

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA  
FACULTAD DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD  
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

IMPACTO DE UNA INTERVENCIÓN GRUPAL COGNITIVO-CONDUCTUAL EN  
ANSIEDAD PRECOMPETITIVA DE FUTBOLISTAS DE LA CORPORACIÓN  
DEPORTIVA REAL SANTANDER CATEGORÍA PRIMERA

TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR EL TÍTULO DE PSICÓLOGO (A)

COINVESTIGADORES

SILVIA MARITZA PEDRAZA GÓMEZ  
PARLON ENRIQUE SIZA GALEANO

INVESTIGADOR PRINCIPAL

Ps. CELY ESCOBAR

BUCARAMANGA, 2007

*Doy gracias a Dios,  
Quien me dio la capacidad  
De soñar y de hacer  
Mis sueños realidad...*

*A mis padres: Francisco y Gloria  
Y a mis hermanos: Iván Y Paola,  
Quienes son el motor de mi vida,  
Mi apoyo incondicional y la fuerza  
Para continuar cada día, sin ellos,  
Nada sería posible...*

*A Marión, mi compañero de siempre,  
En las buenas y en las malas,  
En tantos proyectos y sueños,  
En la risa y en el llanto,  
Quien me embarcó en este tema de la  
Psicología del Deporte...*

*A mis amigas: Laura, Andrea y  
Adriana, gracias por hacer más  
Agradable este camino...*

*A la Corporación Deportiva  
Real Santander, al Profesor  
Martín Peluffo y a los Psicólogos  
Eddie Amaya y Cely Escobar,  
quienes creyeron  
En nuestro trabajo...*

*Silvia Maritza Pedraza Gómez*

*Quiero agradecer, en primer lugar,  
a Dios por darme la oportunidad  
De vivir y afrontar estas  
Situaciones que me ayudan  
A crecer tanto personal  
Como laboralmente.*

*A mis padres Polo y Elsa, y a mi  
Hermano Edgar Said Quienes siempre  
Estuvieron pendientes de darme fuerza  
Y apoyarme cuando más lo necesitaba.*

*A mi compañera y amiga Silvia con  
Quien tuve la dicha Y alegría de  
Compartir este proyecto, Quien siempre  
Me mantuvo el ánimo arriba  
Para no desfallecer.*

*A los profesores Martín, Eddie  
Y Cely, Pues sin su colaboración  
Y atención a las innumerables preguntas  
Que nos surgían no hubiésemos  
Podido alcanzar la meta.*

*Y en general, a todos a quienes  
Se preocuparon y estuvieron  
Pendientes de este proceso,  
Y con quienes compartiré  
Muchos más proyectos  
Porque la vida no termina aquí.*

*Marión Enrique Siza Galeano*

## Resumen

El presente estudio fue realizado con 19 jugadores de fútbol de la Categoría Primera de la Corporación Deportiva Real Santander, que se encuentran en edades comprendidas entre 15 y 20 años. El objetivo del estudio fue diseñar e implementar un programa de intervención grupal de enfoque cognitivo-conductual (ocho sesiones) para disminuir los niveles de ansiedad precompetitiva de los participantes. El tipo de investigación es cuantitativa con diseño preexperimental con preprueba y postprueba y un solo grupo; el grupo fue conformado de acuerdo con la información otorgada por el club y teniendo en cuenta criterios de inclusión y exclusión (pruebas, cuestionarios, etc.). Se aplicó el Cuestionario de Ansiedad Estado - Rasgo (STAI/E) de Spielberger y cols. (1999), tanto en la preprueba como en la postprueba. Los resultados del estudio demuestran que estadísticamente no se encuentra diferencia significativa entre la preprueba y la postprueba, a pesar de que el programa genera un gran impacto en el rendimiento deportivo y en la percepción de los participantes.

## Abstract

This investigation was done with 19 soccer players of First Category of the Real Santander Sporting Corporation; they are 15 between 20 years old. The investigation's purpose was to design and to apply a group intervention cognitive-behavioural program (eight sessions) to reduce the precompetitive anxiety levels of the soccer players. The kind of investigation is quantitative with preexperimental design with pretest and posttest and only one group; the group was conformed in agreement with the information given for the club and incorporation and exclusion criterions (tests, questionnaires...) . It was applied the State - Trait Anxiety Inventory (STAI/E) by Spielberger y cois. (1999), in the pretest and posttest. The investigation's results shown that statistically there isn't significant difference between pretest and posttest, in spite of the program generates a great impact in the sporting performance and in the soccer player's perception.

## Tabla de Contenido

	Página
IMPACTO DE UNA INTERVENCIÓN GRUPAL COGNITIVO-CONDUCTUAL EN ANSIEDAD PRECOMPETITIVA DE FUTBOLISTAS DE LA CORPORACIÓN DEPORTIVA REAL SANTANDER CATEGORÍA PRIMERA	1
Marco Institucional	4
Corporación Deportiva RealSantander	4
Reseña Histórica	4
Misión	5
Visión	6
Objetivo de la Institución	6
Primera Categoría	6
Definición y Planteamiento del Problema	8
Hipótesis	9
Hipótesis de Investigación (Hi)	9
Hipótesis Nula (Ho)	9
Objetivos	10
Objetivo General	10
Objetivos Específicos	10
Antecedentes de Investigación	11
Marco Teórico	16

Psicología Deportiva	16
Psicología del Deporte en Colombia	18
Objetivos de la Psicología del Deporte	19
Funciones y Campos de Aplicación de la Psicología del Deporte (PD)	20
Ansiedad	22
Ansiedad Estado	23
Ansiedad Rasgo	24
Intervención Psicológica	
Cognitivo - Conductual	25
Intervención Psicológica Cognitivo - Conductual para Ansiedad	26
Intervención Grupal	29
Intervención Grupal Cognitivo-Conductual	31
Terapia Racional Emotiva (TRE)	33
Descripción del Enfoque de la TRE	33
La TRE en Psicoterapia de Grupo	34
Técnicas que se Emplean en la TRE	35
Técnicas Conductuales para el Manejo de La Ansiedad	36
Técnica para el Control de la Activación	3
Otras Técnicas Conductuales para Manejo de Ansiedad	38
Método	40
Operacionalización de Variables	40

Variable Independiente	40
Variable Dependiente	41
Tipo de Investigación y Diseño	41
Sujetos	42
Instrumentos	43
Procedimiento	53
Programa de Intervención Grupal Cognitivo-Conductual para Reducir Niveles de Ansiedad Pre-Competitiva en Jugadores de Fútbol	54
Resultados	63
Discusión	79
Sugerencias	83
Referencias	85
Apéndices	92



## Lista de Tablas

- Tabla 1. Breve recorrido histórico por los periodos de la psicología del deporte.
- Tabla 2. Estadísticos Descriptivos de Muestras Originales.
- Tabla 3. Análisis de Elementos de Varias Muestras (Normales y Clínicas).
- Tabla 4. Estadísticos en la afirmación/negación del Estado /Rasgo dentro del STAI (muestra de tipificación).
- Tabla 5. Resultado Cuantitativo del STAI/E por factores en la medida pre.
- Tabla 6. Resultado Cuantitativo del STAI/E por factores en la medida post.
- Tabla 7. Prueba T de muestras relacionadas: Medida del STAI/E pre y post intervención.
- Tabla 8. Prueba T de muestras relacionadas: Medida del factor Ansiedad Estado Afirmativa (AE+) del STAI/E pre y post intervención.
- Tabla 9. Prueba T de muestras relacionadas: Medida del factor Ansiedad Estado Negativa (AE-) del STAI/E pre y post intervención.
- Tabla 10. Prueba T para muestras relacionadas: Comparación entre cada uno de los ítems del STAI/E pre y post intervención.

## Lista de Figuras

- Figura 1. Distribución en porcentajes de los rangos de edad de la muestra seleccionada.
- Figura 2. Distribución en porcentaje del nivel educativo de la muestra seleccionada.
- Figura 3. Distribución en porcentaje de la ocupación de la muestra seleccionada.
- Figura 4. Distribución en porcentajes del estrato de la muestra seleccionada.
- Figura 5. Pregunta 1 sobre el rol del psicólogo: Los deportistas que consultan al psicólogo es porque están enfermos o tienen algún problema.
- Figura 6. Pregunta 2 sobre el rol del psicólogo: Antes no había psicólogos y se funcionaba muy bien. ¿Se necesitaría ahora?
- Figura 7. Pregunta 3 sobre el rol del psicólogo: El psicólogo le quita protagonismo al entrenador.
- Figura 8. Pregunta 4 sobre el rol del psicólogo: El mejor psicólogo es el entrenador.
- Figura 9. Pregunta 5 sobre el rol del psicólogo: El psicólogo tuvo que ser deportista.
- Figuralo. Pregunta 6 sobre el rol del psicólogo: El entrenador tiene una importante labor psicológica dentro del equipo.
- Figurall. Pregunta 7 sobre el rol del psicólogo: Los deportistas no necesitan psicólogo porque son profesionales.
- Figural2. Opinión de los jugadores sobre la Importancia e Influencia del Programa de Intervención en su rendimiento deportivo.
- Figural3. Distribución de porcentajes en el dominio de las técnicas enseñadas en el programa de Intervención.

IMPACTO DE UNA INTERVENCIÓN GRUPAL COGNITIVO-CONDUCTUAL EN  
ANSIEDAD PRECOMPETITIVA DE FUTBOLISTAS DE LA CORPORACIÓN  
DEPORTIVA REAL SANTANDER CATEGORÍA PRIMERA

La psicología como ciencia del comportamiento permite explorar un amplio campo de acción, donde el profesional puede aplicar sus conocimientos ya sea con el objetivo de evaluar, prevenir o intervenir diversas problemáticas. Una de estas áreas de conocimiento es la psicología deportiva, la cual se encuentra aún inmersa en un periodo de posicionamiento y desarrollo en Colombia, intentando demostrar la importancia que tiene tanto en el ámbito psicológico como en el ambiente deportivo.

Este campo de acción implica una labor ardua, ya que el deporte, y en especial el fútbol, es de esos fenómenos que mueven más sentimientos y personas en el mundo, y que cada vez tiene una mayor acogida, lo cual se evidencia en el crecimiento de la proporción de hombres, mujeres y grupos étnicos que actualmente lo practican.

Ahora bien, si trasladamos este ejercicio a un plano profesional o semi-profesional, se puede observar que son cada vez menores las probabilidades de pertenecer a un Club o a un ente futbolero de reconocimiento, lo cual está dentro de los planes de toda persona que quiera lograr reconocimiento en el mundo del deporte. Sin embargo para alcanzar este sueño el camino no es fácil, ya que cada día la competencia es mayor tanto por la cantidad de personas que se presentan para formar parte de un equipo, como a la calidad deportiva, habilidad, destreza y capacidad física de cada uno de ellos.

La adquisición de tales características no es un proceso corto, requiere de una dedicación y esfuerzo a

través de los años, es necesario un entrenamiento físico, táctico, estratégico y mental, es decir un entrenamiento integral; además, a esto hay que añadirle el hecho de que muchos jóvenes depositan en el fútbol todos sus sueños y expectativas, tales como sacar a su familia adelante, llegar a ser reconocido regional, nacional e incluso internacionalmente, entre otras. De ahí que en este intento por surgir, los deportistas y, particularmente, los futbolistas lleguen a experimentar dificultades remitidas a la esfera mental y emocional, las cuales pueden llegar a obstaculizar sus caminos.

Los deportistas, al estar practicando este deporte, o cualquier otro, se autoevalúan de muchas formas, y es en este momento en donde juega un papel principal tanto el pensamiento, como el ambiente. Esto se debe a que el jugador llega a experimentar distorsiones de tipo cognitivo que le impiden desarrollar sus capacidades en el medio circundante, lo cual es denominado en el campo psicológico como ideas irracionales. A su vez, el jugador se encuentra con una serie de contingencias contextuales (público, directivos, periodistas, factor económico, etc.), las cuales son difíciles de afrontar.

En general, son muchas las dificultades psicológicas que puede llegar a presentar un deportista ante la exigencia de la competencia. La ansiedad, la baja autoestima, la agresividad, la dificultad en la comunicación, la motivación, la atención son problemas específicos que pueden afectar el desempeño del deportista y en los cuales el psicólogo deportivo puede intervenir. No obstante, en algunos estudios realizados sobre el tema (Cely, C. y Sarmiento, E., 2004; Barbosa, S. y Rey, J., 2005), se ha encontrado que la ansiedad es uno de los

factores que más influye en el momento de enfrentar una competición deportiva.

Los altos niveles de ansiedad pueden ser experimentados a todas las edades y niveles de competición, desde juveniles aficionados, hasta profesionales experimentados. Investigaciones como las de Scanlan y Passer (1978, 1979), citados por González (1992), han puesto de manifiesto que alrededor de un 20% de jugadores juveniles de fútbol americano informaron haber experimentado una alta tensión psíquica e intranquilidad antes de los partidos. Es precisamente a esta situación de desasosiego a la que se le denomina en el ámbito deportivo ansiedad precompetitiva.

Teniendo en cuenta que tal dificultad no sólo puede llegar a afectar a un solo jugador, sino a la totalidad del equipo, un psicólogo deportivo, para intervenir ésta área, debe partir de una terapia que acoja en su seno un grupo de personas con una dificultad común, tal es el caso de la Terapia Crupal.

Por último, es necesario resaltar la importancia de emplear un modelo cognitivo-conductual pues la cuestión no sólo está en modificar una conducta, sino en conocer y reestructurar todo el complejo de sistemas mentales que llevan a formar tal comportamiento.

## Marco Institucional

### Corporación Deportiva Real Santander

La Corporación Deportiva Real Santander es una entidad privada sin ánimo de lucro cuyo objetivo primordial es la promoción, desarrollo y administración del fútbol profesional y aficionado en la capital del departamento de Santander.

### Reseña Histórica

La implementación de un programa de intervención grupal cognitivo-conductual para reducir niveles de ansiedad pre-competitiva en jugadores de fútbol no influye significativamente en la reducción de los niveles de ansiedad precompetitiva de éstos.

### La Creación

Transcurridos algunos meses del año 2000, en una reunión casual, los profesores Jesús Suárez y Leonardo Chacón le proponen al Sr. Eduardo Villamizar crear un club de Fútbol Aficionado basado en un grupo de niños del Colegio Agustiniiano que en ese momento eran un referente a nivel regional.

De esta forma, gracias a la colaboración del Sr. Eduardo Villamizar, la Corporación Deportiva Real Santander obtiene su reconocimiento deportivo, a partir del cual puede comenzar a participar en las diversas competiciones aficionadas de este campo. La primera de ellas fue la Copa Tutti Fruti, participando con un equipo de niños entre 10 y 11 años.

No obstante, el proceso no paró allí, y a medida que los niños que iniciaron iban creciendo, se creaban nuevas categorías y se daba la oportunidad para que otros niños se vincularan al equipo. Es así, como se construyen la totalidad de categorías desde Sub-Baby (8 años) hasta Primera C (jóvenes entre 17 - 19 años) (\*).

### El Paso Profesional

El 18 de Diciembre del año 2006, es una fecha que recuerdan gratamente cada uno de los fundadores de esta institución, ya que fue el día en que la Corporación se adapta al régimen estatutario de Coldeportes para reconocerse como Club Profesional de Fútbol.

Cabe aclarar que en este proceso se ha recibido el apoyo económico de algunas empresas como es el caso de Rayco, en cabeza del Dr. Rafael Ardila Duarte quien es socio de la Corporación; así mismo, se cuenta con el patrocinio de FreskaLeche, otra entidad que reconoció la labor que realiza la Corporación Real Santander en pro del fútbol santandereano.

Entre los logros deportivos alcanzados por la institución se encuentra la venta de los derechos deportivos de un jugador de la rama aficionada, el joven José Luis García, al Club Atlético Nacional, así como importantes victorias en el campeonato de Primera B (\*).

### Misión

Desarrollar una actividad futbolística de esparcimiento, orientada a la conformación de un equipo profesional integrado por jugadores "santandereanos"

pertenecientes a la División Aficionada de la Corporación; así mismo, brindar una formación integral como persona a cada uno de los deportistas vinculados a la institución (\*) .

#### Visión

Hacia el 2009, se pretende elaborar un programa cuyo objetivo sea subir a la categoría A del fútbol profesional colombiano; de igual forma, en 5 años el 90% del plantel profesional debe estar conformado por jugadores provenientes de la cantera o división aficionada y, a su vez, debe estar construida la sede propia (\*).

#### Objetivo Actual

Liderar una campaña que propenda, el cambio en la orientación del fútbol en Santander a partir de la construcción de campos deportivos adecuados y de un nuevo foco de desarrollo que incluya plenamente al jugador santandereano (\*).

#### Primera Categoría

El equipo de primera categoría de la Corporación Deportiva Real Santander es un conjunto compuesto por jóvenes entre 15 y 20 años (la mayoría pertenecientes a la categoría Sub-18), los cuales participan en el campeonato de Primera (categoría Libre) que se realiza anualmente en los campos deportivos más representativos de la ciudad, incluyendo a los clubes deportivos con mayor referencia en



Santander entre los que se encuentran empresas, corporaciones y universidades.

Es importante resaltar que esta competición es una de las más relevantes en la ciudad, pues otorga al campeón la posibilidad de participar en el Octogonal de la Marte, torneo cumbre del fútbol aficionado en Santander. Con la vinculación a este torneo se busca que el joven adquiera una mayor experiencia en competiciones de nivel y, de esta forma, aproximarse a lo que sería enfrentar jugadores de mayor contextura física y edad, algo semejante a lo que confrontarla si fuese promocionado a la categoría Primera B.

*(\*) Cortesía del Dr. Eduardo Villamizar, Presidente  
Corporación Deportiva Real Santander.*

## Definición y Planteamiento del Problema

Muchas investigaciones han puesto de manifiesto la presencia de ansiedad precompetitiva en deportistas, particularmente, futbolistas (Cely, C. y Sarmiento, E., 2004; Barbosa, S. y Rey, J., 2005). Sin embargo, la repercusión que deberían tener los resultados de estos estudios no ha sido la esperada, es decir son pocas las investigaciones que han demostrado interés por llevar a cabo programas de intervención para disminuir tales niveles de ansiedad.

Por tal motivo, se contacta al cuerpo técnico de la Categoría Primera de la Corporación Deportiva Real Santander, así como a los directivos para plantear la idea de llevar a cabo un programa de intervención útil para el manejo de ansiedad en los jugadores, la cual fue acogida positivamente.

De este modo, el problema de investigación radica en comprobar la efectividad que tiene el diseño e implementación de una intervención grupal cognitivo-conductual para reducir los niveles de ansiedad precompetitiva en un grupo de jugadores de fútbol. Para esto, se plantea la siguiente cuestión: ¿Cuál es la efectividad de una intervención grupal cognitivo-conductual para reducir los niveles de ansiedad precompetitiva de los futbolistas de la Corporación Deportiva Real Santander Categoría Primera?

## Hipótesis

### Hipótesis de Investigación (Hi)

La implementación de un programa de intervención grupal cognitivo-conductual para reducir niveles de ansiedad pre-competitiva en jugadores de fútbol influye significativamente en la reducción de los niveles de ansiedad precompetitiva de éstos.

### Hipótesis Nula (Ho)

La implementación de un programa de intervención grupal cognitivo-conductual para reducir niveles de ansiedad pre-competitiva en jugadores de fútbol no influye significativamente en la reducción de los niveles de ansiedad precompetitiva de éstos.

## Objetivos

### Objetivo General

Diseñar e implementar un programa de intervención grupal de enfoque cognitivo-conductual para disminuir los niveles de ansiedad precompetitiva de los futbolistas de la Corporación Deportiva Real Santander Categoría Primera.

### Objetivos Específicos

Evaluar los niveles de ansiedad precompetitiva previo a la implementación del programa de intervención mediante una lista de chequeo (STAI/E).

Diseñar un programa de intervención grupal de enfoque cognitivo-conductual que emplee técnicas específicas para el manejo de la ansiedad precompetitiva.

Implementar un programa de intervención grupal de enfoque cognitivo-conductual para reducir los niveles de ansiedad precompetitiva en deportistas.

Evaluar los niveles de ansiedad precompetitiva posterior a la implementación del programa de intervención mediante una lista de chequeo (STAI/E).

Comparar el nivel de ansiedad previo y posterior a la aplicación del programa de intervención.

Analizar la efectividad del programa de intervención aplicado para reducir los niveles de ansiedad.

## Antecedentes de Investigación

El tema de la psicología deportiva no ha sido muy abordado en nuestro territorio a través de investigaciones. Sin embargo, en países cuyo nivel deportivo es alto, se dedica más tiempo y recursos y se le concede más relevancia al deporte logrando sobresalir; y de la misma manera se ha otorgado más interés al papel que juega el estado mental del deportista en su desempeño. Tal es el caso de España, Cuba, Argentina, Alemania y otros países más que han llevado a cabo estudios que aportan elementos fundamentales para el desarrollo de este campo de la psicología.

En 1992, DeSchryver llevó a cabo una investigación referente a los efectos de un entrenamiento en manejo de ansiedad y biblioterapia sobre el rendimiento de 116 golfistas pertenecientes a 5 clubes de Long Island en New York. El procedimiento constaba de tres fases: Un registro de los puntajes en línea de base, la implementación del tratamiento y un nuevo registro post-intervención. Un análisis post hoc (análisis que se realiza después de haber llevado a cabo el experimento) evidenció una diferencia significativa entre los puntajes de la línea base y los puntajes registrados después del tratamiento.

En Estados Unidos, Savoy (1997), llevaron a cabo un estudio sobre los efectos de un programa de entrenamiento mental grupal e individualizado en el estado de ansiedad precompetitiva y la seguridad de 10 jugadoras de basketball pertenecientes a la Asociación Nacional de Atletas Colegiales (NCAA). Los autores utilizaron la prueba CSAI-2 para medir los niveles de ansiedad previo a la implementación del programa, el cual se realizó de forma grupal para las 10 deportistas e individual para 3 de

ellas, empleando técnicas como la relajación progresiva de Jacobson, técnicas para la concentración y la técnica de la Imagen Metafórica. Se encontró que en las deportistas de ambos grupos disminuyeron los síntomas tanto físicos como cognitivos referentes a la ansiedad, pero solo en el grupo que recibió el programa individualizado se notaron cambios positivos en la seguridad.

Vigoya y García (2000), llevaron a cabo en Bogotá, Colombia, una investigación respecto a los efectos de un programa en relajación y visualización en el proceso de recuperación de deportistas lesionados (16) vinculados al programa de Alto Rendimiento del Instituto Distrital de Recreación y Deporte (I.D.R.D.), evidenciando que los deportistas que recibían el tratamiento tenían una menor percepción del dolor y la inflamación, así como una mayor autopercepción de habilidad del gesto deportivo y/o de la técnica deportiva, que los deportistas que no recibieron el tratamiento.

De otro lado, en un estudio llevado a cabo en Madrid por Buceta, J.M. y cois. (2002), 12 psicólogos deportivos proporcionaron asesoría psicológica previa a la competición a 1457 corredores, con el objetivo de potenciar la percepción de control de éstos sobre la carrera, para lo cual se elaboró un folleto informativo referente a establecimiento de metas, control de pensamientos negativos y control de la activación, e interviniendo en demandas concretas de cada atleta. La encuesta de evaluación fue contestada por 432 atletas, encontrando que el asesoramiento psicológico brindado fue considerado útil para la mayoría de corredores y bastante útil para un considerable número de ellos (321).

En el 2004, García, C.T. realizó una investigación sobre el trabajo de aspectos psicológicos en fútbol a través del entrenamiento integrado en el Getafe F.C. de España. Allí se propuso intervenir en factores que afectaban el rendimiento deportivo de 20 futbolistas juveniles, tales como la cohesión grupal, percepción, atención, toma de decisiones y concentración, mediante el empleo de ejercicios de campo específicos para cada área. Previo a ello, se evaluó la conducta de los jugadores a través de cuestionarios y observaciones estructuradas. Transcurrido el periodo de tiempo establecido para el entrenamiento, se llevaron a cabo las evaluaciones respectivas a cada esfera por medio de una observación estructurada, descubriendo un aumento en el rendimiento deportivo de los 20 jugadores.

De igual forma, en Costa Rica, Salazar y Zamora (2004), llevaron a cabo un estudio con 24 sujetos practicantes de artes marciales para determinar el efecto de una sesión de relajación y control de la tensión sobre los niveles de tensión y ansiedad, los cuales se medían a través del Test de POMS. Se emplearon las técnicas de relajación progresiva de Jacobson y una prueba cognitiva estandarizada. Posterior a la sesión de relajación y a la aplicación de la prueba cognitiva, se midieron los niveles de tensión y ansiedad encontrando una disminución ostensible.

En el 2005, en Colombia, Barbosa y Rey efectuaron una medición de los niveles de ansiedad precompetitiva en un grupo de 20 jugadores de fútbol del Atlético Bucaramanga, empleando el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE). Los investigadores hallaron que los niveles de ansiedad

rasgo y estado se encontraban en un nivel medio de ansiedad, de acuerdo a las puntuaciones de la prueba.

Rodríguez y Rodríguez (2005), elaboraron un trabajo en un equipo de voleibol masculino de la Federación Española de Voleibol (FEV), en el cual se instauraron estrategias psicológicas de mejora de las capacidades de atención-concentración y de toma de decisiones mediante la implementación de rutinas y técnicas psicológicas como la relajación y la visualización en el momento del saque a 6 jugadores. Los resultados demostraron que aunque se registró un aumento en el tiempo de saque, no hubo resultados significativos en cuanto a la efectividad del saque, lo cual puede tener su razón en el tamaño de la muestra.

En Minnesota, Paiva (2006) estudió la relación entre un entrenamiento en destreza mental y el rendimiento de jugadores de bolos. Para ello, el investigador distribuyó al azar los sujetos en dos grupos, control y experimental; este último grupo recibía información y entrenamiento en técnicas de relajación, visualización y establecimiento de objetivos. Además, los participantes de cada grupo se clasificaron en novatos y experimentados de acuerdo a su experiencia en competiciones. Los resultados mostraron un incremento significativo ( $p= 0.0024$ ) en el rendimiento de los jugadores que recibieron el programa de entrenamiento en destreza mental. Así mismo, se descubrió que el programa era más eficaz para los jugadores novatos o principiantes que para los experimentados.

Smith y Smoll, realizaron una investigación en el 2007 acerca de los efectos de una Intervención Cognitivo Conductual de clima motivacional para entrenadores de basketball sobre las manifestaciones cognitivas y somáticas



de la ansiedad en sus jugadores. Se reveló que los jugadores cuyo entrenador había recibido el programa de intervención, decrementaron los niveles de ansiedad; mientras tanto, los jugadores dirigidos por entrenadores del grupo control, es decir, que no fueron intervenidos, incrementaron los niveles de ansiedad.

## Marco Teórico

Es innegable que en la actualidad los deportistas están aprendiendo a mejorar sus capacidades atléticas con herramientas que van más allá del entrenamiento habitual (que incluye el manejo de estrategias, técnicas y preparación física) para conseguir ventajas justas sobre sus competidores. Para ello se valen de la ayuda de una variedad de especialistas, tales como: Nutricionistas especialistas en deporte, fisiólogos deportivos, biomecánicos deportivos, farmacólogos deportivos y psicólogos deportivos, siendo estos últimos quienes realizan un aporte fundamental y diferente a los demás, ya que se enfocan en el entrenamiento mental del deportista.

De aquí la importancia que ha venido tomando la psicología deportiva, que aunque no se ha desarrollado completamente en todo el mundo, en los países en donde sí se ha confiado en ella se está demostrando la utilidad y relevancia que ésta tiene en la formación de deportistas bien sea de carácter recreativo (formativo) o de alta competencia (élite).

### Psicología Deportiva

La psicología deportiva (PD) se define como una rama de la psicología aplicada que intenta profundizar empíricamente y por sí misma los conocimientos psicológicos necesarios para la solución de los problemas de la práctica deportiva o bien trasladar los mismos desde la psicología al propio deporte. La psicología del deporte investiga los fenómenos y procesos psíquicos que se producen en ese campo, como pueden serlo los de carácter sensorial,

psicomotor, cognoscitivo, motivacional, social, de personalidad, psicológico evolutivo, educacional y de aprendizaje (Thomas, 1982) .

A lo largo de la historia, la psicología del deporte ha presentado diversos cambios los cuales se han observado principalmente en cinco periodos, encontrándose aportes fundamentales de países pioneros (Estado Unidos y Alemania) de América y Europa.

Aunque se han presentado muchas divergencias con respecto a este tema, los autores coinciden en que las raíces de la actual psicología deportiva se desprenden desde el mismo origen de la psicología, así como que sus antecedentes inmediatos se fundamentan en la creación de institutos de cultura física en países europeos. Según Serrato (2005), el desarrollo de la psicología del deporte ha abarcado los años 1946 a 1964, y está íntimamente ligado a las investigaciones sobre aprendizaje motor; sin embargo, es en el año 1965 donde, en el marco de la celebración del Primer Congreso Mundial de Psicología del Deporte, se da el reconocimiento oficial de la psicología del deporte, el cual se consolida con la presentación de congresos, simposios y seminarios y el aumento de psicólogos del deporte.

A continuación se presenta una breve reseña del desarrollo de la psicología deportiva en el mundo.

*Tabla 1: Breve recorrido histórico por los periodos de la psicología del deporte. Tomado de Serrato Hernández (2005).*

<b>~ PERIODOS</b>				
Raíces en la psicología experimental (1879-1919)	Antecedentes inmediatos (1920-1945)	Aprendizaje motor y personalidad (1946-1964)	Reconocimiento oficial (1965-1979)	Psicología del deporte y el ejercicio físico (1980-actual)
<b>SUCESOS IMPORTANTES</b>				
-Estudios sobre tiempos de reacción.	-Creación institutos de cultura física en Europa.	-Aprendizaje motor.	Formalización.	Consolidación.
-Primeras observaciones de campo.	-Estrecha relación con la educación física.	-Planes de entrenamiento URSS.	-Tres congresos mundiales.	-Nueva área de estudio en el ejercicio físico.
-Psicología para el educador físico.	-Primeros laboratorios.	-Primeras asociaciones.	-Área independiente.	-Asociaciones supranacionales.
			-Inicio en Suramérica.	-Mayor presencia en juegos olímpicos.
			-La psicología del deporte se independiza de la educación física y se diferencia del aprendizaje motor.	-Psicología cognoscitiva.
				-Más campo que laboratorio.
<b>REPRESENTANTES</b>				
<i>Triplett,</i>	A. Puni, P.	M. Vanek,	F. Antonelli,	R. Martens
<i>Lesgaft, De Coubertain,</i>	Rudik, C.R.	B.j. Cratty,	Bruce Ogilve.	
	Griffith.	Franklin Henry.		

### Psicología del Deporte (PD) en Colombia

De acuerdo con Serrato (2005), el punto de partida de la PD colombiana se da a inicios de la década de los 70 en el siglo pasado. Por esta época son vinculados los

psicólogos Esther Granados y Edison Ramos en Coldeportes Nacional. Es así como en 1973, bajo el auspicio de esta entidad, se organiza en Bogotá el primer evento académico sobre el área denominado "Curso Suramericano de Psicología del Deporte".

Al finalizar la década del 70 se presentan dos hechos importantes con referencia a la Universidad Nacional. En primera instancia, se inicia académicamente el interés investigativo por la PD en el país. Y como segundo suceso, se inician acercamientos para crear las prácticas profesionales en PD.

Vale la pena destacar la continuidad que ha presentado la PD de forma institucional en Bogotá. Su presencia se inicia desde 1982 a la fecha, inicialmente como Junta de Deportes de Bogotá y actualmente como Instituto Distrital para la Recreación y el Deporte (IDRD) . No obstante, la presencia de la PD en otras instituciones regionales del país ha tenido un paso intermitente. En la mayoría de los casos, se vincula la figura del psicólogo sólo cuando se acercan los juegos nacionales, que se celebran cada 4 años.

#### Objetivos de la Psicología del Deporte (PD)

Los profesionales de la PD se interesan principalmente por dos objetivos:

1. Ayudar a los deportistas a utilizar principios psicológicos para mejorar su rendimiento.
2. Comprender cómo la participación en el deporte, ejercicio y actividad física afectan al desarrollo psicológico del individuo, su salud y bienestar a lo largo de su ciclo vital.

## Funciones y Campos de Aplicación de la Psicología del Deporte (PD)

Según la APA división 47 (2005) existen dos tipos generales de psicólogos del deporte y el ejercicio físico: *Académicos* (o educacionales) y *aplicados*. Con respecto a los psicólogos deportivos académicos, son quienes educan al consumidor acerca de la PD y realizan investigaciones sobre la misma. Mientras que los psicólogos deportivos aplicados se centran más en la práctica profesional y la aplicación de la PD a situaciones del deporte, ejercicio y actividad física.

Por su parte, Dosil (2004) propone cuatro funciones para los psicólogos del deporte: Investigación, educador-formador, intervención y asesoramiento.

**Investigación:** Busca generar la dialéctica propia y necesaria en el avance del área mediante investigaciones respaldadas con el método científico y posteriormente compartidas con la comunidad científica.

**Formador-Educador:** Esta función está dirigida a dos poblaciones diferentes: Personas del contexto deportivo; y a la formación teórica y práctica de los psicólogos del deporte.

**Asesoramiento e Intervención:** Son las funciones menos desarrolladas por la dificultad de oportunidades laborales que impiden una mayor dedicación al campo práctico de la PD.

Según el doctor Fernando Jiménez, especialista en medicina deportiva, citado por Rangel y cois. (2005), "la relación entre el psicólogo y el deportista debe ser estrictamente sincera, profesional y confidencial". Al comienzo, se debe hacer entender la trascendencia del

entrenamiento psicológico y después, aclarar y delimitar qué funciones desempeñarán cada una de las partes. "En ningún momento se le promete al deportista la obtención de mejores resultados, aunque se le hace comprender la posibilidad de exprimir al máximo de sus posibilidades de éxito con el entrenamiento psicológico continuado".

De acuerdo con Rangel y cois. (2005), para obtener un estado de disposición psicológico óptimo se debe recurrir a diversas técnicas entre las que se destacan la relajación, la desensibilización sistemática, el control de pensamientos ansiógenos, la atención-concentración, las autoinstrucciones, el reforzamiento positivo y la determinación de objetivos. Así mismo, el uso continuado y disciplinado de ejercicios de concentración, ejercicios de visualización y mapas de actuaciones deportivas contribuye al logro de una mejora técnica.

La PD, con el fin de optimizar el desempeño, busca analizar los factores psíquicos que regularmente están presentes en la práctica deportiva, tanto en el entrenamiento como en la competencia. Conforme con Rangel y cois. (2005), la gran mayoría de autores se basan en cuatro módulos de trabajo principales:

**Regulación de la Concentración:** Enfocar la atención en el aspecto más importante de la tarea evitando distracciones.

**Regulación de la Confianza:** Creer en las posibilidades y capacidades propias.

**Regulación de la Motivación:** Propiciar las condiciones que inician, guían y mantienen la práctica deportiva.

**Regulación de la Tensión:** Se refiere al control de los niveles de ansiedad (nerviosismo) que experimenta el deportista antes, durante y después de la competición. El nivel óptimo varía dependiendo de cada deporte.

Como se menciona en el apartado anterior, uno de los aspectos o dificultades principales que demandan los deportistas es la falta de control sobre la experiencia subjetiva vivenciada ante la presencia de estímulos ansiógenos, como por ejemplo el público, la importancia o dificultad del encuentro deportivo, la supervisión exhaustiva de directores técnicos, entre otros.

## Ansiedad

La ansiedad es un estado emocional displacentero, cuyas fuentes son difíciles de identificar, frecuentemente se acompaña de síntomas fisiológicos que pueden conducir a la fatiga o incluso al agotamiento. La intensidad de la ansiedad tienen muchos grados que van desde inquietudes menores hasta temblores notables, e incluso angustia completa, el tipo más extremo de ansiedad (Goldman, 1995).

Todas las conductas emocionales, sean negativas o positivas, se caracterizan por ir acompañadas de una elevación en la activación general del sistema nervioso; El factor fisiológico no es el único que caracteriza a las emociones, éstas comprenden tres aspectos bien diferenciados:

- La experiencia subjetiva de la misma, la conducta motora que la caracteriza y la neurofisiología de la misma.
- La experiencia, la conducta y la fisiología no guardan una consistencia mutua.
- Puede resultarnos difícil diferenciar entre la experiencia subjetiva de un estado emocional de miedo



y uno de ansiedad, y entre las respuestas fisiológicas de dichas emociones.

Además de este componente fisiológico tan importante, en la ansiedad pueden identificarse otros dos aspectos: El cognitivo, referente a todos los pensamientos y creencias relacionadas con la ansiedad (ideas de inseguridad) ; y el conductual, que encierra todos los comportamientos observables producto de la ansiedad (comerse las uñas, fumar, etc.)

La ansiedad, entendida como respuesta emocional, puede ser definida así: "Patrón de respuestas, que engloba aspectos cognitivos displacenteros, de tensión y aprensión; aspectos fisiológicos, caracterizados por un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo y aspectos motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos" (Iruarrizaga y Gómez, 1999).

Las respuestas de ansiedad pueden ser elicitadas, tanto por estímulos externos o situacionales, como por estímulos internos del sujeto, tales como pensamientos, ideas e imágenes que son percibidos por el individuo como peligrosos o amenazantes. Por lo tanto, el tipo de estímulos (internos, externos) capaces de evocar la respuesta de ansiedad estará determinado por las características del sujeto (Tobal, 2000).

#### Ansiedad Estado

Desde hace muchos años, la relevancia que los jóvenes le conceden a la práctica del deporte no siempre es causa de alegría y satisfacción, sino que puede ser también ocasión de ansiedad y estrés. Desde este punto de vista puede considerarse la ansiedad estado, que es entendida

también como ansiedad precompetitiva, como una condición emocional transitoria del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de tensión y aprensión, así como una hiperactividad del sistema nervioso autónomo que puede variar con el tiempo y fluctuar en intensidad ( Serrato, L. H., 2000).

Según Maya y Usieto (1999), la ansiedad precompetitiva se define como un estado de activación displacentero y negativo, que sucede en las 24 horas previas a una competición deportiva, generalmente. Este estado de activación no es exclusivamente mental, sino también de carácter fisiológico. Para estos autores, los síntomas más comunes son: Tensión muscular, boca reseca, deseos de orinar frecuentes, deseo irrefrenable de comer, impulso por abandonar la competencia.

De otro lado, es importante tener en cuenta que la ansiedad precompetitiva es el resultado de la falta de equilibrio entre las capacidades autopercebidas y las demandas propias de las competencias. Así, en el momento en que las demandas percibidas se equilibran con las capacidades autopercebidas, el estado de activación logrado por el deportista es óptimo para un mayor desempeño (Gómez y Vásquez, 2003) .

#### Ansiedad Rasgo

Este tipo de ansiedad hace referencia a la disposición de personalidad, tendencia o rasgo que tienen los seres humanos a percibir ciertas situaciones como amenazantes y a responder a ellas con niveles elevados de ansiedad estado. No puede manifestarse directamente en el comportamiento y

debe ser inferida por la frecuencia con la que un individuo experimenta elevaciones en su ansiedad.

Aquellas personas que poseen un alto grado de ansiedad rasgo perciben un mayor rango de situaciones como amenazantes y están más predispuestas a sufrir ansiedad estado de forma más frecuente o con mayor intensidad.

Las estructuras cognitivas influyen en el proceso psicofisiológico, de tal manera que se modifica o distorsiona la percepción o valoración de la situación, pues se presenta un sesgo atencional hacia elementos ambientales relacionados con la situación ansiógena.

Para conseguir esta reducción de su estado de ansiedad, el individuo invierte gran cantidad de energía en el proceso psicofisiológico dedicado enteramente a reducir el estado de ansiedad mientras que la fuente que causa este estado puede quedarse intacta. Por tal razón, se aprecia que la mayoría de psicólogos que han empleado su tiempo al desarrollo de programas terapéuticos con deportistas, incluyen como base teórica de la intervención un enfoque cognitivo-conductual, el cual se demuestra eficaz frente a este tipo de problemática.

#### Intervención Psicológica Cognitivo - Conductual

En el campo de la intervención cognoscitiva-conductual, aplicar una perspectiva cognoscitiva a los problemas clínicos dirige la atención hacia el papel del pensamiento en la etiología y conservación de los problemas. Además, los tratamientos de tipo cognoscitivo-conductual buscan modificar o cambiar patrones de pensamiento que, según se piensa, contribuyen a los problemas del paciente. Estas técnicas tienen una enorme

cantidad de apoyo empírico y se considera que se encuentran entre las más eficaces de todas las intervenciones psicológicas (Phares, 1999).

Según Bernstein y Nietzel (1995), la intervención de tipo cognitivo-conductual se puede definir como un enfoque de tratamiento que intenta modificar la conducta manifiesta influyendo sobre los procesos del pensamiento del cliente.

Phares (1999) ofrece una lista de técnicas útiles en la terapia cognitivo-conductual: Modelamiento, modelamiento encubierto, reestructuración racional, inoculación contra el estrés, terapia cognoscitiva de Beck, entre otras.

#### Intervención Psicológica Cognitivo - Conductual para Ansiedad

Según Caballo (1995) , se pueden evaluar tres componentes de la fenomenología de la ansiedad: Las señales fisiológicas de ansiedad, las manifestaciones conductuales y las cogniciones. Generalmente, existe una falta de sincronía entre estas tres medidas.

Las cogniciones de los pacientes con ansiedad se centran alrededor de tres temas: Aceptación, competencia y control, que comparten el hilo común de la amenaza. Los aspectos de la aceptación se basan sobre el temor de que una persona no sea aceptable para los demás. El componente cognitivo central de los pacientes preocupados por la competencia es la creencia de que son inferiores debido a algún defecto que puede ser de carácter físico, que puede atribuirse a la inferioridad del intelecto o de la personalidad, o incluso a la raza o al sexo. Por último, en este aspecto, las personas que temen perder el control se

centran en la amenaza de los demás o en los acontecimientos que los dominan (Caballo, 1995).

Frecuentemente, cuando se aplica una intervención cognitivo-conductual para reducir niveles de ansiedad se emplean técnicas de enfoque conductual y de enfoque cognitivo. Con respecto a las primeras, podemos encontrar la desensibilización sistemática, el entrenamiento en relajación y la distracción, como las más comunes (Caballo, 1995). En cuanto a las segundas, se encuentran principalmente las que buscan modificar el componente afectivo, la descatastrofización y las estrategias de afrontamiento. A continuación se presenta una breve descripción de cada una de ellas.

**Técnicas del Control de la Activación - Entrenamiento en Relajación:** Son técnicas a través de las cuales los sujetos aprenden a conocer su activación muscular y nerviosa al tiempo que aprenden a controlarla; para ello existen diversas formas: Relajación pasiva, autógena, respuesta de relajación, entrenamiento en respiración y relajación progresiva (la utilizada en este estudio). Esta técnica de relajación consiste en tensar y relajar sucesivamente grupos específicos de músculos (Caballo, 1995).

**La Distracción:** Es una técnica bastante eficaz para contrarrestar las imágenes y sensaciones amenazantes recurrentes que experimentan los ansiosos, simplemente aprendiendo a centrarse intensamente en algún objeto externo (Caballo, 1995).

**La Desensibilización Sistemática:** Es una intervención terapéutica desarrollada para eliminar la conducta de miedo y los síndromes de evitación. El procedimiento consta de dos componentes distintos. El primer componente consiste en

enseñar al paciente una respuesta contraria a la ansiedad (entrenamiento en relajación). El segundo componente de la DS implica una exposición graduada al estímulo provocador de miedo. La exposición se puede llevar a cabo en la imaginación o en vivo (Caballo, 1995).

**Técnicas Emocionales:** Se enfocan en el cambio emocional, teniendo en cuenta que dicho cambio es directamente sobre el pensamiento del individuo. Dentro de estas se encuentran el ejercicio para atacar la vergüenza y el ejercicio de correr el riesgo (Ellis y Dryden, 1987).

**Técnicas de Autocontrol:** Aquí, se enseña al paciente estrategias para controlar o modificar su propia conducta. Respecto a esto, Ellis (2000) refiere que las personas "modifican más sus emociones y su conducta utilizando los principios de autocontrol que cuando están controlados o dirigidos por otros".

**Descatastrofizar:** Es una técnica netamente cognitiva que asume que en las raíces de un temor, frecuentemente subyace una escena catastrófica (Caballo, 1995). Cuando se ha identificado la escena catastrófica, es posible modificarla. Se puede emplear la *proyección en el tiempo* para descatastrofizar ciertos problemas. Según Caballo (1995), esta técnica implica el proyectarse a si mismo en el futuro para dar una perspectiva al paciente. Generalmente se hacen preguntas del tipo: ¿Qué es lo peor que puede suceder? o ¿cuáles son las imágenes o pensamientos que pasan por su cabeza cuando piensa en la peor situación?.

**Estrategias de Afrontamiento:** Es una técnica que enseña al paciente formas en las cuales puede enfrentarse a la situación temida utilizando la imaginación. Esto se puede

hacer mediante visualización (imaginación dirigida o imaginación proyectada) (Caballo, 1995).

Ahora bien, no sólo es importante tomar como base un enfoque para la intervención, sino determinar el tipo más adecuado para llevarla a cabo de acuerdo al tipo de población que se va a intervenir.

### Intervención Grupal

La terapia de grupo persigue objetivos preventivos y curativos. Generalmente el grupo terapéutico tiene un centro de interés específico que puede ser educativo, vocacional, social o personal. El grupo implica un proceso interpersonal que potencia los pensamientos, sentimientos y conductas concientes. A menudo los grupos terapéuticos están orientados hacia el problema, su contenido y centro de atención está determinado por los miembros, quienes normalmente son individuos con buen funcionamiento, que no requieren una reconstrucción excesiva de la personalidad y cuyos problemas están relacionados con el desarrollo de tareas en su espacio vital (Corey, 1995).

Según Corey (1995), el rol del terapeuta consiste fundamentalmente en facilitar la interacción de todos los miembros, ayudarles a aprender de los otros, colaborar con ellos para establecer metas personales y animarles a convertir sus insights en planes concretos que impliquen la ejecución fuera del grupo.

La terapia de grupo cuenta con muchas ventajas a su favor, como vehículo para ayudar a las personas a ejecutar modificaciones en sus actitudes, opiniones sobre sí mismos y sobre otros, sentimientos y conductas. Una ventaja es que los participantes pueden explorar su estilo de relación con

los demás y aprender habilidades sociales más efectivas. Otra consiste en que los miembros pueden comentar las percepciones que tienen de los otros miembros del grupo y recibir un valioso feedback sobre cómo están siendo percibidos por ellos (Corey, 1995) .

Respecto a estas ventajas, Rose (1.996) menciona: "El grupo supone para el terapeuta la oportunidad de observar y para los participantes, la posibilidad de poner en práctica nuevas habilidades sociales y de interacción con otros compañeros en un entorno de protección". Este fenómeno fue considerado por Yalom en 1.985 como una forma de altruismo (Rose, 1996) .

Otra ventaja de la terapia de grupo es la oportunidad de refuerzo a través de los compañeros. El grupo ofrece al paciente una fuente de información importante sobre las conductas que resultan molestas o le hacen atractivos ante los demás.

Asi mismo, en la terapia cognitivo-conductual el grupo pone a disposición del paciente una gran variedad de modelos, entrenadores, rol players para el entrenamiento conductual.

Esta terapia no carece de limitaciones, aunque el orden del dia de una sesión puede servirle al terapeuta como criterio para saber cuando poner limites a la excesiva profundización de un tema irrelevante. Todas las personas necesitan que se les asignen un tiempo limitado en cada sesión para discutir sus problemas específicos. Por ello no se puede permitir que uno o dos participantes se apropien de la sesión.

Según Rose (1.996), el terapeuta grupal no debe llevar la sesión como una clase, en vez de esto el terapeuta debe aprovechar la interacción grupal intrínsecamente como una



herramienta del tratamiento. El terapeuta debe poseer ciertas habilidades sociales fundamentales, debe ser sensible a la incomodidad específica que vivencia cada paciente en particular. También debe descubrir las características de las situaciones que generan tensión. En fin, el terapeuta debe estar al tanto de los fenómenos grupales y el modo en que afectan a la tarea grupal.

#### Intervención Grupal Cognitivo-Conductual

La revisión de todos los experimentos llevados a cabo en grupo sobre ansiedad (Rose, Tolman, Tallant, 1985), revela que se ha ignorado casi completamente el papel del grupo en la terapia cognitivo-conductual. Sin embargo, a partir de 1985 se ha incrementado el interés por la dimensión grupal, debido a las ventajas que implica y a la eficacia que presenta.

Según Fay y Lazarus (1.995), citado por Rose (1996), "en la terapia cognitivo -conductual se destacan los efectos recíprocos de la conducta, cognición, y afecto y se evalúan y modifican los patrones de respuesta desadaptativa en cada uno de estos terrenos".

Esta terapia se desarrolló debido a que puede hacer un uso más eficiente del tiempo y esfuerzo del clínico y promueve el contrato terapéutico con un gran número de personas que necesitan ayuda. En los grupos cognitivos-conductuales se da a los miembros un conjunto de aprendizajes apropiados a un modelo diádico de cambio conductual y se emplea el contexto grupal para aumentar al máximo el desarrollo de habilidades interpersonales adaptativas.

Según Caballo (1995) , la terapia de grupo cognitivo-conductual descansa sobre los mismos fundamentos que la terapia individual, por ejemplo la Terapia Racional Emotiva (TRE) de Ellis, la Terapia Cognitiva de Beck, la Terapia Multimodal de Lazarus y la Terapia de Valoración Cognitiva de Wessler y Hankin-Wessler. Algunas de las terapias de grupo cognitivo-conductuales se basan en un modelo educativo de terapia. La tarea del terapeuta consiste en enseñar y la tarea del paciente consiste en aprender o reaprender nuevas conductas y creencias.

A pesar de que las técnicas cognitivo-conductuales utilizadas en la terapia individual y en grupo son, en esencia las mismas, existen muchas ventajas en el trabajo grupal con estas técnicas. Una de ellas es que con frecuencia, el terapeuta revela menos acerca de si mismo, está en probabilidad de considerarse como modelo de "dominio" más que como modelo de "enfrentamiento".

Los terapeutas de grupo que operan desde una perspectiva conductual, se basan en una amplia gama de intervenciones que se derivan de la teoría del aprendizaje social, como el refuerzo, el modelado, la reestructuración cognitiva, etc. Sin embargo, los terapeutas de grupo conductuales pueden elaborar otras estrategias desde diferentes perspectivas teóricas, siempre que su efectividad para el logro de las metas terapéuticas haya sido demostrada. Por lo tanto, estos terapeutas evalúan el progreso de los miembros del grupo a través de la recogida de datos continua antes, durante y después de todas las intervenciones (Corey, 1995).

## Terapia Racional Emotiva

Según Albert Ellis, citado por Caballo (1995), la Terapia Racional Emotiva (TRE) es una terapia cognitivo-conductual que se basa en la idea de que tanto las emociones como las conductas son producto de las creencias de un individuo, de su interpretación de la realidad. Dado lo anterior, es lógico que el objetivo principal de la TRE y del terapeuta que sigue este enfoque es orientar al paciente o al individuo para que identifique sus pensamientos irracionales y de este modo ayudarlo a reestructurar estos pensamientos por otros más funcionales, de tal forma que pueda enfrentar su vida y las exigencias del medio de una manera más adaptativa.

### Descripción del Enfoque de la TRE

Cuando Ellis planteó la TRE, alrededor de 1955, propuso como base de su modelo (además de las influencias filosóficas anteriormente mencionadas) un esquema representacional denominado el A-B-C. Por medio de este modelo Ellis pretende explicar los problemas emocionales y determinar la intervención terapéutica para ayudar a resolverlos, teniendo como eje principal la forma de pensar del individuo, la manera como el paciente interpreta su ambiente y sus circunstancias, y las creencias que ha desarrollado sobre sí mismo, sobre las otras personas y sobre el mundo en general (Ellis, 1975).

Como se menciona anteriormente, Ellis propone el modelo A-B-C, en donde A se refiere a la experiencia activadora o acontecimiento activador, es decir, que ocurre algo. Respecto a C, se puede decir que es una consecuencia

emocional y/o conductual. No obstante, se pensaría que C es la consecuencia de A, pero de ahí que Ellis propone a B como la causa o explicación de C, ya que B constituye todas las creencias, ideas, pensamientos, representaciones, interpretaciones o percepciones que se tienen acerca de A (Ellis, 2000).

Por lo tanto, la TRE afirma que acontecimientos activadores no son precisamente los factores primordiales para tener consecuencias emocionales y consecuencias conductuales. Es el mismo sujeto el factor principal que produce las consecuencias en C, ya que está completamente convencido de B, sistema de creencias que se ha construido previamente.

#### La TRE en Psicoterapia de Grupo

Como es bien sabido la TRE se fundamenta en un modelo más educacional que médico o psicodinámico, lo cual hace que esté a favor tanto de las sesiones de grupo como de las sesiones individuales. Según González, J. (1.999), el grupo viene a ser una especie de laboratorio donde se pueden observar de manera directa la conducta motriz, cognoscitiva y emotiva, lo cual es más eficaz que conseguir información indirecta. Los individuos ansiosos que sentirían confianza con un terapeuta individual y escondieran sus sentimientos, son desenmascarados con facilidad en grupo porque se les pide que interactúen con sus compañeros.

Los miembros de un grupo de TRE se realimentan entre ellos sobre su funcionamiento y sobre los que se dicen a sí mismos, con lo cual adquieren práctica en contar a los compañeros sus creencias irracionales y empezar a decirse a sí mismos sus propias irracionalidades. El solo hecho en

relevar problemas íntimos a un grupo de personas es terapéutico para el paciente (González, J., 1.999).

#### Técnicas que Pueden Utilizarse en la TRE

La TRE, como cualquier otro modelo terapéutico, requiere de una serie de técnicas de ayuda, tanto en lo referente al proceso de evaluación, como al proceso de intervención como tal. Para interés de este estudio únicamente se definen las utilizadas para el plan de intervención.

#### Técnicas para la Intervención:

® Debate Filosófico: Es considerada como la técnica principal en la TRE, ya que por medio de ella se busca reemplazar una creencia irracional por una racional, adaptando el método científico a la vida cotidiana (Ellis y Harper, 1961; 1975).

- Fantasía Racional-Emotiva: A través de esta técnica se busca indagar sobre la conexión entre el sistema de creencias y las consecuencias de éste en el sujeto. De lo que se trata es que el paciente transforme sus emociones negativas inapropiadas por unas apropiadas (Caballo, 1995).

- Tareas para Casa: Esta técnica se utiliza con el fin de que el paciente no se desconecte por completo de su terapia y del terapeuta y siga practicando la nueva forma de pensar que se pretende establecer (Ellis y Becker, 1982) .

® Técnicas Conductuales: Por medio de éstas el individuo puede llegar a elevar su capacidad de realizar las actividades que el terapeuta le propone, así como su nivel de adaptación al medio, tal es el caso del reforzamiento social, a través del cual se busca otorgar al paciente estimulación que le incite a ser cada vez mejor.

#### Técnicas Conductuales para el Manejo de Ansiedad

Existe una amplia evidencia de que los deportistas producen altos niveles de tensión o ansiedad antes, durante y después de la competencia, tanta como para provocar desorganización en su actuación; esta es la razón por la cual se da la necesidad de controlar o manejar la ansiedad que experimentan. Por tal motivo, se explican a continuación técnicas para el control de la ansiedad.

#### Técnicas para el Control de la Activación

Existen cuatro técnicas de relajación que permiten el control de la activación y constituyen un conjunto de procedimientos de intervención útiles no solo en el ámbito clínico sino en la psicología aplicada en general. Entre ellas podemos encontrar:

#### Técnica de Relajación Progresiva

Según Jacobson (1.930), citado por González (1.992), la relajación progresiva es una técnica de relajación muscular, fácil de realizar y basada en datos científicamente fundados. El método de relajación progresiva se apoya en tres hechos contrastados:

Primero, el bienestar corporal es incompatible con la ansiedad o estrés psicológico. Segundo, la respuesta del organismo al estrés mental se manifiesta en forma de tensión muscular. Tercero, la relajación muscular profunda elimina el estrés psicológico (González, 1.992).

Según Jacobson (1.930), citado por González (1.992), la denominación relajación progresiva se debe a que la técnica procede gradualmente de un grupo de músculos a otro y así sucesivamente. Se pretende con este método que la persona sea capaz de distinguir cómo se encuentran sus músculos y después se relajan. Se sigue con otro grupo de músculos hasta completar todo el cuerpo.

#### Técnica de Relajación Pasiva

Se diferencia de la relajación progresiva en que en esta técnica no se utilizan ejercicios de tensar, sino sólo de relajar grupos musculares. Esta técnica puede ser muy útil en los siguientes casos: 1) Con personas que encuentran difícil relajarse después de haber tensado los músculos; 2) con personas en que no esté aconsejado tensar ciertos músculos debido a problemas orgánicos o **tensionales; y, 3)** como ayuda inicial para personas que encuentren difícil relajarse en casa. Para ello, las instrucciones se graban en una cinta con la que el paciente practica diariamente (Caballo, 1995).

#### Relajación Autógena

Esta técnica consiste en una serie de frases elaboradas con el fin de inducir en el sujeto estados de relajación a través de autosugestiones sobre: 1)

Sensaciones de pesadez y calor sobre sus extremidades; 2) Regulación de los latidos de su corazón; 3) Sensaciones de tranquilidad y confianza en si mismo; y, 4) Concentración pasiva en su respiración (Caballo, 1995).

#### Respuesta de Relajación

Es un procedimiento adaptado de las técnicas de meditación. En ellas se utiliza un mantra o palabra secreta susurrada al inicio para producir estados de meditación profunda. Según señala Bensón (1975) citado por Caballo (1995), cualquier palabra puede causar los mismos cambios fisiológicos que el mantra. Los cambios fisiológicos más consistentemente encontrados son: Decrementos en el consumo de oxígeno, decrementos en la eliminación del dióxido de carbono y decrementos en la tasa respiratoria (Caballo, 1995).

#### Otras Técnicas Conductuales para Manejo de Ansiedad

Dentro de las técnicas conductuales que ayudan al control de la ansiedad están: La distracción, tareas para casa, escala SUDS, role playing, modelado.

La Distracción: Es una técnica bastante eficaz para contrarrestar las imágenes y sensaciones amenazantes recurrentes que experimentan los ansiosos, simplemente aprendiendo a centrarse intensamente en algún objeto externo (Caballo, 1995).

Tareas para Casa: Tienen como propósito ayudar al paciente a generalizar su trabajo terapéutico más allá de la consulta con el terapeuta o, en este caso, más allá de la sesión grupal (Caballo, 1995).



Entrenamiento en el Uso de SUDS: Se utiliza con el fin de que el paciente conozca la Escala de Unidades Subjetivas de Ansiedad (SUDS) para tener una forma más fácil de comunicarse con el terapeuta, con sus compañeros y en los registros de tarea para casa.

Role Playing: Juego de roles. Es una técnica que permite demostrarle al paciente una situación específica e inmiscuirlo en ella demostrando cómo actúa, piensa y siente ante ella y cómo sería la forma adecuada de hacerlo.

Modelado: Se refiere a la exposición del paciente a un modelo que muestre correctamente la conducta que está siendo el objetivo del entrenamiento. Permite el aprendizaje observacional de ese modo de actuación, ya que se basa en el modelo de aprendizaje social (Caballo, 1995).

Todo lo anterior fundamenta y da soporte al diseño y posterior implementación de un programa de intervención cognitivo - conductual de tipo grupal dirigido a la reducción de niveles de ansiedad previo a una competición deportiva.

## Método

## Operacionalización de Variables

## Variable Independiente

La variable independiente es el programa de intervención grupal cognitivo-conductual para reducir niveles de ansiedad pre-competitiva en jugadores de fútbol, el cual consta de 8 sesiones, que fueron distribuidas de la siguiente manera: En la primera sesión se establece la empatía con los participantes, el sentido de pertenencia hacia el grupo y la expresión de expectativas y temores frente al trabajo grupal. En la segunda sesión, se realiza un trabajo psicoeducativo acerca de la ansiedad y todo lo que ésta implica. En la tercera sesión, se lleva a cabo un entrenamiento en relajación progresiva. En la cuarta sesión, se trabajan técnicas referentes a la Terapia Racional Emotiva.

Así mismo, en la quinta sesión, se entrena en el uso de técnicas de autocontrol para el manejo de pensamientos automáticos negativos. En la sexta sesión, se orienta en el empleo de la técnica de distracción y se refuerza la práctica de la técnica de relajación progresiva. En la séptima sesión, se trabaja sobre auto confianza, ejercicios de motivación y proyección de metas realistas. Por último, en la octava sesión, se refuerzan los conocimientos adquiridos por los participantes durante el programa, se realiza una evaluación para valorar los resultados del programa terapéutico y se da cierre al mismo.

### Variable Dependiente

La variable dependiente es la ansiedad estado (ansiedad precompetitiva) y su descripción se encuentra en el manual de aplicación y calificación del STAI E-R (Spielberger y cois., 1999).

De este modo, la Ansiedad Estado está conceptualizada como "un estado o condición emocional transitoria del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos subjetivos, concientemente percibidos, de tensión y aprensión, así como por una hiperactividad del sistema nervioso autónomo. Puede variar con el tiempo y fluctuar en intensidad" (Spielberger y cois., 1999).

### Tipo de Investigación y Diseño

El tipo de investigación que se utiliza para este estudio es cuantitativo. Se caracteriza por el planteamiento de hipótesis (de investigación y nula), por seguir una serie de pasos para abordar la temática a través de pruebas empíricas, así como por la manipulación deliberada e intencional de variables independientes para analizar las consecuencias de esta manipulación sobre algunas variables dependientes, y así finalmente comprobar o rechazar las hipótesis planteadas alrededor del problema.

El tipo de diseño que se utiliza para el estudio es un diseño preexperimental, llamado así porque su grado de control es mínimo (Hernández, R. Fernández, C. Baptista, P., 1991).

Además, este es un diseño que cuenta con preprueba (O1) y postprueba (O2) sin grupo control, es decir al grupo se le administra una preprueba, la cual puede servir para

verificar su equivalencia inicial; seguidamente se presenta la variable independiente (X) y, finalmente, se administra una postprueba, la cual nuevamente mide la variable dependiente. A continuación, se presenta un esquema que explica este diseño:

Grupo O1 X O2

Según Hernández y cols. (1991), en ciertas ocasiones los diseños preexperimentales pueden servir como estudios exploratorios, son útiles como un primer acercamiento con el problema de investigación en la realidad, pero no como el único y definitivo acercamiento. Abren el camino, pero de ellos deben derivarse estudios más profundos.

Dado lo anterior, se elige este diseño para el presente estudio piloto, pues en éste se da más importancia a la evaluación de la intervención (mínimamente abordada en el campo deportivo); además, se obvia el empleo de un grupo control por el costo de tiempo, tanto para conformar el grupo como para aplicar el programa de intervención.

#### Sujetos

Para el presente trabajo, en el cual se pretende realizar la aplicación de un programa cognitivo-conductual para el manejo de ansiedad precompetitiva, se tiene en cuenta que la intervención se realiza bajo un enfoque grupal, es decir, deben contemplarse determinados parámetros (criterios de inclusión y exclusión) para la elección de quienes participan en el grupo terapéutico.

Dentro de este estudio, después de evaluar estos parámetros (criterios de inclusión y exclusión), se conforma un grupo terapéutico que consta de 19 integrantes,

quienes son de sexo masculino de entre 15 y 20 años de edad y jugadores de fútbol pertenecientes a la categoría Primera de la Corporación Deportiva Real Santander.

Además de la característica en común que tienen los integrantes del grupo al pertenecer al equipo de fútbol, cada uno de ellos se identifica por elementos particulares, por lo cual se considera como un grupo heterogéneo. Algunas de estas características son: El estrato socio-económico, el nivel educativo, la edad, la raza, las costumbres y las actividades que cada uno realiza diferentes al fútbol (estudiar, trabajar, etc.).

Para un mejor conocimiento del grupo obtenido después de la evaluación realizada se presenta la ficha técnica del mismo (Apéndice A).

## Instrumentos

De acuerdo con la metodología adoptada para el presente trabajo, la cual divide el proceso terapéutico en dos etapas, fase de evaluación y fase de tratamiento, se seleccionan los instrumentos y técnicas a emplear.

### Fase de Evaluación

Debido a las implicaciones o a la dificultad que se tiene al explorar la problemática de un grupo y la población general para seleccionar a sus integrantes, las técnicas referentes a esta fase se deben adaptar a ella y a lo que se pretende lograr en el proceso terapéutico.

En primer lugar, se propone un cuestionario compuesto de una serie de preguntas que reúnen los criterios de inclusión y exclusión, es decir con este instrumento se

busca elicitar en los sujetos respuestas que guíen la elección de los integrantes del grupo de acuerdo a los requerimientos del mismo; también indaga por disponibilidad de tiempo y preferencias para el trabajo en grupo. Es un instrumento que consta de 8 preguntas con tres opciones (Sí, No, ¿Por qué?) y 2 preguntas abiertas; y se propuso para ser aplicado al grupo total de jugadores (36) durante la primera semana de visita (Apéndice B).

En segundo lugar, se utilizan las actividades pregrupales como técnica para identificar líderes, personas tímidas, dificultades dentro del grupo, habilidades de expresión y sociales, entre otros elementos. Para estas actividades se emplean una serie de dinámicas con objetivos específicos que permiten evaluar lo requerido. Las actividades pregrupales se aplican durante la segunda semana de visita.

Un tercer instrumento es la Encuesta sobre las Ideas Tergiversadas acerca de la Labor del Psicólogo en el Medio Deportivo (Serrato, 2005). Este instrumento se aplica con el fin de conocer los mitos y estereotipos existentes dentro de la población deportiva con respecto al rol del psicólogo. Según Serrato (2005), es necesario rebatir algunos argumentos públicamente repetidos, que perjudican notablemente la figura y labor del psicólogo deportivo. Este cuestionario se emplea durante la tercera semana de visita, consta de 7 ítems y se aplica a 21 jugadores (Apéndice C) .

Por último, se aplica un test que busca medir el nivel de ansiedad estado en los 21 jugadores a fin de delimitar la muestra de trabajo, ya que quienes puntúen alto en la prueba de ansiedad son los que finalmente conforman el

grupo terapéutico. Para este objetivo se utiliza el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) (Apéndice D).

#### Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)

Este inventario constituye una medida de la ansiedad extensamente utilizada y consta de dos escalas separadas de 20 ítems cada una, con el fin de medir la ansiedad estado o situacional (STAI-E) y la ansiedad rasgo como un rasgo de personalidad (STAI-R). Utiliza una escala de calificación de 4 puntos (0 - 3), con una puntuación global que puede oscilar entre 0 y 60 en cada escala, y donde altas puntuaciones indican mayores niveles de ansiedad (estado - rasgo) .

La construcción del STAI comenzó en 1964, con la finalidad de desarrollar una única escala que permitiera medidas objetivas de autoevaluación de la ansiedad, tanto de estado como de rasgo. Durante el curso de los estudios, los resultados vinieron a introducir cambios en la concepción teórica de la ansiedad, y especialmente en lo que se refiere a la ansiedad rasgo; en consecuencia, se introdujeron cambios en el proceso de construcción del STAI.

En principio, se dio por supuesto que los elementos que presentasen relaciones con otros instrumentos de medida de la ansiedad, serían útiles en un cuestionario diseñado para medir el estado y rasgo de la ansiedad. Como la mayoría de las escalas de ansiedad existentes medían el rasgo, se redactaron de nuevo muchos elementos, de modo que midieran tanto el estado como el rasgo; y el resultado fue un STAI único (Forma A) que, con diferentes instrucciones de aplicación, podía medir ambas variables.

Sin embargo, se observó que las características psicolinguísticas de algunos elementos de esa Forma A presentaban significados que interferían cuando se las utilizaba como medidas de ambas variables.

Consecuentemente, se cambió la estrategia de selección de elementos para tomar aquellos que mejor midieran A/E y aquellos otros que discriminaran mejor A/R, y su resultado fue la forma X (la utilizada para elaborar la versión española). En dicha forma existen cinco elementos con igual redacción en A/E y A/R (por lo menos en cuanto a la palabra clave). Las restantes 15 cuestiones de cada escala difieren suficientemente en cuanto a su contenido y sus connotaciones.

En las primeras fases de su construcción se utilizaron muestras de estudiantes universitarios no graduados (con más de 3000 casos) que contestaron a la Forma A. En la siguiente fase se aplicó la Forma X a unos 3300 alumnos de enseñanza secundaria y universitaria, y se complementaron con más de 600 pacientes de medicina y neuropsiquiatría y unos 200 reclusos de prisiones.

En la adaptación española, como se ha indicado anteriormente, se ha seguido un proceso de tipificación similar al original: obtención de muestras de estudiantes universitarios con una primera versión experimental (Bermúdez, 1977), replicación de los resultados obtenidos con nuevas muestras de estudiantes y de adultos normales y con una segunda versión experimental, y su contraste y validación con grupos clínicos (Urraca, 1981; Iglesias, 1982) .

En los estudios y tipificación original (Spielberger y cols., 1970) se utilizaron muestras amplias de alumnos de enseñanza secundaria (Grupo A) y universitaria (Grupos B y



C) , de pacientes de neuropsiquiatría (NP) y de medicina general y cirugía (MGC), así como de jóvenes recluidos en cárceles (JRC) . La tabla 1 presenta los casos (N), medias (X) y desviaciones típicas (S) de los citados grupos de sujetos normales (en los que se obtuvieron también los coeficientes alfas) y de tipo clínico.

*Tabla 2: Estadísticos Descriptivos de Muestras Originales*

GRUPO	N	ESTADO			RASGO		
		X	S	Alfa	X	S	Alfa
A - varones	190	36.99	9.07	0.86	39.37	9.40	0.89
A - mujeres	187	37.57	11.76	0.92	41.61	11.29	0.92
B - varones	334	40.01	7.85	0.83	38.07	8.20	0.86
B - mujeres	648	39.39	8.62	0.86	38.22	8.20	0.86
C - varones	253	36.35	9.67	0.89	37.68	9.69	0.90
C - mujeres	231	35.12	9.25	0.89	38.25	9.14	0.89
Total pacientes NP	461	47.74	13.24		46.62	12.41	
Reacción depresiva	28	54.43	13.02		53.43	12.91	
Reacción de ansiedad	60	49.02	11.62		48.08	10.65	
Esquizofrenia	161	45.70	13.44		45.72	12.37	
Lesión cerebral	31	46.94	13.41		44.64	11.20	
Alteración de carácter	22	40.54	14.27		40.32	13.06	
Total casos MGC	161	42.38	13.79		41.91	12.70	
Con complicación psiquiátrica	34	42.35	15.66		44.62	14.12	
Sin complicación psiquiátrica	110	42.68	13.76		41.33	12.55	
Jóvenes en cárceles	212	45.96	11.04		44.64	10.47	

Estos resultados originales muestran que, aunque en el Grupo A (alumnos de enseñanza secundaria), las puntuaciones son algo mayores en las mujeres, entre los universitarios ambos sexos obtienen puntuaciones similares. En los Grupos

B y C se observó el efecto de la situación de tensión del examen (en el caso del Grupo B el STAI fue aplicado en un proceso selectivo de ingreso a los estudios universitarios) .

Los coeficientes alfa son una medida de la consistencia interna; se obtuvieron mediante la fórmula  $kr-20$  modificada por Cronbach, y los índices hallados en muestras de sujetos normales son bastante buenos (entre 0.83 y 0.92) (Spielberger y cois., 1970).

#### Adaptación Española: Fiabilidad

Según Spielberger y cois. (1970), tal vez el primer antecedente de la adaptación española del STAI sea el estudio de Bermúdez (1977) con su tesis doctoral; este trabajo empleó una versión experimental del STAI para utilizar las escalas estado y rasgo como variables moduladoras en el estudio de rendimiento de los sujetos en una tarea fácil (Test Perceptivo) y otra difícil (Test de Inteligencia). Se utilizó una muestra de más de 500 casos a los que se les aplicó el STAI con unos elementos muy similares a lo que ahora se ofrecen como versión definitiva.

Un segundo antecedente de esta adaptación española es otra tesis doctoral (Urraca, 1981), en la que, mediante las aplicaciones de varios cuestionarios (entre ellos el STAI), se ha estudiado las actitudes ante la muerte. La muestra era más amplia que la anterior (N = 1282) y diversa (estudiantes universitarios de varias facultades, trabajadores y enfermos).

Como anteriormente se ha indicado, existen 20 elementos en cada escala (estado y rasgo), que son

puntuados en 0-3 según su carga y dirección hacia la ansiedad; existen 10 elementos en A/E y 13 en A/R que son afirmativos de ansiedad y 10 y 7, respectivamente en A/E y A/R, negativos de la misma. En la tabla los negativos de ansiedad vienen señalados con un asterisco (\*) después de su número de orden.

*Tabla 3: Análisis de Elementos de Varias Muestras (Normales y Clínicas)*

N°	Ansiedad Estado				N°	Ansiedad Rasgo			
	A	B	C	D		A	B	C	D
<b>1*</b>	1.61	1.64	1.48	1.35	<b>21*</b>	2.10	2.05	1.98	1.09
<b>2*</b>	1.75	1.79	1.56	1.40	<b>22</b>	0.76	0.73	0.82	2.30
<b>3</b>	0.81	0.89	0.80	1.21	<b>23</b>	0.66	0.40	1.01	1.72
<b>4</b>	0.74	0.84	0.79	0.98	<b>24</b>	1.07	1.23	1.19	1.67
<b>5*</b>	1.50	1.34	1.42	1.57	<b>25</b>	0.94	0.89	0.97	1.31
<b>6</b>	0.68	0.70	0.71	1.12	<b>26*</b>	1.56	1.78	1.49	0.73
<b>7</b>	0.89	1.08	1.00	1.59	<b>27*</b>	1.48	1.74	1.41	1.07
<b>8*</b>	1.32	1.51	1.22	1.17	<b>28</b>	0.91	0.93	1.12	1.28
<b>9</b>	0.63	0.66	0.83	1.05	<b>29</b>	1.26	1.13	1.50	1.99
<b>10*</b>	1.28	1.24	1.14	1.46	<b>30*</b>	1.98	1.94	1.87	1.54
<b>11*</b>	2.00	2.20	1.80	1.69	<b>31</b>	2.32	2.32	2.41	2.46
<b>12</b>	0.82	0.78	0.93	1.24	<b>32</b>	0.86	0.80	1.11	0.88
<b>13</b>	0.72	0.84	0.77	1.16	<b>33*</b>	1.84	1.97	1.56	1.54
<b>14</b>	0.64	0.67	0.71	1.06	<b>34</b>	0.93	0.97	0.90	1.42
<b>15*</b>	1.42	1.47	1.27	1.22	<b>35</b>	0.99	0.87	1.19	2.04
<b>16*</b>	1.43	1.30	1.24	1.11	<b>36*</b>	1.67	1.56	1.50	1.16
<b>17</b>	1.21	1.31	1.36	1.83	<b>37</b>	1.03	0.99	1.19	1.48
<b>18</b>	0.48	0.48	0.59	1.25	<b>38</b>	1.10	1.07	1.29	2.00
<b>19*</b>	1.42	1.16	1.26	0.70	<b>39*</b>	1.88	2.08	1.81	1.85
<b>20*</b>	1.67	1.59	1.52	1.52	<b>40</b>	1.45	1.46	1.67	2.05
<b>X</b>	22.22	23.08	24.78	29.00	<b>X</b>	22.77	21.77	25.90	34.07
<b>S</b>	11.22	11.54	11.80	12.11	<b>S</b>	9.56	9.14	9.50	10.67
<b>KR20</b>	0.92	0.92	0.93	0.90	<b>KR20</b>	0.87	0.84	0.86	0.84
<b>Edad</b>	13-59	16-57	16-52	15-27	<b>Edad</b>	13-59	16-57	16-52	15-72

En la tabla 3 se presentan los resultados de varios análisis de elementos del STAI; en la mitad izquierda de la tabla se encuentran los elementos de A/E y en la mitad derecha los de A/R, Estos análisis se refieren a cuatro muestras A (N=854 varones y mujeres, entre los cuales se encuentra un grupo de escolares de enseñanza secundaria), B (N=276 varones de profesiones diversas) y D (81 casos clínicos) .

Una observación detallada de la Tabla 3 muestra que, en general, la muestra clínica obtiene mayores promedios en los elementos afirmativos de ansiedad y menor en los negativos de la misma. Profundizando el análisis de las diferencias, a nivel de sexo y en varios grupos de edades, se encontraron elementos discriminativos de estas variables, en número suficiente como para aconsejar una tipificación atendiendo a estas dos variables diferenciadoras.

#### Análisis Factoriales

Los primeros análisis factoriales en la adaptación española fueron realizados por Bermúdez (1978) con la versión experimental. En el estudio se incluyeron los 40 elementos del STAI y se obtuvieron cuatro dimensiones que, en los distintos análisis, explicaban entre el 61% y el 68% de la varianza común.

En el trabajo de Urraca (1981) se introdujeron separadamente los 20 elementos de cada escala del STAI, y en cada grupo se hallaron dos dimensiones, similares a las de Bermúdez.

Utilizando la versión definitiva del STAI se han replicado estos resultados en diferentes muestras (casos

normales y clínicos), tanto con soluciones ortogonales como oblicuas. Se han obtenido cuatro dimensiones, similares a las de Bermúdez (1978); atendiendo a las saturaciones más significativas en los elementos, se podrían definir por la escala y dirección o signo de la siguiente manera:

Factor I: Ansiedad Estado Afirmativo (nerviosismo, tensión, preocupación e intranquilidad).

Factor II: Ansiedad Estado Negativo (activación positiva, animación, bienestar, satisfacción y confianza en sí mismo).

Factor III: Ansiedad Rasgo Afirmativo (melancolía, desesperanza y sentimientos de incapacidad).

Factor IV: Ansiedad Rasgo Negativo (estabilidad y ausencia de cambios de humor).

Para conocer las implicaciones de estas cuatro dimensiones en las variables edad y sexo, se elaboraron las plantillas de corrección que permitieran las puntuaciones afirmativas y negativas de ansiedad en A/E y A/R. En la Tabla 4 se ofrecen los estadísticos obtenidos por los varones y mujeres, adolescentes y adultos.

Tabla 4: Estadísticos en la afirmación/negación del Estado / Rasgo dentro del STAI (muestra de tipificación)

Escala		VARONES			MUJERES		
		Adoles.	Adultos	Total	Adoles.	Adultos	Total
EA	N	150	307	457	176	381	557
	Media	8.10	7.17	7.48	8.36	7.72	7.92
	D. t.	5.94	6.14	6.08	5.99	6.70	6.49
EN	N	155	314	469	182	389	571
	Media	15.81	16.60	16.34	14.88	14.40	14.55
	D.t.	6.38	6.00	6.14	5.55	6.14	5.96
RA	N	153	322	475	186	398	584
	Media	10.76	9.62	9.99	12.50	12.31	12.37
	D.t.	5.20	5.42	5.37	5.59	6.24	6.04
RN	N	157	327	484	183	403	586
	Media	13.13	13.61	13.45	12.12	11.72	11.85
	D.t.	4.52	4.27	4.36	4.11	4.53	4.41

#### Fase de Tratamiento

En esta etapa, las técnicas deben estar directamente relacionadas o deben estar orientadas hacia los objetivos o fines terapéuticos, ya que son el medio a través del cual el terapeuta enseña conductas y pensamientos asertivos al paciente. Dado que este trabajo se centra en un enfoque cognitivo-conductual, para la parte cognitiva el programa terapéutico se basa en la Terapia Racional Emotiva (TRE) de Ellis y sus técnicas básicas, mientras que para la parte conductual el programa emplea las técnicas conductuales básicas para el manejo de ansiedad.

## Procedimiento

El primer paso que se lleva a cabo es la visita a la sede deportiva del club con el fin de explicarle al Técnico y a los Directivos el objetivo del trabajo y cómo pretende lograrse éste. Cuando se obtiene el permiso para realizar el trabajo se hace un encuadre inicial con el Técnico a fin de que él vaya promoviendo entre los jugadores la función del trabajo terapéutico, este mismo día se prepara una cita con los 36 jugadores de Primera de la Corporación Deportiva Real Santander.

En una segunda oportunidad, se inicia el proceso de evaluación; para ello se reúne a los 36 jugadores y se les explica el motivo de nuestra visita y el objetivo de la misma. En esta sesión se aplica el cuestionario de conducta de entrada junto con la práctica de una dinámica grupal para poder empezar a delimitar la muestra.

A la semana siguiente se reúne únicamente 21 jugadores (ya excluidos algunos) y se practica una actividad pregrupal para conocer a fondo a las personas e identificar líderes. Este mismo día se aplica la Encuesta sobre las Ideas Tergiversadas acerca de la Labor del Psicólogo en el Medio Deportivo (Serrato, 2005).

En la cuarta visita, 1 hora aproximadamente antes de un partido, se hace la aplicación del STAI/E (preprueba) a un grupo de 21 jugadores (seleccionados a partir de los instrumentos utilizados en la sesión anterior); aquí, es necesario resaltar que para controlar la fuente de invalidación interna historia entre O1 y O2, se utiliza un formato estándar de instrucciones en el cual se le indica a los participantes que el cuestionario de la pre-prueba es diferente al de la post-prueba; también se tiene en cuenta

el tiempo transcurrido entre las dos aplicaciones (4 semanas) . Esta se convierte en la última sesión de evaluación, pues con los resultados definitivos del STAI/E se decide quiénes pueden o no pertenecer al grupo terapéutico.

Luego de realizar el proceso de evaluación y seleccionados los 21 jugadores que pueden conformar el grupo terapéutico, se hace una reunión con el total de personas del grupo inicial (36) para explicar qué criterios se tuvieron en cuenta para la selección final del grupo y para agradecer la participación activa de todos. Con la extensa evaluación se busca establecer una cohesión en el grupo para que con el transcurrir de las sesiones no se presente un número alto de deserciones.

Finalizada la evaluación y conformado el grupo terapéutico, se procede a la aplicación del programa de intervención que consta de 8 sesiones. Una vez concluye la totalidad de sesiones, se aplica el STAI/E (postprueba) una hora antes de un partido y se analizan los resultados.

Programa de Intervención Grupal Cognitivo-Conductual para Reducir Niveles de Ansiedad Pre-Competitiva en Jugadores de Fútbol

Objetivos Terapéuticos:

Objetivo Terapéutico General: Promover en un grupo de jugadores de fútbol pertenecientes a la categoría Primera de la Corporación Deportiva Real Santander el aprendizaje y adquisición de herramientas cognitivo-conductuales útiles en el manejo de la ansiedad precompetitiva.



## Sesiones Terapéuticas:

### Primera Sesión:

Duración: Una hora y 30 minutos.

Objetivo: Lograr el establecimiento del encuadre y rapport entre el grupo terapéutico y los psicólogos, así como empezar a generar sentido de pertenencia de los integrantes para con el grupo.

Desarrollo: La primera sesión inicia con la realización del encuadre, dentro del cual se da la presentación oficial del grupo terapéutico, se reitera la necesidad de colaboración y seriedad de parte de todos los integrantes, se explican nuevamente los criterios de inclusión y exclusión y se da a conocer el objetivo general de la intervención grupal. Se elaboran unas escarapelas con el nombre de cada integrante, se elige un nombre para el grupo y un lema. Además, se da lectura a la carta de compromiso (Apéndice E) donde se explican las condiciones que deben cumplir los integrantes del grupo para garantizar su permanencia dentro de él.

Otro aspecto que se trata en esta sesión es el reconocimiento y expresión de las expectativas y temores que se tienen con respecto al trabajo grupal, así como informar a los jugadores del rol que desempeña un psicólogo deportivo. Finalmente, se da retroalimentación de los resultados de las pruebas aplicadas y se da a conocer lo que se tiene preparado para la siguiente sesión. Se cierra dando una cordial bienvenida y un agradecimiento.

### Segunda Sesión:

Duración: Una hora y media.

Objetivo: Realizar un trabajo psicoeducativo que permita la identificación de la problemática de la ansiedad y todo lo que ésta implica.

Desarrollo: La segunda sesión se inicia con la retroalimentación de la sesión anterior y con la creación de un ambiente de empatía para iniciar el trabajo, esto se logra mediante la discusión de situaciones importantes transcurridas durante la semana, por ejemplo algún partido jugado.

El trabajo psicoeducativo inicia con una explicación didáctica de qué significa la ansiedad, qué clasificaciones existen y cuáles son sus componentes o manifestaciones, además se enseña a los jugadores el manejo de la Escala de Unidades Subjetivas de Ansiedad (SUDS). Estas temáticas se abordan en primera instancia con una metodología de exposición académica, sin embargo se realiza de forma práctica para que los jugadores puedan asociar más fácilmente la temática. Para complementar esta explicación se lleva a cabo un ejercicio de role playing con modelado, a través del cual se pretende hacer más específica y real la exposición dada. El ejercicio consiste en armar grupos y recordar una situación que haya producido mucha ansiedad, luego se representa y finalmente se discuten las consecuencias de esta situación. En esta situación se debe poner en práctica lo aprendido (manifestaciones de la ansiedad y empleo de la SUDS).

Finalizando, se retroalimentan los ejercicios realizados en la sesión y se adjudica una tarea para casa, la cual consiste en observar una situación ansiógena, bien sea durante un entrenamiento o un partido mismo, y puntuarla de acuerdo a la SUDS.

Tercera Sesión:

Duración: Una hora y 30 minutos.

Objetivo: Enseñar a los jugadores una forma práctica de desarrollar la relajación progresiva en casa días antes de una práctica deportiva que produzca ansiedad.

Desarrollo: Se inicia la sesión retroalimentando la segunda reunión y lo aprendido en ella, también se abre el espacio terapéutico hablando de un tema de interés entre los jugadores y discutiendo sobre el mismo. En segunda instancia, se revisa la tarea adjudicada la semana anterior y sus implicaciones. Se comienza a identificar ideas irracionales y pensamientos automáticos negativos que puedan explicar la ansiedad pre-competitiva en los jugadores para de este modo aplicar el debate filosófico con las mismas. Posteriormente, se da una breve explicación de lo que significan las técnicas del control de la activación y cada una de ellas, haciendo énfasis en la relajación progresiva. En este momento, se crea un ambiente cómodo y tranquilo para poner en práctica la relajación progresiva siguiendo cada una de sus instrucciones. Finalmente, después de la actividad, se retroalimenta la técnica aprendida y el ejercicio llevado a cabo y se asignan dos tareas para casa consistentes en practicar el ejercicio de relajación progresiva y en registrar cada uno de los pensamientos y sentimientos experimentados en las situaciones de ansiedad (Apéndice F).

Cuarta Sesión:

Duración: Una hora y 30 minutos.

Objetivo: Enseñar a los jugadores técnicas cognitivas que permitan el debate de las ideas irracionales asociadas con la ansiedad precompetitiva.

Desarrollo: La sesión inicia con la revisión y retroalimentación de la tarea adjudicada la sesión anterior, esta retroalimentación se hace cuidadosamente, ya que se evalúan las condiciones y formas en que los jugadores practican la relajación en casa, para de esta manera, si hay errores, corregirlos.

Se crea un ambiente de empatía para iniciar el trabajo hablando de un tema importante ocurrido en la semana: Un partido de fútbol jugado. En cuanto a los pensamientos disfuncionales, se utilizan los registros que los muchachos traen a la sesión, con el fin de poner en práctica la técnica de debate filosófico y la técnica de descatastrofización. Las afirmaciones de los muchachos se refutan con preguntas como: "¿Qué pasaría si...?; ¿Qué es lo peor que puede pasar?; ¿Qué evidencias existen para que esto sea cierto?, etc."

Finalizando, se retroalimenta lo practicado en la sesión y se adjudica una tarea que consiste en practicar las técnicas del debate filosófico y la descatastrofización, así como seguir empleando la técnica de relajación.

#### Quinta Sesión:

Duración: Una hora y 30 minutos.

Objetivo: Enseñar a los jugadores una técnica de autocontrol que permita el manejo de los pensamientos automáticos negativos relacionados con la ansiedad precompetitiva.

Desarrollo: Se genera un ambiente de empatía, y después de ello se revisa la tarea para casa. Seguidamente, se enseña la técnica de la fantasía racional-emotiva con el fin de que los jugadores identifiquen los factores generadores de

ansiedad ante una competencia deportiva y aprendan a controlarlos, usando técnicas de autocontrol del pensamiento (las cuales se explican durante la sesión). Esta actividad se inicia proponiendo la siguiente frase a medida que se realiza una relajación pasiva muy corta: "Imaginen una situación en la que están jugando un partido, detallen el escenario, las personas y a ustedes mismos... ¿qué factor creen que les puede generar ansiedad y por qué?". Cuando culmina la visualización se procede a discutir con los jóvenes lo sucedido durante el ejercicio.

Finalizando, se retroalimenta lo practicado en la sesión y se adjudica una tarea consistente en practicar la fantasía racional-emotiva en casa con situaciones ocurridas en los partidos o en los entrenamientos para en la siguiente sesión comentar los resultados y las soluciones dadas a los demás compañeros.

#### Sexta Sesión:

Duración: Una hora y media.

Objetivo: Reforzar la práctica de la técnica de relajación progresiva y enseñar a los jugadores el manejo de la técnica de distracción.

Desarrollo: Se inicia la sesión creando un ambiente de empatía a través del saludo y de una conversación espontánea acerca del último partido jugado. En segundo lugar, se retroalimenta la tarea asignada en la sesión anterior, evaluando las dificultades, las facilidades y el aprendizaje que deja el uso de las técnicas cognitivas (fantasía racional-emotiva y autocontrol).

El trabajo inicia con la explicación a los jugadores de la técnica conductual de distracción, qué significa, qué función tiene y qué implicaciones conlleva su aplicación.

Para esto, se propone un ejercicio práctico consistente en la formación de parejas, en donde una persona lea un cuento en voz baja, a la vez que la otra persona le contaba en voz alta algunos chistes. Posterior a ello, quien leía el cuento debía responder algunas preguntas relacionadas con él.

Por último, se retroalimenta la experiencia de la sesión, las dificultades, las facilidades y el aprendizaje que se tiene, así como con la técnica de distracción. Sobre ésta última se adjudica una nueva tarea para casa, consistente en poner en uso un distractor que se considere efectivo dentro de una situación de ansiedad y registrar las consecuencias que se obtienen al practicar la técnica.

#### Séptima Sesión:

Duración: Una hora y media.

Objetivo: Orientar a los jugadores para que mejoren su autoconfianza a través de ejercicios de motivación y proyección de metas realistas.

Desarrollo: Se inicia esta sesión generando el espacio de empatía adecuado para el trabajo hablando de un tema de interés transcurrido durante la semana y con la narración de una anécdota. Posteriormente, se revisa y retroalimenta la tarea adjudicada en la sesión anterior, se evalúan las dificultades, facilidades y aprendizaje experimentados, así como la efectividad de la técnica.

El trabajo se inicia con una explicación didáctica de lo que significan y las implicaciones que tienen la autoconfianza y la motivación. Posteriormente, se brinda una explicación de lo que significa la *Triada Griega: Quiero-Puedo-Debo* y sus implicaciones, para poder dar inicio al trabajo de motivación (Apéndice G). Teniendo en

cuenta que el quiero son las necesidades y pasiones del deportista, el puedo son los objetivos como necesidades formuladas y el debo es donde la interacción del deseo llega a la comprensión de la causalidad de ciertas acciones (Garcia, 2004). Posteriormente, se explora la triada griega en cada uno de los jugadores, en donde a cada uno de ellos se les pone a escribir sus "quiero, debo y puedo" y a compartirlos con sus compañeros. Esto se realiza con el objetivo de que cada jugador se proponga metas realistas y las exprese sin ningún tipo de inhibición, con la cual se da el primer paso hacia una actitud llena de motivación.

Finalizada esta sesión, se adjudica como tarea para casa la revisión de cada una de las técnicas aprendidas durante el trabajo en grupo, con el fin de que en la siguiente sesión cada jugador exprese su opinión acerca de lo que debe ser reforzado.

#### Octava Sesión:

Duración: Una hora y media.

Objetivo: Reforzar los conocimientos adquiridos por los jugadores en el manejo de la ansiedad precompetitiva a lo largo del programa.

Dar cierre a la intervención grupal realizada evaluando el cambio obtenido dentro del grupo, el desempeño de los terapeutas, reiterando los agradecimientos y recomendando la importancia de dar perdurabilidad al proceso iniciado hace unas semanas.

Desarrollo: Inicialmente, se revisa la tarea adjudicada la sesión anterior para tener conocimiento de cuáles son las técnicas que los jugadores consideran importante reforzar en esta última sesión y se procede a ello.

Para finalizar, se aplica un cuestionario de evaluación (Apéndice H) con el objetivo de valorar los resultados del programa terapéutico e identificar la percepción del jugador hacia éste. Se da un cierre oficial al programa de intervención grupal.



## Resultados

En este apartado se evidencian los resultados obtenidos durante el desarrollo del proyecto de investigación con la muestra seleccionada de jugadores de la Corporación Deportiva Real Santander, Con el fin de recabar datos relevantes de la población, se propuso indagar aspectos sociodemográficos de cada jugador. Así mismo, se utilizó el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), para valorar los niveles de ansiedad que presentan los futbolistas previo a una competición deportiva.

De acuerdo con lo anterior, se procede a exponer la información recopilada teniendo en cuenta que en los aspectos sociodemográficos se encuentran factores como la edad, el nivel educativo, la ocupación y el estrato.

Cabe resaltar la necesidad de realizar la presentación gráfica a través de gráficas circulares de distribución (Tortas), debido a la distribución muestral en cada uno de estos factores.

### Resultados Variables Sociodemográficas

#### Variable Edad

En lo que respecta a la edad de los participantes, se aprecia que 15 deportistas se ubicaron en el rango de edad de 15 a 17 años, lo cual representa un 79%; mientras que en el rango de 18 a 20 años se encuentran 4 jugadores representando el 21% de la muestra. Esto conlleva a afirmar que la mayoría de jugadores se encuentran en la etapa adolescente, es decir, entre 15 y 17 años (Ver Figura 1).

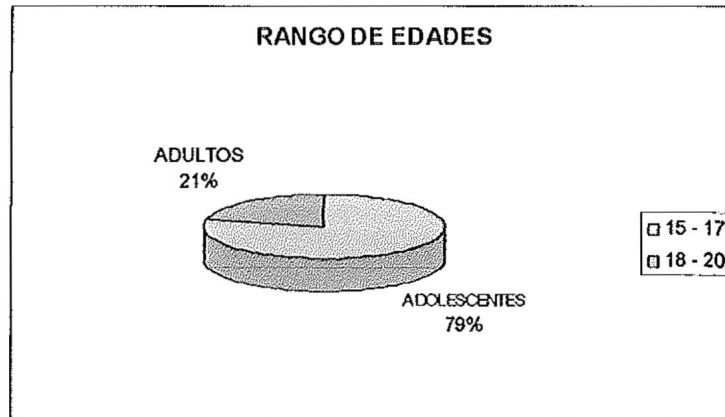


Figura 1. Distribución en porcentajes de los rangos de edad de la muestra seleccionada.

#### Variable Nivel Educativo

En cuanto al grado de escolaridad de los deportistas, se observa que 18 jugadores están cursando o han cursado un nivel secundario o de bachillerato, lo que equivale al 95% de la población; el restante 5% que corresponde a 1 jugador se encuentra realizando estudios universitarios. No se aprecian participantes que sólo hayan cursado hasta el nivel de primaria (Ver Figura 2).

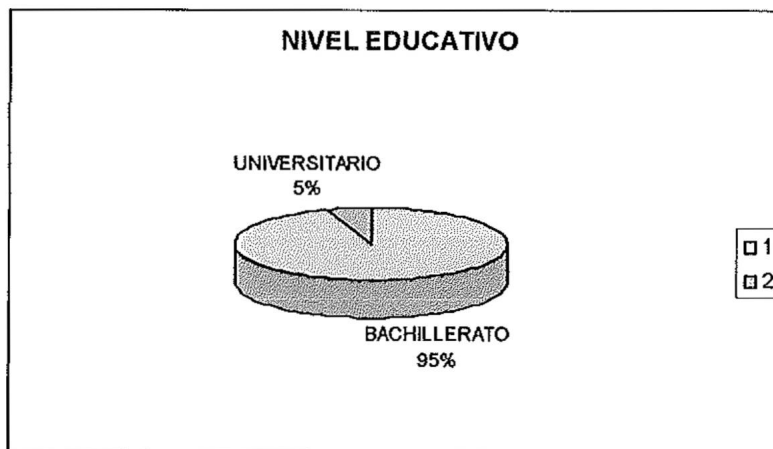


Figura 2. Distribución en porcentaje del nivel educativo de la muestra seleccionada.

Variable Ocupación

En esta variable se logra apreciar que el 67% de los jugadores son estudiantes, es decir, 14 futbolistas; mientras tanto 5 jugadores desarrollan algún tipo de actividad laboral, lo que corresponde al 33% (Ver Figura 3) .

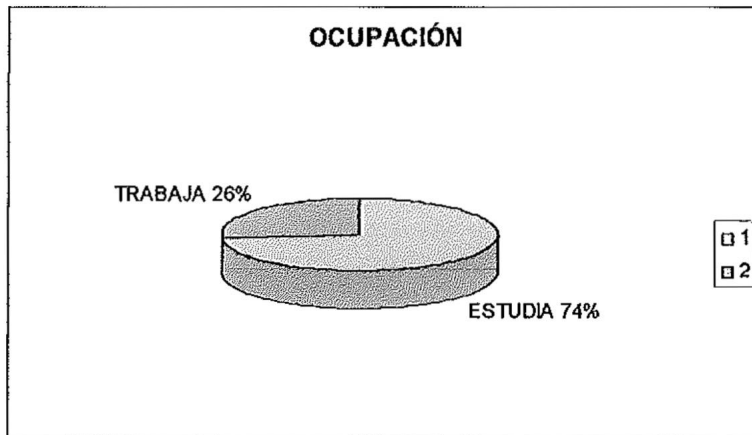


Figura 3. Distribución en porcentaje de la ocupación de la muestra seleccionada.

Variable Estrato

Con respecto a la situación socioeconómica de la población se evidencia que en los estratos 4 y 5 se encuentra un jugador en cada uno, lo que corresponde al 5% respectivamente; en el estrato 1 se ubican dos deportistas que equivalen el 11% de la población; seis jugadores se sitúan en el estrato 2 conformando el 32%; y por último, se observa que en el estrato 3 es donde se ubica la mayoría de jugadores (9) representado en un 47% (Ver Figura 4).

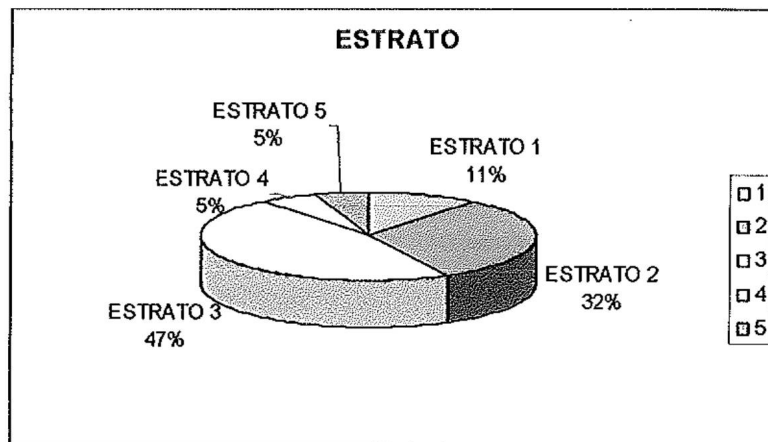


Figura 4. Distribución en porcentajes del estrato de la muestra seleccionada.

Resultados Encuesta sobre las Ideas Tergiversadas acerca de la Labor del Psicólogo en el Medio Deportivo (Serrato, 2005) Como

se refiere en los instrumentos, particularmente en la fase de evaluación, se indagó a los participantes sobre sus percepciones acerca del rol del psicólogo en el ámbito del deporte, para lo cual se empleó la Encuesta sobre las Ideas Tergiversadas acerca de la Labor del Psicólogo en el Medio Deportivo (Serrato, 2005). Al realizar un análisis exhaustivo de las respuestas de los participantes se encuentra que el 42% de la población considera que los deportistas que consultan al psicólogo únicamente es porque están enfermos, mientras que el 58% se encuentran en desacuerdo con esta posición (Ver Figura 5).

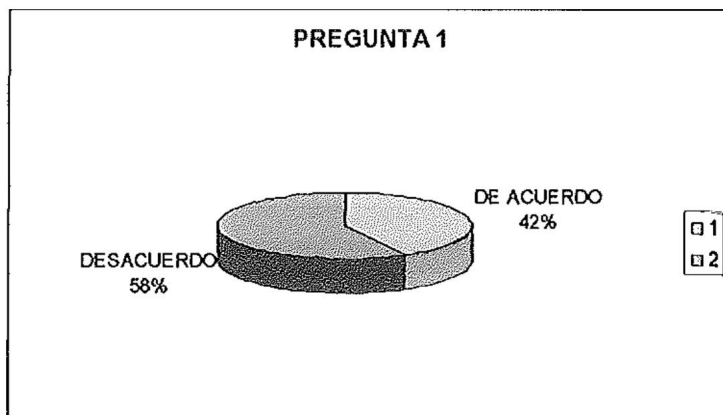


Figura 5, Pregunta 1 sobre el rol del psicólogo: Los deportistas que consultan al psicólogo es porque están enfermos o tienen algún problema...

Con respecto a la necesidad de que el psicólogo intervenga en el ámbito deportivo, el 79% de los participantes opinan que es preciso contar con la asesoría psicológica a pesar de que anteriormente no se hubiera contado con ella. El 21% no comparte esta opinión (Ver Figura 6).

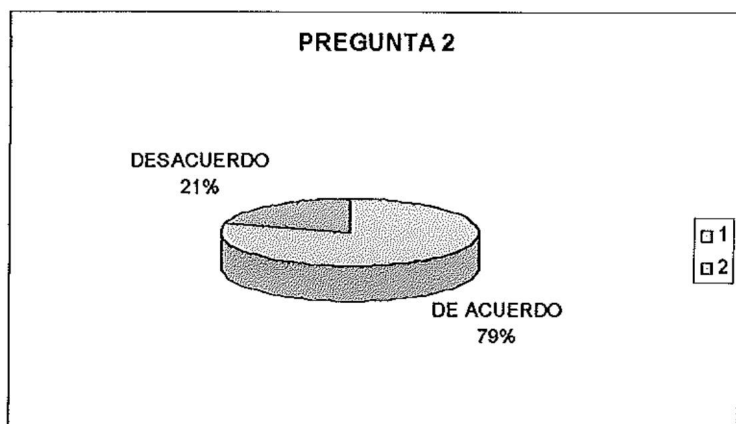


Figura 6. Pregunta 2 sobre el rol del psicólogo: Antes no habla psicólogos y se funcionaba muy bien. ¿Se necesitarla ahora?

Ahora bien,, en cuanto a la percepción que tienen los deportistas sobre el papel del psicólogo frente al papel del entrenador en el medio deportivo, el 95% opina que la labor que desempeña el psicólogo no interfiere o se hace más relevante que la del entrenador. Mientras que el 5% opina que el psicólogo le quita protagonismo al entrenador (Ver Figura 7).

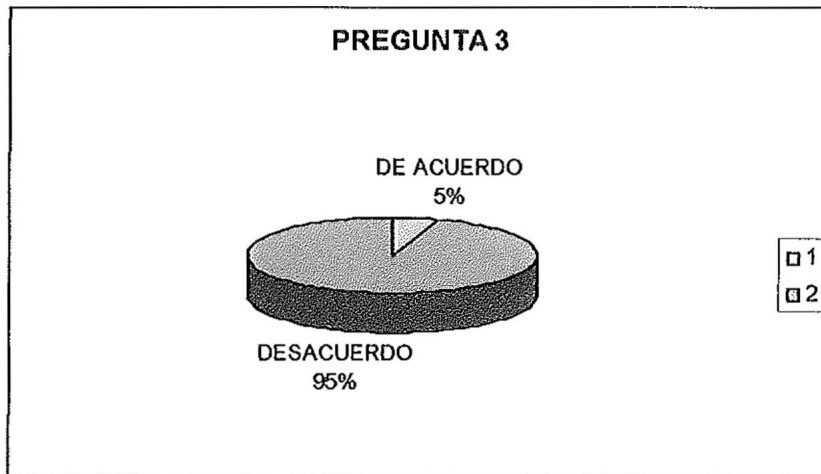


Figura 7. Pregunta 3 sobre el rol del psicólogo: El psicólogo le quita protagonismo al entrenador.

Al indagar sobre lo que piensan los participantes en cuanto a la diferencia de roles entre el psicólogo y el entrenador, el 79% opina que la labor psicológica la realiza mejor el mismo entrenador. Mientras que el 21% no está de acuerdo con esta posición (Ver Figura 8).

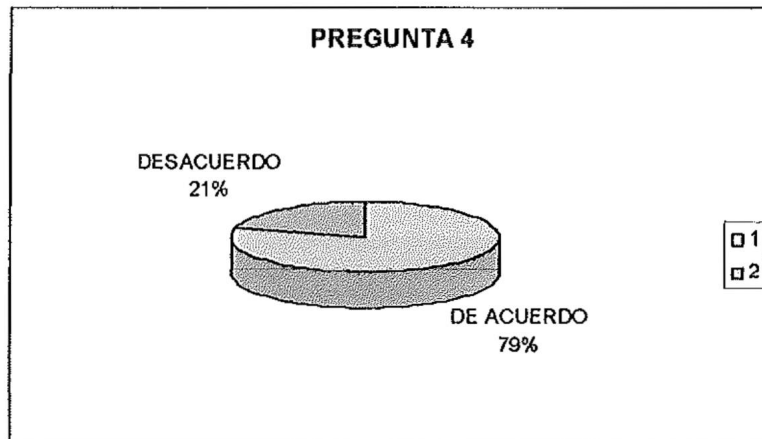


Figura d. Pregunta 4 sobre el rol del psicólogo: El mejor psicólogo es el entrenador.

En cuanto a la idea que tienen Los participantes acerca de la experiencia que debe tener el psicólogo en el deporte, el 26% opina que el psicólogo debe haber sido deportista. Para el 74% este aspecto no es importante (Ver Figura 9).

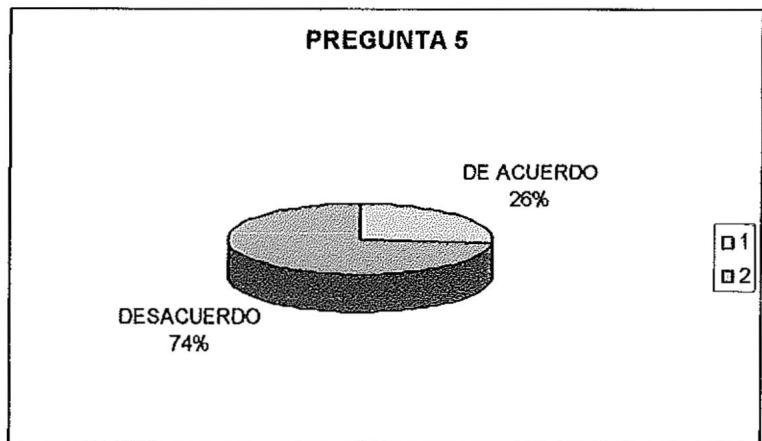


Figura 9. Pregunta 5 sobre el rol del psicólogo: El psicólogo tuvo que ser deportista.

Con respecto a la labor psicológica que tiene el entrenador dentro del equipo, el 89% opina que ésta labor

es importante. Mientras que el 11% no está de acuerdo con esta opinión (Ver Figura 10).

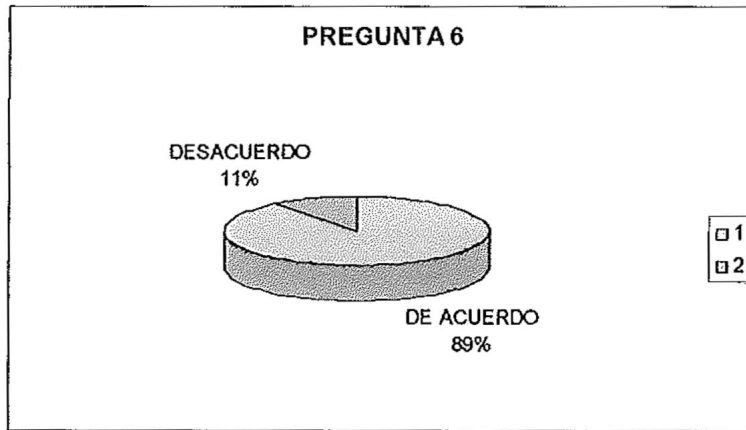


Figura 10. Pregunta 6 sobre el rol del psicólogo: El entrenador tiene una importante labor psicológica dentro del equipo.

Finalmente, la encuesta indaga acerca de la necesidad que tienen los deportistas de asistir al psicólogo. El 42% cree que los deportistas deben ir al psicólogo, aún siendo profesionales. Mientras que el 58% se encuentra en desacuerdo con esta opinión.

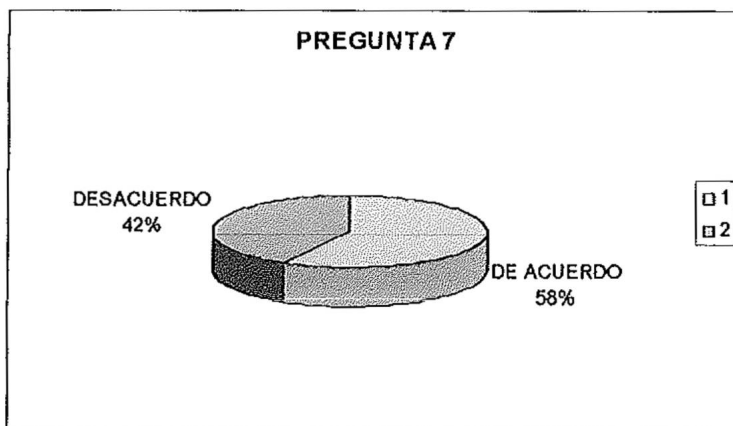


Figura 11. Pregunta 7 sobre el rol del psicólogo: Los deportistas no necesitan psicólogo porque son profesional es.



## Resultados de la Evaluación del Programa de Entrenamiento Psicológico (Percepción de los Jugadores)

Con el fin de conocer la percepción de los participantes con respecto al programa de intervención, se aplicó el cuestionario de Evaluación del Programa de Entrenamiento Psicológico, mencionado en el apartado de instrumentos.

Luego de realizar una revisión minuciosa de las respuestas de cada uno de los jugadores, se evidencia que en la opinión del 95% de los deportistas el programa de intervención implementado influyó en su rendimiento deportivo, así como que el trabajo psicológico deportivo es importante para la mejora del rendimiento. Sólo un jugador no se encuentra de acuerdo con la anterior afirmación (Ver Figura 12).



Figura 12. Opinión de los jugadores sobre la Importancia e Influencia del Programa de Intervención en su rendimiento deportivo.

De igual forma, a través de la evaluación se puede reconocer la percepción del dominio que tienen los participantes sobre las técnicas enseñadas a lo largo del

programa. En este orden, se observa que el 45% de los jugadores refiere un mayor dominio en las técnicas del control del pensamiento; mientras que 9 futbolistas, es decir, el 29% opina que la técnica de relajación progresiva es la de mejor manejo; y, el restante 26% considera que la técnica de visualización es la que se puede aprender más fácilmente (Ver Figura 13).

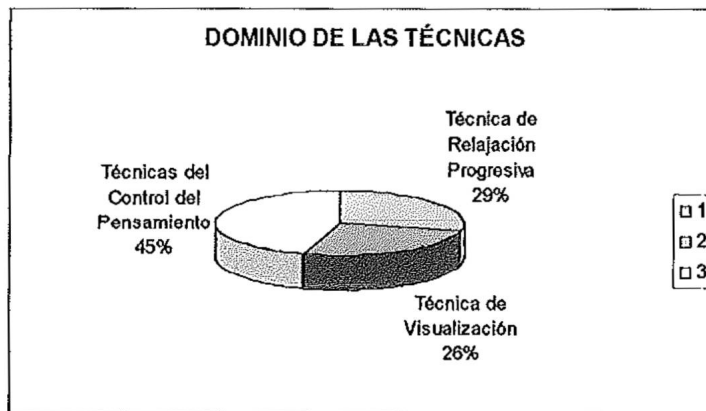


Figura 13. Distribución de porcentajes en el dominio de las técnicas enseñadas en el programa de Intervención.

#### Resultados del Cuestionario de Ansiedad Estado (STAI/E)

Para llevar a cabo la calificación del STAI/E, se opta por calificar los puntajes directos que se obtienen de cada ítem del cuestionario, por cada participante seleccionado. A partir de ello, se agrupan los ítems que corresponden a cada factor, y de esta forma se comienza a realizar la sumatoria de los puntajes brutos de cada uno de ellos, como se aprecia en las tablas 5 y 6.

Es importante apuntar que después de obtener las puntuaciones de cada sujeto, se calculan las medias ( $\bar{x}$ ) y las desviaciones estándar ( $s$ ), así como el puntaje mínimo, el puntaje máximo, el límite superior del rango medio ( $L_s$ )

y el límite inferior del rango medio (Li) , en cada una de las aplicaciones (pre y post) . Cabe resaltar que estos límites sirven para levantar puntos de corte propios de la muestra seleccionada. Estos datos se presentan a continuación.

Tabla 5. Resultado Cuantitativo del STAI/E por factores en 1 a medida pre.

SUJETO	AE AFIRMATIVO PRE	AE NEGATIVO PRE	RESULTADO STAI AE PRE
1	10	23	17
2	0	28	2
3	7	28	9
4	6	23	13
5	0	18	12
6	1	21	10
7	1	25	6
8	5	25	10
9	6	25	11
10	0	23	9
11	6	26	10
12	8	18	20
13	5	18	17
14	10	22	18
15	16	18	28
16	6	24	12
17	7	13	24
18	16	18	28
19	9	23	16
<b>X</b>	6,26	22,05	14,32
<b>S</b>	4,75	3,98	7,02
<b>Mínimo</b>	0	13	2
<b>Máximo</b>	16	28	28
<b>Li</b>	1,52	18,07	7,29
<b>Ls</b>	11	26,03	21,34

Tabla 6. Resultado Cuantitativo del STAI/E por factores en la medida post.

SUJETO	AE AFIRMATIVO POST	AE NEGATIVO POST	RESULTADO STAI AE POST
1	2	26	6
2	0	29	1
3	7	19	18
4	9	22	17
5	5	21	14
6	9	22	17
7	1	26	5
8	4	24	10
9	11	21	20
10	9	19	20
11	0	24	6
12	9	15	24
13	2	20	12
14	8	24	14
15	11	17	24
16	3	23	10
17	3	22	11
18	6	18	18
19	7	24	13
<b>Media</b>	5,58	21,89	13,68
<b>Desviación estándar</b>	3,66	3,43	6,43
<b>Mínimo</b>	0	15	1
<b>Máximo</b>	11	29	24
<b>Li</b>	1,92	18,46	7,25
<b>Ls</b>	9	25	20

### Análisis Inferencial

Luego de exponer la interpretación descriptiva de la investigación, se hace necesario realizar un análisis estadístico más profundo, para lo cual se emplea el software estadístico SPSS 12.0 para Windows.

Particularmente, para el análisis de los datos de la presente investigación se utiliza la Prueba T de Student

para muestras relacionadas, ya que por medio de ella se puede evaluar si dos muestras difieren entre si de manera significativa respecto a sus medias (Hernández y cois., 1991), es decir, se comparan las medias de los resultados de la preprueba con las medias de los resultados de la postprueba. Teniendo en cuenta lo anterior, se procede a exponer los resultados obtenidos.

En primer lugar, en lo que respecta al impacto del programa de intervención sobre la reducción de los niveles de ansiedad precompetitiva en los jugadores, se encuentra que existe una  $t = 0.297$  y una  $p = 0.770$ , que indica que no existe una diferencia significativa en las medias de las muestras luego de implementar el programa de intervención (Tabla 7).

De acuerdo con esto, se rechaza la hipótesis de investigación y se acepta la hipótesis nula, la cual plantea que la implementación de un programa de intervención grupal cognitivo-conductual para reducir niveles de ansiedad pre-competitiva en jugadores de fútbol no influye significativamente en la reducción de los niveles de ansiedad precompetitiva de éstos.



De otro lado, el factor Ansiedad Estado Negativa (AE-) tiene una  $t = 0.188$  y una  $p = 0.853$ , indicando, al igual que en el factor anterior, que no existe una diferencia significativa entre las medias del pre y post de este factor (Ver Tabla 9) .

Tabla 9. Prueba T de muestras relacionadas: Medida del factor Ansiedad Estado Negativa (AE-) -del STAI/E pre y post intervención.

	Media	Desviación Típica	Error Típico de la Media	95% Intervalo de Confianza para la Diferencia		T	gi	Sig,
				Inferior	Superior			
<b>Puntaje factor AE+ PRE</b>								
<b>Puntaje factor STAI AE+ POST</b>	0.158	3.655	0.839	-1.604	1.920	0.188	18	0.853

Finalmente, se comparan las medias del pre y post de cada uno de los ítems del STAI/E, con el fin de explorar si existe una diferencia estadística relevante en alguno de ellos. Sin embargo, al realizar un análisis exhaustivo, no se aprecia diferencia significativa alguna (Ver Tabla 10).

Tabla 10. Prueba T para muestras relacionadas: Comparación entre cada uno de los ítems del STAI/E pre y post intervención.

			Media	Desv Estd	EiStÜ Error Media	95% niLuivaiu uc Confianza rara la diferencia		t	Sig
						Lower	Upper		
1	ÍTEM 1 PRE -	ÍTEM 1 POST	-,053	,1268	,291	-,664	,559	-,181	,858
2	ÍTEM 2 PRE -	ÍTEM 2 POST	-,053	,848	,195	-,461	,356	-,271	,790
3	ÍTEM 3 PRE -	ÍTEM 3 POST	,158	,958	,220	-,304	,620	,718	,482
4	ÍTEM 4 PRE -	ÍTEM 4 POST	,105	,809	,186	-,285	,495	,567	,578
5	ÍTEM 5 PRE -	ÍTEM 5 POST	-,053	,911	,209	-,492	,387	-,252	,804
6	ÍTEM 6 PRE -	ÍTEM 6 POST	,316	1,057	,242	-,194	,825	1,302	,209
7	ÍTEM 7 PRE -	ÍTEM 7 POST	,211	,918	,211	-,232	,653	1,000	,331
8	ÍTEM 8 PRE -	ÍTEM 8 POST	,263	,806	,185	-,125	,651	1,424	,172
9	ÍTEM 9 PRE -	ÍTEM 9 POST	-,158	,602	,138	-,448	,132	1,143	,268
10	ÍTEM 10 PRE -	ÍTEM 10 POST	-,158	,834	,191	-,560	,244	-,825	,420
11	ÍTEM 11 PRE -	ÍTEM 11 POST	-,053	,524	,120	-,305	,200	-,438	,667
12	ÍTEM 12 PRE -	ÍTEM 12 POST	-,053	,970	,223	-,520	,415	-,236	,816
13	ÍTEM 13 PRE -	ÍTEM 13 POST	-,053	,848	,195	-,461	,356	-,271	,790
14	ÍTEM 14 PRE -	ÍTEM 14 POST	,053	,780	,179	-,323	,429	,294	,772
15	ÍTEM 15 PRE -	ÍTEM 15 POST	-,211	1,134	,260	-,757	,336	-,809	,429
16	ÍTEM 16 PRE -	ÍTEM 16 POST	-,158	,898	,206	-,591	,275	-,766	,454
17	ÍTEM 17 PRE -	ÍTEM 17 POST	,158	1,015	,233	-,331	,647	,678	,506
18	ÍTEM 18 PRE -	ÍTEM 18 POST	-,053	,780	,179	-,429	,323	-,294	,772
19	ÍTEM 19 PRE -	ÍTEM 19 POST	,158	,765	,175	-,211	,526	,900	,380
20	ÍTEM 20 PRE -	ÍTEM 20 POST	,158	,765	,175	-,211	,526	,900	,380



## Discusión

La intervención psicológica en el ámbito deportivo ha sido levemente abarcada en las investigaciones, destacándose principalmente estudios exploratorios y descriptivos cuya función está remitida a la medición de algún factor influyente en el rendimiento deportivo (Barbosa, S., 2006).

Dado lo anterior, el principal objetivo planteado al iniciar esta investigación fue evaluar el impacto de un programa de intervención grupal cognitivo-conductual para reducir niveles de ansiedad previo a una competición deportiva en jugadores de fútbol semiprofesional. Esta evaluación se realizó mediante el análisis estadístico Prueba T de Student que compara las medias de las medidas pre y post intervención.

De acuerdo con el estudio realizado por Savoy (1997), el entrenamiento mental y el empleo de técnicas psicológicas tales como la relajación progresiva y la visualización, tienen un efecto positivo sobre la reducción de niveles de ansiedad precompetitiva en deportistas. Ahora bien, el objetivo de implementar un programa no sólo se remite a intervenir en una dificultad, sino también puede contribuir con la promoción de la adquisición y uso de nuevas herramientas que permitan afrontar situaciones problemáticas o exigentes a los deportistas (Rodríguez y Rodríguez, 2005; Paiva, 2006).

Las razones anteriormente descritas conllevan a plantear la hipótesis de investigación, la cual hace alusión a que la implementación de un programa de intervención grupal cognitivo-conductual para reducir niveles de ansiedad pre-competitiva en jugadores de fútbol

influye significativamente en la reducción de los niveles de ansiedad precompetitiva de éstos.

No obstante, los resultados arrojados en el presente estudio llevan a concluir que un programa de intervención psicológico no reduce los niveles de ansiedad precompetitiva de jugadores de fútbol. De ahí que estos datos contrasten con la investigación realizada por Salazar y Zamora (2004), en la cual se encontró influencia significativa de sesiones de relajación y control de la tensión en la reducción de los niveles de ansiedad de karatekas.

De otro lado, una revisión exhaustiva de investigaciones anteriores (Vigoya y García, 2000; Savoy, 1997) indica que la técnica de relajación es la que más fácil perciben los deportistas llegando a adquirir un mayor dominio sobre ella. Sin embargo, al analizar los resultados descriptivos del presente estudio se encuentra que la técnica percibida como de mejor dominio es la de control de pensamiento, la cual pertenece a las técnicas cognitivas. Esto lo comprueban en su investigación Smith y Smoll (2007), quienes encontraron influencia significativa de técnicas cognitivas en el manejo de la ansiedad.

Con respecto a la validación de la hipótesis nula en la presente investigación, se debe considerar que al inicio de la fase de evaluación del grupo, los participantes presentaban algunas ideas tergiversadas sobre el rol del psicólogo. Por ejemplo, el 58% piensa que los deportistas no necesitan acudir al psicólogo porque son profesionales.

También es importante aclarar que las condiciones de la competencia en donde se llevaron a cabo las mediciones de ansiedad estado no representaban amenaza de fracaso para los jugadores debido a su grado de dificultad (bajo); lo

cual también ha sido ampliamente debatido, encontrando que en algunas investigaciones se afirma que hay una influencia significativa del grado de dificultad de la competencia sobre los niveles de ansiedad (Dowthwaite y Armstrong, 1986; Rivera, Guillén, Gutiérrez, Bielma, Orozco y Pérez, 2006) y otras que evidencian que sobre los niveles de ansiedad no existe influencia significativa del grado de dificultad de la competencia (Barbosa, S., 2006). En lo que respecta a este estudio, es claro que el grado de dificultad de las competiciones en las cuales se evaluó el nivel ansiedad precompetitiva influye en el resultado de estas mediciones, pues si la competencia no representa miedo al fracaso, el nivel de activación es muy bajo en el jugador, lo que conlleva a obtener puntuaciones bajas en la prueba de ansiedad.

Otro factor que se considera de importancia para la validación de la hipótesis nula es la edad promedio del grupo, ya que como se aprecia en el apartado de resultados, en su mayoría son adolescentes (79%). Epidemiológicamente se afirma que la ansiedad sobresale en personas adultas (Posada, J. y cois., 2006), apoyando el concepto de que los adolescentes enfrentan las situaciones de la vida de forma más tranquila. El tamaño del grupo (19 personas) y el periodo de duración del programa de intervención (8 sesiones), son otras razones que llevan a pensar en la existencia de variables influyentes en el impacto del programa sobre los niveles de ansiedad (Corey, 1995; Rose y cois., 1985).

A pesar de que los datos cuantitativos no demuestran un efecto positivo del programa en la reducción de los niveles de ansiedad de los futbolistas, se evidencia, a través de sus verbalizaciones y actitudes, que la

intervención tuvo un gran impacto y aceptación por parte del grupo. Por ejemplo, durante los entrenamientos y previo a ellos, fue posible observar al grupo intercambiando opiniones acerca del trabajo terapéutico, así como practicando técnicas aprendidas.

Como experiencia profesional, el presente estudio posibilita la visión de un panorama más claro acerca de la psicología en el ámbito deportivo, ya que se puede interactuar durante un periodo prolongado de tiempo con un equipo completo de fútbol, conociendo sus características, necesidades, expectativas y enfocando nuestra labor hacia el cumplimiento de éstas. Además, se resalta que la mayoría del grupo está conformado por adolescentes, lo cual hace que, como terapeutas, deban ser desarrolladas más habilidades, tanto para mantener el control del grupo como para captar la atención del mismo.

De igual forma, el diseño e implementación del programa de intervención permitió obtener datos importantes que pueden ser el paso inicial para realizar futuras investigaciones relacionadas con la intervención psicológica en el deporte.

Para finalizar, se resalta que en los partidos afrontados por los participantes del estudio en las tres competiciones en que se encontraban durante la intervención, se obtuvieron victorias, lo cual valida los resultados descriptivos referentes a su opinión respecto a la influencia del programa en el rendimiento deportivo, en donde el 95% afirma que el programa mejoró su rendimiento deportivo.

## Sugerencias

Debido a la importancia que refiere la presente investigación por ser un estudio que abarca un programa piloto y con el fin de que próximas investigaciones se interesen por explorar en la intervención psicológica deportiva, se hace necesario exponer las siguientes recomendaciones:

1. Tal como afirman algunos autores (Corey, 1995) y como se pudo observar en este estudio, se debe considerar el número de personas que participen en una intervención de tipo grupal (no más de 12 personas), ya que pueden presentarse inconvenientes en la receptividad de las temáticas, así como una participación más baja de cada uno de los participantes.
2. De igual forma, en lo que respecta a la intervención grupal, se recomienda establecer criterios de inclusión y exclusión rígidos a fin de lograr una cohesión grupal óptima y evitar las deserciones en el grupo a lo largo de la intervención,
3. Dentro de áreas de la psicología diferentes a la clínica, como por ejemplo en la psicología deportiva, es importante que los participantes de un programa conozcan claramente las funciones y labores que puede llegar a desempeñar el terapeuta o profesional, ya que con esto pueden modificarse ideas tergiversadas al inicio del trabajo psicológico y evitar posteriores frustraciones.
4. Como se puede observar a lo largo del estudio, el programa de intervención sólo se enfoca a una dificultad específica del deportista (ansiedad

estado) , lo cual no descarta que otra serie de áreas (concentración, motivación, tendencia al logro, relaciones interpersonales, etc.) se vean afectadas en esta población, y por tanto deban ser abordadas desde el punto de vista investigativo, en un comienzo. Esto, con el diseño de nuevos programas de intervención.

5. La metodología de investigación ocupa un lugar relevante para la búsqueda de resultados, razón por la cual debe considerarse en próximos estudios el uso de un grupo de comparación con el fin de eliminar cualquier fuente de error que pueda surgir y conseguir un mayor grado de confiabilidad.
6. La realización de un estudio piloto para comprobar el impacto de un programa de intervención sobre determinada variable se hace con el fin de obtener pautas que puedan llevar al continuo mejoramiento y validación de estos programas y de esta forma puedan ser implementados dentro de un plan de trabajo institucionalizado, contribuyendo al creciente desarrollo y posicionamiento de la psicología deportiva.

Referencias

APA (2005). *American Psychological Association Exercises and Sport Psychology, División 47.*

Barbosa, S., Rey, J. (2005). *Niveles de Ansiedad Precompetitiva y Aproximación de un Equipo de Fútbol Profesional Colombiano.* Disponible en red: <http://www.parltda.com.co/MEMORIAS%20CONGRESO%20%202006/ANSIEDAD.pdf>. Recuperado el 20 de Febrero de 2007 a las 17:30.

Barbosa, S. (2006). *Niveles de Ansiedad Precompetitiva en Deportistas Juveniles Pertenecientes a la Liga Santandereana de Natación.* Trabajo de grado para optar al título de Psicólogo. Programa de Psicología Universidad Autónoma de Bucaramanga.

Bermúdez, J. (1978). *Análisis Funcional de la Ansiedad.* Revista de Psicología General y Aplicaciones. 153. 617-634.

Bernstein, D., Nietzel, M. (1995). *Introducción a la Psicología Clínica.* Ed. McGraw Hill: México.

Buceta, J.M., López de la Llave A., Pérez-Llantada, Vallejo M. y del Pino M.D. (2002). *Intervención Psicológica con Corredores de Maratón: Características y Valoración del Programa Aplicado en el Maratón de Madrid.* Revista de Psicología del Deporte. 1 (11), 83-109.

Caballo, V. (1995). *Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta*. Ed. Siglo Veintiuno Editores: México.

Cely, C., Sarmiento, E. (2004). *Niveles de Ansiedad Precompetitiva en Futbolistas del Atlético Bucaramanga*. Trabajo de grado para optar por el título de Psicólogo. Programa de Psicología Universidad Autónoma de Bucaramanga.

Corey, G. (1995) . *Teoría y Práctica de la Terapia Crupal*. Ed. Desclée de Brouwer: Bilbao.

DeSchryver, M. (1992). *Effects of Chaining-Mastery Instruction, Anxiety Management Training, and Bibliotherapy on Golf Performance [Efectos de un entrenamiento en instrucciones, manejo de ansiedad y biblioterapia sobre rendimiento en golf]*. Disponible en: Base de Datos ProQuest. Recuperado el 7 de Julio de 2007 a las 15:35.

Dosil, J. (2004). *Psicología de la Actividad Física y del Deporte*. Ed. McGraw Hill: Madrid.

Dowthwaite, P., Armstrong, M. (1986). *An Investigation Into of Anxiety Levels of Soccer Players [Una investigación sobre los niveles de ansiedad de jugadores de fútbol]*. *International Journal of Sport Psychology*, 15 (3).

Ellis, A. (1975). *Cómo Vivir con un Neurótico*. Ed. Desclée de Brouwer: California.

Ellis, A. Harper, R., (1975). *Una Guía para Vivir Racionalmente*. Ed. Desclée de Brouwer: California.



Ellis, A, Becker, I., (1982). *Una Guía para la Felicidad Personal*, Ed. Desclée de Brouwer: California.

Ellis, A. Dryden, W., (1987). *Práctica de la Terapia Racional Emotiva*. Ed. Desclée De Brouwer: Bilbao.

Ellis, A., (1999). *Una Terapia Breve Más Profunda Y Duradera, Enfoque Teórico De La Terapia Racional Emotivo-Conductual*. Ed. Paidós: Barcelona.

Ellis, A., (2000). *Manual de Terapia Racional-Emotiva*. (8ª ed). Ed. Desclée De Brouwer: Bilbao.

García, C.T. (2004). *El Trabajo de Aspectos Psicológicos en Fútbol a Través del Entrenamiento Integrado*. Disponible en red: <http://cdeporte.rediris.es/biblioteca/psicofutbol.pdf>.

Recuperado el 6 de Marzo de 2007 a las 18:45.

Goldman, H. (1995). *Psiquiatría General*. Manual Moderno: México.

Gómez y Vásquez (2003). *Niveles de Ansiedad Precompetitiva en Deportistas de Voleibol Femenino y Masculino de la Universidad Autónoma de Bucaramanga*. Trabajo de Grado para Optar al Título de Psicólogo. Programa de Psicología Universidad Autónoma de Bucaramanga.

González, J. (1992). *Psicología y Deporte*. Biblioteca Nueva: Madrid.

Hernández, R. Fernández, C. Baptista, P. (1991). *Metodología De La Investigación*. (2ª ed). Ed. Me Graw Hill: México.

Iglesias, R. (1982). *La Ansiedad Estado/Rasgo (STAI) en un Grupo Clínico*. Memoria de Licenciatura. Universidad de Salamanca Facultad de Psicología.

Iruarrizaga, J., Gómez (1999). *Reducción de la Ansiedad a través de Entrenamiento en Habilidades Sociales*. Revista Electrónica de Motivación y Emoción (REME). 2 (1).

Maya y Usieto (1999). *Ansiedad y Rendimiento Deportivo*. Revista Archivos de Medicina del Deporte. 49.

Mumford y Blaize (1992) . *The Development and Assessment of a Mental Training Program with Young Female Figure Skaters [Desarrollo y evaluación de un programa de entrenamiento mental con jóvenes figures femeninas de patinaje]*. Disponible en: Base de Datos ProQuest. Recuperado el 7 de Julio de 2007 a las 15:50.

Paiva, M. (2006). *An Examination of the Relationship Between Mental Skills Training and Bowling Performance*. Disponible en: Base de Datos ProQuest. Recuperado el 7 de Julio de 2007 a las 16:05.

Phares, J. (1999). *Psicología Clínica: Conceptos, Métodos y Práctica*. (2ª ed) . Ed. Manual Moderno: México.

Posada, J. Buitrago, J. Medina, Y. Rodríguez, M. (2006). *Trastornos de de Ansiedad Según Distribución por*

*Edad, Género, Variaciones por Regiones, Edad de Aparición, Uso de Servicios, Estado Civil y Funcionamiento/Discapacidad Según el Estudio Nacional de Salud Mental - Colombia.* Disponible en red:  
[http://www.unicolmayor.edu.co/investnova/NOVA/bJOVA6ARTORIG2 , pdf .](http://www.unicolmayor.edu.co/investnova/NOVA/bJOVA6ARTORIG2.pdf)  
Recuperado el 13 de Octubre de 2007 a las 15:40.

Rangel, H., Russell, L., Ortega, A. (2005). *La Psicología del Deporte*. Ed. Universo: Colombia. Vol. 1 y 2.

Rivera, E. Guillén, B., Gutiérrez, R. Enriquez, J., Orozco, M., Pérez, M. (2006). *El Nivel de Ansiedad en la Etapa Precompetitiva de Adolescentes Practicantes de Deportes Individuales: El Caso de la COMUDAJ - León.* Documento presentado en el Primer Congreso de la Sociedad Iberoamericana de Psicología del Deporte. Guadalajara, México.

Rodríguez, J., Rodríguez, G. (2005). *Intervención Psicológica Mediante Rutinas de Atención y Concentración en un Equipo de Voleibol para Mejorar la Efectividad Colectiva del Saque.* Cuadernos de Psicología del Deporte. 5 (1, 2).

Rose, D. Tolman, R, Tallant, S. (1985). *Terapia Cognitivo-Conductual en Procesos Crupales.* Behav Ther.

Salazar, W. , Zamora, J. (2004). *Efecto de la Tensión, Ansiedad y Relajación con Respecto al Rendimiento Cognitivo en Deportistas.* Cuadernos de Psicología del Deporte. 4 (1, 2) .

Savoy, C. (1992). *The Relative Effectiveness of Two Psychological Training Programs on Performance and State Anxiety of Female College Basketball Player* [Los efectos relativos de dos programas de entrenamiento psicológico sobre el rendimiento y la ansiedad estado de jugadoras femeninas de baloncesto]. Disponible en: Base de datos ProQuest. Recuperado el 7 de Julio de 2007 a las 16:30.

Savoy, C. (1997). *The Relative Effect of a Group and Group/Individualized Program on State Anxiety* [Los efectos relativos de un programa con un grupo y un grupo individualizado sobre la ansiedad estado]. Disponible en: Base de Datos EBSCO. Recuperado el 14 de Agosto de 2007 a las 19:15.

Serrano, A. (1993) . *The Effects of a Self-Directed Stress Inoculation Training Program on Selected Psychological and Physiological Measures Related to Anxiety in Collegiaty Volleyball Players* [Los efectos de un programa de entrenamiento en inoculación de estrés auto dirigida sobre los síntomas psicológicos y fisiológicos de la ansiedad en jugadores de voleibol colegiales]. Disponible en: Base de Datos ProQuest. Recuperado el 4 de Agosto de 2007 a las 10:15.

Serrato, H. (2005). *Psicología del Deporte: Historia, Contextualización y Funciones*. Kinesis: Bogotá.

Smith, R., Smoll, F. (2007). *Effects of a Motivational Climate Intervention for Coaches on Young Athletes* [Efectos de una intervención de clima motivacional para entrenadores

de jóvenes atletas], Disponible en: Base de Datos ProQuest.  
Recuperado el 4 de Agosto de 2007 a las 10:50.

Spielberger y cois., (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Self Evaluation Questionnaire)* [Manual para el inventario de ansiedad estado/rasgo (Cuestionario de autoevaluación)]. Ed. Consulting Psychologists Press: California.

Spielberger y cois., (1999) . *Manual del Inventario de Ansiedad Estado " Rasgo (STAI)*. TEA Editores.

Tilomas, A. (1982). *Psicología del Deporte*. Herder: Barcelona.

Tobal, F, (2000). *Ansiedad, Estrés y Deporte*. Disponible en red: <http://www.metanet.com.es>, Recuperado el 20 de Marzo a las 16:30.

Urraca, M. (1981). *Actitudes ante la Muerte (Preocupación, Ansiedad, Temor) y Religiosidad*. Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid Facultad de Psicología.

Vigoya, D., García, S. (2000). *Efectos de un Programa en Relajación y Visualización en el Proceso de Recuperación de Deportistas Lesionados. Construyendo Psicología del Deporte*, Lukas Editores: Bogotá.

## Apéndices

### Apéndice A

#### Ficha Técnica

**Tema:** Impacto de una intervención grupal cognitivo-conductual en ansiedad precompetitiva de futbolistas de la Corporación Deportiva Real Santander Categoría Primera.

**Población:** 36 jugadores de fútbol de la Corporación Deportiva Real Santander Categoría Primera.

**Muestra:** 21 jugadores de fútbol de Primera de edades comprendidas entre los 15 y 20 años de edad, de género masculino.

**Tamaño del Grupo:** Es un grupo conformado por 21 personas.

**Tipo de Grupo:** Es un grupo heterogéneo, cerrado, pequeño, de carácter temporal, de tipo primario y con un nivel formal.

**Duración de las Sesiones:** Cada sesión tiene una duración aproximada de 1 hora y 30 minutos.

**Número de Sesiones:** Son 8 sesiones.

**Escenario Deportivo:** Sede deportiva Corporación Deportiva Real Santander Cajasan Campo Alegre.

**Criterios de Inclusión:**

- Que le guste trabajar en grupo.
- Ser jugador de Primera de la Corporación Deportiva Real Santander.
- Que se comprometa con las actividades propuestas por el grupo.
- Que pueda asistir a las sesiones semanales en el lugar y hora asignados.

- Motivación para participar en el tratamiento.
- < Aplicación de un test (STAI/E) que evidencie el nivel de ansiedad en los jugadores.
- Demostrar respeto hacia los demás compañeros.
- Demostrar respeto hacia los terapeutas.
- Mantener orden durante las sesiones.
- Criterio del terapeuta.
- Criterio del entrenador.

Criterios de Exclusión:

- Resistencia al cambio.
- Dificultad para asistir a las sesiones semanales en el lugar y hora asignados.
- Que la dificultad que presenta no altere directamente su desempeño deportivo.
- Incomodidad ante el trabajo en grupo.
- Dificultad en las relaciones interpersonales.
- Dificultad para expresar abiertamente su problemática en grupo.
- Baja motivación para participar en el tratamiento.

Apéndice B



Universidad Autónoma de Bucaramanga  
Programa de Psicología

CUESTIONARIO DE CONDUCTA DE ENTRADA

Nombre : \_\_\_\_\_ Edad: emai 1:

Teléfono Fijo y/o Celular: \_\_\_\_\_

A continuación usted encontrará una serie de preguntas relacionadas con información general necesaria para conocer al grupo y a sus integrantes. Marque con una X en la opción que corresponda.

1. ¿Le gusta trabajar en grupo?

Sí No ¿Por  
qué? \_\_\_\_\_

2. ¿Se le dificulta expresarse abiertamente cuando está en grupo?

S í \_\_\_\_ N o ¿Por  
qué? \_\_\_\_\_

3. ¿Considera que sus relaciones con el grupo son buenas?

Sí No ¿Por  
qué? \_\_\_\_\_

4. ¿Cumple con las metas que se propone?

Sí No ¿Por  
qué? \_\_\_\_\_

5. ¿Se le dificulta cumplir reglas establecidas?

Sí No ¿Por  
qué? \_\_\_\_\_



6. ¿Se interesa por lograr cambios significativos en su vida?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Por  
qué? \_\_\_\_\_

7. ¿Considera importante lograr estos cambios?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Por  
qué? \_\_\_\_\_

8. ¿Considera que hay algún factor que afecta su desempeño deportivo?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
¿Cuál? \_\_\_\_\_

9. ¿A qué actividades se dedica además de pertenecer al club?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

10. Si quedara seleccionado en el grupo de trabajo, ¿qué días y a qué horas se podría reunir con nosotros?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



ENCUESTA ROL DEL PSICÓLOGO

¿CUÁL ES SU OPINIÓN?

NOMBRE:

EDAD:

A continuación marque con una equis (X) su acuerdo o desacuerdo con cada una de las afirmaciones:

AFIRMACIÓN	DE ACUERDO	DESACUERDO
1. Los deportistas que consultan al psicólogo es porque están enfermos o tienen algún problema.		
2. Antes no había psicólogos y se funcionaba muy bien. Se necesitaría ahora?		
3. El psicólogo le quita protagonismo al entrenador.		
4. El mejor psicólogo es el entrenador.		
5. El psicólogo tuvo que ser deportista		
6. El entrenador tiene una importante labor psicológica dentro del equipo		
7. Los deportistas no necesitan psicólogo porque son profesionales.		

¿Has tenido la oportunidad de trabajar con un Psicólogo?  
 ¿Cómo fue esta experiencia?

Apéndice D

STAI/E

**STAI**  
 AUTOFORMALIZACION EN ESPAÑOL

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_

Profesión: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

**A-E** INSTRUCCIONES

Este cuestionario mide su nivel de ansiedad. Marque con una X la respuesta que mejor describe su estado actual.

1. Me siento tranquilo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
2. Me siento seguro	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
3. Estoy tranquilo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
4. Estoy tranquilo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
5. Me siento cómodo cuando estoy solo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
6. Me siento cómodo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
7. Estoy tranquilo cuando estoy solo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
8. Me siento cómodo cuando estoy solo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
9. Me siento cómodo cuando estoy solo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
10. Me siento cómodo cuando estoy solo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
11. Me siento cómodo cuando estoy solo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
12. Me siento cómodo cuando estoy solo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
13. Me siento cómodo cuando estoy solo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
14. Me siento cómodo cuando estoy solo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
15. Me siento cómodo cuando estoy solo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
16. Me siento cómodo cuando estoy solo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
17. Me siento cómodo cuando estoy solo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
18. Me siento cómodo cuando estoy solo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
19. Me siento cómodo cuando estoy solo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
20. Me siento cómodo cuando estoy solo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

COMPLETE SI HA COMPLETADO A TODOS LOS ÍTEMES CON UNA SOLA RESPUESTA.  
 Marque con una X la respuesta que mejor describe su estado actual.



Apéndice E



Bucaramanga,

COMPROMISO

Yo \_\_\_\_\_,  
identificado con el documento de identidad número  
\_\_\_\_\_f me comprometo a cumplir  
responsablemente con este grupo terapéutico y con sus  
normas:

1. Todo lo que se diga y haga dentro de las sesiones debe ser confidencial y únicamente lo conocerán quienes pertenecen al grupo.
2. Asistir puntualmente a las sesiones acordadas con los terapeutas.
3. Quien falte 2 veces deberá retirarse del grupo.
4. Promover el respeto entre los compañeros, hacia los terapeutas y viceversa.
5. No agredir física, verbal ni moralmente a los demás (compañeros y terapeutas).
6. Mantener adecuado comportamiento durante las sesiones.
7. Dar lo mejor de sí para preservar el grupo.
8. Cumplir con las tareas para la casa propuestas por los terapeutas.

Estoy de acuerdo y me comprometo a cumplir con lo anteriormente descrito.

Firma y número de documento de identidad:

Apéndice F



<u>SITUACIÓN</u>	<u>¿QUÉ PIENSO?</u>	<u>¿QUÉ SIENTO?</u>	<u>¿QUÉ HAGO?</u>

Apéndice G

Ejercicio Triada Griega

¿Qué Quiero?	¿Qué Puedo?	¿Qué Debo?

Apéndice H



FORMATO EVALUACIÓN PROGRAMA ENTRENAMIENTO PSICOLÓGICO  
(González, 1992)

Esta evaluación pretende identificar los logros y déficit del programa de entrenamiento psicológico deportivo desarrollado hasta el momento, Por favor responde con sinceridad.

1. ¿Consideras importante el trabajo psicológico deportivo para la mejora del rendimiento?

Nada importante

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Muy importante

¿Por qué?

2. ¿Consideras que el programa desarrollado hasta el momento ha influido en tu rendimiento deportivo?

Ninguna Influencia

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Alta Influencia

¿En qué forma?

3. ¿Cuál de las destrezas psicológicas que has aprendido consideras es la de mayor importancia y la que más influye sobre tu rendimiento deportivo?
- Relajación
  - Visualización
  - Control de pensamiento

4, ¿Cuál consideras que es tu dominio de cada destreza?

- Relajación:

Ningún dominio  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Total dominio

- Visualización:

Ningún dominio  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Total dominio

- Control de pensamiento:

Ningún dominio  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Total dominio

5. Si no lograste el dominio de alguna destreza, ¿A qué lo atribuyes?

6. ¿A qué atribuyes el haber logrado el dominio de alguna destreza?

7. Señala los aspectos positivos de este programa de entrenamiento psicológico,

8. Señala los aspectos negativos de este programa de entrenamiento psicológico.

9. Sugerencias.



Apéndice I  
Fotos Real Santander

