

TEMA VIII

PSICOLOGÍA DE LAS LESIONES DEPORTIVAS

En el ámbito del deporte, ya sea de iniciación, recreación o profesional, uno de los problemas más importantes a los que ha de enfrentarse el profesional de la psicología es el de las lesiones, un inevitable riesgo, inherente a la práctica de cualquier modalidad deportiva, que condiciona y fiscaliza no sólo el rendimiento, sino también la autonomía, la salud y las relaciones interpersonales del afectado. De hecho, cada vez son más los atletas que tienen que abandonar de forma temporal o definitiva la práctica deportiva debido a lesiones relacionadas con desequilibrios musculares, colisiones a alta velocidad, exceso de entrenamiento y/o fatiga física, una triste realidad que nos acerca al lado más oscuro del deporte: el de la presión excesiva, la exigencia extrema y la ansiedad desmedida. Baste señalar, en este sentido, que en los Estados Unidos ocurren más de setenta millones de lesiones que requieren atención médica o al menos un día de práctica deportiva restringida (Williams y Roepke, 1993), una cifra que, lamentablemente, se va incrementando con el paso del tiempo.

En efecto, el protagonismo cultural, económico y social alcanzado por el deporte en las últimas décadas ha hecho que cada vez sean más las exigencias y mayores las presiones para que el deportista consiga marcas y resultados que rayan ya, física y psicológicamente, el límite de sus posibilidades. Desde el deporte base hasta el alto rendimiento, a los atletas se les viene enseñando que la implicación, el sacrificio y la dedicación plena son ingredientes necesarios para alcanzar el éxito deportivo, sin embargo, lo que no se les llega a explicar es que estos ingredientes, llevados al extremo, pueden desembocar en lesión y fracaso. Y esto, señala Palmi (1997), no es algo que interese únicamente a los deportistas de elite, sino que afecta a todas aquellas personas que practican deporte, con independencia de su edad, condición o nivel competitivo. Es por ello, continúa este profesor del INEF de Lleida, que *“necesitamos conocer cuáles son los determinantes y los factores –entre ellos los psicológicos- que afectan la lesión deportiva, paralelamente a la búsqueda de recursos y de ejercicios que permitan una mejor y más rápida rehabilitación del deportista lesionado”* (p. 218).

Apurando estas ideas, Dosil (2004) realiza un concienzudo análisis del contexto en el que se producen las lesiones deportivas, llegando a la conclusión de que el hecho de lesionarse -o no-, contrariamente a lo que opinan muchos deportistas, no es una mera cuestión de suerte, sino que depende de factores físicos, psicológicos y situacionales relacionados con la actividad deportiva llevada a cabo. A saber:

- a) Lesiones en el deporte de recreación.- Tener un estilo de vida saludable, en el que la actividad física y el deporte desempeñen un papel relevante, es la mejor garantía de obtener <<calidad de vida>>. Sin embargo, a pesar de la cordura de esta máxima, el *modus vivendi* de los países desarrollados suele caracterizarse por un ritmo vertiginoso y trepidante, un ritmo que suele ir acompañado por un considerable incremento de las fuentes de estrés y una importante reducción de la práctica deportiva por falta de tiempo. Si a esto añadimos que la propia sociedad promociona la práctica de actividad física y deportiva como una exigencia básica sin la que no se puede ni se debe vivir, nos encontramos ante un peligroso cóctel que hace que muchas personas comiencen a realizar ejercicio sin ningún tipo de preparación previa, lo que hace que la probabilidad de lesionarse sea mucho mayor.
- b) Lesiones en el deporte de iniciación.- La enorme demanda de esfuerzo y el alto nivel de exigencia que comporta el desarrollo de cualquier actividad deportiva, pueden llegar a provocar traumatismos y lesiones que, en muchas ocasiones, obligan al atleta a suspender o reorganizar su actividad. Esto es particularmente obvio en el caso del deporte de iniciación, un ámbito en el que la falta de coordinación corporal, la ausencia de dominio técnico de la ejecución y la inexperiencia hacen que se incremente exponencialmente el riesgo de sufrir alguna lesión.
- c) Lesiones en el deporte de competición.- Las exigencias del rendimiento deportivo son, la mayoría de las veces, contrarias a los principios de salud física y psicológica del individuo. Realizar entrenamientos con cargas de trabajo excesivas, querer conseguir en poco tiempo grandes resultados, restringir los periodos de descanso y/o renunciar a la preparación psicológica, son algunos de los factores que pueden favorecer el advenimiento de las lesiones en el deporte de competición. Incluso, como apuntan Williams, Rotella y Scherzer (2001), el entrenador puede llegar a ser uno de los factores favorecedores de la lesión, ya que su actitud y su discurso (hay que dar más, hay que ser más duro, hay que implicarse un

110%, etc.) pueden hacer que los deportistas se arriesguen más y con mayor frecuencia, aumentando así las probabilidades de caer lesionados.

- d) Lesiones en el deporte de riesgo.- Como su propio nombre indica, la práctica de este grupo de deportes, que puede realizarse a nivel recreativo o competitivo, suele ir acompañada de frecuentes problemas musculares, endémicas molestias y, en el peor de los casos, importantes lesiones. Esto sugiere, cuando menos, que la probabilidad de sufrir una lesión grave practicando ciclismo, escalada, esquí o motociclismo es, estadísticamente hablando, mucho mayor que en cualquier otro deporte, ya que la particular idiosincrasia de este tipo de deportes hace que sus practicantes tengan que arriesgar al máximo, en un entorno, además, comprometido y peligroso. De hecho, para muchos investigadores, la principal característica que diferencia los deportes de riesgo del resto de las modalidades deportivas es el peligro que entraña su práctica y la gravedad que suelen tener las lesiones.

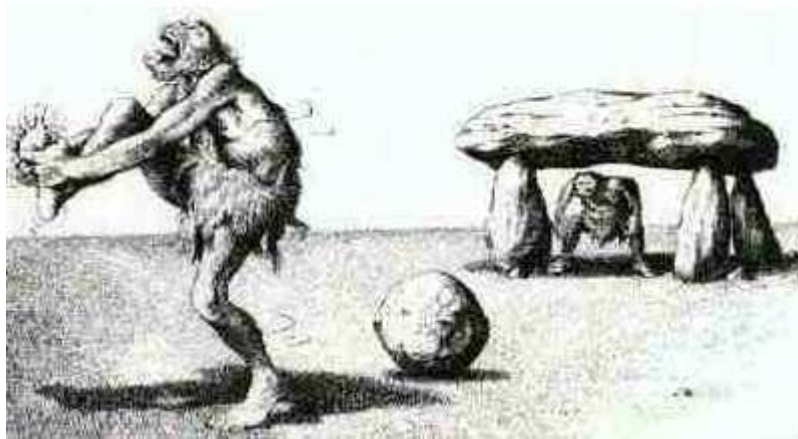
Por lo demás, si nos paramos a analizar detenidamente el proceso de la lesión deportiva desde sus antecedentes a su materialización, nos daremos cuenta que en dicho proceso la constitución médico-fisiológica (morfotipo), los niveles de estrés y la fatiga física juegan un papel sumamente importante en su advenimiento, aunque, a decir de muchos autores (Feltz, 1984; Weinberg y Gould, 1996; Palmi, 1997), son los rasgos de personalidad -autoconcepto, introversión, extroversión, resolución y/o tenacidad- los que suscitan y determinan la presencia -o no- de lesiones a lo largo de la temporada.

8.1.- LESIÓN Y TIPOS DE LESIÓN

A pesar de la disposición, el interés y el esfuerzo de muchos profesionales de la medicina, la fisiología y la psicología deportiva, no existe por el momento una definición universal que especifique y diferencie qué es exactamente una lesión deportiva. La bibliografía especializada sobre el tema nos descubre y describe un panorama plagado de definiciones que siguen enunciándose y describiéndose con términos tan variados y circunstanciales como la zona del cuerpo comprometida por la lesión, el tipo de tejido afectado, la gravedad del daño y/o el tiempo que el deportista va a estar alejado de la competición. Sin embargo, y aunque para el atleta lesionado las discusiones y controversias de los investigadores carezcan de importancia, lo cierto es que, desde el punto de vista de la intervención, poseer una definición consensuada que nos permitiera

entender la génesis, los mecanismos y las consecuencias de la lesión, mejoraría enormemente la utilidad y la repercusión de los futuros estudios sobre el tema.

En cualquier caso, lo que sí existe en la actualidad es un eventual acuerdo entre los investigadores a la hora de considerar las lesiones como auténticos <<accidentes de trabajo>>, accidentes que, generalmente, son consecuencia directa de la ejecución fallida de un determinado gesto técnico (Buceta, 1996), de la falta de preparación física (Pfeiffer y Mangus, 2000) o, simplemente, de la ocurrencia de un percance fortuito relacionado con el desarrollo de la actividad deportiva (Gordon, 1986). Una variada casuística, recuerda Palmi (1997), que no sólo afecta a los atletas profesionales o de élite, sino que podemos encontrar en todos los niveles deportivos, aunque, eso sí, con una trama y una incidencia muy diferentes. En el deporte de iniciación, por ejemplo, es frecuente encontrar lesiones producidas por falta de dominio corporal y de destreza técnica en la ejecución, mientras que en el alto rendimiento la mayoría de las lesiones parecen estar asociadas a un exceso de confianza o a una exigencia demasiado elevada en la ejecución, sin el suficiente periodo de preparación y/o de recuperación física.



La primera lesión

En este sentido, Hinrichs (1995) nos propone una clara y sencilla explicación del concepto de lesión deportiva, una explicación que alude a cualquier trastorno, del tipo que sea, que altera la capacidad del sujeto para practicar deporte: *“Lesión, es un término general de aplicación a todos los procesos que destruyen o alteran la integridad de un tejido o parte orgánica, ya sean agudos como ocurre por ejemplo en una contusión, un desgarro o una rotura o crónicos como serían una inflamación o una degeneración”*. De entrada, pues, cualquier daño corporal causado por una herida, golpe o enfermedad, cuyas consecuencias se vean reflejadas en la ejecución o en el rendimiento deportivo de la persona afectada puede ser considerado como una lesión deportiva, aunque, habremos de reconocer que no todas las lesiones son iguales ni tienen el mismo efecto sobre el deportista y su entorno.

Así las cosas, habremos de considerar la lesión deportiva como una fuente inagotable de tensión, dolor y sufrimiento para el deportista, una lamentable y trágica circunstancia que aflige y mortifica no sólo al que la sufre, sino también a sus familiares, compañeros y amigos, especialmente a los que lo atienden y se preocupan por él. En efecto, todo apunta a que a los elementos de dolor y disfuncionalidad física –propios de cualquier traumatismo- se unen los de orden psicológico, laboral y social que, aun siendo subsidiarios, hacen mucho más complejo el proceso de aceptación y de posterior recuperación. Por eso mismo, urge identificar los factores biomecánicos, físicos y psicológicos relacionados con la lesión deportiva, necesitamos conocer sus causas, su dinámica y sus consecuencias, al tiempo que buscamos y seleccionamos recursos y ejercicios que permitan una mejor y más rápida rehabilitación del deportista lesionado.

Podemos comenzar, pues, por identificar y analizar las causas primordiales de las lesiones deportivas, causas que, como explica Gutierrez (1977), pueden agruparse en alguno de estos tres apartados:

- a) Encontronazos, choques, trapiés o impactos con otro u otros deportistas o con elementos y materiales relacionados con el desarrollo de la práctica deportiva (incidencias que, por desgracia, suelen ocasionar un sinfín de traumatismos, contusiones, magulladuras y/o fracturas al atleta).
- b) Incorrecta ejecución de una acción o gesto técnico, consumación de un movimiento forzado o superación de los umbrales máximos de resistencia en el desarrollo de la actividad deportiva (incidencias que nos hablan de dislocaciones, esguinces, luxaciones y otros contratiempos relacionados con ligamentos y articulaciones del deportista).

- c) Cálculo desafortunado o erróneo de la carga de trabajo en la práctica de modalidades deportivas que requieren movimientos repetidos y continuos, como es el caso del balonmano, el fútbol o el tenis (el deportista, simplemente, ha realizado demasiadas repeticiones y ha sobrecargado músculos y tendones).

En cuanto a los factores implicados en la lesión deportiva, la literatura especializada destaca el papel trascendental que juegan los desequilibrios musculares, el exceso de entrenamiento y la fatiga física en su génesis y manifestación, aunque también reconoce y ratifica que las características de personalidad, los niveles de estrés y ciertas predisposiciones individuales pueden y deben ser considerados como antecedentes fundamentales de las lesiones en el deporte (Rotella y Heyman, 1986; Wiese y Weiss, 1987). En concreto, Davis (1991) revisó catorce estudios sobre el tema, de los cuales doce confirmaron que la presencia de altos niveles de estrés en los deportistas aumentaba considerablemente la probabilidad de sufrir una lesión. Otros trabajos más recientes (Hanson, McCullagh y Tonymon (1992); Hardy, Richman y Rosenfeld, 1991; Petrie, 1993), también confirman una línea muy similar de resultados, demostrando que el control del estrés ha de tomar, en todo caso, una importancia capital en la prevención de las lesiones deportivas.

Finalmente, y en lo que a la rehabilitación del deportista lesionado se refiere, la eficacia profesional nos aconseja desarrollar propuestas generales de intervención -adaptadas al grupo con el que trabajamos- combinadas con otras de corte más personalizado -ideadas para las características individuales-, que permitan reducir el impacto psicológico de la lesión, ayuden a mantener la confianza del lesionado y promuevan una actitud positiva orientada hacia el trabajo sistemático y la aceptación de la realidad. En esta línea, cabe destacar el trabajo de Davis (1991), un trabajo en el que se demuestra que con un sencillo programa de entrenamiento psicológico -consistente en el aprendizaje de una técnica de relajación muscular progresiva, combinada con la práctica imaginada (previa a la ejecución deportiva)- se consigue reducir en un 52% las lesiones de un grupo de nadadores, y en un 33% las de un equipo de fútbol americano.

8.1.1.- Clasificación de las lesiones deportivas

En términos generales, se admite que las lesiones deportivas son percances fortuitos que ocurren mientras se está practicando ejercicio físico o deporte.

Algunas ocurren de forma accidental, otras, en cambio, son el resultado de desatinadas prácticas de entrenamiento, de exageradas cargas de trabajo y/o del incorrecto uso del material deportivo. Comprobamos, en efecto, como algunos deportistas se lastiman cuando no están en buenas condiciones físicas, cuando no calientan lo suficiente o cuando no realizan los estiramientos adecuados antes de jugar o competir, mientras que otros, por el contrario, caen lesionados como consecuencia de un choque fortuito, un episodio traumático o una mala ejecución. Por eso mismo, nos vemos en la obligación de retomar la definición de lesión deportiva anteriormente esbozada para debatir algunas cuestiones relativas a esta compleja realidad y clarificar algunas de las diferencias existentes entre los diferentes niveles de lesión.

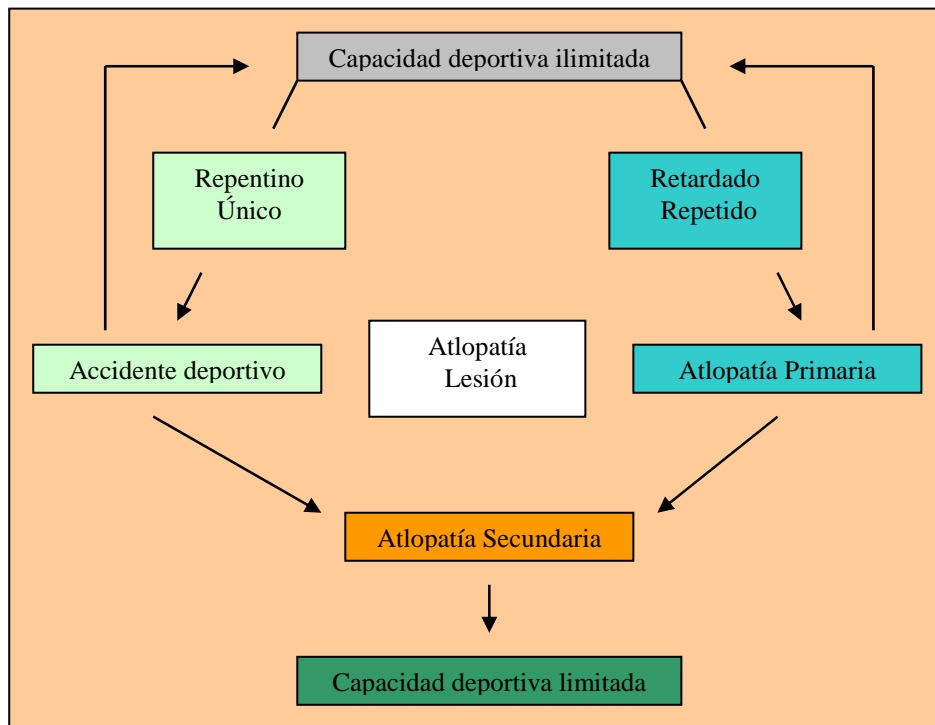
En primer lugar, habremos de tener en cuenta que las lesiones pueden afectar a cualquier parte del cuerpo, observándose una vulnerabilidad específica relacionada con el tipo de movimientos corporales característicos de cada especialidad deportiva. En fútbol, por ejemplo, la rotura de ligamentos cruzados es una lesión relativamente frecuente; en balonmano, el esguince de la articulación de rodilla es algo normal; en cambio, en baloncesto y en jockey, la lesión de tobillo acostumbra a ser la lesión más habitual. Por eso, afirma Gutierrez (1997), podemos realizar una primera clasificación de las lesiones deportivas atendiendo a las estructuras del aparato locomotor afectadas:

- a) Lesiones que afectan a tejidos blandos. Categoría médico-patológica que incluye a los músculos, las fascias, los tendones, las cápsulas articulares, los ligamentos, los vasos sanguíneos y los nervios. La mayoría de estas lesiones son contusiones, magulladuras, esguinces (ligamentos/cápsulas) y/o distensiones (músculos/tendones).
- b) Lesiones que afectan a tejidos óseos y/o cartilagosos. Categoría médico-patológica que incluye cualquier estructura ósea del cuerpo. Son lesiones que afectan a la estructura de los huesos, su formación y protección, presentándose principalmente en forma de fisuras y/o fracturas.
- c) Lesiones que afectan a los puntos de unión de un músculo con un hueso (inserción). Categoría médico-patológica referida a la zona de implantación de las fibras tendinosas en los huesos. Son lesiones que afectan fundamentalmente a los tendones (tendinitis), a la bursa (bursitis) y/o al epicondilo (epicondilitis) en forma de inflamación y/o de rotura.

En segundo lugar, es importante recordar que las lesiones repercuten de manera muy distinta sobre la cotidianidad del comportamiento de las personas que las padecen, pudiendo ser explicadas, como proponen DeLee y Farney (1992), en función de la gravedad del daño y del tiempo de recuperación que requieren. En este sentido, una de las taxonomías más extendidas en la bibliografía sobre la psicología de las lesiones deportivas es la de Heil (1993), una taxonomía que, en función de las consecuencias de la lesión sobre la actividad deportiva, propone la existencia de cinco categorías o niveles de lesión:

- *Lesiones leves.*- Lesiones que requieren atención y/o tratamiento, pero que no interrumpen la actividad del deportista ni en los entrenamientos ni en la competición.
- *Lesiones moderadas.*- Lesiones algo más severas que provocan algunas incomodidades en el entrenamiento y disminuyen el rendimiento del deportista en la competición. El atleta, normalmente, se ve forzado a regular la intensidad del esfuerzo y a disminuir la carga de trabajo en los momentos agónicos. Requieren tratamiento.
- *Lesiones graves.*- Lesiones importantes que implican una interrupción prolongada de la actividad deportiva y un periodo importante de disfuncionalidad (uno o más meses de baja), a menudo acompañado de hospitalizaciones e intervenciones quirúrgicas.
- *Lesiones graves que provocan un deterioro crónico.*- Lesiones que debido a su notable gravedad, o al excesivo tiempo de recuperación que precisan, impiden al deportista recuperar su nivel de rendimiento anterior (habitual). Generalmente, implican un prolongado periodo de inactividad, una drástica disminución en el rendimiento deportivo y, con frecuencia, un repentino deseo de abandono o de cambio de especialidad. El trabajo de rehabilitación para favorecer la recuperación, edificar la confianza y prevenir el desánimo resulta imprescindible en estos casos.
- *Lesiones graves que provocan incapacidad permanente.*- Lesiones extremadamente graves, que algunos autores califican de catastróficas (Mueller y Cantu, 1990), que implican una discapacidad funcional y/o neurológica grave, o una discapacidad funcional y/o neurológica transitoria (seria), que impide al atleta volver a practicar deporte, con el consiguiente impacto y necesidad de reajuste en su forma de vida.

En tercer lugar, y atendiendo ahora a los mecanismos que las provocan, podemos clasificar las lesiones en accidentes deportivos, atlopatías primarias y atlopatías secundarias (Hinrichs, 1995). En concreto, cuando las causas de la lesión vienen determinadas por un suceso único y repentino -encontronazo, caída, impacto, etc.- se acostumbra a hablar de *accidente deportivo* y se califica como <<macrotraumatismo>>. En cambio, cuando el proceso que provoca la lesión es fruto de la repetición arbitraria (ejecución excesiva de una determinada acción o gesto técnico), o se produce de forma retardada (fatiga acumulada), se alude a una *atlopatía primaria* y se califica de <<microtraumatismo>>. Por último, si tras una *atlopatía primaria* y/o un *accidente deportivo*, producidos por la causa que fuere, no se consiguiese restablecer la capacidad ilimitada del sujeto para realizar deporte, la lesión deportiva habría de considerarse como una *atlopatía secundaria*, un tipo de lesión grave que se manifiesta en forma de alteraciones motoras u orgánicas permanentes o en forma de procesos degenerativos más o menos dolorosos, como por ejemplo la artrosis.



Fuente: Hinrichs (1995)

Pero aún hay más. Por muy paradójico que a primera vista pueda parecer, y por mucho que los deportistas y entrenadores se empeñen en relacionarlas con el azar, cada vez son más los autores que sugieren que las lesiones, en un alto porcentaje de los casos, pueden ser autoinducidas (Gordon, 1986). De hecho, la mayoría de los estudios estadísticos sobre las causas de los accidentes deportivos coinciden en afirmar que en más del cincuenta por ciento de las ocurrencias el responsable de la lesión es el propio deportista, citándose como causas más frecuentes la falta de habilidad y coordinación, el cansancio, la falta de entrenamiento, la influencia de medicamentos y alcohol y, por supuesto, la deficiente recuperación después de sufrir una enfermedad o lesión (Hinrichs, 1995). Nada tiene de particular, por tanto, que un especialista en lesiones deportivas como Joan Palmi (1997) afirme en numerosas ocasiones que para el profesional de la *Psicología del Deporte* es imprescindible conocer cuáles son los factores que, en mayor o menor medida, predisponen al atleta a tener más probabilidad de lesionarse, para así poder elaborar una propuesta exitosa de trabajo que permita prevenir las lesiones o, en su defecto, asegurar una óptima recuperación.

Así pues, el psicólogo del deporte -combinando una visión de salud y de rendimiento- habrá de tener la formación y los conocimientos necesarios para identificar, evaluar y prevenir los riesgos de la lesión, ayudando al deportista a gestionar el estrés producido por el dolor y la disfuncionalidad cuando ésta se produzca. Este es, precisamente, el argumento en el que se basa la psicología para convertir la lesión deportiva en objeto de estudio, investigación e intervención, dando origen de esta manera a una nueva especialidad dentro de la psicología deportiva cuya evolución y desarrollo presentamos en el siguiente apartado.

8.2.- LA PSICOLOGÍA DE LAS LESIONES DEPORTIVAS

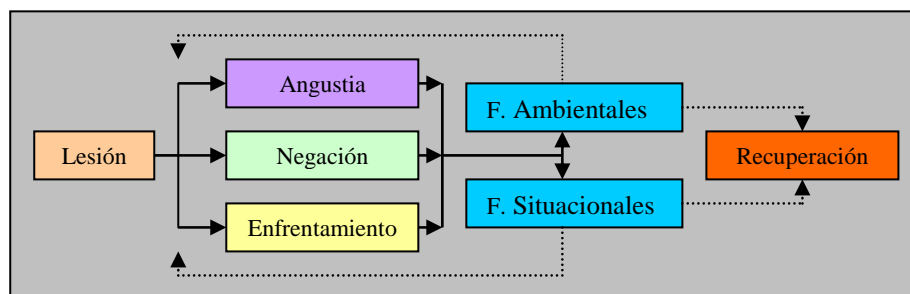
Aunque existen algunas referencias anteriores, podemos decir que los primeros trabajos empíricos sobre la psicología de las lesiones deportivas datan de finales de los sesenta y comienzos de los setenta. En su mayoría, son trabajos muy poco sistematizados, basados en la intuición del autor y realizados con las limitaciones metodológicas propias de un modelo que se centra casi exclusivamente en el individuo: el modelo clínico. Entre ellos, por su prestigio, su proyección y su influencia, destacan los realizados por J.C. Little en 1969 y por S.T. Bramwell y sus colaboradores en 1975, aunque, como apunta Heil

(1993), el verdadero marco teórico en el área de las lesiones deportivas no se origina hasta bien entrados los ochenta con el incipiente desarrollo de varias ciencias relacionadas con la participación deportiva (la medicina deportiva, la biomecánica, la fisioterapia, la psicología del rendimiento deportivo, etc.).

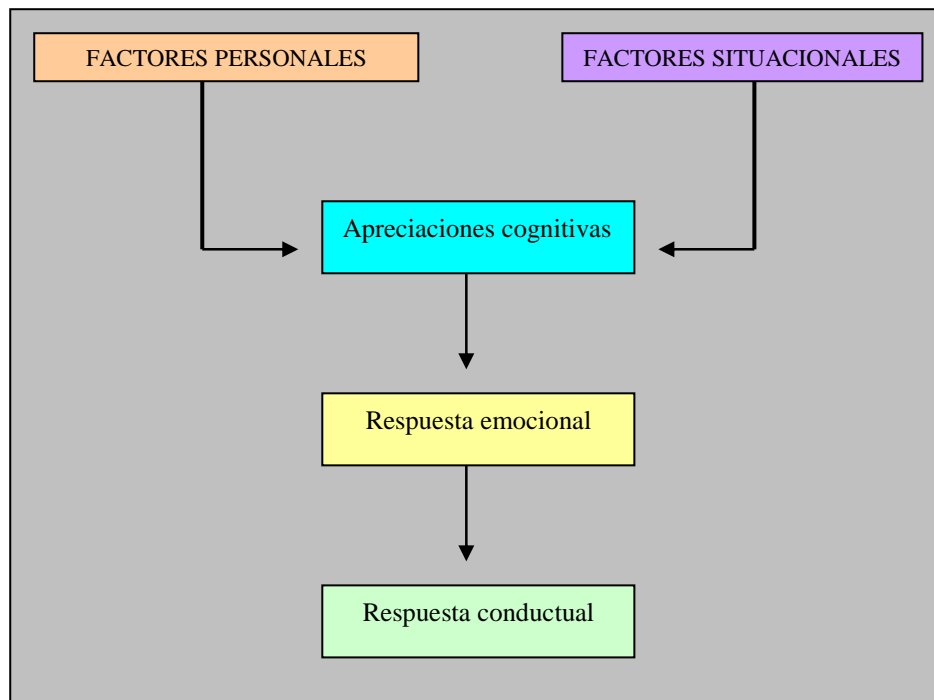
Pero, vayamos por partes. Little, en concreto, en un estudio empírico sobre los atletas lesionados titulado “*The athlete’s neurosis: a deprivation crisis*”, encontró que la presencia de la lesión precedía habitualmente a una sintomatología neurótica que en el caso de los incondicionales del deporte era significativamente más frecuente que en el resto de la población. También Green, Green y Walters (1979), subrayando la existencia de una profunda conexión entre los aspectos psicológicos y fisiológicos que predisponen a las lesiones deportivas, plantean que todo cambio en el estado fisiológico, consciente o inconscientemente, es acompañado por un apropiado cambio en el estado mental-emocional y a la inversa, todo cambio en el estado mental-emocional, consciente o inconscientemente, es acompañado por un apropiado cambio en el estado fisiológico. En cuanto a Bramwell y sus colaboradores, podemos afirmar que sus trabajos de investigación sobre los factores psicosociales responsables de las lesiones deportivas ayudaron a sentar las bases de los modelos psicológicos basados en la predicción, llegando a demostrar de forma irrefutable la íntima e inextricable relación existente entre el estrés de vida y el número de lesiones sufridas por la población de deportistas (Brewer, 1998).

En cualquier caso, de lo que no hay duda es de que, a pesar de sus evidentes limitaciones metodológicas, estos trabajos preliminares han ejercido una enorme influencia en el ámbito de la investigación aplicada, llegando a ser considerados por los especialistas como precursores en el nacimiento del interés por el estudio de las lesiones deportivas dentro de la psicología. De hecho, investigaciones tan interesantes como la de Chang y Grossman (1988) sobre el estado de ánimo de los corredores cuando la rutina de correr se ve interrumpida por una lesión, la de Brewer (1993) sobre la depresión que experimenta el deportista en el periodo posterior a la lesión o la de Leddy, Lambert y Ogles (1994) sobre la percepción de la competencia física de los deportistas antes y después de una lesión, han tomado como suyas algunas de las premisas, consignas y/o propuestas de estos trabajos pioneros. Nos encontramos, *de facto*, ante un acervo de trabajos de investigación y clasificaciones que, según Dosil (2004) han llevado no sólo a un mayor conocimiento de los procesos pre-lesión y post-lesión, sino también a la creación de modelos teóricos que tratan de explicar las causas y el tratamiento de las lesiones deportivas. A saber:

- a) La *Teoría Cíclica Afectiva* de Heil (1993). De acuerdo con este modelo teórico, el deportista al sufrir una lesión presenta una o varias de las siguientes respuestas: angustia, negación y enfrentamiento. La angustia es el resultado del impacto emocional negativo (*shock*) de la lesión, es decir, de la rabia, la desesperación, la impotencia y la culpabilidad que siente atleta frente a una ocurrencia que le va a mantener alejado de la práctica deportiva durante un tiempo más o menos prolongado. La negación, por su parte, es una respuesta que refleja el escepticismo y la incapacidad del sujeto para aceptar que la lesión se ha producido, que el accidente ha tenido lugar. El deportista no puede creer lo que le ha ocurrido y tiende obstinadamente a restar importancia al suceso, a negar el alcance y la gravedad de lo que, por otra parte, es evidente. Este tipo de respuesta puede servir al deportista como una herramienta para mitigar temporalmente el nivel de angustia (Wann, 1997; LeUnes y Nation, 2002), aunque también puede convertirse en un obstáculo para la rehabilitación, especialmente cuando bloquea la respuesta emocional del lesionado impidiendo que los sentimientos afloren y se puedan manejar adecuadamente. La tercera respuesta, el enfrentamiento, es mucho más positiva y provechosa que las anteriores, ya que supone un cierto nivel de aceptación de la gravedad de la lesión y una mayor disposición de cara al uso adecuado de estrategias para contrarrestar las fatigas y molestias de la lesión. Heil (1993) recuerda que las dos primeras respuestas son más habituales durante las primeras fases de recuperación, y que los deportistas, poco a poco, van asumiéndola y encontrando como enfrentarse a ella con ayuda del tratamiento. En cualquier caso, y aunque el proceso de recuperación transcurra con normalidad, es importante tener presente que los factores ambientales y situacionales pueden suponer un cambio de respuesta en el deportista lesionado, acelerando o ralentizando, según su idoneidad, el proceso de rehabilitación (Brewer, 2001; Udry y Andersen, 2002).

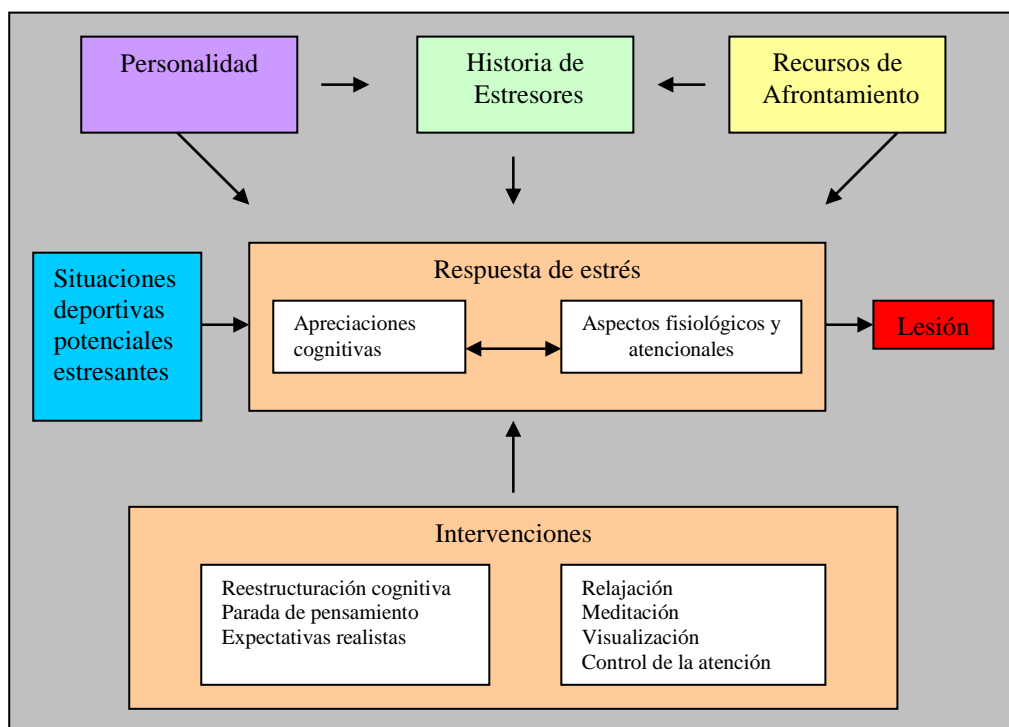


- b) El *Modelo de la Valoración Cognitiva* de las respuestas frente a las lesiones deportivas de Brewer (1994). Según este modelo teórico, la respuesta del deportista frente a una lesión está determinada por la interacción entre los factores personales y los factores situacionales, factores que van a influir, en el primer caso, en la vulnerabilidad a las lesiones y, en el segundo, en los resultados de la rehabilitación. Brewer sugiere que existen factores de personalidad que influyen significativamente en la valoración cognitiva que el sujeto realiza de una determinada situación, circunstancia o suceso (por ejemplo, los deportistas con un nivel alto de autoestima suelen realizar una valoración más positiva de la situación deportiva potencialmente estresante que los deportistas con baja autoestima), y que esta valoración, a su vez, suscita una reacción emocional que fiscaliza y determina la respuesta conductual del deportista lesionado. Por decirlo con palabras de Dosil (2004), lo fundamental de este modelo teórico es “mantener la conducta adecuada, que permita al deportista cumplir con el régimen de rehabilitación” cuando se lesiona (2004, pp. 440).



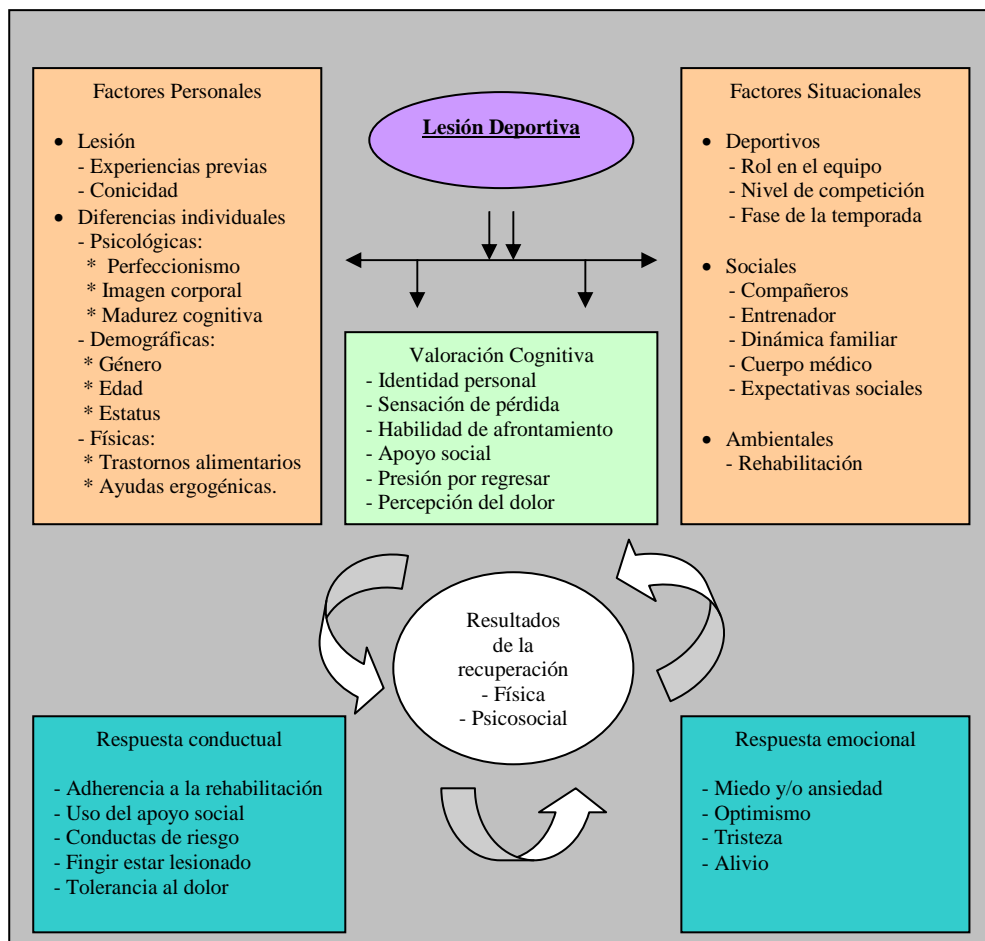
Fuente: Adaptado de Brewer (1994)

- c) El *Modelo de Estrés-Lesión* de Andersen y Williams (1988). Partiendo de planteamientos muy parecidos a los de la *Valoración Cognitiva*, estos autores defienden que la historia de estresores -eventos vitales estresantes, tensiones diarias, historia de lesiones previas, etc.-, las características de personalidad -vigor, dureza, locus de control, sentido de coherencia, ansiedad rasgo competitiva, motivación de logro, etc.- y los recursos de afrontamiento del deportista -conductas de adaptación generales, apoyo social, control del estrés, habilidades psicológicas, etc.-, contribuyen interactivamente, o por separado, a la gestión de una respuesta de estrés que, incrementando la tensión muscular, fomentando la distracción y/o provocando un estrechamiento del campo visual, puede favorecer la ocurrencia de la lesión. La hipótesis central de este modelo sugiere que los deportistas con un nivel elevado de estrés, pocos recursos de afrontamiento y con tendencia a exacerbar la respuesta ante situaciones potencialmente estresantes, cuando han de enfrentarse a situaciones críticas, exhiben mayores alteraciones psicológicas y disfunciones atencionales que aquellos deportistas con un perfil psicológico opuesto.



Fuente: Adaptado de Williams y Andersen (1988)

- d) *Modelo Integral de la Respuesta a la Lesión Deportiva* de Wiese-Bjornstal, Smith, Shaffer y Morrey (1998). En un intento de completar los modelos teóricos anteriores y presentar las claves para el trabajo con deportistas lesionados, el Modelo Integral de Wiese-Bjornstal plantea que el impacto y la respuesta que produce en el deportista la ocurrencia de una lesión depende de la interacción entre los factores personales y los factores situacionales, factores que, actuando como mediadores en la valoración cognitiva que el sujeto realiza de la situación, condicionan su respuesta emocional y conductual.



Fuente: Adaptado de Wiese-Bjornstal *et al.* (1998)

Como puede apreciarse en el cuadro anterior, entre los factores personales que deben tenerse en cuenta para entender la respuesta del deportista, Wiese-Bjornstal y sus colaboradores destacan aquellos que hacen referencia a la lesión (historia, tipo, severidad, causas percibidas, etc.) y al propio deportista (psicológicos, demográficos y físicos), mientras que respecto a los factores situacionales insisten en subrayar la importancia de los aspectos deportivos (especialidad, nivel de competición, momento de la temporada, estatus, categoría, etc.), de los aspectos sociales (influencia de los compañeros de equipo y del entrenador, dinámica familiar, apoyo social, equipo de médicos y ética deportiva) y de los aspectos ambientales (el contexto de la rehabilitación y la accesibilidad a ella). De hecho, la respuesta del deportista durante la recuperación debe considerarse como un proceso psicodinámico en el que, como hemos señalado, los factores personales y situacionales -recursos de afrontamiento, variables personales e historia de estresores- ejercen un papel mediador actuando sobre las apreciaciones cognitivas del lesionado, apreciaciones que, a su vez, influyen en la respuesta emocional y conductual configurando la respuesta psicológica del deportista. Una respuesta que, precisamente, es la que determinará los resultados de la recuperación y es en la que tiene que incidir el psicólogo del deporte en su intervención.

8.3.- LESIÓN Y RENDIMIENTO DEPORTIVO

No hay duda de que las lesiones adquieren una importancia capital en el ámbito de la actividad física y del deporte, ya que, aparte de la tensión, el dolor, la incertidumbre y el sufrimiento que conllevan, suponen para el deportista lesionado un periodo de inactividad con numerosas consecuencias adversas que pueden afectar a su estado de ánimo y a su rendimiento. De hecho, los especialistas en *Psicología del Deporte* y los preparadores físicos se han esforzado en identificar, calibrar y tratar de subsanar algunas de estas consecuencias, abordando la cuestión con el convencimiento de que una visión interdisciplinar puede mejorar la prevención de las lesiones, y, en su caso, la recuperación del atleta que sufra algún tipo de lesión en el desarrollo de su actividad deportiva. Baste señalar, en este sentido, el trabajo de Buceta (1996) sobre la prevención y recuperación de las lesiones deportivas, un trabajo en el que, entre otras cuestiones, se resumen algunas de las consecuencias adversas que afectan al rendimiento deportivo del atleta lesionado. A saber:

- 1) Las lesiones suponen para el deportista afectado una disfunción del organismo que provoca dolor, origina molestias, restringe la autonomía personal y aumenta el riesgo de sufrir disfunciones mayores.
- 2) Dependiendo de su gravedad, las lesiones conllevan una reducción drástica de la actividad deportiva, a veces durante un periodo prolongado de tiempo y, en el peor de los casos, de una forma definitiva.
- 3) Las lesiones traen consigo importantes cambios no sólo en el entorno deportivo del lesionado (reajustes, renovaciones, bajas, nuevos fichajes, etc.), sino también en el ámbito personal, laboral y social.
- 4) Lamentablemente, las lesiones suelen ir acompañadas de síntomas de etiología depresiva, enfado, contrariedad, resentimiento y/o irritabilidad que pueden afectar enormemente el funcionamiento y el bienestar de la persona lesionada y de los que le rodean.
- 5) La rehabilitación de las lesiones exige tiempo, dedicación y esfuerzo, sin olvidarnos de un estado de ánimo positivo que favorezca la constancia, la tenacidad y la resistencia al dolor y la frustración.

Así las cosas, y aunque a priori pueda parecer que los efectos de la lesión son intrínsecamente negativos para el deportista, lo cierto es que existen algunas situaciones especiales, generalmente relacionadas con el alto rendimiento, en las que el atleta afectado puede vivir la lesión desde una perspectiva diferente. Nos estamos refiriendo aquí a aquellos casos en los que la lesión sirve de excusa al deportista para evitar ciertas situaciones, generalmente adversas, que se originan como consecuencia de las innumerables presiones y exigencias derivadas de la alta competición. Son los denominados <<*malingers*>>, deportistas que intencionadamente mienten o exageran sobre su lesión con el objetivo de eludir su compromiso y excusar su participación en la competición (Kane, 1984).

En este sentido, y aunque todavía no se han consensuado conclusiones definitivas al respecto, parece existir un acuerdo generalizado entre los profesionales de la psicología para interpretar este tipo de reacciones como “una respuesta adaptativa ante las circunstancias adversas que requieren la presencia de un incentivo externo” (Labbate y Miller, 1990, p. 257), reacciones originadas la mayoría de las ocasiones por interés personal, desconfianza y miedo, o también, como señalan Rotella, Olgilvie y Perrin (1993), por la

necesidad del deportista de atraer a los otros y de llamar la atención. De hecho, entre las razones más esgrimidas por los <<*malingers*>> para justificar este tipo de reacciones encontramos: a) justificar el bajo rendimiento, la reducción del tiempo de juego o la suplencia en el equipo; b) evitar la pérdida de una beca deportiva; c) encubrir un descenso en la motivación para competir; d) demostrar el coraje personal al competir lesionado; e) no defraudar las expectativas del entorno; f) evitar los rigores del entrenamiento; g) excusar la participación para reservarse para competiciones de mayor nivel; h) utilizar la lesión para llamar la atención; etc.

En cualquier caso, y aun reconociendo la enorme dificultad que entraña dictaminar médicamente si una lesión es real o fingida, lo cierto es que existen algunas diferencias comportamentales entre el deportista lesionado y el que finge la lesión que pueden ayudar al psicólogo deportivo a detectar este tipo de simulaciones. En primer lugar, la actitud hacia la lesión es diferente en uno y otro supuesto: los atletas lesionados sienten consternación y pena cuando se lesionan porque no pueden contribuir con su talento y su esfuerzo a los objetivos del equipo, mientras que los que fingen la lesión, siempre sitúan los objetivos colectivos en un segundo plano. En segundo lugar, la implicación en el tratamiento, la duración del proceso de rehabilitación y la valoración de la intervención psicológica también difieren en uno y en otro caso. El deportista lesionado procura asistir a todos los entrenamientos y partidos de su equipo, acude asiduamente a las sesiones de recuperación y se esfuerza por seguir las indicaciones que los médicos, fisioterapeutas y psicólogos deportivos le transmiten. Su meta es volver lo antes posible a la actividad física. Por el contrario, el deportista que simula su lesión, busca en el tratamiento la excusa perfecta para evitar el entrenamiento y la competición, mientras consigue, por otra parte, asegurarse con su fingido infortunio la atención y simpatía del entorno.

Es por ello, que el profesional de la psicología –en colaboración con el equipo médico, el fisioterapeuta y el preparador físico- debe abordar esta compleja temática con el convencimiento de que únicamente una visión interdisciplinar del asunto puede optimizar los trabajos de prevención y tratamiento de las lesiones deportivas, ya que, como sugiere Palmi (1997), los factores personales y situacionales que acompañan a la lesión juegan un papel determinante en su manifestación, pudiendo minimizar en algunos casos y aumentar en otros sus inevitables consecuencias. Así pues, podemos concluir con Heil (1993) que la lesión es uno de los obstáculos más importantes para el exitoso rendimiento de los deportistas; mientras que la habilidad para aceptar la

realidad producida por la lesión, además de una buena actitud delante del proceso de rehabilitación, es fundamental para la longevidad de la carrera deportiva y la consecución del máximo potencial atlético.

8.4.- ÁMBITO DE INVESTIGACIÓN EN LAS LESIONES DEPORTIVAS

Desde los pioneros trabajos de Little (1969) y Bramwell *et als.* (1975), los conocimientos sobre la psicología de la prevención y recuperación de las lesiones deportivas han evolucionado de forma tan notable como sorprendente. De hecho, los avances en el tema han sido tan importantes y significativos que en la historia de la psicología de las lesiones deportivas se han llegado a establecer dos periodos *estratégicos* perfectamente diferenciados, un antes y un después cuyo punto de inflexión viene determinado por la aparición del modelo psicosocial de estrés y lesiones de Mark Andersen y Jean M. Williams (1988). En efecto, como ya hemos señalado con anterioridad, hasta la publicación de los innovadores trabajos de Andersen y Williams sobre las lesiones deportivas, las investigaciones en este área se centraron prioritariamente en el estudio sistemático de los factores físicos, las características de personalidad y los niveles de estrés que precedían a las lesiones, aunque, lamentablemente, los investigadores fueron incapaces de formular una propuesta teórica satisfactoria que pudiese explicar la conexión entre estos factores y la ocurrencia de las lesiones. Por contra, la formulación del modelo psicosocial supuso el reconocimiento del papel trascendental que desempeñan los factores psicológicos en el devenir de las lesiones, un reconocimiento que no sólo abrió la puerta a los programas de intervención psicológica sino que, además, convirtió este modelo en el marco teórico de referencia para un gran número de investigaciones realizadas desde un enfoque aplicado.

En este sentido, habremos de recordar que, hasta no hace mucho, el principal objetivo de la prevención y rehabilitación de las lesiones deportivas consistía en abordar los problemas físicos asociados a tal ocurrencia para que los deportistas pudieran recuperar su nivel de funcionalidad previo, y que ahora, en cambio, las publicaciones más recientes sobre el tema revelan una progresiva tendencia a examinar al paciente desde un punto de vista más integral, haciendo mayor hincapié en las variables psicosociales -estados de ánimo cognitivos, tensión psíquica, ansiedad, autoconfianza, centro de control, atención, mecanismos de afrontamiento, motivación, personalidad, etc.- y su influencia sobre la vulnerabilidad y la resistencia del deportista a las lesiones (Kirkby, 1995). De ahí que, como apunta Ramírez (2000), pueda resultar interesante

resumir la evolución teórica de las investigaciones que han llevado a la psicología de las lesiones deportivas a ocupar un lugar privilegiado entre las ciencias que se ocupan de la prevención y tratamiento de las lesiones en el ámbito del deporte. A saber:

- a) Hasta finales de los ochenta, predominan las investigaciones basadas en el estudio del estrés y la personalidad como factores determinantes en la ocurrencia de las lesiones deportivas.
- b) En 1988 Andersen y Williams plantean su modelo psicosocial sobre el estrés y la ocurrencia de las lesiones, principiando un cambio de profundo calado en la investigación aplicada sobre la prevención y recuperación de tan lamentables ocurrencias.
- c) A comienzos de los noventa, se empieza a trabajar en la prevención y recuperación de las lesiones desde una perspectiva multidisciplinar, tomando fuerza dos enfoques alternativos que tratan de abordar el proceso de rehabilitación desde una perspectiva marcadamente psicológica: los modelos de etapas y los modelos de apreciación cognitiva, dos enfoques que, precisamente, han sido los que han focalizado buena parte de la bibliografía publicada durante los últimos años.

8.4.1.- Los Modelos de Etapas.

Al hablar sobre la prevención y recuperación de la lesión deportiva desde una perspectiva psicológica, es necesario recordar que la práctica totalidad los estudios sobre el tema se han desarrollado desde dos aproximaciones teóricas bien diferentes, cuando no antagónicas. Por un lado, se han propuesto una serie de modelos explicativos basados en los procesos de “*grief*” -un término anglosajón que puede ser traducido como aflicción, duelo, dolor... etc.-, procesos en los que la discapacidad asociada a la lesión es concebida por el sujeto como un quebranto irreparable, como la desafortunada pérdida de una parte importante de <<sí mismo>>. Por otro, han aparecido varias teorías explicativas, vinculadas estrechamente a los modelos de estrés, que sugieren que es el modo en el que el individuo interpreta la lesión, y no el hecho de que esta ocurra, lo que determina la respuesta del deportista ante la misma.

Por suerte, la rivalidad teórica existente entre estos dos enfoques parece haber sido solventada en la actualidad mediante la presentación de un novedoso

modelo explicativo que pretende articular las dos propuestas anteriores: el llamado modelo integrador sobre la prevención y recuperación de las lesiones deportivas de Wiese-Bjornstal, Smith, Shaffer y Morrey (1998), una perspicaz alternativa que, como hemos visto en el apartado dedicado a la psicología de las lesiones deportivas, plantea que ambos enfoques no tienen que ser mutuamente excluyentes, sino que, más bien, han de ser entendidos como modelos que se complementan a la hora de explicar la respuesta del deportista a la lesión.

Pero, vayamos por partes. En primer lugar, y en lo que a los modelos de etapas se refiere, habremos de comentar que forman parte de un epígrafe más amplio que engloba a los modelos teóricos basados en el concepto que hemos traducido como duelo/dolor (*grief*), un concepto clínico no demasiado claro que ha polarizado durante mucho tiempo la atención de la literatura sobre las lesiones deportivas. La ambigüedad y la imprecisión de este término, precisamente, han hecho que autores como Ramírez (2000) recojan en su trabajo algunas definiciones clásicas que nos pueden ayudar a clarificar ideas:

- Según Linderman (1944), el concepto *grief* hace referencia y describe una reacción normal del sujeto ante una situación angustiosa.
- Simons (1977), sugiere que este concepto puede y debe ser definido como un sufrimiento emocional intenso provocado por una pérdida.
- Karl (1987), lo explica tanto como una experiencia de pérdida, como del proceso de recuperarse de dicha pérdida.
- Finalmente, Rodgers y Cowles (1991) plantean que este concepto viene precedido por cualquier situación en la que existe una pérdida percibida, sea ésta del tipo que sea.

Por lo demás, y a poco que profundicemos en la bibliografía especializada, podemos constatar la existencia de cuatro aproximaciones teóricas diferentes que incluyen el concepto *grief* entre sus especificaciones: los modelos de etapas (Averill, 1968; Engel, 1961; Kubler-Ross, 1969), los modelos de componentes (Bugen, 1977), los modelos de fases (Bowlby, 1991) y los modelos de tareas (Worden, 1991). Sin embargo, de estas cuatro aproximaciones teóricas, sólo los modelos de etapas, modelos en los que se asume que los deportistas pasan por una serie de etapas predecibles hasta conseguir un buen ajuste a la lesión, han sido capaces de explicar la recuperación de las lesiones en el ámbito deportivo

con la suficiente perspicacia y claridad como para satisfacer las expectativas de los investigadores más exigentes. El más conocido de estos modelos es sin duda el formulado por Kubler-Ross (1969) a partir de una muestra de enfermos terminales, un modelo que, a pesar de haber recibido airadas críticas por ser demasiado genérico y por no tener en cuenta las diferencias individuales, se ha generalizado a la población deportiva, siendo uno de los más citados en la literatura sobre las lesiones.

El Modelo de etapas de Kubler-Ross (1969)

Este modelo secuencial se configura como una perspectiva genérica que intenta explicar la respuesta de un individuo a la enfermedad. Originariamente se desarrolló para explicar las reacciones de los pacientes terminales ante la enfermedad, pero un amplio número de psicólogos vieron en él un marco de referencia válido para explicar la recuperación de las lesiones en el ámbito deportivo. Por esta razón, fue generalizado a la población deportiva (Gordon, 1986; Gordon, Millios y Grove, 1991; Hodge y McNair, 1990), pasando a ser objeto de estudio para algunos autores. En concreto, el modelo consta de cinco etapas secuenciales que intentan justificar la reacción del deportista ante la ocurrencia de la lesión, cinco etapas que se explican y se suceden de la siguiente manera:

- *Negación.*- En esta etapa inicial, los deportistas acostumbran a no aceptar el hecho -evidente, por otra parte- de haber sufrido una lesión: en pleno shock, no pueden creer lo que les ha ocurrido y tienden a quitarle importancia. Como apuntan Gordon, Millios y Grove (1991), esta etapa se caracteriza conductualmente por la no-aceptación de la lesión, la falta de adherencia a la rehabilitación y/o la negación de la gravedad de la ocurrencia.
- *Cólera.*- Sería la segunda etapa. Una vez que la realidad se impone y el deportista reconoce la gravedad de la lesión, comienza a sentirse frustrado por lo sucedido y enfadado consigo mismo y con los que le rodean: “que asco, con lo bien que me iban las cosas”, “estoy harto de esta mala suerte”, “si no me hubiesen presionado tanto”... etc.
- *Negociación.*- A continuación viene la etapa de negociación, una etapa en la que el deportista lesionado empieza a hacer frente a la realidad de la situación intentando racionalizar y tomar sentido de la lesión: “la lesión es seria, pero si me esfuerzo lo suficiente tal vez pueda acabar la temporada”, “si salgo de esta, no arriesgaré tanto la próxima vez”... etc.

- *Depresión.*- En esta etapa, el deportista es plenamente consciente del alcance de la lesión y de sus consecuencias. Al darse cuenta de que tal vez no pueda proseguir con su participación en la competición a pleno rendimiento, experimenta una gran incertidumbre respecto a su actividad futura y comienza a exhibir las respuestas características del estado depresivo: “que mala suerte”, “la temporada ha acabado para mí”, “ya no puedo hacer nada para evitarlo”... etc.
- *Aceptación.*- La última etapa propuesta por este modelo teórico es la aceptación, un momento trascendental en la recuperación de la lesión en el que el afectado, tras haber superado el estado depresivo, acepta su situación y comienza a concentrar todos sus esfuerzos en el proceso de rehabilitación y en la vuelta a la actividad: “voy a trabajar a tope para recuperarme lo antes posible”, “puedo aprovechar el descanso para obtener el título de entrenador”... etc.

En cualquier caso, a pesar de la relevancia y la repercusión del modelo de Kubler-Ross, los antecedentes bibliográficos de los modelos de etapas en el contexto deportivo se remontan a una investigación pionera realizada por Suinn en 1967. Este autor, en su *Psychological reactions to physical disability*, sugirió que los atletas se enfrentan a las lesiones de la misma manera que la población no deportiva y que, por tanto, la secuencia de reacciones podía, perfectamente, ser la misma y comprender -de acuerdo con sus observaciones- las siguientes fases: choque, negación, depresión o ansiedad y aceptación parcial o total. A partir de este momento, las aportaciones realizadas por diversos autores han dado lugar a la creación de varios modelos explicativos, que, aún compartiendo el mismo marco teórico, difieren en cuanto a la naturaleza y el número de etapas que proponen.

Por ejemplo, Gordon (1986) y Lynch (1988), en sus respectivos trabajos, proponen que los deportistas para recuperarse de forma óptima de sus lesiones tendrían que ir superando una serie de etapas en un proceso similar al descrito por Kubler-Ross. Igualmente, McDonald y Hardy (1990), a partir de los resultados obtenidos en un estudio realizado con cinco deportistas lesionados, en el que exploraron sus respuestas cognitivas, afectivas y conductuales durante cuatro semanas, sostienen que la respuesta emocional del individuo durante el periodo de rehabilitación muestra un progreso escalonado desde un estado negativo a un estado positivo que interesa a la angustia, la depresión, la fatiga, la confusión, la tensión y el vigor; proponiendo, a renglón seguido, un modelo

teórico basado en la existencia de dos estados emocionales: el de *choque* y el de *retirada*. Algo parecido parece suceder con la propuesta de Pendersen (1986), que plantea la existencia de tres etapas; o la de Gordon y Lindgren (1990), que amplían la suya a cuatro; o las de Rotella (1985) y Uemukai (1993), que llegan a diferenciar cinco: negación, ira/enfado, angustia, depresión y aceptación.

En resumen, a la vista de los resultados obtenidos, no es descabellado pensar que los teóricos contemporáneos, como sugieren Evans y Hardy (1995), han gastado más tiempo y esfuerzo en criticar los modelos de etapas que en proponer modelos que puedan ser empíricamente evaluados y verificados. Un hecho que, por otra parte, queda claramente demostrado en el caso del tantas veces citado y criticado modelo de Kubler-Ross, un modelo que, a pesar de ser una herramienta perfectamente válida para entender por qué una persona hace lo que hace y se comporta como se comporta, nunca fue propuesto por su autora como paradigma para explicar la reacción del deportista ante la ocurrencia de una lesión, siendo, sin embargo, enormemente criticado por haberle imputado terceras personas tal atribución (Gordon, 1986; Gordon, Hodge y McNair, 1990; Millios y Grove, 1991). En palabras de Kubler-Ross:

“Estos estados... No son absolutos, y no todo el mundo los atraviesa en la misma secuencia de forma predecible. Pero este paradigma puede, si se usa de una forma flexible, ser una herramienta válida para entender por qué un paciente hace y se comporta de una manera determinada.” (1975, p. 10).

Finalmente, digamos que hay autores que plantean que los modelos de etapas pueden no reflejar con precisión las respuestas emocionales de los atletas que tienen que abandonar temporalmente el deporte, y que los datos que aportan las investigaciones sobre este área de conocimiento no son empíricamente válidos para avalar la aplicabilidad de tales modelos a la competición (Brewer, 1994). Baste señalar, en este sentido, que el alto nivel de exigencia y las desproporcionadas demandas que plantea la competición pueden hacer que muchos atletas afronten las lesiones de forma muy diferente a la población no deportiva, poniendo en entredicho la generalización al ámbito del deporte de los modelos de etapas que surgen de la población no deportiva. Apurando estas ideas, Brewer (1994), en una revisión bibliográfica realizada sobre el ajuste psicológico a la lesión deportiva, critica de forma severa este tipo de aproximación, afirmando que no todos los atletas responden de la misma forma a las lesiones y sugiriendo que los modelos basados en los procesos de estrés son más aptos para explicar la respuesta emocional y conductual del individuo.

8.4.2.- *Los Modelos de Apreciación Cognitiva*

Aunque los primeros esfuerzos en cuanto a la intervención psicológica en la recuperación de las lesiones deportivas se centraron prioritariamente en la adaptación de los modelos de etapas (Astle, 1986; Lynch, 1988; Rotella, 1985), los modelos de apreciación cognitiva parecen haber cobrado recientemente un protagonismo especial entre los psicólogos deportivos, que han valorado la eficacia de dichos modelos teóricos como auténticas guías prácticas en la evaluación e intervención en el contexto de las lesiones deportivas. En general, los modelos de apreciación cognitiva son teorías explicativas que derivan de los modelos basados en la respuesta de estrés, los cuales asumen que la lesión es un *estresor* que provoca en el individuo una respuesta emocional condicionada por la apreciación cognitiva que él mismo realiza de dicha lesión, una apreciación que, a su vez, está determinada por una serie de variables personales y situacionales que dan lugar a un tipo de respuesta conductual que se materializa, en el mejor de los casos, en el proceso de recuperación de la lesión.

Pero vayamos por partes. Desde que Gordon (1986) propusiera su particular modelo de respuesta a la lesión, las aportaciones teóricas más relevantes sobre este tema se han sucedido de forma continua, quedando reflejadas en los modelos propuestos por Wiese y Weiss (1987), Wiese-Bjornstal y Smith (1993) y Wiese-Bjornstal, Smith, Shaffer y Morrey (1998), modelos que por su influencia y repercusión en investigaciones posteriores merece la pena, aun a riesgo de ser repetitivos, comentar.

a) El Modelo de Gordon (1986)

Este modelo se caracteriza por la importancia y el protagonismo que adquiere la personalidad del deportista lesionado en la respuesta de estrés a la lesión. Para Gordon, la personalidad y las características motivacionales del deportista determinan por completo su respuesta ante la lesión. En su opinión, cuestiones tan relevantes como qué pensar acerca de estas ocurrencias (apreciaciones cognitivas), cómo reaccionar ante su advenimiento (fisiológica, somática y emocionalmente) o cómo enfrentarse a ellas (conducta), están profundamente ligadas a los factores de personalidad y a las características motivacionales del sujeto, ligazón que nos ayuda a entender mejor por qué los deportistas raramente responden de la misma forma ante situaciones similares.

b) El Modelo de Wiese y Weiss (1987)

Al igual que la mayoría de los modelos denominados de apreciación cognitiva, el modelo de Wiese y Weiss subraya la importancia que tienen las características personales y la naturaleza de la lesión en la reacción del deportista lesionado ante tal ocurrencia. Tomando como referencia el modelo de estrés de Selye (1974) -por considerarlo el más indicado para su generalización a la población deportiva-, Wiese y Weiss presentan su propuesta teórica como un modelo cognitivo social de respuesta de estrés a la lesión deportiva que comprende cuatro estados. El primero de ellos, se origina en el momento mismo en el que sobreviene la lesión, y se caracteriza porque el deportista percibe la ocurrencia del percance como un estímulo altamente estresante. Seguidamente, sobreviene el estado denominado <<del pensamiento>>, un estado en el que el deportista lesionado lleva a cabo las pertinentes apreciaciones cognitivas de la situación. La respuesta emocional del sujeto compondría el tercer estado, un estado en el que el atleta lesionado puede experimentar ansiedad, incertidumbre, preocupación y demás emociones que pueden exacerbar el dolor y retardar el proceso de curación. El cuarto y último estado es el conductual, que se caracteriza por la adherencia o ausencia de ella al programa de rehabilitación.

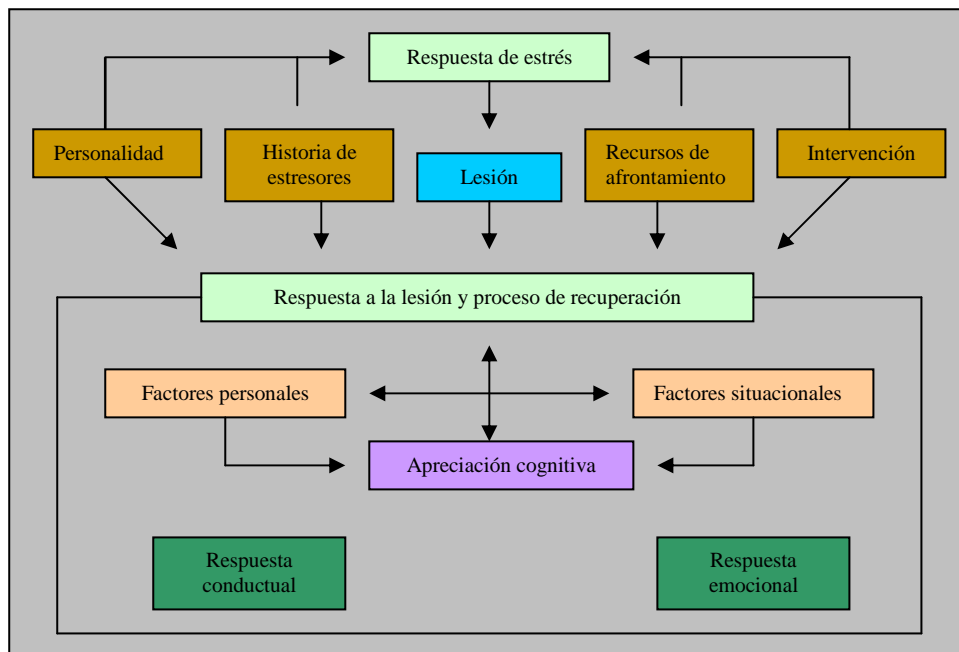
c) El modelo de Wiese-Bjornstal y Smith (1993)

Basándose en los modelos de Andersen y Williams, del que rescatan todos los factores que median en la relación entre el estrés y la lesión deportiva (personalidad, historia de estresores y recursos de afrontamiento), y de Wiese y Weiss, que acabamos de explicar, Wiese-Bjornstal y Smith (1993) elaboraron una propuesta teórica en la que se da una gran importancia al rol mediador de los factores situacionales (deportivos, sociales y ambientales), a las diferencias individuales (psicológicas, demográficas y físicas) y a la interacción con el equipo de medicina deportiva, sin olvidar, por supuesto, el papel primordial que juegan los componentes cognitivos, emocionales y conductuales de la respuesta del lesionado en el proceso de recuperación, tal y como se proponía en el modelo de Wiese y Weiss (1987). Así pues, desde esta perspectiva tan marcadamente holística, se sugiere que los factores personales y situacionales predisponen al individuo a la lesión, al tiempo que mediatizan la respuesta cognitiva, emocional y conductual del deportista lesionado. En concreto, la hipótesis que subyace a este modelo teórico, señala Ramírez (2000), es que los diferentes estresores propuestos por Andersen y Williams (eventos vitales, tensiones diarias, lesiones previas, etc.) tienen también mucho que ver en la fase post-lesional, pudiendo afectar, en gran medida, a la recuperación del deportista.

8.4.3.- El Modelo Integral de Wiese-Bjornstal et al. (1998)

Aunque históricamente parece haber existido una notoria rivalidad entre los modelos de etapas y los de apreciación cognitiva, la aparición del modelo de Wiese-Bjornstal, Smith, Shaffer y Morrey (1998) sobre la prevención y recuperación de las lesiones deportivas ha venido a demostrar que ambas perspectivas no sólo son juiciosas y razonables, sino que, además, se pueden perfectamente complementar. De hecho, los partidarios de esta novedosa alternativa afirman que los modelos de etapas y los de apreciación cognitiva no son en absoluto excluyentes, y lo explican, como indica Ramírez (2000), de la siguiente manera: *“el sentido de la pérdida que prevalece en la lesión deportiva -modelo de etapas-, es un tipo de apreciación cognitiva que lleva a las emociones asociadas comúnmente con la pérdida y el dolor, y que se manifiesta conductualmente en el proceso de recuperación de la lesión”* (p. 116).

Desde esta perspectiva, pues, los modelos de etapas aplicados a la lesión deportiva podrían ser asumidos por un modelo de estrés general integrado que tuviera en cuenta, por un lado, los factores personales y situacionales que actúan como mediadores en la apreciación cognitiva que el deportista realiza de la situación, y por otro, las respuestas cognitivas, emocionales y conductuales de ese mismo deportista ante la lesión. A saber:



Como puede apreciarse, la respuesta psicológica del deportista durante la recuperación puede y debe considerarse como un proceso psicodinámico en el que las características personales, la historia de estresores y los recursos de afrontamiento (factores personales y situacionales) ejercen un papel mediador actuando sobre las apreciaciones cognitivas del lesionado, apreciaciones que, en mayor o menor medida, van a influir en la respuesta emocional y conductual del sujeto configurando lo que se ha dado en llamar respuesta psicológica del deportista lesionado. Podemos decir, pues, que según el Modelo Integral de Wiese-Bjornstal y sus colaboradores las tres modalidades de respuesta cuya interacción origina la respuesta global del individuo ante la lesión son: la respuesta cognitiva, la respuesta emocional y la respuesta conductual.

a) *La Respuesta Cognitiva.*

Después de sufrir una lesión, los deportistas acostumbran a realizar muchas y muy diversas apreciaciones cognitivas sobre las circunstancias, las causas y las repercusiones de tal ocurrencia. Sin embargo, estas apreciaciones y sus consiguientes efectos sobre las emociones y las conductas de los afectados han recibido una atención muy limitada por parte de los investigadores, reduciéndose en la práctica a una representación meramente testimonial. En cualquier caso, tras revisar la bibliografía existente sobre esta modalidad de respuesta, resulta evidente que entre las apreciaciones cognitivas posteriores a la lesión más estudiadas figura la autopercepción, un término que según Wiese-Bjornstal *et al.* se puede explicar como “*la percepción que un individuo tiene sobre sí mismo*” y que hace referencia a variables psicológicas como la autoeficacia, la autoconfianza, el autoconcepto y la autoestima.

Brewer (1993) por ejemplo, utilizó una subescala de autoeficacia física y encontró que esta variable predecía la depresión experimentada por el lesionado en el periodo post-lesional. Poco después, Leddy, Lambert y Ogles (1994) evaluaron la autoestima medida de forma global y la autoestima física en una muestra amplia de deportistas lesionados, encontrando diferencias significativas en las mediciones realizadas antes y después de la lesión. En otro estudio, Chang y Grossman (1988) demostraron que el nivel de autoestima fue menor en los deportistas lesionados que en los no lesionados utilizando como medida el *Rosenberg Self-Steem Inventory*. También Shaffer, en un trabajo de 1991, encontró que la historia de lesiones estaba relacionada con el nivel de autoeficacia, de manera que los deportistas que habían sufrido con anterioridad una lesión tuvieron un mayor nivel de autoeficacia para la rehabilitación que aquellos que no habían tenido lesiones previas.

Pero además de este tipo de apreciaciones, existen también otra serie de variables cognitivas que pueden tener, y de hecho tienen, un efecto tangible (positivo o negativo) sobre la recuperación de la lesión. Nos estamos refiriendo aquí a las percepciones del deportista lesionado sobre el alcance de la lesión: percepción del dolor, gravedad, sensación de pérdida, interrupción de las expectativas a corto y largo plazo, etc., aspectos de la respuesta cognitiva que, a pesar de su importancia en el proceso de recuperación, muy pocas investigaciones se han preocupado de valorar. De hecho, uno de los pocos estudios que han evaluado las apreciaciones cognitivas en el contexto del Modelo Integral de Wiese-Bjornstal *et al.* es el realizado por Daly, Brewer, Van Raalte, Petitpas y Sklar (1995), un estudio que demostró, sin ningún género de dudas, que las apreciaciones cognitivas estaban relacionadas de forma significativa con una medida global del estado de ánimo del deportista.

b) La Respuesta Emocional.

Al igual que sucede en otros ámbitos de la Psicología, la respuesta emocional es uno de los aspectos más estudiados y que con mayor frecuencia se citan en la literatura científica sobre las lesiones deportivas. Weiss y Troxel (1986), por ejemplo, entrevistaron a varios deportistas federados lesionados destacando en sus conclusiones que entre las reacciones más comunes de los atletas a la lesión figuraban: la rabia, la depresión, la tensión, el insomnio y la pérdida de apetito. Smith *et al.* (1993), por su parte, evaluaron el estado de ánimo de algunos deportistas antes y después de la lesión, constatando un incremento significativo en los niveles de depresión y angustia en los deportistas lesionados, así como menores niveles de fatiga y de vigor. También Leddy *et al.* (1994) obtuvieron resultados parecidos en sus trabajos con deportistas lesionados, confirmando la existencia de niveles más altos de depresión en los deportistas lesionados que en los no lesionados o recuperados de sus lesiones, a pesar de no existir entre estos grupos ninguna diferencia significativa en la evaluación realizada en la pretemporada, mucho antes de que ocurrieran las lesiones.

Así pues, nos encontramos con un importante número de estudios realizados sobre el tema, con una enorme diversidad en cuanto a la población estudiada y con una gran variedad respecto a los diseños e instrumentos de medida aplicados. Una enrevesada panorámica que a pesar de todas sus dificultades y complicaciones nos permite extraer, tal y como afirma Ramírez (2000), algunas ideas generales sobre la respuesta emocional del deportista ante las lesiones:

1ª.- La lesión, a menudo, viene acompañada de alteraciones emocionales, siendo el incremento de las dimensiones negativas del estado de ánimo y el sentimiento de incapacidad para afrontar la situación dos de las características más relevantes del advenimiento de tal ocurrencia.

2ª.- Existen variaciones significativas en el estado emocional de los deportistas durante el tiempo que dura el periodo de recuperación de la lesión, variaciones que están íntimamente relacionadas con la percepción de recuperación que tiene el lesionado.

3.- La magnitud y la duración de la respuesta emocional varía en función de las características personales y situacionales de cada uno de los deportistas lesionados, y entre estas últimas, la gravedad de la lesión y el nivel competitivo del lesionado parecen ser las más influyentes. De hecho, los deportistas que compiten experimentan alteraciones emocionales mucho más intensas que las personas que practican deporte por recreación, pero, en cambio, tardan mucho menos tiempo en recuperarse.

c) La Respuesta Conductual.

Al hablar de la respuesta conductual del deportista lesionado, nos estamos refiriendo básicamente a lo que en la literatura psicológica se ha dado en llamar adherencia a los programas de recuperación, un tema que por su resonancia y su calado ha ido emergiendo paulatinamente como área de interés científico en la psicología de las lesiones deportivas. En este sentido, y puesto que el éxito en la recuperación deportiva es presumiblemente contingente al cumplimiento de los planes de rehabilitación, hay que recordar que evaluar la adherencia de los deportistas lesionados es una tarea no exenta de dificultades, máxime si tenemos en cuenta la ingente cantidad de medidas que es necesario utilizar si se quiere abordar adecuadamente el amplio rango de demandas conductuales que constituyen la adherencia a los programas de rehabilitación de la lesión.

Por este motivo, y a modo de resumen, habremos de señalar que los estudios realizados sobre la adherencia a los programas de rehabilitación en las dos últimas décadas han confirmado la relación existente entre esta variable y diferentes factores personales, como la motivación interna, la tolerancia al dolor y/o la autoconfianza, y situacionales, como creencia en la eficacia del tratamiento y/o la conveniencia del programa de rehabilitación. Igualmente, se ha podido confirmar que el apoyo social y las expectativas deportivas son factores estrechamente relacionados con esta variable, pudiéndose demostrar

que los deportistas que mostraron mayor adherencia fueron aquellos que tuvieron mayor motivación intrínseca, percibieron más apoyo social, creyeron en la eficacia del tratamiento y dirigieron sus esfuerzos más hacia el cumplimiento de la tarea que a los resultados. Se ha confirmado, asimismo, la existencia de correlaciones negativas entre la ansiedad rasgo, la ansiedad somática y la adherencia, correlaciones que sugieren que cuanto mayor es la ansiedad que el atleta experimenta, menor es su adherencia al programa de rehabilitación. Y todo esto es así, y en todo esto nos basamos, porque como sugieren Rotella y Heyman (1991), *“en un mundo que utiliza técnicas especiales para acortar el tiempo necesario para la recuperación física, necesitamos encontrar técnicas especiales para facilitar, igualmente, un rápido ajuste psicológico”* (p.495).

8.5.- EL ÁMBITO DE LA EVALUACIÓN EN LAS LESIONES DEPORTIVAS

Diferentes autores han abordado el tema de la evaluación psicológica del riesgo a sufrir lesiones con el convencimiento de que, en general, los deportistas son una muestra con un riesgo a lesionarse muy superior al de la población de la cual provienen. Sin embargo, en los resultados de estos trabajos ha pasado algo parecido a lo acontecido con la detección de talentos deportivos: se ha conseguido un material muy interesante de diagnóstico, pero su grado de pronóstico diferencial es bajo. Explicar esta ocurrencia no resulta nada fácil, pero, seguramente, tenga mucho que ver con el hecho de que estamos trabajando con comportamientos humanos que están afectados por múltiples elementos que interactúan y hacen sumamente compleja cualquier evaluación preventiva. De momento, se están encontrando correlaciones entre algunos factores de riesgo, aunque dada la enorme complejidad de la conducta deportiva, en la que se entremezclan factores de índole interna con otros de naturaleza externa, todavía no se puede hablar de verdaderas causalidades.

No obstante, y aun a riesgo de ser repetitivos, creemos que merece la pena recordar algunos de los instrumentos más utilizados para detectar a los deportistas con mayor riesgo de lesión.

- *Cuestionarios.* Hay numerosos estudios que relacionan diferentes variables de personalidad con problemas relacionados con la salud, pero hay muy pocos que encuentren una relación significativa entre dichas variables y la lesión deportiva. Esto es debido, según Heil (1993), a la falta de

especificidad de la mayoría de los cuestionarios, que miden aspectos que se analizan desde la perspectiva de la población general y que en muchas ocasiones poco o nada tienen que ver con los comportamientos que se producen en la cancha de juego. Teniendo en cuenta esta advertencia, y siguiendo los trabajos de Palmi (1997), pasamos a enumerar algunos de los cuestionarios más citados en la bibliografía consultada:

- El *Social and Athletic Readjustment Rating Scale* (SARRS). Es un cuestionario diseñado para evaluar la importancia de los factores psicosociales que afectan al deportista acumulando los acontecimientos cotidianos más estresantes.
 - El *Athletic Life Experiences Survey* (ALES). Es una sencilla escala que compara las circunstancias ambientales positivas de las negativas, atribuyendo a estas últimas los inferiores resultados del rendimiento del atleta y su relación con la lesión deportiva.
 - El *Sport Competition Anxiety Test* (SCAT). Es un cuestionario con quince ítems de tres niveles de elección que mide la tendencia de ansiedad (rasgo) precompetitiva de los deportistas.
 - El *Competition State Anxiety Inventory* (CSAI-II). Es un sencillo cuestionario que mide el estado de ansiedad (estado-rasgo) del deportista evaluando su comportamiento somático / cognitivo y su nivel de autoconfianza en el momento de la competición.
 - El *Profile of Mood States* (POMS). Es un autoinforme de valoración del estado emocional, de cincuenta y ocho ítems, que mide cinco estados de ánimo: tensión, depresión, ira, vigor, fatiga y confusión. Sus resultados correlacionan de forma significativa con el síndrome de sobreentrenamiento y con las lesiones deportivas.
 - El *Test of Attentional and Interpersonal Style* (TAIS). Es un cuestionario bastante complejo en su evaluación que en sus escalas de efectividad atencional, sobrecarga y ansiedad correlaciona con lesiones deportivas en algunos deportes.
- *Entrevista*. Uno de los métodos más habituales para recoger información sobre cualquier aspecto relacionado con la intervención psicológica es la entrevista personal. Esta herramienta psicológica, permite recoger múltiples

detalles relacionados con el riesgo de lesión: hábitos deportivos, recursos técnicos, aptitudes psicológicas, sobreentrenamiento, fatiga, tendencia a la ansiedad, historial de lesiones, etc. Nuestra sugerencia es la de cotejar la información proveniente de la entrevista psicológica con los registros de la observación directa y los resultados de los cuestionarios de evaluación utilizados de forma que faciliten la elaboración de un programa individual de trabajo psicológico y/o entrenamiento general que reduzca al máximo el riesgo de sufrir una lesión.

- *Observación y registros.* Un aspecto sumamente relevante a la hora de establecer el modo en que debe desarrollarse el proceso de evaluación psicológica del riesgo a sufrir lesiones, es el que hace referencia a la observación y registro de los datos. A estas alturas, nadie duda ya que la observación, como método científico de análisis y de obtención de datos relevantes que es, resulta imprescindible en cualquier investigación y/o intervención psicológica, y que, precisamente, una de las cualidades que se ha de exigir al profesional de la psicología es la de saber observar y registrar el comportamiento de las personas con las que trabaja. Recordemos, en este sentido, que toda observación implica básicamente dos elementos: la objetividad de la observación (observar diferentes momentos elegidos de forma aleatoria) y el saber realmente qué observar (en el caso que nos ocupa, los factores internos y externos de riesgo comportamental en la lesión deportiva).

Como elementos complementarios de diagnóstico que pueden ayudar en la confirmación de los resultados obtenidos a partir de los cuestionarios y de la observación realizada, algunos autores recomiendan la utilización de registros de variables fisiológicas relacionadas con la conducta deportiva (Andersen y Williams, 1988; Heil, 1993; Kahneman, 1973). Así, se sugiere analizar los cambios que se producen en las variables que correlacionan con la pérdida de control en la ejecución cuando el deportista se ve sometido a factores de estrés psicológico, por ejemplo, la tensión muscular, el campo visual y/o la frecuencia cardíaca. Se aconseja, igualmente, realizar una comparación intrasujetos entre los resultados del registro efectuado en una situación de línea base con los de una o varias condiciones de registro bajo estrés psicológico. Y, por supuesto, se recomienda que el supuesto en el que se realiza la medición sea lo más semejante posible a la situación deportiva en la que estemos trabajando.

Así pues, el psicólogo del deporte habrá de evaluar el riesgo de la lesión a partir de la combinación equilibrada de la observación del comportamiento del deportista, los datos de la entrevista y los resultados de los cuestionarios antes citados, combinación que le permitirá acercarse a la intervención preventiva de la lesión de una manera más individualizada sobre aquellos deportistas que presentan más indicadores de riesgo.

8.6.- EL ÁMBITO DE LA INTERVENCIÓN EN LAS LESIONES DEPORTIVAS

Hasta bien entrados los ochenta, la intervención en las lesiones deportivas se centró fundamentalmente en los aspectos físicos favorecedores de... y perjudicados por... la lesión. Encontronazos, choques, traspisés, fatiga física, desequilibrios musculares, sobreentrenamiento, etc. eran, a juicio de los expertos, algunas de las principales causas que precipitaban las lesiones en la práctica deportiva, siendo las contusiones, magulladuras, esguinces, tendinitis, distensiones y fracturas las lesiones más frecuentes y reiteradas. Sin embargo, como apunta Cashmore (2002), los estudiosos del tema se fueron dando cuenta de que los factores psicológicos también jugaban un papel importante en la trama lesional, tanto en lo relacionado con la ocurrencia del percance como en su posterior recuperación. Y esto ha sido así hasta tal punto que, en la actualidad, es prácticamente imposible encontrar un programa de intervención, ya sea utilizado por fisioterapeutas, médicos o psicólogos del deporte, que no tenga en cuenta las características de personalidad, la historia de estresores y los recursos de afrontamiento a la hora de materializar sus propuestas.

En este sentido, habremos de señalar que el objetivo de cualquier tipo de programa de intervención con lesiones deportivas es ayudar a que el atleta lesionado recupere plenamente su estado de forma y consiga regresar a la práctica deportiva lo antes posible. Y para lograrlo, arbitra Dosil (2004), se recomienda tener en cuenta tanto las intervenciones de tipo preventivo como las intervenciones específicas cuando ya se ha producido la lesión (intervención postlesional):

8.6.1.- *La intervención preventiva*

Sin duda, la forma más apropiada y provechosa de reducir el índice de deportistas lesionados es mejorar todos aquellos aspectos personales y

situacionales relacionados con la prevención. De hecho, como apunta Palmi (2002) cualquier propuesta de intervención profesional debería resaltar la prioridad de la prevención frente a la propia intervención, primordialmente por el enorme beneficio psicológico y económico que representa. Sin embargo, aunque este aspecto parezca claro para cualquier interesado en el tema, la realidad es que apenas es posible encontrar algún trabajo que aborde, desde una perspectiva psicológica y de una manera sistemática, la disminución de las lesiones como consecuencia de la intervención preventiva realizada. De hecho, la revisión bibliográfica efectuada, los autores consultados y los comentarios al uso nos revelan la existencia un panorama tan indolente como desalentador. Si acaso, por su fuste y representatividad, entre las contadas propuestas en el ámbito de la intervención preventiva podríamos destacar las siguientes:

➤ **Andersen y Williams (1988) – Williams y Andersen (1998)**

Estos autores defienden que el objetivo general de la intervención debería estar orientado a reducir la intensidad de la respuesta de estrés, sugiriendo que la mejor forma de conseguir dicho objetivo pasa por dos actuaciones diferentes: la primera, intervenir en las apreciaciones cognitivas de las demandas, los recursos y las consecuencias potencialmente estresantes, y la segunda, intervenir en los mecanismos fisiológicos (reduciendo el nivel general de tensión muscular) y atencionales (modificando el campo visual o controlando la distracción) que se manifiestan como consecuencia de la respuesta de estrés resultante, dos actuaciones que pueden ser aplicadas bien de forma aislada o bien en conjunto. En concreto, las intervenciones sugeridas por estos autores para las apreciaciones cognitivas del deportista lesionado son: el entrenamiento en confianza, la reestructuración cognitiva, la parada de pensamiento y el desarrollo de la cohesión de equipo. En cuanto al control de los aspectos fisiológicos y atencionales, las intervenciones propuestas son: la relajación, el entrenamiento en visualización, el control de la atención, el control de la medicación y/o el apoyo ergogénico.

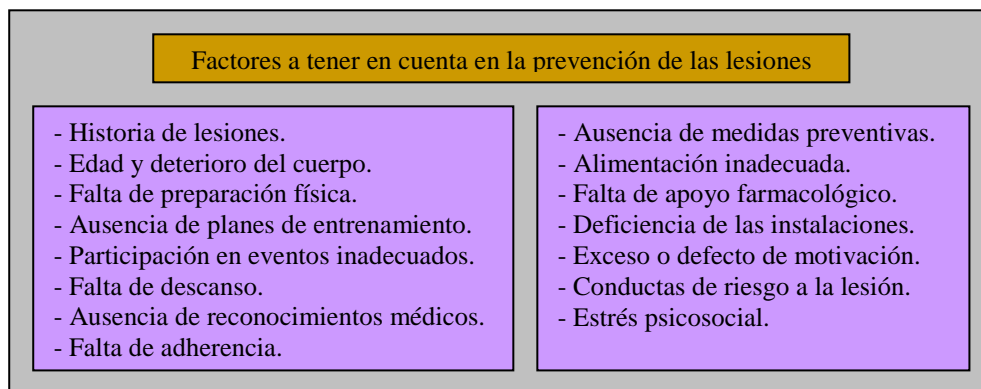
➤ **Smith y Smoll (1991)**

La propuesta de estos autores surge a partir de los resultados de un trabajo de investigación que ambos realizaron sobre la intervención conductual en el deporte juvenil, un trabajo en el que advierten que los deportistas bajos en apoyo social y habilidades psicológicas de afrontamiento tienen un mayor riesgo para lesionarse, sobre todo si han experimentado recientemente un importante estrés. En cambio, si los deportistas cuentan con apoyo social y

buenas habilidades de afrontamiento, la relación entre el estrés y lesión no se hace tan evidente. Por este motivo, y ante la solidez de los resultados, Smith y Smoll sugieren la eficacia de una intervención cognitivo conductual para reducir la vulnerabilidad de lesiones, una intervención basada en dos aspectos fundamentales: el incremento del apoyo social del entrenador mediante programas de entrenamientos conductuales y el desarrollo de las habilidades de afrontamiento de estrés de los atletas. En concreto, el programa de intervención que proponen está basado en dos actuaciones específicas: a) el entrenamiento en relajación para mejorar el control de la activación fisiológica, y b) el entrenamiento en reestructuración cognitiva y autoinstrucciones para las habilidades de afrontamiento cognitivo, primero ante situaciones simuladas y luego ante situaciones verdaderas.

➤ **Buceta (1996)**

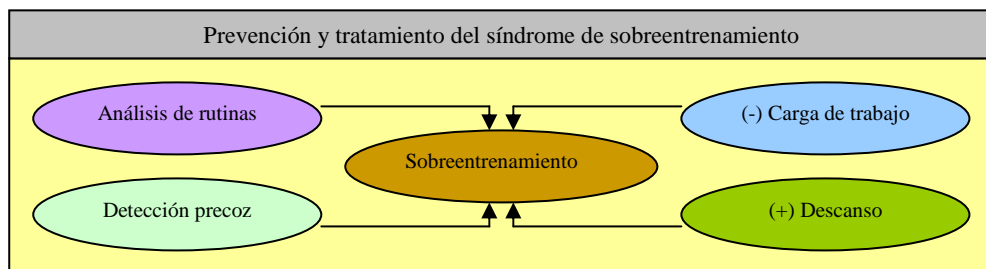
Basándose también en la relación existente entre los niveles de estrés y la ocurrencia de las lesiones, Buceta plantea la necesidad de dirigir la intervención hacia la consecución de los siguientes objetivos: a) eliminar o aliviar situaciones potencialmente estresantes, b) modificar algunas de las variables personales relevantes, c) controlar las manifestaciones perjudiciales del estrés, y d) controlar, en la medida de lo posible, las consecuencias del estrés que aumentan la vulnerabilidad a las lesiones. Asimismo, propone una serie de estrategias psicológicas orientadas a la consecución de todos cada uno de estos objetivos, por ejemplo: la reestructuración cognitiva, el entrenamiento en habilidades de afrontamiento, el fortalecimiento del apoyo social, la relajación y/o la práctica en imaginación.



Fuente: Adaptado de Buceta (1996)

Teniendo en cuenta estas y otras consideraciones, Palmi (2002) opta por agrupar los factores de riesgo de lesión deportiva en tres grandes apartados: los factores médico-fisiológicos, propios de la estructura biofisiológica del atleta; los factores psicológicos, en referencia a los recursos personales, la tendencia a comportamientos de riesgo y la historia de factores estresantes vividos; y los factores deportivos, vinculados a situaciones específicas del deporte (presión competitiva, sobreentrenamiento, marginalidad, etc.); tres representativos grupos de factores que predisponen al atleta a reaccionar de forma inadecuada ante la demanda deportiva y que, según el autor, habrán de ser tenidos en cuenta en la elaboración de cualquier programa de intervención psicológica para la prevención de las lesiones. Por decirlo con otras palabras, se trata de:

- ✓ Mejorar la formación específica del deportista: informando y advirtiendo sobre la importancia que tienen la preparación física, los hábitos de vida saludables y el conocimiento de los factores de riesgo en la prevención de las lesiones deportivas.
- ✓ Entrenar los recursos psicológicos del atleta: proporcionando estrategias psicológicas que permitan reducir la probabilidad de lesionarse (relajación, visualización, control de la atención, reestructuración cognitiva, etc.).
- ✓ Planificar el entrenamiento y la competición con objetivos realistas: personalizando el entrenamiento según el nivel de destreza del deportista y los objetivos individuales establecidos, evitando la monotonía del trabajo y los esfuerzos desmedidos que puedan llevar al sobreentrenamiento.
- ✓ Mejorar los recursos técnicos del deportista: escogiendo adecuadamente los ejercicios destinados a la mejora de la ejecución. Cuanto más preparado física y mentalmente esté el atleta para realizar un determinado movimiento, ejercicio, gesto técnico o jugada ensayada, menos probabilidades tendrá de sufrir una lesión.



8.6.2.- *La intervención postlesional*

En el ámbito de la actividad física y del deporte, el tema de las lesiones viene siendo desde hace décadas una de las cuestiones que más interés ha suscitado entre los investigadores y que mayor atención ha recibido por parte de los entrenadores, médicos deportivos y psicólogos vinculados al deporte de alto rendimiento, un interés y una atención que encuentran su justificación plena en las múltiples secuelas físicas y psicológicas que parecen arrastrar los deportistas que, por uno u otro motivo, caen lesionados. En este sentido, es importante recordar que las lesiones no sólo ocasionan la pérdida del nivel de rendimiento óptimo que permite al atleta mantener al cien por ciento su cota de motivación, si no que, cuando son graves y/o reiteradas, resultan ser una de las principales causas de abandono del deporte. Por eso mismo, apunta Ramírez (2000), con el atleta lesionado es importante actuar de una forma programada y con una visión interdisciplinar desde el momento mismo en el que se produce la lesión.

Sin embargo, a pesar de la pertinencia y de la lógica de esta premisa, lo habitual en el ámbito deportivo es que no se tengan establecidos protocolos de actuación frente a las lesiones, limitando la intervención profesional con los deportistas lesionados a la terapia física, pasando por alto o cediendo a la improvisación los aspectos psicológicos de la recuperación. Ante esta incua realidad, señala Palmi (1990), el psicólogo del deporte -en colaboración con el equipo médico y el preparador físico- habrá de abordar la temática de las lesiones con el convencimiento de que sólo una visión interdisciplinar y de especificidad puede ayudar a la recuperación del rendimiento deportivo del atleta que ha sufrido algún tipo de disfuncionalidad en su práctica deportiva. Una convicción, tan juiciosa como profunda, que le autoriza a afirmar que sólo un abordaje interdisciplinar que aúne esfuerzos, concilie estrategias y combine técnicas podrá ayudar al deportista a superar los inconvenientes, las fatigas y las molestias que habitualmente acarrea una lesión.

Teniendo en cuenta esta holística y conciliadora propuesta, Petitpas (2002) recomienda trabajar con los atletas lesos de acuerdo con la siguiente secuencia:

- Fase 1.- Construir un <<rapport>> apropiado con el deportista lesionado: entender la lesión desde el punto de vista del propio afectado, sabiendo qué significa para él, qué repercusiones le acarrea y qué emociones le provoca. El objetivo principal de esta fase es establecer una relación de colaboración con el deportista que permita implementar las estrategias de tratamiento.

- Fase 2.- Informar y educar al deportista sobre todo lo concerniente a las lesiones deportivas: proporcionar información detallada y actualizada sobre la naturaleza y la gravedad de la lesión sufrida, sobre los pormenores y la duración del proceso médico de rehabilitación, sobre las metas específicas del programa de recuperación, etc.
- Fase 3.- Desarrollar habilidades y recursos de afrontamiento: identificar los recursos de que dispone el deportista para hacer frente a la lesión y ayudar a que aumente su confianza para resolver problemas específicos (muchos deportistas han trabajado algunas de las técnicas psicológicas que son apropiadas para este momento: auto-habla positiva, imaginación, manejo de estrés, etc.). Es fundamental que el profesional de la psicología y el deportista trabajen con objetivos escalonados, específicos, relevantes y realistas para la rehabilitación.
- Fase 4.- Práctica y evaluación de las habilidades adquiridas: el psicólogo deportivo proporciona oportunidades suficientes para que el atleta lesionado practique sus nuevas habilidades, proporcionándole un feedback constante sobre su escalonado progreso. Asimismo, se irá evaluando la consecución de los objetivos establecidos y se preparará al deportista para el momento en que se tenga que enfrentar por sí sólo a las diferentes situaciones que conlleva la práctica deportiva. Esta fase finaliza con la revisión y refuerzo de todo el tratamiento realizado.
- Fase 5.- Intervención en los sistemas de apoyo social del deportista: una vez que el atleta se reincorpora a la práctica deportiva, es primordial contar con el apoyo de las personas que le rodean, ya que, con más frecuencia de la que sería de desear, suelen aparecer altibajos emocionales. En esta fase es de vital importancia conseguir que el deportista sea objetivo tanto con el progreso de su lesión como con el planteamiento de sus metas, por lo que se recomienda un seguimiento exhaustivo por parte del psicólogo del deporte, que tendrá que estar en permanente contacto con el médico deportivo, el fisioterapeuta y el entrenador.

En cuanto a las técnicas psicológicas más útiles para trabajar con los deportistas lesionados, parece no existir, lamentablemente, un acuerdo unánime entre los profesionales de la psicología. Petitpas (1995), por ejemplo, al realizar una revisión de las empleadas en el ámbito investigador a lo largo del tiempo, encuentra que las más utilizadas en el tratamiento de las lesiones deportivas

son: el entrenamiento en control de la atención, el biofeedback, las estrategias cognitivas, el entrenamiento en habilidades de comunicación, la intervención en crisis, el establecimiento de objetivos, el asesoramiento en el dolor/pena, el ensayo mental/imaginería, la relajación progresiva, el entrenamiento en habilidades psicológicas, la psicoterapia, el entrenamiento en inoculación de estrés y las intervenciones en el sistema de apoyo, un vasto y heterogéneo acervo de técnicas que no hacen sino significar la dispersión metodológica existente en el abordaje de estas desafortunadas ocurrencias.

También Wann (1997), Williams, Rotella y Scherzer (2001) y Moran (2004), en un admirable intento de conciliación y de síntesis, han rescatado para la intervención psicológica algunas de las técnicas que, de forma inequívoca e incontestable, han conseguido demostrar su utilidad en el tratamiento de las lesiones deportivas. En concreto, y a pesar de algunas pequeñas matizaciones, todos estos autores coinciden al afirmar que el establecimiento de objetivos, los pensamientos constructivos, el auto-habla positiva, el ensayo mental, la relajación y el apoyo social son las técnicas psicológicas más apropiadas y efectivas para trabajar con deportistas lesionados, y que es responsabilidad del psicólogo deportivo y del entrenador aprender a aplicar estos procedimientos de la manera más provechosa según las necesidades del momento.

Por lo demás, una propuesta verdaderamente interesante es la formulada por Palmi (2002), un especialista en lesiones deportivas que plantea la existencia de dos fases claramente diferenciadas en la intervención postlesional: la fase de inmovilización -con o sin cirugía- y la fase de movilización, dos momentos inconfundibles en el proceso de recuperación que reflejan una problemática muy específica y requieren de un abordaje psicológico muy diferente. La fase de inmovilización, explica este autor, es un momento delicado y crítico en el proceso postlesional, un momento que se caracteriza por la enorme tensión que el deportista debe soportar, por la visión negativa de la recuperación que tiene y por la presencia del dolor que le invade. En general, es una fase saturada de sufrimiento y confusión que suele durar de uno a cinco días, con o sin hospitalización, aunque, a veces, puede prolongarse durante varias semanas (o incluso meses). Por esta razón, el atleta necesita conocer y manejar estrategias específicas de afrontamiento, estrategias que le permitan controlar la ansiedad (ante el dolor, ante las dudas) y aceptar positivamente la realidad. Las estrategias psicológicas a trabajar en esta fase son las siguientes:

1.- Habilidades de comunicación. Para conseguir un buen control de la ansiedad y una aceptación positiva de la realidad, el deportista ha de tener una

información detallada y actualizada sobre la naturaleza y la gravedad de la lesión sufrida. Por esta razón, el psicólogo deportivo ha de mostrar la importancia y, en su caso, ayudar a mejorar las habilidades de comunicación del equipo médico responsable del proceso de recuperación, para que sepa informar adecuadamente sobre la lesión que se ha producido y sepa escuchar las dudas que el deportista plantee (saber hablar y saber escuchar).

2.- Técnicas de relajación. Las técnicas que mejor pueden ayudar al deportista a soportar los malos momentos son aquellas que le permiten controlar su nivel de activación o, lo que es lo mismo, modular el nivel de ansiedad cuando se sienta estresado. Se aconseja que las sesiones de relajación no superen los diez minutos.

3.- Imaginería. Es de gran utilidad combinar los ejercicios de relajación con visualizaciones imaginadas de la zona lesionada, visualizaciones que el deportista habrá de construir y concretar a partir de la información suministrada por el equipo médico. Por decirlo con otras palabras, se trata de facilitar el llamado efecto Carpenter (micro-activación de la zona corporal imaginada) a partir de la representación mental positiva de la zona lesionada.

4.- Determinación de objetivos. El deportista habrá de comenzar a trabajar el tono muscular y el nivel físico de aquellas partes del cuerpo que no han sido afectadas por la lesión con el objetivo de mantener, y si es posible mejorar, su potencial atlético. Un trabajo de mantenimiento físico que requiere tanto el establecimiento de objetivos semanales concretos, como la colaboración y participación del preparador físico del deportista.

En cuanto a la fase de movilización, habremos de decir que es un periodo del proceso de recuperación mucho menos traumático que el anterior -aunque más dilatado y complejo-, un periodo cuya característica más relevante es que el deportista lesionado va recuperando progresivamente su nivel de funcionalidad motora. En esta fase, exista o no protección sobre la zona lesionada, es necesario diferenciar tres momentos o bloques de trabajo, tres intervenciones específicas que, en función de la gravedad de la lesión, se irán paulatinamente articulando: la recuperación, la readaptación y el reentrenamiento del deportista lesionado.

a.- Recuperación. Es una intervención específica gracias a la cual el fisioterapeuta, siguiendo las instrucciones del traumatólogo, va devolviendo la funcionalidad motora a los músculos y/o articulaciones deteriorados por la

lesión. Corresponde a un periodo de trabajo pasivo, tolerable y no demasiado prolongado, en el que el deportista necesita conocer y manejar estrategias psicológicas que le permitan controlar las situaciones estresantes y/o dolorosas, conservar la confianza en el equipo médico y mantener el nivel de motivación para desarrollar el programa diario de trabajo. Las técnicas psicológicas que se sugieren para trabajar en este periodo son: las habilidades de comunicación, las técnicas de relajación, el establecimiento de objetivos, la mejora de aprendizajes deportivos y el apoyo social.

b.- Readaptación. Es una intervención específica mediante la cual se pretende recuperar y mejorar las capacidades físicas perdidas por el deportista con motivo de la lesión. Corresponde a un periodo de trabajo activo, laborioso y continuado, en el que es fundamental que el deportista mantenga un alto nivel de motivación, una adecuada concentración y una actitud positiva hacia su disfuncionalidad, ya que, tarde o temprano, se encontrará con dificultades y recaídas que habrá de solventar con paciencia y desde una perspectiva objetiva. Las técnicas psicológicas a implementar en este periodo son: la visualización, el biofeedback, el establecimiento de objetivos y el diálogo interno positivo.

c.- Reentrenamiento. Es una intervención específica mediante la cual se intenta conseguir que el deportista recupere el nivel de destreza y habilidad deportiva descompensado por el tiempo de inactividad. Corresponde a un periodo de trabajo mucho más técnico, conocido y familiar, en el que es imprescindible que el deportista controle su nivel de activación, focalice toda su atención en la tarea y haga oídos sordos a los comentarios negativos de sus compañeros. Para ello, las técnicas psicológicas a tener en cuenta en esta fase de trabajo son: las habilidades de comunicación, el establecimiento de objetivos y la visualización de maestría deportiva y afrontamiento.

TÉCNICAS PSICOLÓGICAS			
Fase de inmovilización	Fase de movilización		
	RECUPERACIÓN	READAPTACIÓN	REENTRENAMIENTO
Comunicación Control de activación Relajación Visualización Fijación de objetivos	Comunicación Relajación Fijación de objetivos Mejora de aprendizajes Apoyo social	Visualización Biofeedback Fijación de objetivos Auto-habla positiva	Comunicación Imaginería de afrontamiento Imaginería de maestría dep. Establecimiento de objetivos

Fuente: Adaptado de Palmi (2002)

Así las cosas, podemos concluir que cualquier profesional interesado en la psicología de las lesiones deportivas debe tener una buena formación en asuntos referentes a la **Psicología de la Salud** (dado que en la prevención de las lesiones estará más cerca de una visión correspondiente al bienestar de la comunidad deportiva que de la intervención individual); también ha de tener amplios conocimientos de **Psicología del Deporte**, ya que la lesión deportiva lleva asociadas una serie de necesidades personales, económicas y sociales que no son inherentes a otros traumatismos humanos; y, finalmente, ha de poseer conocimientos de **Psicología Clínica**, para así poder intervenir en la fase que hemos denominado postlesional, ya que es necesario tener una visión individual del proceso de curación y de posterior rehabilitación. Así pues, y en palabras de Palmi (1997), *“el especialista en Psicología de la lesión deportiva deberá tener una formación base importante en Psicología con dos subespecialidades: Deporte y Salud”* (p. 234).

8.7.- RESUMEN

Las lesiones deportivas son una fuente inagotable de tensión, dolor y sufrimiento no sólo para el deportista que las sufre, sino también para sus familiares, compañeros y amigos. Por eso mismo, urge identificar los factores biomecánicos, físicos y psicológicos relacionados con la ocurrencia de la lesión. Necesitamos conocer bien sus causas, su dinámica y sus repercusiones, conocimientos que posibilitarán la elección de las estrategias más adecuadas y las técnicas más útiles para lograr una mejor y más rápida recuperación. Asimismo, habremos de tener en cuenta que las lesiones pueden afectar a cualquier parte del cuerpo: huesos, músculos, ligamentos, tendones... y causar diferentes grados de disfuncionalidad, repercutiendo de manera muy distinta sobre la cotidianidad del comportamiento de las personas que las padecen. En este sentido, no podemos olvidar que en un alto porcentaje de los casos las lesiones pueden ser autoinducidas. De hecho, la mayoría de los estudios estadísticos sobre las causas de las lesiones deportivas coinciden en afirmar que en más del cincuenta por ciento de las ocurrencias el responsable de la lesión es el propio deportista, siendo las causas más frecuentes: la falta de destreza, el sobreentrenamiento, el cansancio, la influencia de medicamentos y alcohol y/o la deficiente recuperación después de sufrir una enfermedad o lesión.

Por esta y otras razones, es imprescindible conocer cuáles son los factores que, en mayor o menor medida, predisponen al atleta a tener más probabilidad

de lesionarse, especialmente si nuestro objetivo es elaborar una propuesta de intervención equilibrada y realista que permita prevenir las lesiones o, en su defecto, asegurar la óptima recuperación del deportista. Una propuesta de intervención que, lógicamente, incluya y pondere la rehabilitación psicológica, ya que, hasta no hace mucho, el principal objetivo de la prevención y rehabilitación de las lesiones deportivas consistía en abordar únicamente los problemas físicos asociados a la misma, pasando por alto o cediendo a la improvisación los aspectos psicológicos de la recuperación.

Afortunadamente, este restrictivo criterio ha variado sustancialmente en la actualidad, observándose en el ámbito de la intervención lesional una progresiva tendencia a examinar al paciente desde un punto de vista más integral, haciendo mayor hincapié en las variables psicosociales -estados de ánimo, ansiedad, autoconfianza, motivación, atención, recursos de afrontamiento, personalidad, sistemas sociales de apoyo, etc.- y su influencia sobre la vulnerabilidad y la resistencia del deportista a las lesiones. Por eso mismo la respuesta psicológica del deportista durante la recuperación puede y debe considerarse como un proceso psicodinámico en el que las características personales, la historia de estresores y los recursos de afrontamiento (factores personales y situacionales) ejercen un papel mediador actuando sobre las apreciaciones cognitivas del lesionado, apreciaciones que, en mayor o menor medida, van a influir en la respuesta emocional y conductual del sujeto configurando lo que se ha dado en llamar respuesta psicológica global del deportista lesionado.

Así pues, el saber acompañar al deportista a lo largo de las diferentes reacciones que va a tener como consecuencia de la lesión (incertidumbre, sorpresa, valoración cognitiva de la lesión, depresión, aceptación y resignación), no sólo va a ser fundamental en el tránsito por esos difíciles momentos sino que va a ayudar a la recuperación de la disfuncionalidad (física y psicológica) a la que el equipo médico se está enfrentando. Por este motivo, combinando una visión de salud y de rendimiento, el psicólogo del deporte habrá de tener la formación y los conocimientos necesarios para identificar, evaluar y prevenir los riesgos de la lesión, ayudando al deportista a gestionar el estrés producido por el dolor y la disfuncionalidad cuando ésta se produzca. Un razonable y sólido argumento en el que, precisamente, se basa la psicología para convertir la lesión deportiva en objeto de estudio, investigación e intervención, dando origen de esta manera a una nueva especialidad dentro de la psicología deportiva: la *Psicología de las Lesiones Deportivas*.

8.8.- LECTURAS RECOMENDADAS

- Buceta, J.M. (1996) *Psicología y lesiones deportivas*. Madrid: Dykinson.
- Gutiérrez, J. (1977) *Las lesiones deportivas*. Madrid: Aguilar Editorial.
- Heil, J. (1993) *Psychology of Sport Injury*. Champaign, Ill: Human Kinetics.
- Palmi, J. (2002) Aspectos psicosociales en la prevención y recuperación de lesiones deportivas. En L.P. Rodríguez y N. Gusi (ed.) *Manual de prevención y rehabilitación de lesiones deportivas*. Madrid: Síntesis.
- Pfeiffer, R.P. & Mangus, B.C. (2000) *Las lesiones deportivas*. Barcelona: Paidotribo.
- Ramírez, A. (2000) *Lesiones deportivas: un análisis psicológico de su recuperación*. San Sebastián: UPV/EHU (tesis doctoral).
- Wiese, D.M. y Weiss, M.R. (1987) Psychological rehabilitation and physical injury: implication for the sports medicine team. *The Sport Psychologist*, n° 1 (4), pp. 318-330.
- Wiese-Bjornstal, D.M., Smith, A.M., Shaffer, S.M. & Morrey, M.A. (1998) An Integrated Model of Response to sport injury: psychological and sociological dynamics. *Journal of Applied Sport Psychology*, n° 10, pp. 46-69.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andersen, M.B. & Williams, J.M. (1988) A model of stress and athletic injury: prediction and prevention. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, n° 10, pp. 294-306.
- Astle, R.J. (1986) The experience of loos in athletes. *Journal of Sports Medicine and Physical Fitness*, n° 26, pp. 279-284
- Averill, J.A. (1968) Grief: its nature and significance. *Psychological Bulletin*, n° 70, pp. 721-748.
- Bowlby, J. (1991) *Attachment and Loos*. (Vol. 3) Middlesex, UK: Penguin.
- Bramwell, S.T., Masuda, M., Wagner, N.N. & Holmes, T.H. (1975) Psychosocial factors in athletic injuries: development and application of the Social and Athletic Readjustment Rating Scale (SARRS). *Journal of Human Stress*, n° 1, pp. 6-20.
- Brewer, B.W. (1993) Self identity and specific vulnerability to depressed mood. *Journal of personality*, n° 61, pp. 343-364.
- Brewer, B.W. (1994) Review and critique of models of psychological adjustment to athletic injury. *Journal of Applied Sport Psychology*, n° 6, pp. 87-100.
- Brewer, B.W. (1998) Introduction to the Special Issue: Theoretical, Empirical and Applied Issues in the Psychology of Sport Injury. *Journal of Applied Sport Psychology*, n° 10, pp. 70-82.
- Brewer, B.W. (2001) Psychology of sport injury rehabilitation. En R. Singer, H.A. Hausenblas y C. Janelle (eds.) *Handbook of Sport Psychology*. New York: John Wiley & Sons.
- Buceta, J.M. (1996) *Psicología y lesiones deportivas*. Madrid: Dykinson.
- Bugen, L.A. (1977) Human grief: a model for prediction and prevention. *American Journal of Orthopsychiatry*, n° 47, pp. 196-206.
- Cashmore, E. (2002) *Sport Psychology: the key concepts*. London: Routledge.

Chang, C.S. & Grossman, H.Y. (1988) Psychological effects of running loss on consistent runners. *Perceptual and Motor Skills*, n° 66, pp. 875-883.

Daly, J.M., Brewer, B.W., Van Raalte, J.L., Petitpas, A.J. & Sklar, J.H. (1995) Cognitive appraisal, emotional adjustment and adherence to rehabilitation following knee surgery. *Journal of Sport Rehabilitation*, n° 4, pp. 22-30.

Davis, J.O. (1991) Sports injuries and Stress Management: an opportunity for research. *The Sport Psychologist*, n° 5 (2), pp. 175-182.

De Lee, J.C. & Farney, W.C. (1992) Incidence of injury in Texas high school football. *American Journal of Sports Medicine*, n° 20 (5), pp. 575-580.

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

Engel, G.L. (1961) Is grief a disease? A challenge for medical research. *Psychosomatic Medicine*, n° 23, pp. 18-22.

Evans, L. & Hardy, L. (1995) Sport injury and grief responses: a review. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, n° 17, pp. 227-245.

Feltz, D.L. (1984) The psychology of sport injuries. En P.E. Vinger y E.F. Hoerner (eds.) *Sport injuries: the unthwarted epidemic*, 336-344. Boston: John Wright, PSG.

Gordon, S. (1986) Sport Psychology and the injured athlete: a cognitive-behavioral approach to injury response and injury rehabilitation. *Sport Science Periodical on Research and Technology in Sport*, n° 1, pp. 1-9.

Gordon, S. & Lindgren, S. (1990) Psycho-physical rehabilitation from a serious sport injury: case study of an elite fast bowler. *Australian Journal of Science and Medicine in Sport*, n° 22, pp. 71-76.

Gordon, S., Millios, D. & Grove, J.R. (1991) Psychological aspects of the recovery process from sport injury: the perspective of sport physiotherapist. *Australian Journal of Science and Medicine in Sport*, n° 23, pp. 312-318.

Green, E.E., Green, A.M. & Walters, E.D. (1979) Biofeedback for mind/body self-regulation: healing and creativity. En E. Peper, S. Ancoli y M. Quinn (eds.) *Mind/body integration: essential readings in biofeedback*, pp. 125-140. New York: Plenum Press.

Gutiérrez, J. (1977) *Las lesiones deportivas*. Madrid: Aguilar Editorial.

Hanson, S.J., McCullagh, P. & Tonymon, P. (1992) The relationship of personality characteristics, life stress and coping resources to athletic injury. *Journal Sport and Exercise Psychology*, n° 14 (3), pp. 262-272.

Hardy, C.J., Richman, J.M. & Rosenfeld, L.B. (1991) The role of social support in the life stress/injury relationship. *The Sport Psychologist*, n° 5, pp. 128-139.

Heil, J. (1993) *Psychology of Sport Injury*. Champaign, IL: Human Kinetics.

Hinrichs, T.H. (1995) *Lesiones deportivas*. Barcelona: Hispano Europea.

Hodge, K. & McNair, P.J. (1990). Psychological rehabilitation of sports injuries: practical guidelines for the sports medicine team. *New Zealand Journal of Sports Medicine*, n° 18(4), pp. 64-67.

Kahneman, D. (1973) *Attention and effort*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.

Kane, B. (1984) Trainer counselling to avoid three face-saving maneuvers. *Athletic Training*, n° 19, pp. 171-174.

Karl, G.T. (1987) Janforum: a new look at grief. *Journal of Advanced Nursing*, n° 12, pp. 641-645.

Kirkby, R. (1995) Psychological factors in sport injuries. En T. Morris y J. Summers (eds.) *Sport Psychology: theory, applications and issues*, pp. 456-473. Brisbane: Wiley.

Kraus, J.F. & Conroy, C. (1984) Mortality and morbidity from injuries in sports and recreation. *Annual Review of Public Health*, n° 5, pp. 163-192.

Kubler-Ross, E. (1969) *On death and dying*. London: MacMillan.

- Kubler-Ross, E. (1975) *Death: the final stage of growth*. London: Prentice Hall.
- Labbate, L.A. & Miller, R.W. (1990) A case of malingering. *American Journal of Psychiatry*, Vol. 147 (n° 2), pp. 257-258.
- Leddy, M.H., Lambert, M.J. & Ogles, B.M. (1994) Psychological consequences of athletic injury among high level competition. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, n° 65, pp. 349-354.
- LeUnes, A. & Nation, J.R. (2002) *Sport Psychology : an introduction*. Pacific Grove, CA : Thomson.
- Linderman, E. (1944) Syntomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, n° 101, pp. 141-148.
- Little, J.C. (1969) The athlete 's neurosis: a deprivation crisis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, n° 45, pp. 187-197.
- Lynch, G.P. (1988) Athletic injuries and the practicing sport psychologists: practical guidelines for assisting athletes. *The Sport Psychologist*, n° 2, pp. 161-167.
- McDonald, S.A. & Hardy, C.J. (1990) Affective response patterns of the injured athlete: an exploratory analysis. *The Sport Psychologist*, n° 4, pp. 261-274.
- Moran, A.P. (2004) *Sport and Exercise Psychology: a critical introduction*. London: Routledge.
- Mueller, F.O. & Cantu, R.C. (1990) Catastrophic injuries and fatalities in high school and college sports, fall 1982-spring 1988. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, n° 22 (6), pp. 737-741.
- Palmi, J. (1997) Componentes psicológicos de las lesiones deportivas. En J. Cruz (ed.) *Psicología del Deporte*, pp. 215-244. Madrid: Síntesis.
- Palmi, J. (1990) Intervención psicológica y lesión deportiva: rol interdisciplinar. En *II Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos. Comunicaciones área 10. Psicología de la actividad física y del deporte*, pp. 125-129. Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos.

Palmi, J. (2002) Aspectos psicosociales en la prevención y recuperación de lesiones deportivas. En L.P. Rodríguez y N. Gusi (ed.) *Manual de prevención y rehabilitación de lesiones deportivas*. Madrid: Síntesis.

Pedersen, P. (1986) The grief response and injury: a special challenge for athletes and athletic trainers. *Athletic Training*, n° 21, pp. 1-10.

Petitpas, A.J. (1995) Caring for injured athletes. En S.M. Murphy (ed.) *Sport psychology interventions*. Champaign, Ill: Human Kinetics.

Petitpas, A.J. (2002) Counselling interventions in applied sport psychology. En J.L. Van Raalte y B.W. Brewer (eds.) *Exploring sport and exercise psychology*. Washington, DC: APA.

Petrie, T.A. (1993) The moderating effects of social support and playing status on the life stress/injury relationship. *Journal of Applied Sport Psychology*, n° 5, pp. 1-16.

Pfeiffer, R.P. & Mangus, B.C. (2000) *Las lesiones deportivas*. Barcelona: Paidotribo.

Ramírez, A. (2000) *Lesiones deportivas: un análisis psicológico de su recuperación*. San Sebastián: UPV/EHU (tesis doctoral).

Rodgers, B.L. & Cowles, K.V. (1991) The concept of grief: an analysis of classical and contemporary thought. *Death Studies*, n° 15, pp. 443-458.

Rotella, R.J. (1985) The psychological care of the injured athlete. En L. Bunker, R. Rotella y A. Reilly (eds.) *Sport Psychology: Psychological considerations in maximizing sport performance*, pp. 338-355. Ann Arbor, MI: McNaughton and Gunn.

Rotella, R.J. & Heyman, S.R. (1986) Stress, injury and the psychological rehabilitation of athletes. En J.M. Williams (ed.) *Applied sport psychology: Personal growth to peak performance*, pp. 343-364. Palo Alto, CA: Mayfield.

Rotella, R.J.; Olgilvie, B.C. & Perrin, D.H. (1993) The malingering athlete: Psychological considerations. En D. Pagman (ed.) *Psychological bases of sport injuries*, pp. 85-98. Morgantown: Fitness Information Technology.

- Shaffer, S.M. (1991) *Attributions and self-efficacy as predictors of rehabilitative success*. Unpublished Masters Thesis: University of Illinois.
- Simons, B.G. (1977) Grief therapy to facilitate healthy restitution. *Social Casework*, n° 58, pp. 337-342.
- Selye, H. (1974) *Stress without distress*. New York: New American Library.
- Smith, A.M., Stuar, M.J., Wiese-Bjornstal, D.M., Milliner, E.K., O'Fallon, W.J & Crowaon, C.S. (1993) Competitive athletes: pre and post injury mood state and self-esteem. *Mayo Clinic Proceedings*, n° 68, pp. 939-947.
- Smith, R.E. & Smoll, P.L. (1991) Behavioral research and intervention in youth sport. *Behavior Therapy*, n° 22, pp. 329-344.
- Suinn, R. M. (1967) Psychological reactions to physical disability. *Journal of the Association for Physical and mental Rehabilitation*, n° 21, pp. 13-15.
- Uemukai, K. (1993) Affective responses and the changes in athletes due to injury. En S. Serpa et al. (eds.) *Proceedings of the 8th World Congress of Sport Psychology*, pp. 500-503. Lisboa: International Society of Sport Psychology.
- Udry, E. & Andersen, M.B. (2002) Athletic injury and sport behaviour. En T.S. Horn (ed.) *Advances in sport psychology*. Champaign, Ill.: Human Kinetics.
- Wann, D.L. (1997) *Sport Psychology*. Upple Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Weinberg, R.S. & Gould, D. (1996) *Fundamentos de Psicología del Deporte y del Ejercicio Físico*. Barcelona: Ariel.
- Weiss, M.R. & Troxel, R.K. (1986) Psychology of the injured athlete. *Athletic Training*, n° 21, pp. 104-109.
- Wiese, D.M. y Weiss, M.R. (1987) Psychological rehabilitation and physical injury: implication for the sports medicine team. *The Sport Psychologist*, n° 1 (4), pp. 318-330.
- Wiese-Bjornstal, D.M. & Smith, A.M. (1993) Counselling strategies for enhanced recovery of injured athletes within a team approach. En D. Pargman (ed.) *Psychological bases of sports injuries*, pp. 149-182. Morgantown: FIT.

Wiese-Bjornstal, D.M., Smith, A.M., Shaffer, S.M. & Morrey, M.A. (1998) An Integrated Model of Response to sport injury: psychological and sociological dynamics. *Journal of Applied Sport Psychology*, n° 10, pp. 46-69.

Williams, J.M. & Andersen, M.B. (1998) Psychosocial antecedents of sport injury: review and critique of the stress and injury model. *Journal of Applied Sport Psychology*, n° 10, pp. 5-25.

Williams, J.M. & Roepke, N. (1993) Psychology of injury and injury rehabilitation. En R. Singer, M. Murphey y L. Tennant (eds.) *Handbook of Research on Sport Psychology*, pp. 815-838. New York: MacMillan.

Williams, J.M.; Rotella, R.J. & Scherzer, C.B. (2001) Injury risk and rehabilitation: psychological considerations. En J.M. Williams (ed.) *Applied sport psychology: personal growth to peak performance*, pp. 456-479. Mountain View, CA: Mayfield.

Worden, W. (1991) *Grief counselling and grief therapy: a handbook for the mental health practitioner*. London: Routledge.