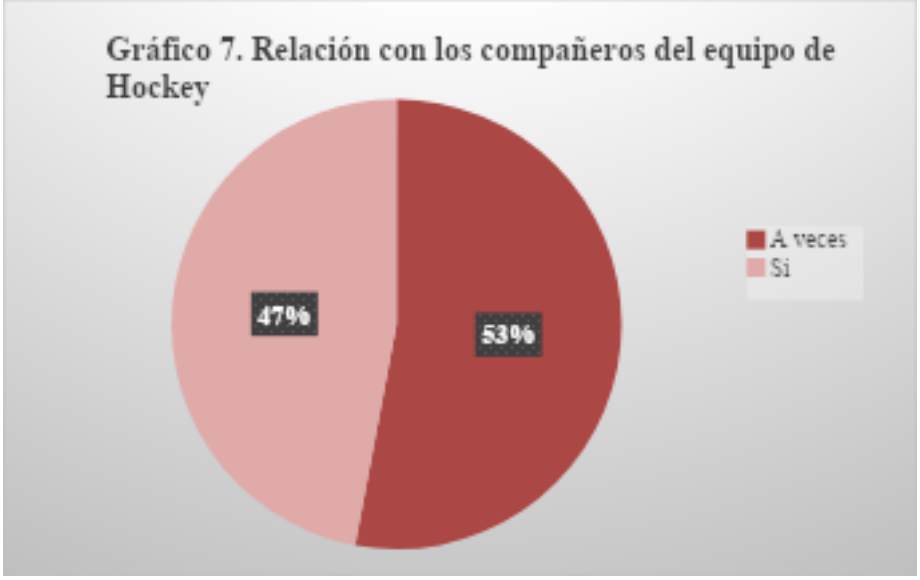
Aquí es importante mencionar la investigación realizada por Cristina Luna Brosa, titulada "El punto de vista del protagonista, ¿Que piensan los jóvenes de Síndrome de Down sobre su identidad y realidad?"(2015) , la cual plantea que su propósito es descubrir la visión que tienen los jóvenes con Síndrome Down sobre ellos mismos, para poder comprenderlos mejor y facilitar herramientas a ellos y a sus familias para favorecer su desarrollo global, autoconcepto, autoestima y adaptación personal a su entorno y su autodeterminación, mejorando así su calidad de vida. Resalta la importancia de conocer como la persona con síndrome de Down se siente y vive su realidad.

4.2 Práctica deportiva desde el enfoque del deporte adaptado

En adelante se presentan los resultados correspondientes a la práctica deportiva, sea la del Hockey como cualquier otra que se considere necesario, en función a las preferencias y noción del deporte mismo.

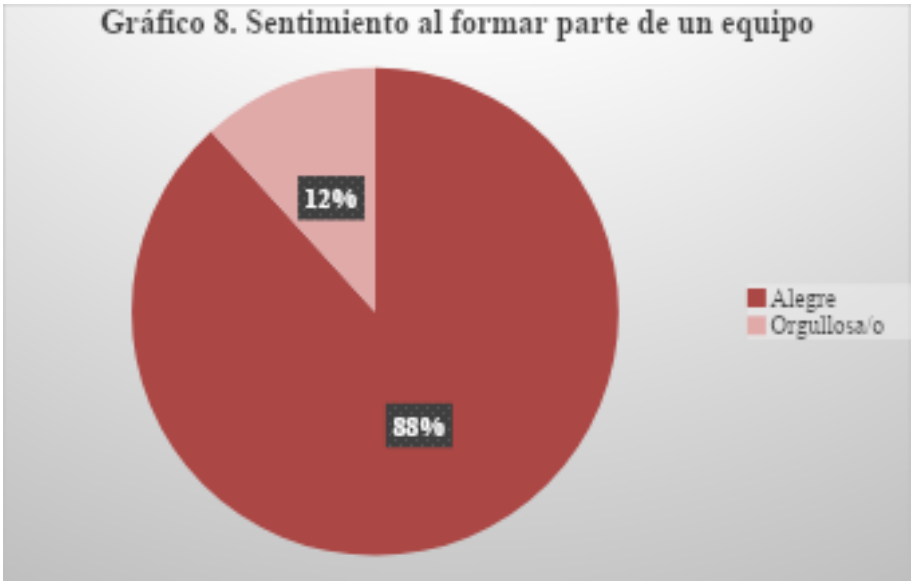


Los participantes, en su mayoría, manifestaron que le dedican a la práctica deportiva de Hockey entre 1 a 2 horas semanales. Solo el 12% manifestó que le dedica menos de 1 hora por semana.

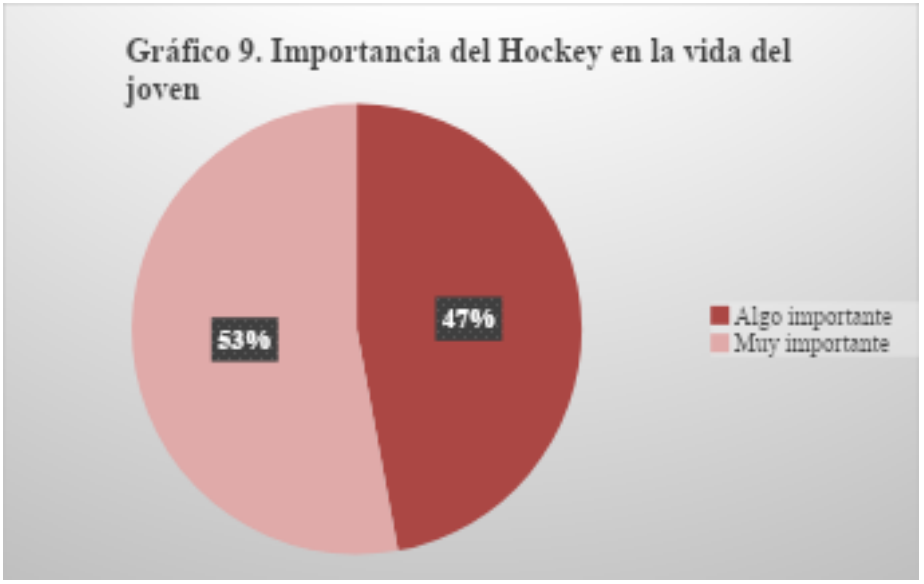


El 53% de los jóvenes declaro que a veces se relaciona con sus compañeros de equipo. Esto se debe a que algunos participantes solo se vinculan con sus pares en este espacio determinado y luego no los vuelven a ver hasta la práctica siguiente. El 47% restante manifestó que si tiene relación con sus compañeros de equipo porque

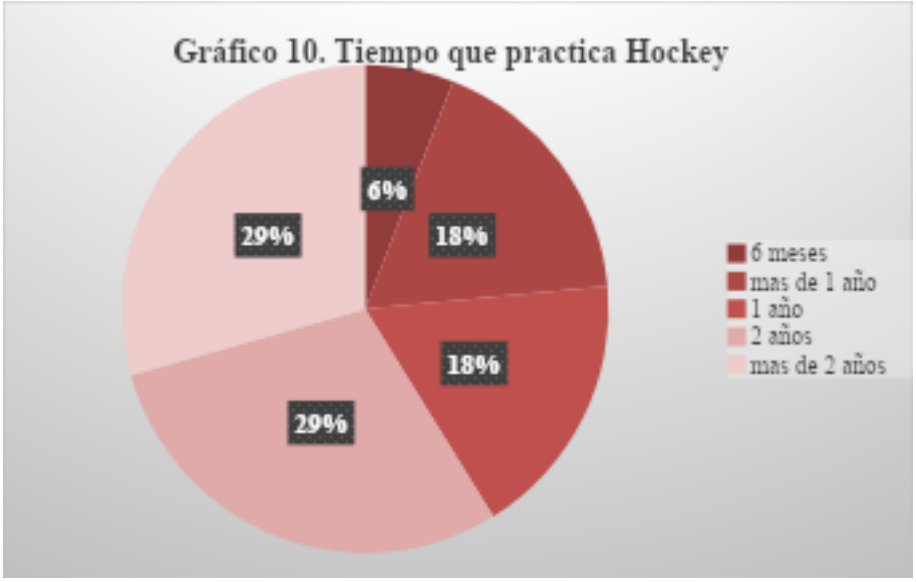
comparten otros espacios tales como los centros educativos terapéuticos, centros de día, actividades recreativas.



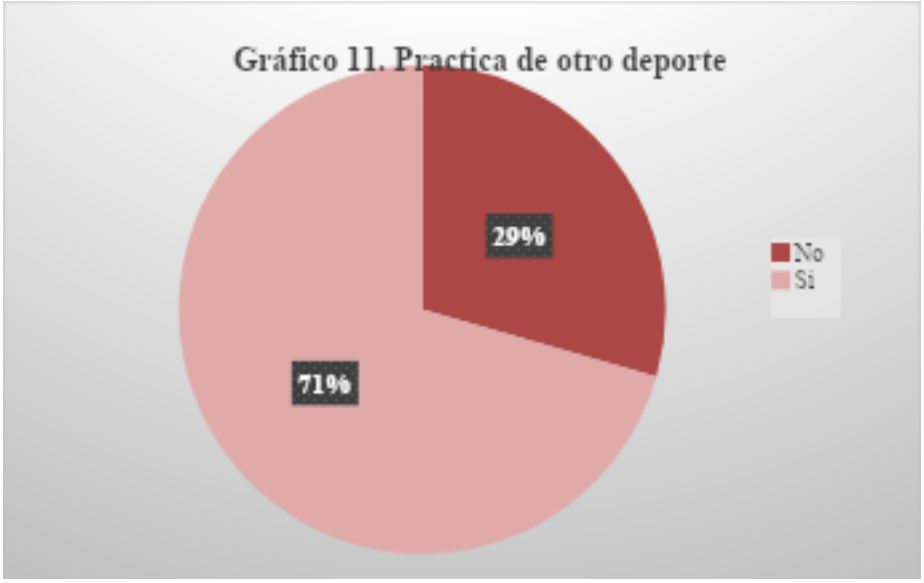
La mayoría de los jóvenes expresaron sentir alegría al formar parte de un equipo, esto sugiere que la participación en actividades grupales tiene un impacto positivo en su bienestar emocional. En menor medida, los jóvenes expresaron sentir orgullo por su participación en el equipo. Este sentimiento puede estar relacionado con logros individuales o del equipo, pero no es tan prevalente como la alegría.



El 53% de los participantes reporto que practicar Hockey es muy importante en su vida y el 47% restante declaro que es algo importante.



Al ser una práctica deportiva en la cual semana tras semana se van sumando participantes, se puede visualizar una variedad de respuestas que van desde jóvenes que comenzaron a practicar hace más de dos años hasta jóvenes que comenzaron hace menos de 6 meses.

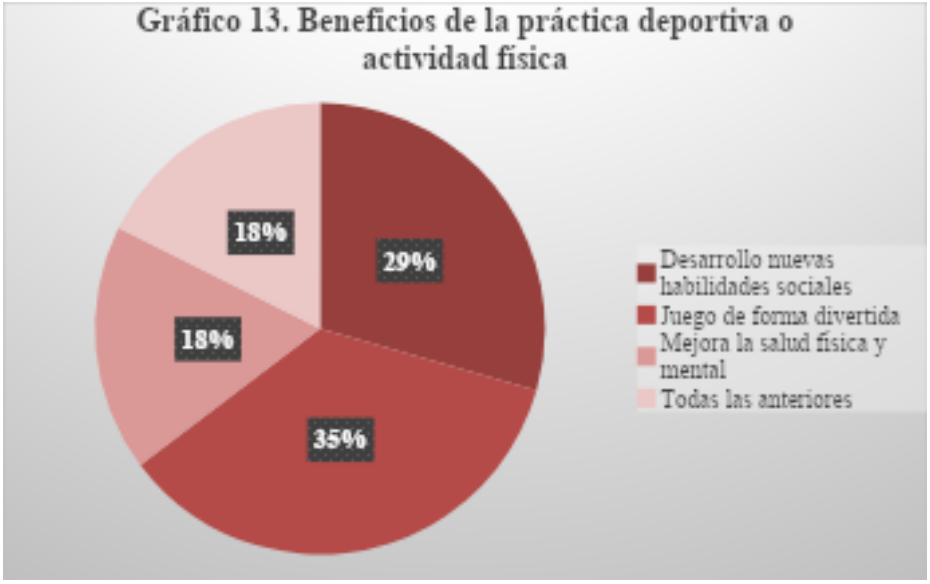


La mayoría de los/las jóvenes realizan otros deportes, ya sea en clubes u otros espacios. La minoría manifestó que no realizan otros deportes por cuestiones de lejanía o falta de disponibilidad horaria.



Siete participantes mencionaron que realizan natación. Fernández, Lucia S. (2018), en su investigación sobre los beneficios de la hidroterapia en relación al desarrollo motor y al aparato mioarticular en niños con síndrome de Down, nos explica que los niños con Síndrome de Down en este medio refuerzan su autoestima y valía en sí mismos.

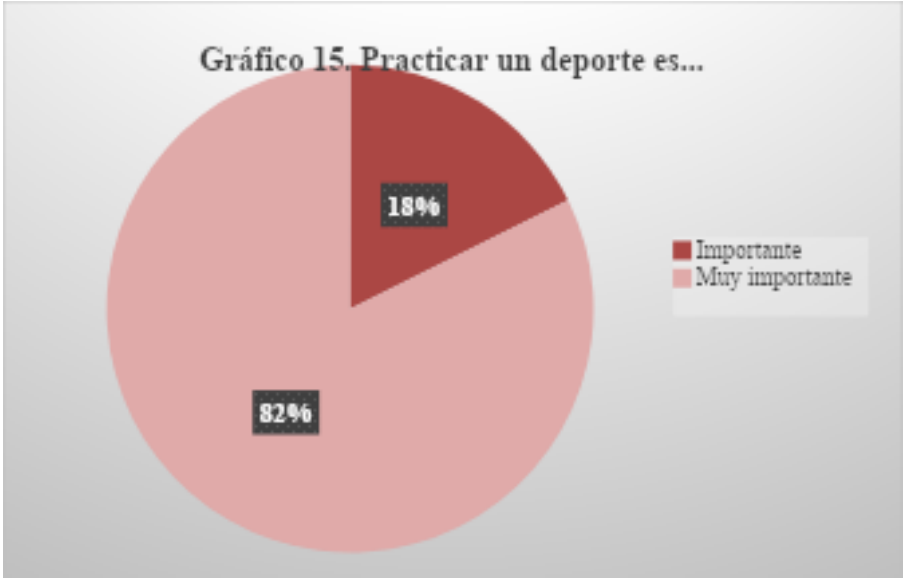
Cinco participantes mencionaron que no realizan ninguna otra actividad física además de hockey y los restantes realizan diversas actividades como expresión corporal, educación física en el colegio, caminatas, Pilates, baile, atletismo y equitación.



Todos los participantes, en mayor o menor medida, manifestaron tener algún beneficio en la realización de la práctica deportiva o actividad física. De acuerdo con esto, Jeldres, Aldana (2023) explica que la Educación Física y el Deporte son dos herramientas que constituyen al desarrollo del individuo de forma integral, dando posibilidad de que despliegue sus posibilidades personales y facultades físicas, así como también las sociales. La educación física y el deporte tienen importantes beneficios a nivel físico, motriz, cognitivo, social y de autonomía que le proporcionan a la persona una mejor independencia y sociabilidad en el medio donde se desenvuelve. De este modo, cumplirán un rol fundamental para la vida de cualquier persona en el ámbito de salud y especialmente, para las personas con discapacidad colaborando en su proceso de rehabilitación y también de inclusión social.



El 82% de los jóvenes manifestaron que uno de los motivos por los que practican un deporte o actividad física es por diversión. Los restantes relataron que lo hacían por motivos de salud, tratamiento, etc.



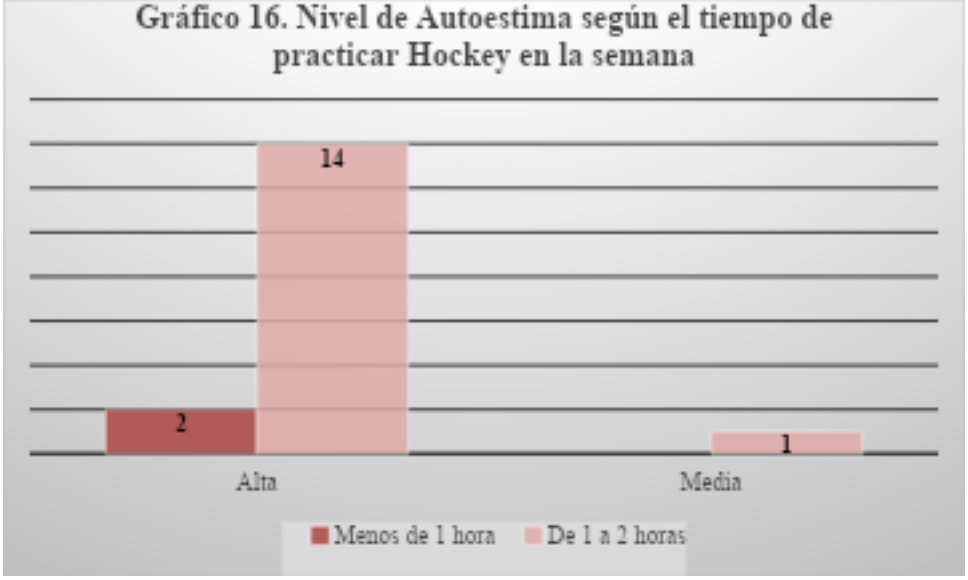
El 82 % de los participantes plantea que es muy importante practicar un deporte y el 18% plantes que practicar un deporte es importante.

Jeldres, Aldana (2023) explica que dados los problemas motrices que sufren las personas con discapacidad intelectual como el Síndrome de Down, la práctica de la Educación Física y el Deporte son un pilar fundamental para ellos, para poder lograr un mejor desarrollo de su motricidad general y también mejoras en cuanto a la manipulación, el manejo de los espacios, la autonomía personal, la formación integral

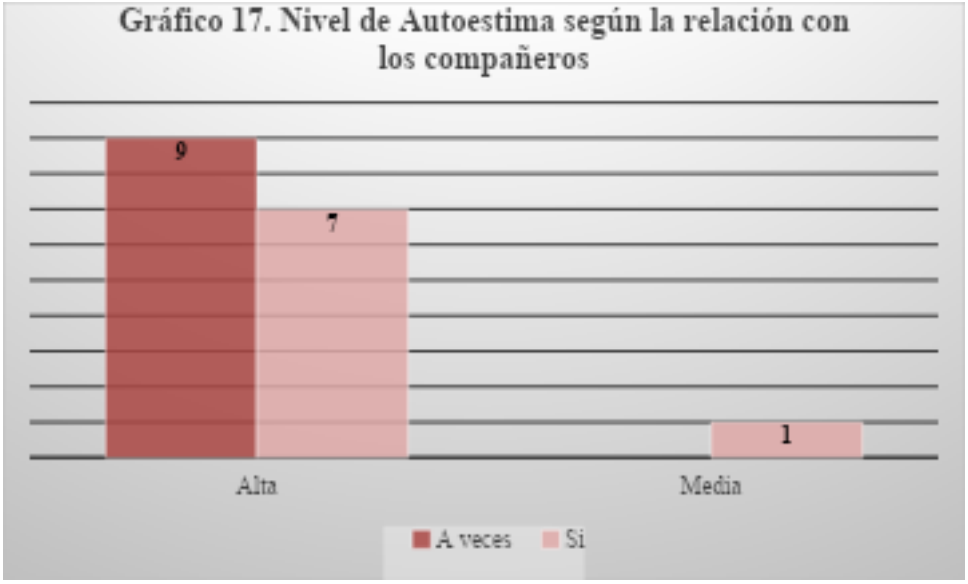
como ser humano y la creación de vínculos sociales que le permitan una inclusión tanto educativa como social.

4.3 Nivel de autoestima y la realización de una práctica deportiva adaptada

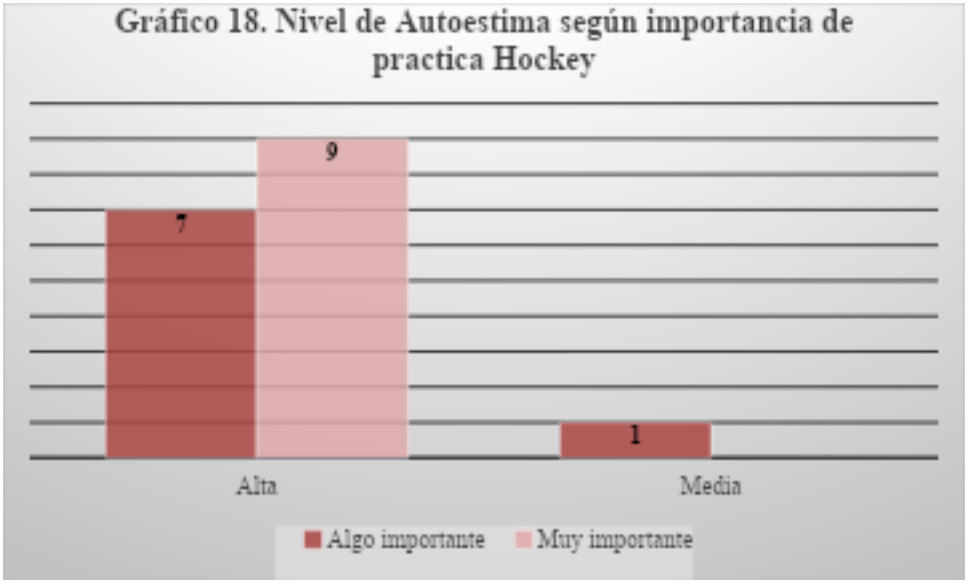
En este apartado se presenta la relación que tiene la práctica deportiva en la autoestima de los jóvenes encuestados. Si bien, hay que recordar que la mayoría ha obtenido un Alto nivel de Autoestima, no deja de ser interesante ver qué de los aspectos es más llamativo o vinculante entre sí.



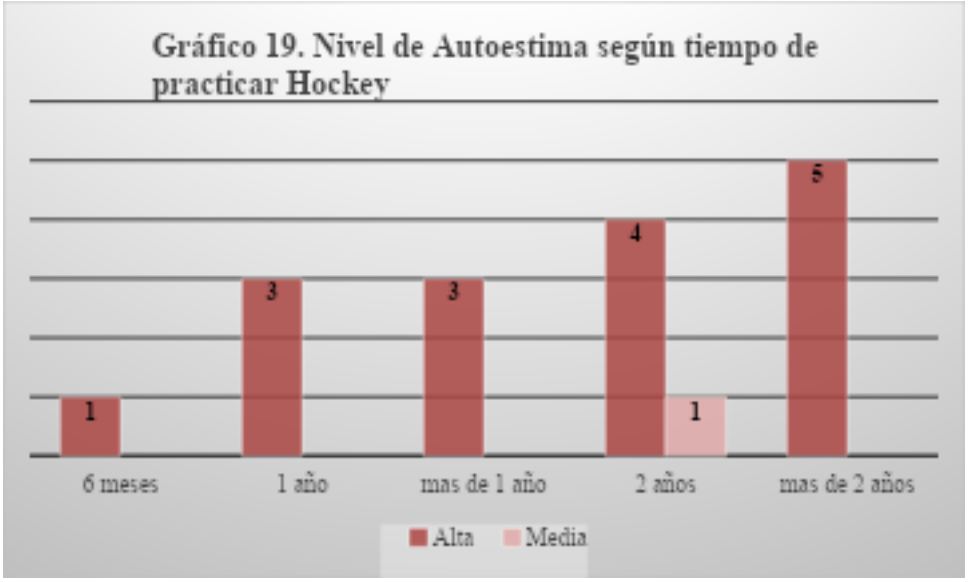
En este grafico se puede observar que 14 participantes tienen un nivel de autoestima alta al realizar de 1 a 2 hs la práctica de Hockey; asimismo 2 participantes que practican menos de 1 hora reportaron lo misma. Un participante comento tener autoestima media a pesar de practica Hockey de 1 a 2 hs en la semana.



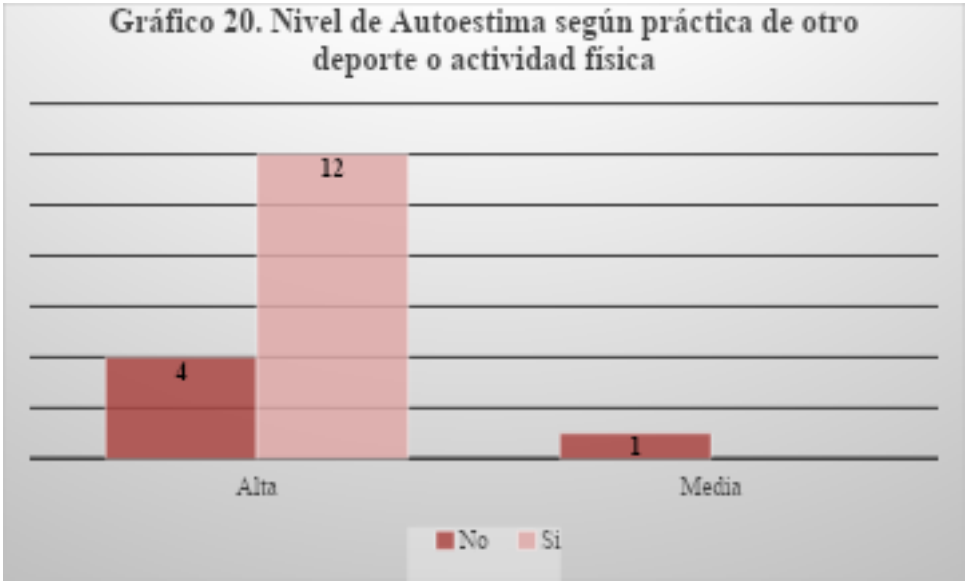
Se observó que 9 participantes presentan un nivel alto de autoestima a pesar de que a veces se relacionan con sus compañeros de equipo y 7 participantes manifestaron el mismo nivel al si tener relación con sus compañeros. Solo una participante, a pesar de tener relación con sus compañeros, expreso tener un nivel de autoestima media.



9 participantes comentaron que realizar la práctica deportiva de hockey es muy importante, incidiendo esto en su nivel de autoestima, el cual es alto. Lo mismo ocurre con 7 participantes al manifestar que consideran que es algo importante practicar hockey. Una participante expuso que es algo importante esta práctica, teniendo un nivel de autoestima media.

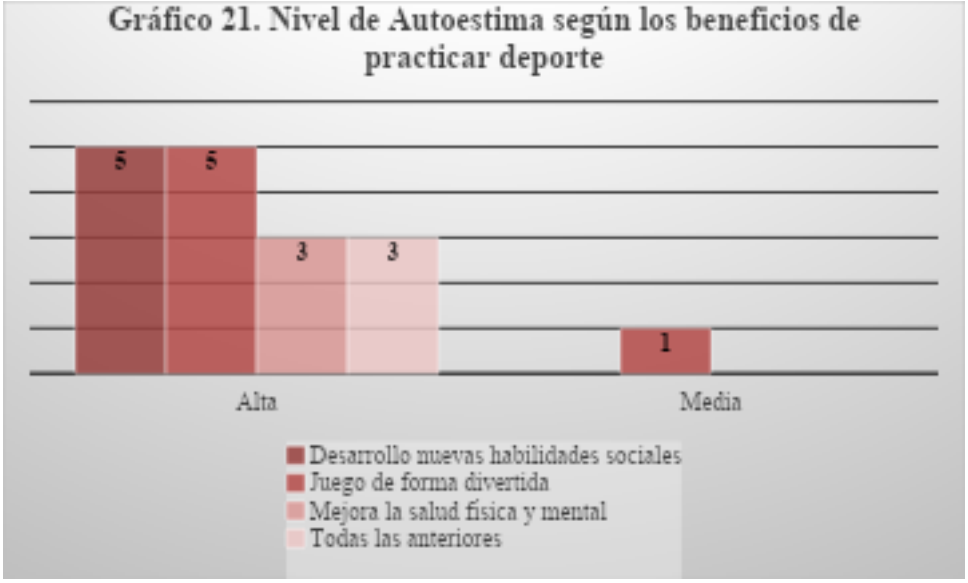


El nivel de autoestima es alto de acuerdo al tiempo en que se comenzó a realizar dicha práctica, ya sea desde hace 6 meses hasta más de 2 años. Solo una participante manifestó un nivel de autoestima media a pesar de que practica hockey desde hace 2años



12 participantes expusieron tener un nivel de autoestima alta porque realizan otros deportes. A pesar de que 4 participantes no realizan otros deportes, su nivel de

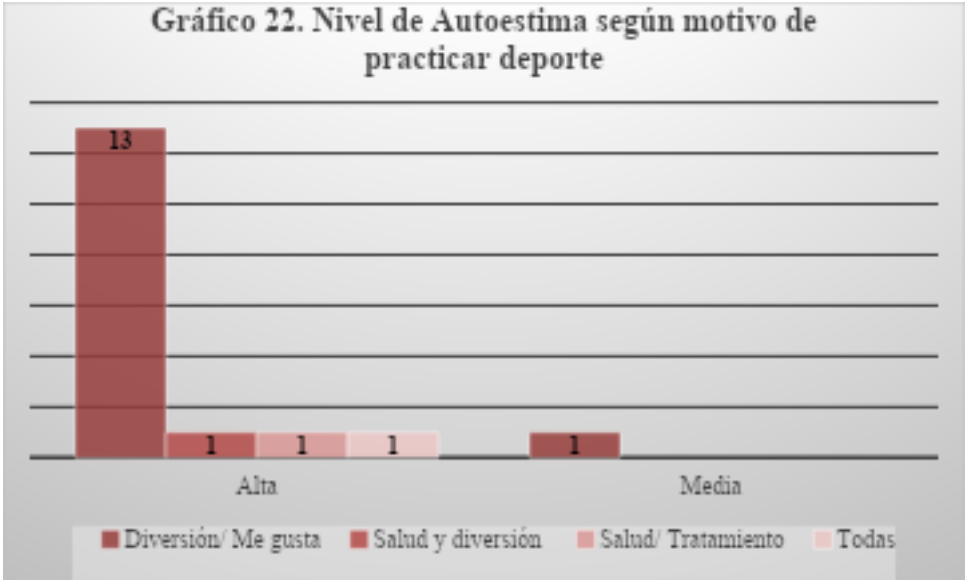
autoestima sigue siendo alto. Solo una participante expuso no realizar otro deporte, dando como resultado un nivel de autoestima media.



En este grafico se puede observar que todos los participantes, de acuerdo a los beneficios de practicar un deporte, tienen un nivel de autoestima alto.

Solo una participante manifiesta un nivel de autoestima media a pesar de considerar beneficioso el desarrollo de nuevas habilidades sociales.

Silvina Forrester y Peter Gorrissen(2017) fomentan el deporte en equipo y "vivir en inclusión". El deporte no fue ni será nunca simple entrenamiento físico. Como cualquier ejercicio, activa funciones cerebrales que son indispensables para el desarrollo cognitivo general, pero además, genera experiencias y transmite habilidades importantes para la vida misma. Los expertos coinciden en que –entre otras cosas– las disciplinas que se practican en equipo, promueven la integración y generan sentido de pertenencia.



Es importante resaltar que 13 participantes expusieron tener un nivel de autoestima alta al practicar un deporte por diversión. Otras respuestas fueron por salud, tratamiento y una respuesta dio autoestima media a pesar de tener como motivo la diversión en la práctica.

Santa Mónica Hockey inclusivo Rosario, plantea que el juego es un puente para lograr una vida mejor donde el disfrute se mezcle con el desafío.

Conclusiones

Teniendo en cuenta el análisis de datos sobre la incidencia de la práctica deportiva en la autoestima de los jóvenes entre 15 y 30 años con Síndrome de Down que realizan Hockey se puede concluir que la autoestima, coincidiendo con Alexander Peralta Sánchez (2023) es crucial para el bienestar emocional, influye en la forma en que nos vemos, nos relacionamos y enfrentamos desafíos. Es la valoración que se tiene de sí mismo. La autoestima afecta la forma en la que nos vemos, la manera en la cual nos relacionamos con los demás y cómo enfrentamos los problemas de la vida. Tener un autoestima alta y saludable es muy importante para nuestro bienestar psicológico y emocional, ya que no tenerla puede afectar varios aspectos como lo puede ser: el ámbito laboral, porque tendría consecuencias en las acciones que hagas; en el ámbito amoroso, no te sentirás a gusto con la persona que estás y tus pensamientos serían distintos; y en el ámbito personal, no estarás seguro de ti mismo. Tener la autoestima baja hace que tengamos demasiadas consecuencias, algunas de ellas pueden ser: la tendencia de dejar pasar oportunidades, es una consecuencia de esto, ya que las personas por falta de seguridad no se atreven a salir de su zona de siempre y no ven las oportunidades que les presenta la vida, puede ser en becas, en promoción de trabajo, de conocer más personas para colaborar, etc.

El primero de los objetivos específicos a investigar es identificar el nivel de autoestima que presentan los jóvenes con Síndrome de Down. De acuerdo a lo analizado en el capitulo anterior, los datos obtenidos arrojan que los mismos poseen un nivel de autoestima alto. Esto se puede comparar con la investigación realizada por Emilio Ruiz Rodriguez en su Programa de educación emocional para niños y jóvenes con síndrome de Down (2004), donde establece que la autoestima es el grado de aceptación, respeto y valoración que una persona tiene de sí misma. Las personas con síndrome de Down en algunos casos tienen un bajo nivel de autoestima, debido con frecuencia a que se les exige más de lo que son capaces de dar, o por el contrario, se los valora poco y se los sobreprotege en exceso. Enfrentarlos a retos que sean capaces de superar es la mejor estrategia, ni excesivamente altos pues los desanimarían, ni muy fáciles pues no supondría un progreso.

Peralta Sánchez (2023) explica que tener un autoestima alta y saludable es muy importante para nuestro bienestar psicológico y emocional.
Una autoestima saludable, como sostiene Branden (1995), se relaciona con la racionalidad, el realismo, con la creatividad, la independencia, la flexibilidad y la capacidad para aceptar los cambios, con el deseo de admitir los errores y la disposición a cooperar.

El segundo objetivo es describir el tipo de práctica deportiva desde el enfoque del deporte adaptado. Según Marcelo Rocha (2012), se entiende por éste aquella actividad físico deportiva que es susceptible de aceptar modificaciones para posibilitar la participación de las personas con discapacidades físicas, psíquicas o sensoriales. Plantea, junto con otros profesionales, que el mayor desafío es hacer al deporte accesible a niños y jóvenes con discapacidad intelectual y mental, ya que consideraban

que esta franja era una de las más afectadas a la hora de circular libremente por los espacios institucionales. También comprendieron que una de las peores barreras a enfrentar serían las imaginarias sociales, configuradas desde los prejuicios y creencias erróneas que se tejían sobre este colectivo de personas. Supieron que a las barreras técnicas y arquitectónicas podrían sortearlas de algún modo, pero las más complejas serían las vinculadas a las actitudes humanas, desde ese eje edificarían su postura con respecto al deporte. “Decimos que la discapacidad pierde su condición de presencia central en el momento en que nos encontramos con ella desde el deporte, puesto que el principal protagonismo lo adquiere el sujeto, su cuerpo y el lazo que se construye hacia un otro. No nos interesa tanto la técnica o el método, nos centramos en el escenario y en la escena que se produce a la hora de jugar y las experiencias y acontecimientos que paulatinamente se van vivenciando en dicho contexto.” (Marcelo Rocha)
Por ello, el autor plantea que no deberíamos centrarnos tanto en la técnica, solo tendríamos que ir en busca del sujeto -para a través de la actividad deportiva- construir un nuevo anudamiento a una actividad. Sugiere tratar de convocar al sujeto desde un ejercicio o un juego; de nada vale la repetición de una técnica si el sujeto no está ahí, convocado por nosotros, a través de nuestro propio deseo. Adaptar un deporte no es solamente crear e implementar estrategias, técnicas o reglamentos en torno a una actividad física o a un juego , es más que eso; significa pensar en variables tales como el contexto donde se va a llevar a cabo la experiencia, en las barreras arquitectónicas que deberán sortearse, en las barreras sociales (prejuicios, miedos, creencias erróneas) de las personas que tengan un rol importante en la gestión de los espacios, y en el impacto que la experiencia tenga en la comunidad.
Al decir deporte adaptado no deberíamos pensar en un deporte diferente, pues se trata solamente de entender que lo que se adapta es la manera de enseñar o transmitir una técnica o una regla deportiva. Hablar de deporte adaptado será hablar de un espacio en donde se den las condiciones apropiadas para que una persona con discapacidad pueda desplegar -al igual, y en las mismas condiciones que cualquier otra persona- sus habilidades motrices y sensoriales, pero primordialmente su necesidad de crear lazos con otros a través de una actividad determinada. Desde esta perspectiva se entiende que este tipo de deporte no es una técnica especial, sino un modo de intervención o una modalidad para permitir que una práctica o actividad, pueda desplegarse. El mayor aporte del deporte para la vida de las personas con discapacidad estará ligado a poder interrumpir los circuitos de la discapacidad y posibilitar una vida independiente (M. Rocha/ S. Enrique, 2008)

El último objetivo de este trabajo es establecer relaciones entre el nivel de autoestima y la realización de una práctica deportiva adaptada. Daniel German Zucchi (2001), especialista en Educación Física Adaptada y Deporte Especial Sostiene que el deporte adaptado representa una real importancia en el desarrollo personal y social del individuo que lo practica. Uno de los principales beneficios a tener en cuenta es aquel de índole psicológico. Toda persona con alguna disminución de sus capacidades deberá enfrentar una sociedad construida sobre parámetros “normales”, siendo muchas veces estos parámetros las barreras que diariamente las personas con discapacidad deberán sortear. El deporte ayudará en un principio a abstraerse por momentos de los

inconvenientes que esas barreras acarrean; además fortalecerá su psiquis (afectividad, emotividad, control, percepción, cognición). Pero lo que es más importante es que el deporte crea un campo adecuado y sencillo para la autosuperación, ella busca establecer objetivos a alcanzar para poder superarse día a día y luego a partir de ellos proyectar otros objetivos buscando un reajuste permanente, un "feed-back". La autosuperación no sólo acarrea beneficios de índole psicológica sino también social. Entender que todas las personas pueden practicar deportes y recibir este servicio como un bien social más, es el principio de la inserción social y por ende el primer paso hacia la integración.

Para las personas con síndrome de Down, el deporte adaptado puede ofrecer una forma de superar desafíos específicos relacionados con el desarrollo físico y motor, además de promover la integración social y el bienestar general. La participación en deportes adaptados puede ser crucial para mejorar la autoestima, ya que les permite experimentar logros, superar desafíos y formar parte de un grupo, lo que contribuye a una autoimagen positiva. El apoyo y la inclusión en actividades deportivas adaptadas pueden jugar un papel significativo en fortalecer su autoimagen y confianza en sí mismos. La interacción entre estos conceptos destaca la importancia del deporte adaptado en la vida de estas personas, destacando su potencial para mejorar la autoestima y promover una mayor inclusión y bienestar.

De acuerdo a los datos obtenidos, resulta interesante destacar que la participación en actividades deportivas adaptadas puede influir en la autoestima de las personas con síndrome de Down, ya que implica pertenecer a un equipo, sentirse orgullosos de ellos mismos. Es importante que sigamos fomentando este tipo de actividades para que sigan surgiendo espacios donde este colectivo de personas pueda desplegar sus habilidades y destrezas y entendamos que ya no se trata de incluir sino de convivir.

Referencias Bibliográficas

Antonelli, M. I. (2008)*Interdisciplina, Deporte y discapacidad. Trabajo de especialización*. Recuperado en: http://sedici.unlp.edu.ar

Branden, N. (1995) *Los seis pilares de la autoestima*. Barcelona: Editorial Paidós.

Branden, N. (2011) *La psicología de la autoestima*. Barcelona: Editorial Paidós Ibérica

Brosa, C. L. (2015). *El punto de vista del protagonista, ¿qué piensan los jóvenes con síndrome de Down sobre su identidad y realidad*. Fundación Talita. Universidad de Barcelona

Cisneros, R. L. (2013). *El fútbol y su influencia en el desarrollo motriz de niños con síndrome de Down en el instituto de educación especial "ambato" en la provincia de Tungurahua*. (Tesis de grado) Universidad Técnica de Ambato. Ecuador.

Federación Española de Instituciones para el síndrome de Down (1991).*DOWN ESPAÑA*. www.sindromededown.org

Feldman, J. R. (2005).*Autoestima ¿Cómo desarrollarla?, juegos, actividades, recursos, experiencias creativas...* (Tercera edición), Narcea S.A. Ediciones.

Fernández, L. S. (2018). Beneficios de la hidroterapia en relación al desarrollo motor y al aparato mioarticular en niños con síndrome de Down. Universidad FASTA. Facultad de Ciencias Médicas. Departamento de Kinesiología. Disponible en:http://redi.ufasta.edu.ar:8082/jspui/handle/123456789/449

García Marín, L. C. (2021). *Implicaciones de los componentes motores en personas con Síndrome de Down que frecuentan el fútbol*. [Trabajo de grado, Corporación Universitaria Minuto de Dios]. Repositorio Institucional UNIMINUTO. Bello-Antioquia. Disponible en: https://repository.unimi

Gongora, V. C.; Casullo, M. M. (2009).*Validación de la escala de autoestima de Rosenberg en población general y en población clínica de la Ciudad de Buenos Aires*. Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación www.redalyc.org

Hernández, H. J., Puentes, P. C., y Sierra, P. J. (2014). *Actividad física en niños con síndrome de Down estudio de caso*. (Tesis de grado) Corporación Universitaria Minuto de Dios. Bogotá

Jeldres, A. (2023). *Influencia de la Educación Física y el Deporte en la formación integral de una persona con Síndrome de Down. Tesis de grado*. Universidad Nacional de Río Negro.http://rid.unrn.edu.ar/handle/20.500.12049/11517

Jofre, A. (2009). *El reto de la integración del deporte adaptado español en el deporte convencional.* En J. Pérez, y D. Sanz (Eds.), Libro de Actas de la I Conferencia Nacional de Deporte Adaptado (CD-Rom, Bloque I). Toledo, Consejo Superior de Deportes

Ley N° 22.431 (1998) *Sistema de protección integral de los discapacitados*. Argentina

Ley Nacional de Discapacidad N° 24901(1997). *Sistema de prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad*.

Ley 26.378 (2008) *Aprobación de la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Recuperado en: servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos.

Ley 27.044 (2014) *Jerarquía constitucional a la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Recuperado en: http://servicios.infoleg.gob.ar

Martin Vicente, Fernando. (1988)*La integración de los minusválidos psíquicos en el deporte.* Revista: Apunts, Nª14

Muñoz Jiménez, E. M., Garrote Rojas, D., & Sánchez Romero, C. (2017). *La práctica deportiva en personas con discapacidad: motivación personal, inclusión y salud*. Revista INFAD de Psicología.

IX Jornadas Nacionales Discapacidad y Derechos Humanos "EDUCAR PARA INCLUIR: EL COMPROMISO SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD PÚBLICA"(2016) Universidad Nacional del Nordeste, Corrientes, Argentina.

OMS (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud: informe de la Secretaría* (No. A54/18).

ONU (2006). Convención sobre los Derechos de las Personas con discapacidad. Recuperado en: www.un.org

Orbe Mendoza, M. (2010) *Síndrome de Down. Ana María nuestra hija: Testimonios y vivencias del acompañamiento familiar*. Ciencias de la educación preescolar y especial. Editorial Cepes. Madrid

Pantano, L. (1993). *La discapacidad como problema social. Un enfoque sociológico: Reflexiones y propuestas.* 2ª edición Buenos Aires: EUDEBA.

Pantano, L. (Compiladora) (2008) *Enfoque social de la discapacidad*. Ed. Educa

Parapar, N. (2018). *ASDRA (Asociación Síndrome de Down de la República Argentina). Por la plena inclusión de personas con síndrome de Down*. Inmanencia. San Martín, Prov. B. Aires.

Peralta Sánchez, A. (2023). *¿Cómo mejorar la autoestima? Consejos y definiciones*. Revista de Divulgación Científica y Tecnológica. Veracruz, México.

Reina, R. (2014). *Inclusión en deporte adaptado: dos caras de una misma moneda*. Psychology, Society, & Education.

Rocha, M. y Perilli, H. (2008). *Vivir en la discapacidad. Estructura subjetiva e imaginario social*. Editorial UNR.Rosario

Rocha, M. (Compilador) (2012) *Discapacidad y deporte. Hacia la construcción de lazos sociales*. Editorial Lugar, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Rocha, M. (2013) *Discapacidad y Orientación Vocacional. El desarrollo de la autonomía*. Editorial Laborde, Rosario.

Ruiz Rodríguez, Emilio (2004). *Programa de educación emocional para niños y jóvenes con síndrome de Down*. Buenas prácticas. Revista Síndrome de Down. España.

Underwood, S. C.; Capitelli, G.; Miguez, M. (2011).*Subsecretaría de Promoción para la Igualdad de Oportunidades en la Facultad de Ciencias Veterinarias de la UBA: una perspectiva de derechos humanos* (Comunicación oral). IV Seminario Internacional Políticas de la Memoria. Ampliación del campo de los derechos humanos. Memorias y perspectivas. Centro Cultural de la Memoria Haroldo Conti, Buenos Aires.

UNICEF-ONU-UNESCO. (2004). *Deporte. recreación y juego*. Unicef

Viera Rodríguez. R. (2002). *Síndrome de Down y autismo en el medio acuático*. Revista Digital Central, Barcelona. España

www.pagina12.com.ar/336358-tendria-que-dejar-de-existir-la-palabra-inclusion

www.rosario3.com/informaciongeneral/Santa-Monica-hockey-cuando-la-inclusion-no-tiene-techo

Zenteno Durán, M. E. (2020). *La autoestima y cómo mejorarla*. Ventana Científica. Departamento de Investigación, ciencia y tecnología. Bolivia. Recuperado a partir de https://dicyt.uajms.edu.bo/revistas/index.php/ventana-cientifica

Zucchi, Germán, D.(2001) *Deporte y Discapacidad*. Revista Digital - Buenos Aires. Disponible: www.efdeportes.com

Anexo 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Facultad de Psicología y Relaciones Humanas

Año 2024

En mi calidad de entrevistado/a, DNI Nª…… ……he sido informado por la estudiante de la Licenciatura en Psicología Ana María Jacquet Pinus DNI 31962183 sobre el interés en realizar encuestas en el marco de la confección de su Trabajo de Finalización de la carrera Licenciatura en Psicología. Se me ha notificado que la información brindada por mí será de absoluta reserva y confidencialidad. En función de lo expuesto y previa valoración de la información recibida doy mi consentimiento para la realización de las encuestas.

Estudiante:

DNI:

Firma:

Entrevistado/a:

DNI:

Firma:

Anexo 2.

ENCUESTA A LOS JÓVENES

Género:

- Femenino
- Masculino
- Prefiero no decirlo

¿Cuál es tu grupo de edad?

- Menos de 18 años
- De 19 a 25 años
- De 26 a 30 años

N°	***Items***	***Frecuencia***			
		Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1	Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2	Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.				
3	Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
4	Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.				
5	En general estoy satisfecho/a de mí mismo/a.				
6	Siento que no tengo mucho de lo que estar orgullosa/a.				
7	En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.				
8	Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo/a.				
9	Hay veces que realmente pienso que soy un/a inútil.				
10	A veces creo que no soy buena persona.				

¿Cuánto tiempo dedicas a la práctica de hockey cada semana?

- Menos de 1 hora
- De 1 a 2 horas
- De 2 a 4 horas

¿Te relacionas con tus compañeros de equipo?

- Si
- No
- A veces

¿Cómo te sentís al formar parte de un equipo?

- Alegre
- Triste
- Orgulloso/a
- Otra

¿Qué tan importante es para ti el hockey en tu vida diaria?

- Muy importante
- Algo importante
- Poco importante
- No es importante

¿Desde cuándo practicas hockey?

- 1 mes
- 6 meses
- 1 año
- más de 1 año
- 2 años
- más de 2 años

Además de hockey, ¿practicas otro deporte o actividad física?

- Si
- No

En caso afirmativo, ¿qué tipo de deporte o actividad física realizas?

…….

¿Cuáles son los mayores beneficios que consideras que obtienes al practicar hockey y/o cualquier actividad física?

- Mejora la salud física y mental
- Aprendo nuevas habilidades
- Juego de forma divertida
- Desarrollo nuevas habilidades sociales
- Me libero del estrés
- Otra

¿Cuál es la principal razón por la que practicas un deporte?

- Diversión/ Me gusta
- Salud/ Tratamiento
- Cercanía/ Acceso
- Otra

Para ti practicar un deporte es:

- Muy importante
- Importante
- Poco importante
- Nada importante