



Universidad
Católica
de Valencia
San Vicente Mártir

Facultad de Psicología

Grado en Psicología

Trabajo Fin de Grado

**Programa de Intervención y
Acompañamiento Psicológicos en
Rehabilitación de Lesiones de Futbolistas
Adolescentes**

Presentado por:

D^a. Natalia García Martínez

Tutor:

D. Rodrigo Martín Pazos Siri

Valencia, a 25 de Enero de 2019

Resumen: Es intrínseco a la actividad deportiva el riesgo de lesionarse; y aunque el nivel de prevalencia puede disminuirse, es imposible erradicarlo. Por tanto, siempre existirá el proceso de rehabilitación. El verdadero problema aparece cuando las lesiones interfieren en la vida del atleta hasta el punto de llevarle a abandonar su carrera deportiva o sufrir de trastornos psicológicos clínicos graves. Es de especial importancia cuando ocurre en adolescentes, puesto que su perspectiva puede interferir en la recuperación. El objetivo de este trabajo es el de brindar un programa de intervención en rehabilitación que permita optimizar no sólo el estado psicológico del atleta durante el proceso si no asegurar también una rápida y segura recuperación.

Abstract: Injuries are found to be inherent in sports activity; and although the level of prevalence can be reduced, it is impossible to eradicate it. Therefore, there will always be a rehabilitation process. The real problem arises when said injuries interfere with the athlete's life to the point of leading him to abandon his sports career or suffer from serious clinical psychological disorders. It is especially important when it occurs in adolescents, since their perspective can interfere with the recovery program. The objective of the present work is to provide an intervention program in rehabilitation that allows to optimize not only the psychological state of the athlete during the process but also ensure a quick and safe recovery.

Palabras clave: Lesión deportiva, rehabilitación psicológica, programa de intervención, fútbol, adolescencia.

Keywords: Sport injury, psychological rehabilitation, intervention program, soccer, adolescence.

Introducción

El fútbol, también llamado '*soccer*' en algunos países de habla inglesa, no sólo es el deporte más conocido, sino también el más jugado en el mundo (Della Villa, 2018). Es por ello por lo que en este deporte complejo encontramos tan altos y sustanciales números de lesiones; con sus respectivos riesgos (Pfirrmann, Herbts, Ingelfinger, Simon y Tug, 2016). Las lesiones en fútbol, tal y como apuntan Hägglund, Waldén y Ekstrand (2005) están fuertemente ligadas a la edad, carga de entrenamiento y nivel del jugador.

De acuerdo a los estudios realizados por Pfirrmann et al (2016), la incidencia general en el fútbol masculino juvenil se extendería de 2.00 a 19.4 lesiones por cada 1.000 horas de exposición; tasas mucho más elevadas que las encontradas en fútbol de élite, las cuales se extenderían de 2.48 a 9.4 lesiones por cada 1.000 horas de exposición (Pfirrmann et al, 2016).

En lo que respecta a estudios nacionales, Moreno, Rodríguez y Seco (2008) encuentran datos distintos, pero con conclusiones similares: el fútbol fue el deporte con mayor número de lesiones, ocupando casi una tercera parte del total de lesiones en Europa en el momento del estudio (989 lesiones, un 30,9%). Estas lesiones, ya ocurran en el fútbol base, recreacional o de élite, suponen un importante problema socioeconómico (Eirale, Singh y Chamari, 2017).

Con respecto a los datos encontrados en los Estados Unidos en cuanto al deporte recreacional, los hombres tienden a lesionarse más que las mujeres (NEISS, citado en Santi y Pietrantonio, 2013 p. 2).

Una lesión, como apuntan Santi y Pietrantonio (2013), no sólo afecta a las capacidades físicas, sino también al contexto psicológico. Es por esto por lo que se hace importante la creación de un programa psicológico a la hora de intervenir en la rehabilitación de una lesión.

El objetivo de este trabajo es el de crear un programa práctico y aplicable que sirva como herramienta para psicólogos y sus respectivos equipos multidisciplinares, es decir, aquellos que cuenten con entrenadores, médicos, fisioterapeutas y otros profesionales de la salud, para la recuperación óptima y exitosa de las lesiones de jóvenes futbolistas.

Marco teórico

Lesiones

Una lesión, para considerarse deportiva por lo menos ha de cumplir los siguientes tres criterios (Gabbett y Domrow, 2005; Junge et al., 2009):

- Estar producida en la práctica deportiva y suponer cierto nivel de disfunción.
- Involucrar a un equipo médico-sanitario
- Afectar a una parte del entrenamiento o competición de la persona

La práctica de actividad deportiva tiene infinidad de consecuencias positivas en la salud, pero también puede suponer riesgos para la misma cuando se sufren lesiones (Abenza, 2010), como son los costes económicos, la reeducación, búsqueda de otras ocupaciones o incluso el repentino final de una carrera profesional (Almeida, Olmedilla, Rubio y Palou 2014).

Actualmente, las lesiones se trabajan desde la Psicología Deportiva, la cual se centra en comprender y ayudar a encontrar el máximo rendimiento físico, así como la satisfacción de todos aquellos que realizan un deporte o actividad física. Y la razón por la que se actúa desde la Psicología es porque existe una relación bidireccional innata entre la disfunción y dolor que causa la lesión y la forma en la que el atleta la interpreta (Abenza, Olmedilla, Ortega, Ato y García-Mas, 2010).

Y se hace desde dos grandes vertientes: el estudio de la vulnerabilidad ante lesiones y la rehabilitación de estas (Weinberg y Gould, 2010). Pues tal y como indican Reynaga-Estrada y Aguirre-Olivas (2019), fue durante la época de los años 70 que se formalizaron los primeros estudios sobre el efecto de distintos aspectos psicológicos en las lesiones, pero no ha sido hasta la última década que se le ha dado una importancia real.

El principal y primer modelo que estudió no sólo la vulnerabilidad, sino también la rehabilitación, fue el de Wiese-Bjornstal, Smith, Shaffer y Morrey (1998), quienes estudiaron la recuperación de una lesión en base a las respuestas cognitivas, emocionales y conductuales del atleta.

Palmi (2014) resalta la importancia de diferenciar y clasificar las lesiones para una mejor rehabilitación, atendiendo en este caso a tres criterios: nivel, causa y tipo:

- Con respecto a **nivel**, encontramos lesiones leves, moderadas, graves, muy graves e invalidantes.
- Según la **causa**, se puede deber a factores externos (comportamiento de otros) o internos (psicológicos o médico-físicos) del atleta.
- El **tipo**, por último, se refiere a si son agudas o crónicas. Agudas en caso de que se conozca el acontecimiento concreto que la provocó y crónicas si ya viene de tiempo atrás y le supone una disfunción añadida al deportista.

Según nos muestran los estudios; las lesiones que se producen en competiciones no son iguales a las producidas en entrenamientos, ya que las exigencias de estas primeras

son distintas y mayores (Reynaga-Estrada y Aguirre-Olivas, 2019); llegando a ser 9 veces más frecuentes (Pangrazio y Forriol, 2015). La mayoría de las lesiones de competición, debido a la alta intensidad (Tourny, Snagnier y Cotte, 2014) tienen un origen traumático, esto es, por un evento fácilmente identificable y externo; mientras que hay un porcentaje menor de lesiones causadas por sobreexposición, las cuales se suelen identificar más en entrenamientos (López-Valenciano, 2017).

Los estudios centrados tanto en atletas de alto rendimiento (López-Valenciano, 2017) como en jugadores adolescentes competitivos no pertenecientes a alto rendimiento (Selven, Tjønnna, Nauman y Østerås, 2015; Tourny et al. 2014) coinciden en que la mayoría de las lesiones se localizan en la región del cuádriceps femoral y rodilla (suponiendo del 70 al 93% del total de lesiones), seguidas por cadera, ingle y tobillo, encontrando con frecuencia rupturas músculo/tendón, y articulación/ligamento.

El nivel de lesión deportiva del que nos hablaba Palmi (2014) es medido en cuanto a la cantidad de días que el jugador se abstiene de jugar. Una lesión leve dura una media de 7 días; moderada se encontraría de 7 a 28 días sin jugar, grave o muy grave iría desde un mes a varios meses sin jugar (Tourny, Snagnier y Cotte, 2014).

Dentro de las lesiones, la variable más importante con la que trataremos será el **estrés**, cuya relación con las lesiones es de tipo bidireccional, puesto que una afecta a la otra y viceversa. Probablemente uno de los autores que más información ha aportado acerca de esta relación haya sido Buceta (1996); cuyos modelos ofrecen una mejor explicación. En esencia, variables como el estilo de vida, demandas del entrenamiento y/o competición, sucesos en los círculos sociales cercanos (familia, compañeros, entrenadores...) pueden pasar a ser situaciones de gran estrés.

Dependerá de con qué variables personales se afronten, aumentará (lesiones difíciles anteriores, ansiedad-rasgo alta, apoyo social bajo, creencias rígidas...) o disminuirá (dureza mental, *coping*, apoyo social positivo, sana autoestima, autoconfianza, optimismo...) el estrés percibido.

Y una vez se encuentre en el atleta una respuesta de estrés, esta podrá ser mitigada mediante estrategias motoras, fisiológicas, cognitivas y/o afectivas (Buceta, 1996).

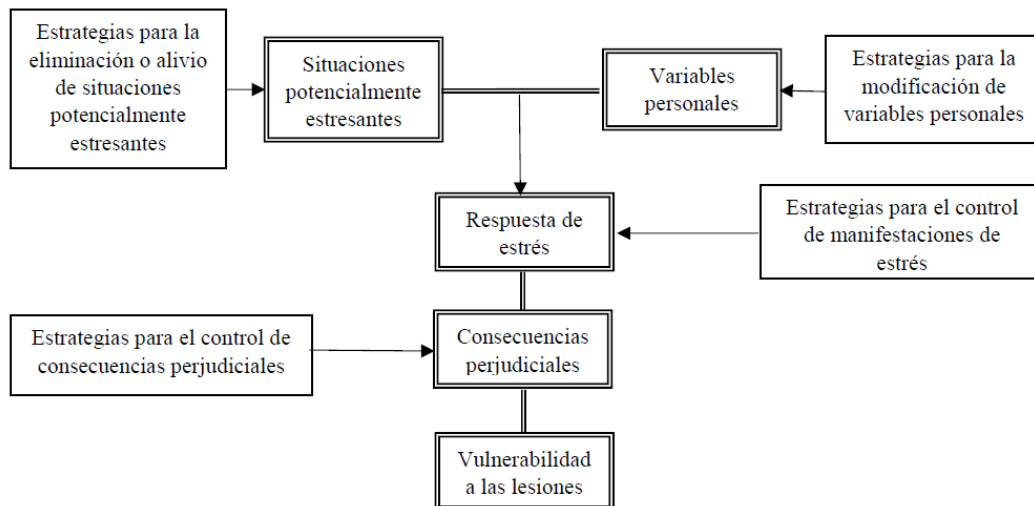


Figura 1.- Adaptado del modelo de vulnerabilidad a las lesiones deportivas a través de los efectos perjudiciales de la respuesta de estrés (=) y posibilidades de la intervención psicológica para el control de las diversas variables implicadas (-).

Fuente: Buceta (1996), pg. 43.

Rehabilitación

La rehabilitación de las lesiones, en base a programas psicológicos, ha demostrado ser efectiva en la disminución de la aparición de futuras lesiones (Edvardsson, Ivarsson y Johnson, 2012; Gledhill, Forsdyke y Murray, 2018; Keats, Fich y Emery, 2012, Schwab Reese, Pittsinger y Yang , 2012).

Pero para entender los procesos psicológicos de recuperación de una lesión y poder ser aplicados, existen numerosas teorías en las que nos podemos basar. Estas teorías se encuentran recopiladas en dos recientes y exhaustivos trabajos: la revisión de Santi y Pietrantonì (2013) y el doctorado de Abenza (2010).

Por una parte, Santi y Pietrantonì (2013) dan una mayor importancia a las siguientes teorías a la hora de explicar la respuesta que el jugador presenta ante una lesión y el proceso posterior de rehabilitación:

- A) Modelo biopsicosocial de Brewer (2009)
- B) Modelo centrado en las reacciones emocionales del deportista (Brewer, 1994)
- C) Modelo integrado de la respuesta psicológica a la lesión y al proceso de rehabilitación (Wiese-Bjornstal et al., 1998)

Mientras que Abenza (2010) coincide con varios de los estudios mencionados anteriormente, destaca como más importantes los modelos centrados en las reacciones emocionales del deportista de Brewer (1994) y el modelo integrado de la respuesta psicológica a la lesión y al proceso de rehabilitación de Wiese-Bjornstal et al. (1998), además del modelo de Heil (1993).

Según esta autora, los modelos de Brewer (1994) y Heil (1993) se basan en la secuencia de respuestas afectivas que Kübler-Ross (1969) empleó para describir el duelo (negación, ira, negociación, depresión, aceptación), aunque esto fue más tarde rebatido por Buceta (1996), ya que los atletas responden de manera más abierta y variada ante las lesiones; dependiendo en gran medida de la edad, sexo, tipo y gravedad de lesión y sin ser tan secuencial ni definido y siendo más negativas cuanto más joven el lesionado.

Modelo biopsicosocial de Brewer (2009)

Mediante este modelo, uno de los más completos, Brewer pretende explicar cómo tanto las características de la lesión en sí, junto con las características demográficas (sociales) del jugador, influyen en algunos factores psicológicos como son la cognición, la personalidad, las emociones o el comportamiento. Es por esto por lo que nunca responderán de la misma manera un joven que un adulto ante la misma lesión.

Este modelo entiende la lesión como un estresor que repercute en las áreas social, psicológica y biológica del atleta. Y cómo, paralelamente, estas áreas repercuten a su vez en la visión y rehabilitación de tal lesión, (Brewer, 2009).

Respuestas Cognitivas

Brewer (2009) señala que la forma en la que un atleta interpreta cognitivamente la lesión contribuye sustancialmente a la regulación psicológica del mismo. De entre las respuestas cognitivas más comunes, resalta las siguientes: disminución de la autoestima, actividad atribucional y utilización de estrategias de afrontamiento.

Los atletas pueden atribuir las causas de la lesión a factores externos (colisión con otros, condiciones del campo...) o internos (debilidad, sobre entrenamiento...) y los métodos de afrontamiento varían mucho en cada individuo.

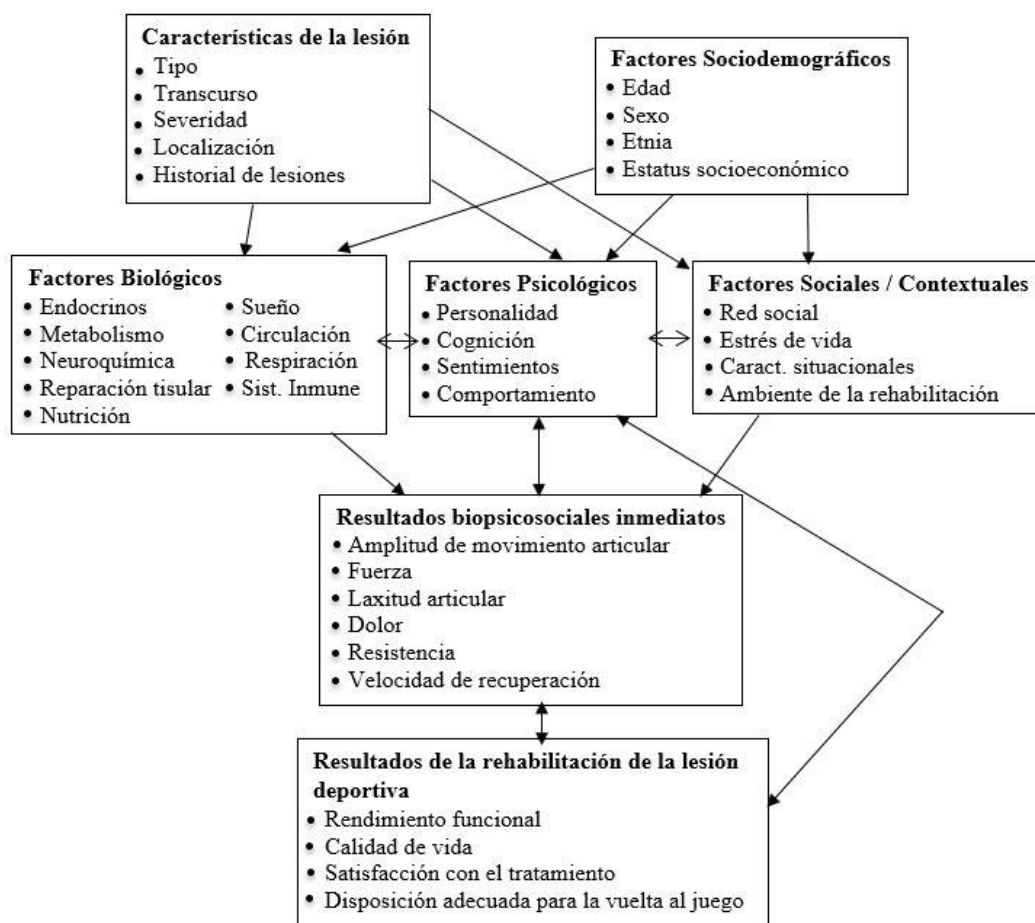


Figura 2.- Adaptado y traducido del modelo biopsicosocial de lesiones deportivas.

Fuente: Brewer, B. W., Andersen, M.B. y Van Raalte, J. L. (2002)

Respuestas Emocionales

De entre las emociones más comunes entre atletas lesionados encontramos: confusión, enfado, tristeza, miedo y frustración; las cuales sufren un pico la primera semana post-lesión, pero tienden a disminuir al mes, y sólo un 5-24% de los atletas las sufren de forma tal que llegan a considerarse como clínicas y necesitan atención de un profesional, (Brewer, 2009).

Estas respuestas emocionales suelen ser más persistentes en atletas jóvenes y/o aquellos con mayor dependencia hacia la práctica deportiva que aquellos más mayores a quienes el deporte no ocupa un aspecto tan central en sus vidas, (Brewer, 2009).

Respuestas Comportamentales

Estas están fuertemente ligadas a las dos anteriores y de ellas depende la adherencia al programa de rehabilitación, ya que, para hablar de recuperación exitosa de una lesión, debe haber *adherencia*, variable definida por Abenza et al (2010) como la medida en la que el lesionado cumple todas las tareas del equipo médico.

Por ejemplo, en atletas cuya respuesta cognitiva se centra en el proceso de rehabilitación, las respuestas comportamentales se basarán en buscar información o realizar bien las actividades; y el mejor método para calcular en qué medida están siguiendo el proceso, se calcula el porcentaje de sesiones asistidas o el porcentaje de tiempo invertido en las mismas, (Brewer, 2009)

Algunas de las características presentadas por los atletas con tasas más altas de recuperación son: motivación intrínseca, fortaleza/dureza mental y tolerancia al dolor, (Brewer, 2009).

Modelo centrado en las reacciones emocionales del deportista de Brewer (1994)

También conocido como ‘Teoría de la Valoración Cognitiva’; es un modelo de Brewer mucho anterior al ya expuesto. Donde la conducta que el atleta expresa viene dada por una respuesta puramente emocional, que, a su vez, ocurre debida a una mezcla entre los factores situacionales (condición deportiva del momento, gravedad de la lesión, apoyo...) y los factores de personalidad como locus de control, estrés, ansiedad o autoestima entre otros (como citado en Abenza, 2010).

Modelo integrado de la respuesta psicológica a la lesión y al proceso de rehabilitación de Wiese-Bjornstal (1998)

A pesar de que el modelo de Brewer aporta una respuesta integradora, Wiese-Bjornstal, Smith, Shaffer y Morrey (1998) deciden revisarlo y crear una teoría incluso más completa.

Añaden más factores personales relevantes (tipo de lesión, severidad, edad, sexo, personalidad...) y situacionales (tipo y nivel de deporte, familia, entrenadores, compañeros...) que afectan al resultado final de la rehabilitación (Citado en Santi y

Pietrantonio, 2013, pg. 1033). Así como los procesos de estrés y dolor; de modo que no sólo ofrece una explicación, sino que además puede predecir el resultado de la rehabilitación, puesto que muestra cómo el estrés no sólo juega un importante papel a la hora de que se produzca una lesión, sino que también puede obstruir la rehabilitación (Abenza, 2010).

Estos factores tanto situacionales como personales, intervienen en los pensamientos del lesionado, influyendo en cómo responde conductual y emocionalmente, obteniendo una respuesta psicológica completa (Ramírez, 2000, como citado en Abenza, 2010)

Respuesta cognitiva

Los pensamientos que surgen post-lesión influyen a los comportamientos al mismo tiempo que están afectados por las emociones (Abenza, 2010). Y existe tal variedad de respuestas, que los estudios se han limitado a las que a priori parecen más comunes entre los atletas estudiados: autoestima, autoeficacia y autoconfianza.

Con respecto a la autoestima, McGowan, Pierce, Williams y Eastman (1994); encuentran que esta se veía disminuida a lo largo del proceso de rehabilitación; especialmente en las primeras semanas cuando era más reciente y a la vuelta al juego; pero existen muchas diferencias a nivel individual.

La autoeficacia, en un estudio algo más reciente de Udry, Shelbourne y Gray (2003) también se ha encontrado reducida en el proceso de rehabilitación; excepto en aquellos deportistas que ya habían sufrido una lesión con anterioridad y se habían recuperado de forma exitosa, pues ya contaban con la experiencia y algunas herramientas (Podlog y Eklund, 2006). Y con respecto a la *autoconfianza*, también se veía reducida (Evans, Hardy y Fleming, 2000).

Volviendo a Wiese-Bjornstal (2002), realiza un apunte sobre los estudios de Morrey (1997); quién estudió de forma longitudinal y dividió en dos tipos a los deportistas dependiendo de si tenían un estilo pesimista (tendencia a respuestas depresivas y/o de cólera) u optimista a la hora de afrontar la lesión, y recalcó especial cuidado con los segundos, ya que el “optimismo poco realista” puede llevar a que se perciban menos consecuencias negativas y no se actúe como se debería.

Es importante terminar hablando de las respuestas cognitivas haciendo mención del **dolor**. Numerosos autores, como por ejemplo Sullivan, Tripp, Rodgers y Stanish (2000), afirman que los deportistas, gracias a la práctica, tienen un mayor umbral de tolerancia al dolor; no obstante, es referido por Wiese-Bjornstal (2002) como una valoración cognitiva y agente estresor que debe afrontarse y suele ser un obstáculo en la práctica de la rehabilitación (Heil, 1993); así que a pesar de las capacidades de los atletas para percibir en menor medida el dolor, esto no significa que sean invulnerables.

Respuesta emocional

Existe una gran discrepancia entre los autores y sus estudios con respecto a las respuestas emocionales (Abenza, 2010); ya que no es algo lineal ni estático. Como se ha mencionado con anterioridad, varían mucho según el individuo. Sí que hay consenso al afirmar que estas respuestas dependen de las variables situacionales y personales del atleta, e incluso estudios como el de Ramírez (2000), encuentran que las variables que más influyen son el nivel de competición en el que se esté jugando y el nivel de gravedad de la lesión.

Es por esto recomendable emplear técnicas de registro como el POMS (Profile of Mood States), el cuestionario más empleado, ya no sólo para recoger información para futuros estudios, sino también para el seguimiento del deportista, pues como apunta Buceta (1996), este cuestionario es corto y permite encontrar las sutiles varianzas emocionales por las que pasa el lesionado durante el proceso de rehabilitación. Eso sí, la utilización de este se hará siempre y cuando el atleta tenga más de 18 años, ya que este está destinado a adultos. Si se trata de jóvenes adolescentes, una alternativa sería el cuestionario BYI (Beck Youth Inventory); el cual comprende edades de 7 a 18 años y se divide en subescalas específicas para síntomas de depresión, ansiedad, enfado y auto concepto, entre otros.

A pesar de emplear métodos de registro, es posible adelantar qué tipo de respuestas emocionales aparecerán: investigaciones como la de Morrey (1997) encuentran que las primeras semanas post-lesión se caracterizan por alteraciones emocionales más negativas, que, paradójicamente, ayudan en la recuperación. Y mientras que no todos responden de esta forma negativa (Brewer, Petitpas, Van Raalte, Sklar y Ditmar, 1995), sí encuentran

que entre un 10 y un 20% de los atletas lesionados, pueden sufrir síntomas depresivos tan graves que pasarían a considerarse como clínicos (Roh, Newcomer, Perna y Etzel, 1998).

De entre estos síntomas negativos, se destaca la ansiedad; la cual podría estar causada por el miedo a perder habilidades a causa de la lesión o por la frustración e impotencia de no poder seguir siendo partícipe de la actividad deportiva (Wrisberg y Fisher, 2005).

Esto se intensifica especialmente en deportes de equipo, donde cobra una gran importancia el componente social y el atleta, al no poder estar mientras se desarrolla la dinámica deportiva, puede percibirse como distinto y alejado de sus compañeros (Williams, Rotella y Scherzer, 2001).

Respuesta conductual

Con respecto a estas respuestas, Wiese-Bjornstal et al (1998) enfatizan como más importantes: la adherencia a la rehabilitación, el uso o percepción de apoyo social, las conductas de riesgo, esfuerzo o falta de este y la manera de afrontar la lesión. Las dos primeras serán abordadas con más detalle más adelante.

Es interesante como estos autores hablan de la ‘cultura de riesgo’ que el deporte parece propiciar y hacer creer que es algo natural y legítimo; donde la sociedad puede dar un valor especial al jugar lesionado, pensando erróneamente que esto hará más fuerte al atleta o que son ‘parte del juego’ (Wiese-Bjornstal, 1998, pg. 62); algo que se hace extremadamente importante si estamos trabajando no sólo con deportistas sino además con deportistas adolescentes.

Teoría cíclica afectiva de Heil (1993)

Heil explica que, ante una lesión, el deportista sólo responde de tres maneras distintas: con angustia, negación y/o enfrentamiento; variando en intensidad y duración dependiendo de las características personales y sociales del lesionado (como citado en Abenza, 2010).

Teorías de adherencia

La adherencia es la actitud del deportista a realizar todas sus tareas de rehabilitación, tal y como el equipo médico le ha prescrito; convirtiéndose en la respuesta conductual más importante ante una lesión (Alzate, Ramírez y Artaza, 2004, como citado en Abenza, 2010).

Múltiples estudios han comprobado cómo las intervenciones psicológicas en fases de rehabilitación crean adherencia y por tanto una mejora en los resultados (Wright, Galtieri, Fell, 2014, Sullivan, Feuerstein, Gatchel et al, 2005; Sullivan y Adams, 2010; Scherzer, Brewer, Cornelius et al, 2001). Y mientras que factores como las propias expectativas, el apoyo social, la motivación, gravedad de la lesión y dolor también juegan un papel importante; estudios (Spetch y Kolt, 2001) encuentran que son el establecimiento de objetivos y las autoinstrucciones, dos de las técnicas a emplear si queremos poner tales factores a nuestro favor.

Mediante estas técnicas, una respuesta cognitiva muy importante que hemos visto anteriormente: la autoeficacia, puede ser guiada hacia niveles más altos, y esto asegurará una mayor calidad de la rehabilitación, así como su cumplimiento íntegro (Milne, Hall y Forwell, 2005).

Pero para asegurar de forma objetiva que se están alcanzando los niveles de adherencia deseados, es útil el uso de distintas pruebas de medida como pueden ser:

- ‘*Sport Injury Rehabilitation Beliefs Survey (SIRBS)*’ para cumplimentarlo por el atleta antes del proceso de rehabilitación y medir cómo percibe la gravedad de la lesión, autoeficacia, susceptibilidad y eficacia del tratamiento. Presenta una alta validez interna (Abenza, 2010)
- ‘*Sport Injury Rehabilitation Adherence Scale (SIRAS)*’ de Brewer et al (1995) para cumplimentarlo por el equipo médico y/o deportivo durante el proceso de rehabilitación cuyas principales escalas miden la intensidad, frecuencia y receptividad del atleta con respecto a las actividades de rehabilitación.
- ‘*Rehabilitation Adherence Questionnaire (RAQ)*’ de Fisher, Domm y Wuest (1988). Lo rellena el deportista una vez terminado el programa de rehabilitación y mide la medida en la que se ha adherido mediante escalas de dolor, motivación, contexto socioambiental, ejercicios y apoyo social. (Adaptado de Abenza, 2010).

De entre estos cuestionarios, las medidas más encontradas y a la vez las más importantes son la asistencia a las sesiones, el esfuerzo puesto en las mismas y el

cumplimiento de las tareas (Duda, Smart, Trappe, 1989, como citado en Abenza, 2010), y es por esto, que si no disponemos de los cuestionarios antes mencionados, se puede hacer un seguimiento de la adherencia mediante la creación de registros que midan estas variables; con escalas tipo Likert para que se rellenen por el atleta, como propone Buceta (1996).

Y con respecto a los aspectos teóricos que subyacen; encontramos dos principales teorías sobre adherencia y ambas se basan en la motivación. Autores como Chan, Hagger y Spray (2011) encuentran esta la variable más importante, pues es la que determinará que el atleta se adhiera a su recuperación y, por tanto, mejore.

- *Teoría de la autodeterminación* (Ryan y Deci, 2000)
- *Modelo trans-contextual* (Hagger, Chatzisarantis, Barkoukis, Wang y Baranowski, 2005)

La teoría de la autodeterminación, de Ryan y Deci (2000), propone que la motivación a la hora de enfrentarse a una rehabilitación es un continuo en el cual los extremos son la ‘desmotivación’ y la ‘motivación intrínseca’. La desmotivación vendría causada por la falta absoluta de autodeterminación y esto se traduciría en pensamientos y conductas de falta de control, incapacidad, falta de intención; llegando incluso el atleta a cuestionarse por qué tiene que hacer sus tareas. En el extremo opuesto, la motivación intrínseca, se encontraría el nivel más alto de autodeterminación y el atleta encontraría satisfacción intrínseca e incluso disfrute del proceso.

Además de cuan alta o baja se encuentre la motivación, estos dos autores también tienen en cuenta la fuente de tal motivación, es decir, si viene de forma externa o interna, siendo así que la ‘desmotivación’ vendría dada por motivaciones externas como la amenaza de un entrenador a desconvocar al jugador o la sensación de estar fallando a sus compañeros y la ‘motivación intrínseca’ por fuentes de motivación internas como querer mantenerse en forma, alcanzar el mayor nivel de recuperación o simplemente sentirse bien realizando de nuevo su deporte (Adaptado de Ryan y Deci, 2000).

Entre ambos extremos, puesto que se trata de un continuo, encontramos subniveles; y cuanto más cerca esté el atleta de la ‘motivación intrínseca’; más adherencia al programa.

El modelo trans-contextual de Hagger et al (2005); explica cómo la motivación, la cual califica como ‘autónoma’ puede transferirse de un contexto a otro; de modo que, si el

atleta tenía una alta motivación a la hora de desempeñar su deporte, será del mismo modo a la hora de enfrentarse a su lesión.

Con estas teorías se concluye que la motivación juega un importante rol a la hora de determinar si el atleta completará el programa de recuperación. Sobre todo, si hablamos de motivación autónoma (o intrínseca, dependiendo del término empleado y el autor referenciado), ya que esta eleva la persistencia, satisfacción y el compromiso (Santi y Pietrantonio, 2013) y a su vez, viene dada por otra piedra angular de la rehabilitación: el apoyo social .

Veremos que, dentro de las estrategias más eficaces a la hora de afrontar una lesión, se encuentran el tener un círculo social fuerte donde apoyarse en todo momento y un equipo médico que esté trabajando de forma multidisciplinar.

Con lo que respecta al **apoyo social**; funciona como variable mediadora entre las respuestas emocionales que hemos visto con anterioridad y la lesión deportiva; puesto que tiene efecto positivo sobre las preocupaciones, tensiones o miedos del atleta (Andersen, 2001)

Y son numerosos los estudios que demuestran su importancia a la hora de enfrentarse a un proceso de rehabilitación (Green y Weinberg, 2001; Hardy, Richman y Rosenfeld, 1991; Tracey, 2003; Yang, Peek-Asa, Lowe, Heiden y Foster, 2010). Existen dos principales hipótesis que explican cómo funciona (Miguel, Machado y Villaça-Alves, 2014); estas son: *'buffering hypothesis'* (traducido literalmente como 'hipótesis de amortiguación') y *'man-effects hypothesis'* (traducido literalmente como 'hipótesis de los efectos del hombre').

La primera hipótesis explica que el apoyo percibido del entorno social permite al atleta disminuir sus niveles de estrés ante la lesión y verla menos amenazante. La segunda hipótesis asegura que el apoyo social ejerce efecto directo y positivo sobre la respuesta psicológica (Bianco y Eklund, 2001; Clement y Shannon, 2011; Taylor, 2011 como citado en Miguel et al, 2014).

Ambas hipótesis tratan el apoyo social como un conjunto de tres dimensiones: 1) Quién lo proporciona (familia, amigos, compañeros, equipo médico), 2) Cómo lo proporciona (de forma emocional, estima, de forma tangible, informacional...) , y 3) Cómo se percibe (en calidad y cantidad).

Dentro de la primera dimensión, con respecto al equipo médico y dado que nos referimos a un equipo multidimensional, es necesario conocer el papel del **fisioterapeuta**. El fisioterapeuta es el responsable de ayudar a recuperar, mantener y mejorar las funciones y habilidades físicas de sus pacientes (Australian Physiotherapy Association, 2015 como citada en Driver, Kean, Oprescu y Lovell, 2017).

En esta misma revisión sistemática de Driver et al (2017), encuentran que por lo general, los fisioterapeutas tienen una visión positiva del trabajo de los psicólogos; pero también existen barreras: muchos de estos profesionales desconocen técnicas que serían de gran utilidad en la práctica cotidiana, como unas adecuadas técnicas de comunicación, habilidades en creación y especificación de metas y técnicas de motivación para alentar a los clientes mediante escucha activa y apoyo emocional entre otros.

Si el psicólogo pudiera entrenar al fisioterapeuta en estas habilidades, mejoraría la relación entre profesionales, así como la relación profesional - cliente; promocionando en última instancia la adherencia, compromiso y proactividad por parte del lesionado en la recuperación (Medley y Powell, 2010 como citado en Driver et al., 2017).

Y pese al gran papel que juega el apoyo social en la rehabilitación, son muchos los estudios afirmando que los atletas tienden a recibir apoyo limitado por parte de entrenadores, compañeros y profesionales de la medicina deportiva y les gustaría recibir un mayor apoyo en todas las fases de la rehabilitación (Clement y Shannon, 2011; Corbillon, Crossman y Jamieson, 2008; Johnston y Carroll, 2000; Robbins y Rosenfeld, 2001; Udry, Gould, Bridged y Tuffey, 1997; como citado en Miguel et al, 2014). Las fases de una rehabilitación también marcan una diferencia en las necesidades del atleta; pues suelen necesitar mayores necesidades emocionales al principio y mayor apoyo objetivo e informativo hacia el final (Robbins y Rosenfeld, 2001), y dichas necesidades no siempre van a ser buscadas de forma activa y directa por el lesionado, sino que esto dependerá en gran medida de la edad, sexo y cercanía que tiene el deportista con el entorno, dificultando o mejorando la rehabilitación (Miguel et al, 2014). Autores como Bianco y Eklund (2001), incluso aconsejan emplear instrumentos específicos de medida para comprobar de forma objetiva que el atleta está recibiendo y percibiendo un óptimo apoyo social.

En las últimas fases de la rehabilitación es hora de pensar en la vuelta al juego, acuñada por muchos profesionales como **RTP** (*Return to Play*), y como es de esperar, una respuesta psicológica negativa hacia la lesión y el proceso, disminuyen las probabilidades de una vuelta al juego exitosa ($r = -0'32$, $\mu = 95\% [-0'42, -0'21]$), mientras que la adherencia positiva mejora la vuelta al juego y es estadísticamente significativa ($r = 0'54$, $\mu = 95\% [0'34, 0'69]$), (Ivarsson, Tranaeus, Johnson, y Sterling, 2017). Una posible explicación para esta relación es la influencia que tiene el estrés psicológico sobre el proceso de reparación de lesiones (Gouin y Kiecolt-Glaser, 2011, como citado en Ivarsson et al., 2017) ya que puede retrasar la fase inflamatoria e incrementar el riesgo de infección.

Otra explicación es que la ausencia de respuestas negativas como la ansiedad o miedo, por ejemplo, aumentan la confianza que el atleta deposita en la zona lesionada; confiando así que podrá soportar mejor la carga del entrenamiento y participando antes (Podlog, Banham, Wadey y Hannon, 2015, como citado en Ivarsson et al., 2017). Ha sido comprobado lo importante que es que los atletas trabajen sus respuestas ante el estrés para disminuir las respuestas cognitivas negativas en el proceso de rehabilitación y adherirse al mismo, así como ver la lesión como un reto y no una adversidad (Ivarsson et al, 2017).

Y esto es de suma importancia ya que los miedos más comunes antes de volver al juego suelen ser la desconfianza en la zona lesionada, miedo a una nueva lesión, y percepción de una función disminuida de la zona lesionada, encontrando así la necesidad de actuar sobre los miedos, creencias irracionales y confianza del atleta post-lesión (Ardern, Österberg, Tagesson et al, 2014).

Estas actuaciones, por lo tanto, se pueden crear en base a una de las teorías más importantes acerca del RTP:

- *Ciclo afectivo de la lesión* (O'Connor, Heil, Harmer y Zimmerman, 2005)

Otros modelos teóricos acerca del RTP se basan en el modelo que propuso Kübler-Ross de las cinco etapas que se afrontan ante un duelo (negación, ira, negociación, depresión y aceptación); pero como indican los estudios de Buceta (1996) y los de Abenza (2010), y como ya hemos visto con anterioridad, no todos los atletas responden de la misma manera ante una lesión y/o la vuelta al juego ni tampoco estas etapas ocurren de forma sucesiva (ni se ha comprobado que aparezcan todas), por tanto, ya que reducir la conducta o limitarla a estas respuestas psicológicas supondría condicionar la respuesta natural, se opta por la aproximación que toma la teoría de O'Connor et al (2005).

El ciclo afectivo de la lesión, de O'Connor et al (2005); mantiene como lo hace Kübler-Ross, el concepto de respuestas psicológicas bien diferenciadas post-lesión, pero lo hace de forma más flexible y dando más importancia a la negación, angustia y el afrontamiento determinado (adaptado de los términos originales '*denial, distress and determined coping*'). Estos autores entienden que las fluctuaciones emocionales pueden suceder a lo largo de semanas, meses o incluso en un mismo día y que, por tanto, el apoyo psicológico ha de ir bien ligado al físico.

Los más importantes a tener en cuenta en la fase RTP son la angustia y el afrontamiento determinado, puesto que ambos suelen aparecer al final del programa de rehabilitación.

La angustia (*distress*) aparece del estrés, ansiedad y miedo producidos por la misma lesión y hacia el final, el deseo de querer volver cuanto antes, puede acentuar estas reacciones; mientras que el afrontamiento determinado (*determined coping*) es cuando, una vez ha pasado por una actitud pasiva, y ha conseguido superar la negación, empieza a colaborar de forma activa con el equipo (O'Connor et al, 2005)

La negación suele ocurrir al principio, en cuanto se ha lesionado el atleta y rechaza y niega abiertamente las consecuencias; restándole importancia, mostrando resistencia a trabajar con el equipo médico y denotando una disminución en su autoestima. Por lo general, la negación es adaptativa y por lo tanto no se debe intervenir a menos que impida la continuación de la rehabilitación (O'Connor et al, 2005).

Adolescencia

La adolescencia cubre la etapa del desarrollo humano de los 11 a los 18 años, aproximadamente, en donde se engloban los dos grupos principales para los cuáles estará destinada esta intervención: cadetes (de 14 a 15 años) y juveniles (16, 17 y 18 años).

Durante la adolescencia, el cerebro no madura de forma homogénea. Lo cierto es que ciertas zonas se desarrollan mucho antes que otras (Blakemore, 2008); siendo una de estas, la amígdala, centro de la excitación y el miedo, entre otras. Por el contrario, la corteza prefrontal, que es aquella encargada de regular las emociones, la toma de decisiones y los impulsos, se desarrollará mucho más tarde (Berger, 2012). Esto se

traduce en que, en esta fase del desarrollo humano, priman antes la toma de decisiones basadas en el instinto y la emoción que aquellas premeditadas y analíticas.

Es por esto por lo que, como indica Steinberg (2004) en sus revisiones, muchas decisiones que toman los adolescentes son impulsivas y dejan de lado cualquier recomendación o precaución dada por cualquier adulto.

No todo es negativo en la adolescencia. El cuerpo de un adolescente de 18 años es capaz de realizar un trabajo físico exigente y alcanzar su máximo rendimiento deportivo (Berger, 2012); es más, ese desarrollo cerebral explicado anteriormente, es el que permitirá una mejor adquisición de nuevos recuerdos, patrones de personalidad y mayor creatividad (Keating, 2004).

Atendiendo la teoría del aprendizaje Piagetiana, la adolescencia se trataría de la cúspide del pensamiento hipotético-deductivo; aquella forma de pensamiento que se incluiría dentro del pensamiento operacional formal y que se explicaría como una forma de pensar más allá del aquí y ahora y tener consideraciones por el futuro (Piaget, 1972); formar conclusiones propias en base a una premisa inicial. Aunque esta ha sido una teoría un tanto polémica ya que otros autores como Kuhn y Franklin (2006) apuntan que no se puede respaldar la aparición de una estructura cognitiva delimitada y diferenciada y que algunos adolescentes todavía ‘razonan como niños’.

En el desarrollo cognitivo de un adolescente, estos se priorizan a sí mismos, pasa a un primer plano la conciencia de uno mismo (Sebastian y cols., 2008). Esta característica, definida por David Elkind (1967) fue acuñada como “egocentrismo adolescente”; puede darse en cualquier grupo étnico y en ambos sexos y es por esto por lo que los adolescentes tienden a pensar erróneamente que son mucho más excepcionales y trascendentes que el resto de sus iguales.

Dentro del egocentrismo, Elkind (1967) encuentra lo que llama **mitos**. Estos mitos o fábulas son convicciones erróneas que tienen los adolescentes; los más importantes siendo: el mito personal y el mito de la invencibilidad. Como apunta este autor, el primer mito se trata de “la creencia de que uno es único e inigualable” mientras que el segundo es bastante descriptivo, y explica por qué los adolescentes tienden a participar de forma activa en más situaciones peligrosas y arriesgadas, pues piensan que saldrán ilesos de ellas.

Siguiendo esta misma línea de desarrollo cognitivo, los autores Barbey y Sloman (2007) encuentran que podría existir otro sesgo de pensamiento en la adolescencia, el cual se ha llamado ‘desatención de la frecuencia base’. Lo que intenta explicar es cómo este grupo de edad tiende a tomar decisiones ignorando voluntariamente la información sobre la frecuencia o la misma experiencia.

La transición en la adolescencia pasa por un desarrollo completo a nivel neuronal y hormonal (Lukkes, 2016) y por consecuencia, existe un incremento significativo del estrés (Collins y Steinberg, 2007). Este estrés no sólo ocurre a nivel fisiológico, sino que también incrementa a causa de la carga académica (Ang y Huan, 2006), familiar (Nelson, 2005) y social, siendo de especial importancia en este último aquellos estresores que el adolescente percibe como amenazantes y que piensa se encuentran fuera de su control (Dickerson, 2004).

Este conjunto de situaciones aumenta la posibilidad de aparición de ciertas psicopatologías relacionadas con el estrés (Kessler, 2012). Como indican Roberts y Lopez-Duran (2019), no sólo existen diferencias individuales, sino también de sexo. La testosterona inhibe la responsividad al eje hipotalámico - hipofisiario, brindando a los hombres una mayor protección contra los efectos del estrés (Dorn, 1996) que a las mujeres.

El sueño, tal como apuntan Hirshkowitz et al. (2015) es ‘esencial para el bienestar emocional, físico y cognitivo’ y permite que el cuerpo humano se recupere tras la actividad, asegurando un óptimo funcionamiento posterior (Vyazovskiy y Delogu, 2014). La falta de este está asociada con cambios de humor, hormonales y deterioro cognitivo (Carskadon y Dement, 2005).

Los atletas que entrenan para rendir en competición y durante un tiempo prolongado y/o de alta intensidad, necesitan suficiente sueño tanto antes como después del evento competitivo para el mejor rendimiento (Darvenne, 2009). Adicionalmente, la recuperación en los atletas es necesaria para prevenir tanto fatiga como sobreentrenamiento, factores que pueden resultar en lesión (Smith, 2003; Copenhaver y Diamond, 2017).

En caso de que haya ocurrido la lesión; como bien apunta Troynikov (2018) en su revisión; las hormonas de crecimiento segregadas durante el sueño estimulan e impulsan al sistema inmune; haciendo así que los tejidos lesionados se reparen.

En esta misma línea, Elkhenany (2018) apunta que los cambios fisiológicos encontrados durante el sueño podrían estar creando un ‘microambiente’ idóneo para la proliferación, migración y diferenciación de las células madre; encargadas de la regeneración de distintos tejidos; entre ellos: hueso, piel y cartílago. Este ambiente lo brindan los ciclos circadianos; y con ellos, las hormonas, entre ellas siendo las más importantes el cortisol y la melatonina.

El cerebro humano, como recopila Berger (2012; página 414), funciona en base a unos biorritmos; ciclos que unen estrechamente nuestro interior con el ambiente externo. Estos vienen dados en unos ciclos día-noche con una cadencia de 24 horas; a los cuales llamamos ritmos o ciclos circadianos.

Durante la adolescencia, las hormonas reguladoras del sueño, entre otras muchas, debido a los procesos de cambio por los que pasan, desplazan la fase de inicio de estos ciclos circadianos, resultando en adolescentes que tienen poco sueño en las primeras fases de la noche y mucho por el día.

En este aspecto también se han encontrado diferencias en cuanto al sexo, siendo los varones nuevamente los que más sufren estas desviaciones (Berger, 2012).

Investigaciones previas

En la revisión realizada por Armatas, Chondrou, Yiannakos, Galazoulas y Velkopolous (2007) encuentran, tras estudiar varias aproximaciones psicológicas, cuatro componentes comunes a todas ellas:

- Educación
- Apoyo social
- Entrenamiento en habilidades psicológicas
- Establecimiento de metas.

Con **educación**, estudios ya mencionados como el de Heil (1993) encuentran que los atletas necesitan conocer la lesión y el proceso. Para lo cual, todos los profesionales deben saber transformar la información clínica en términos que el jugador maneje. En caso de que el equipo no sea asertivo o tenga habilidades comunicativas, será el Psicólogo quien los forme como se ha mencionado antes o, en su defecto, será él el encargado de

transformar y comunicar la información (Armatas et al, 2007). El apoyo social ha sido explicado con anterioridad, así que pasaremos al entrenamiento de habilidades psicológicas:

Armatas et al (2007) encuentran que las habilidades psicológicas más entrenadas son: visualización, relajación y el entrenamiento cognitivo.

Visualización

En una reciente revisión sistemática realizada por Multhaupt y Beauth (2018); se analizaron más de 2.735 estudios publicados entre 2001 y 2016 enfocados en la rehabilitación de lesiones deportivas mediante el uso de visualización (también denominado *imagery* en inglés). En más de la mitad de estos, empleaban también la **relajación** tanto antes, como durante la visualización, ya que está comprobado que mejora la presión y circulación sanguínea, propiciando una mejor recuperación (Park y Han, 2017).

Los instrumentos más empleados fueron el “Self-Efficacy in Rehabilitation (AISEQ)”, “Use of Imagery (AIEQ-2)” y “Dolor Percibido (VAS)”.

El efecto de esta técnica está influenciado por el tipo de lesión y a pesar de la heterogeneidad de estas, los resultados indican que las intervenciones en visualización tienen influencia positiva en las siguientes variables:

- Satisfacción con respecto al proceso de rehabilitación
- Fuerza de resistencia
- Fuerza en la rodilla
- Musculatura
- Seguridad en uno mismo
- Ánimo y energía

La primera variable se encuentra ejemplificada en el estudio de Ievleva y Orlick (1991), donde los atletas se encontraban mucho más satisfechos con la rehabilitación una vez la visualización cambiaba de centrarse en visualizar procesos internos de recuperación a visualizar procesos externos, como una vuelta exitosa a la competición. Lo cual, a su vez, ayuda a mantener la autoestima y la motivación en lesiones más largas (Wiese-Bjornstal et al, 1998).

Con respecto a la musculatura, los estudios de Christakou, Zervas y Lavallee (2007) muestran que las intervenciones basadas en la visualización *no* ofrecen cambios a nivel estructural en la zona lesionada. No obstante, sí que existe un aumento en activación muscular como Lebon et al (2012) confirman en su estudio; donde el cuádriceps femoral tanto del grupo control como en el que empleaba visualización, disminuyen en masa al mismo tiempo (tras la primera semana de inmovilización), pero el segundo grupo sí que consigue cambios en la estructura neuronal de los músculos lesionados. Newsom et al (2003) concluyen que los ajustes post lesión que ocurren a nivel neuromotor pueden ser contrarrestados mediante entrenamiento en visualización. Es a lo que Palmi (2001) referencia como ‘efecto Carpenter’, mediante el que se obtiene un pequeño aumento fisiológico gracias a la micro activación de la zona lesionada mediante la imaginación guiada. En algunos estudios incluso contribuyó a la remisión de la ansiedad a lesionarse de nuevo.

Por otra parte, destaca la importancia de combinar relajación antes de la visualización como ayuda a la concentración del atleta. No son muchos los estudios empíricos que corroboran esta teoría en el marco de la Psicología Deportiva (Holmes y Collins, 2001; Murphy, 1994) y es por esto por lo que se recomienda siempre adaptar estas dos técnicas al contenido actual en el que se encuentre la lesión; además de emplear guiones de visualización previamente contrastados para una mayor estandarización.

Una de las características de esta revisión sistemática de Multhaupt y Beauth (2018) es que ninguno de los estudios había pasado por doble ciego ni eran apropiados para ello. Importante a tener en cuenta para futuros estudios e intervenciones.

Entrenamiento cognitivo

Para el tercer componente de las habilidades psicológicas propuestas por Armatas et al (2007), distinguiremos:

Los programas basados en el **control cognitivo del estrés** (CBSM por sus siglas en inglés). Siendo el ejemplo más detallado el de Perna, Antoni, Baum, Gordon y Schneiderman (2003), quienes demostraron en remeros universitarios mediante esta técnica una reducción de las lesiones debido a la previa reducción de los sentimientos negativos y, por ende, del cortisol. Así como la fatiga, síntomas depresivos y control del

sueño. El grupo experimental, con respecto al grupo control, estuvo de baja menos días $F(1, 29) = 7.05, p < .05$ (tamaño del efecto $n = .196$) y visitó el médico menos veces $F(1, 29) = 4.36, p < .05$ (tamaño del efecto $n = .131$).

Las intervenciones basadas en **terapia cognitivo-conductual**. Múltiples estudios como por ejemplo los de Rizeanu (2014), Bratu (2014), Brewer (2017) encontraron como en sus atletas disminuyeron los pensamientos irracionales, y con ellos, las emociones negativas que precedían.

Establecimiento de metas

Un tema que parece básico y esencial en cualquier intervención es el establecimiento de metas u objetivos. Estos se ponen al principio de la intervención, tanto en relación a las actividades del fisioterapeuta como las del psicólogo (Armatas et al, 2007). Las teorías que subyacen esta herramienta son muchas, pero cabe destacar la **Teoría de Orientación de Metas** de Weinberg (2002); quién distingue entre orientación a la tarea o hacia el ego, dependiendo de si el objetivo es referente a la mejora personal o hacia la superación o comparación del resto, respectivamente; aunque se pueden encontrar de forma simultánea en algunos casos.

En cuanto a creación y aplicación de programas de intervención, hay dos principales referentes: Palmi (2001) y Buceta (1996), cuyos programas se asemejan.

Buceta (1996), a nivel nacional fue de los primeros en crear un plan de intervención post-lesión detallado, completo y fácilmente aplicable. Para crearlo, se basó en las principales problemáticas que surgen una vez lesionado el atleta y lo divide en cinco grandes periodos:

- 1) *“Periodo inmediato a la lesión”* - El atleta experiencia emociones negativas como el dolor y preocupación o angustia con respecto al futuro. Los objetivos de esta fase son evaluar el impacto de la lesión a nivel emocional y nivel de dolor; buscar fuentes de apoyo social, promover la aceptación y ajustar las expectativas.
- 2) *“Periodo de hospitalización”* - Podría no darse, pero en el caso contrario, se deben preparar las reacciones emocionales, los niveles de ansiedad y los posibles resultados de la operación mediante las estrategias anteriores y añadir control de la ansiedad.

- 3) *“Periodo de inmovilización”* - Pueden aparecer sentimientos de inutilidad relacionados con la falta de entrenamiento, adaptación a un nuevo estilo de vida, y pueden continuar las respuestas psicológicas negativas. Se continúa con los objetivos anteriores (evaluar impacto y dolor, apoyo social continuo, evaluación, aceptación, establecimiento y cumplimiento de objetivos) y es un buen momento para ayudar al atleta a organizar su tiempo, mejora del estado anímico y entrenamiento psicológico (visualización)
- 4) *“Periodo de rehabilitación activa”* - Las expectativas del atleta con respecto a la rehabilitación empiezan a cambiar, así como el estado de ánimo. El proceso puede hacerse más duro, con más dolor, problemas de organización del tiempo y posible falta de adherencia. Se necesita incidir en el apoyo social, las expectativas, autoconfianza, motivación, gestión de los horarios y del estado de ánimo, así como en el **miedo** al dolor si se encuentra.
- 5) *“Periodo de preparación de la reaparición”* - El atleta, en la recta final puede sentirse impaciente, preocupado con su rendimiento y las expectativas de otros y miedo a lesionarse de nuevo. Es de nuevo importante para este autor mantener activo el apoyo social, apoyar al atleta en la adaptación a las nuevas demandas y horarios, y brindar herramientas para el control del miedo a futuras lesiones, ansiedad por la evaluación de los demás y expectativas (Buceta, 1996).

Con referencia a **Palmi** (2001), se encuentran parecidos con el programa de Buceta, pero más detallados; promueve un programa con dos fases bien diferenciadas:

- 1) *“Fase de inmovilización”* - Duraría de uno a cinco días. Se caracteriza por altos niveles de ansiedad, dolor, incertidumbre y una visión negativa de la situación. El trabajo del Psicólogo será el de ayudar al equipo médico a desarrollar habilidades de comunicación y al atleta a usar técnicas de relajación, visualización. Junto con él, establecerán los objetivos (Palmi, 2001)
- 2) *“Fase de movilización”* - Dura mucho más que la anterior, pero dependerá del tipo de lesión. Comienza en cuanto el atleta vaya recuperando sus capacidades previas. Se divide en tres subetapas (Palmi, 2001):
 - a) *“Recuperación”* - Mejora la movilidad de la zona lesionada. El deportista necesita mantener las estrategias antes mencionadas además de conservar la motivación, el apoyo social y aprender sobre el deporte que se practica,

pero de forma teórica (libros, vídeos...) para no sólo mantenerse activo sino reforzar los aprendizajes prácticos.

- b) *“Readaptación”* - El atleta empieza a recuperar la forma física previa a la lesión. La motivación necesita mantenerse alta, dando feedback. Se pone el énfasis en la concentración y visión positiva. A los objetivos y visualización se le puede incluir el bio-feedback y el diálogo interno positivo (Rotella, 1990, como citado en Palmi, 2001)
- c) *“Reentrenamiento”* - El atleta empieza a prepararse para la vuelta a los entrenamientos habituales. Muy importante el control de la activación, concentración y autoconfianza. De nuevo es importante profundizar en visualización, comunicación y cumplimiento de los objetivos inicialmente propuestos (Palmi, 2001).

Descripción

Ámbito de Aplicación

El ámbito de aplicación de este programa de intervención serán aquellos equipos multidisciplinares que trabajen con jóvenes en Fútbol 11 de manera competitiva pero no de alto rendimiento, esto es, aquellos que no se dediquen a entrenar y jugar a nivel profesional.

Objetivos

Favorecer la adherencia del paciente a su rehabilitación.

Se necesita crear adherencia para que el paciente se rehabilite cuanto antes y de la forma óptima. Para ello, el objetivo secundario será que el atleta acuda a un mínimo del 70% de las sesiones.

Disminuir la probabilidad de cronicidad de la lesión.

Si la lesión se cronifica y deja secuelas, el deportista muy posiblemente deba abandonar su deporte, y esto puede tener consecuencias muy graves a nivel psicológico,

dejando un gran impacto en su vida y la percepción de esta. Este objetivo se conseguirá mediante el trabajo conjunto del equipo médico.

Preparar para la aparición de otro tipo de lesiones.

Una vez realizada la intervención, se le brinda al jugador otra visión acerca de lo que una buena rehabilitación implica. De este modo se pretende que en caso de que aparezca otra lesión, el jugador se implique más en ella, y acuda a recibir ayuda profesional antes, puesto que ya ha tenido una situación de éxito.

Concienciar de la importancia de un trabajo multidisciplinar

En la rehabilitación de una lesión para una temprana continuación en el juego se necesita trabajar en equipo. Este no es un objetivo que recaer de forma directa en el paciente, si no más bien en aquellos profesionales con los que se trabaje. Poner en relieve la importancia del trabajo de un Psicólogo Deportivo.

Población Diana

La población a la que está destinado este programa son todos aquellos adolescentes cuyas edades estén comprendidas entre los 14 y los 18 años, jugando entre los niveles Cadete (correspondiente a las edades de 14 a 15 años) y Juvenil (correspondiente a las edades de 16 a 18 años) de Fútbol 11.

Fases de Elaboración

Fase 1: Toma de contacto con el deportista.

Esta primera fase será el periodo inmediato a la lesión, en la que ya se cuenta con una visita previa al equipo médico, bien haya sido el médico, el fisioterapeuta o ambos. Durará dos semanas como mínimo, en las que se realizarán 6 sesiones y el objetivo principal será el de *estabilizar* las respuestas del atleta ante la lesión, esto es, que no vayan a más.

Otros objetivos detallados más adelante serán: tener un primer contacto con el atleta, establecer las necesidades y línea base de la intervención, valorar la lesión y comenzar a plantear objetivos de cara a las siguientes fases.

Fase 1 sesión 1. El objetivo principal de la primera sesión será hacer una entrevista y valoración inicial del caso (Ver ANEXO 1a y ANEXO 1b), crear suficiente relación de confianza y *engagement* con el atleta con el fin de que acuda a las posteriores sesiones, así como asegurar que comprende el trabajo que el Psicólogo Deportivo realizará junto a él.

Durará de una hora a una hora y media.

Fase 1 sesión 2. En esta sesión se le creará la ficha física del atleta en la que guardará su progreso. Se pondrán los objetivos de la rehabilitación (Ver ANEXO 2) junto con el paciente y se permitirá que exprese cómo se siente con respecto a la lesión (expectativas, miedos, ansiedades, inseguridades). Completará el cuestionario BYI (Beck Youth Inventory) y en base a los resultados, se crearán escalas-termómetro a medida de las respuestas emocionales más pronunciadas con el fin de medirlas y controlarlas. El objetivo para la siguiente sesión será que busque información sobre su lesión y posibles preguntas que no pudo hacer al equipo médico con anterioridad.

Durará una hora, hora y media si es necesario.

Fase 1 sesión 3. Esta sesión se hará con el fisioterapeuta (o personal médico encargado), a quien se preguntará sobre el caso del paciente desde su perspectiva (Ver ANEXO 3a) y se le instruirá en habilidades comunicativas (Ver ANEXO 3b)

Duración de la entrevista de una hora y duración de la presentación en media hora. Tiempo total de hora y media.

Fase 1 sesión 4. Reuniremos tanto al profesional entrevistado en la anterior sesión como al paciente y compararemos la información que este ha encontrado con respecto a su lesión, poniendo asimismo en común las dudas que hayan surgido. Posteriormente, de aquellas actividades de rehabilitación que mande hacer el experto, buscaremos imágenes ilustrativas que añadiremos al cuestionario a pasar al joven en la siguiente sesión (Ver ANEXO 4). Y mandaremos que rellene un cuestionario sobre patrones de sueño (Ver ANEXO 5) con respecto a la semana anterior a la lesión.

Duración de una hora y media.

Fase 1 sesión 5. En esta sesión, se explicará al jugador cómo se realizará un cuestionario (Ver ANEXO 6) en el que se le preguntará sobre la realización de los ejercicios de rehabilitación y pautas de sueño, y se pedirá que la rellene cada día. Además,

se le preguntará qué beneficios y desventajas tiene una rehabilitación (Ver ANEXO 7), rellenando una matriz de decisiones donde el Psicólogo le ayudará a interpretar las respuestas.

Duración de una hora

Fase 1 sesión 6. En la última sesión de la primera fase conviene incluir a la familia cercana, tanto para informarles de forma personal de la intervención, como para realizarles el taller de asertividad hecho anteriormente (Ver ANEXO 3b). Y ya sea antes o después de este taller, haremos con el joven (y con la familia) una reestructuración de su horario, en el que las horas que antes estaban destinadas a entrenar y jugar, se rellenarán ahora con otras actividades como pueden ser académicas o mejoras tácticas y/o de búsqueda bibliográfica con respecto a sus patrones de juego. Se trata de aprovechar el momento de rehabilitación para incidir en otras áreas.

Duración de una hora y media.

Fase 2: Inmovilización (Psicoeducación).

El objetivo de esta fase será el de aportar información al jugador, aquellos conocimientos que necesite para conseguir los objetivos propuestos inicialmente, manejar los síntomas, identificar desencadenantes y modificar creencias; así como de informar a la familia y círculo cercano.

Fase 2 sesión 1. Esta primera sesión servirá de puente con la anterior y en ella se explicará, de forma participativa y sencilla, en qué consiste la higiene del sueño y por qué es necesario para una mejor recuperación (Ver ANEXO 8). Se comentarán los resultados de las encuestas hechas hasta la fecha y se comprobará la adherencia. La rehabilitación estará dando resultados, de modo que es buen momento para repasar qué situaciones pueden haber llevado a la lesión (precipitantes) y qué cogniciones y sentimientos la han seguido (posibles mantenedores). Se le mandará esta tarea para la siguiente sesión.

Duración de hora y media.

Fase 2 sesión 2. Se volverá a recordar qué es una lesión y qué sentimientos y pensamientos acarrea de forma intrínseca con el fin de empezar a fomentar la aceptación; se pueden poner ejemplos de atletas lesionados. Se comprobará que ha traído la actividad

hecha y se clasificarán esas cogniciones y sentimientos en adaptativas y no adaptativas. Esto lo intentará hacer el atleta sólo, dando explicaciones de cada elección.

Duración de una hora.

Fase 2 sesión 3. En esta sesión se retomarán los desencadenantes, tanto de la lesión como de las cogniciones y se empezará a trabajar sobre ellos en base a la modificación cognitiva; pero antes de se pasará una serie de preguntas al atleta (Ver ANEXO 9) para comprobar si su rendimiento lo enfoca hacia la tarea o el ego; dato que nos será útil a la hora de analizar sus cogniciones. Pediremos además que nos ponga ejemplos de su día a día para poner en perspectiva cómo posibles pensamientos dicotómicos los traspasa del deporte a lo cotidiano y viceversa.

Duración de una hora

Fase 2 sesión 4. Esta sesión se realizará con la familia, quienes pueden disminuir la carga del atleta en gran medida. Les haremos conocedores de las respuestas que acarrear una lesión, especialmente en adolescentes. El objetivo es que acepten las posibles respuestas negativas y acompañen. Se recordará el taller de asertividad y se les instruirá en respuestas ante reacciones de rabia, ambivalencia y ansiedad. Si acude el joven, en otra sala, puede ir contestando el cuestionario POMS (versión para jóvenes) para un seguimiento de los estados emocionales.

Duración de una hora; hora y media si fuera necesario.

Fase 2 sesión 5. Esta sesión será mucho más abierta que el resto. En el comienzo, pediremos al paciente que se exprese con toda libertad sobre cómo se siente con respecto al proceso. En base a las terapias gestálticas, se le pedirá que de forma abierta y creativa intente hablar de cómo se ha ido sintiendo a lo largo de estas semanas anteriores.

Duración de hora y media.

Fase 2 sesión 6. Con la información recogida de anteriores sesiones y los cuestionarios rellenados a diario; escribiremos posibles situaciones adversas que se encontraría el jugador tanto en su día a día como en la práctica deportiva para que a continuación, él escriba la respuesta más apropiada. El objetivo es crear conciencia de cómo manejar los síntomas y cómo conocer sus respuestas y cambiarlas, además de reaccionar antes a los posibles desencadenantes. Esta lista se guardará.

Duración de una hora.

Fase 3: Acción.

Esta tercera fase constará principalmente de actividades de visualización que aporten al atleta mayor control sobre su cuerpo; pues es el complemento perfecto para el control que ha ido ejerciendo en sus cogniciones y emociones en la fase anterior.

Fase 3 sesión 1. Comenzarán las sesiones de visualización (Ver ANEXO 10); pero antes, y sólo si se cree conveniente por dificultades del jugador, se realizará una relajación muscular progresiva de Jacobson para inducir a una mejor visualización. El objetivo es que se familiarice con esta técnica.

Duración de una hora.

Fase 3 sesión 2. Se retomará la visualización guiada. Se empezará igual que la anterior, un poco más rápido y con ejemplos de patrones de movimiento distintos de los anteriores. A continuación, en lugar de imaginar al jugador profesional, se pedirá que se ponga el paciente en su piel y describa cómo se siente; el objetivo es que pueda ver su imagen con facilidad, haciéndose a ella.

Duración de una hora

Fase 3 sesión 3. Se continuará la visualización; retomando las actividades propuestas en las dos sesiones anteriores, esta vez con más detalle y se describirán situaciones de éxito pasadas, las cuales tendrá que visualizar. El objetivo es trabajar en base al éxito para preparar las respuestas emocionales.

Fase 3 sesión 4. Se realizará un repaso de las anteriores sesiones, repitiendo la sesión 3, asegurando así que se realiza bien.

Fase 3 sesión 5. La visualización empezará con un repaso de las anteriores, pero en este caso, en lugar de situaciones de éxito, se trabajará con situaciones dificultosas, entre ellas, si es posible, la que le llevó a la lesión. El objetivo es encontrar miedos si los hay, trabajarlos, prevenir y dar mayor control al paciente. Se pedirá que como trabajo para casa aplique estas técnicas de visualización en sus ejercicios de rehabilitación.

Fase 3 sesión 6. Se trabajarán los miedos puesto que la vuelta al juego está cerca y para evitar una desproporción a la hora de no emplear la zona lesionada y sobre utilizar la contraria. Pediremos al atleta que exponga sus principales miedos, los verbalice y busque soluciones que haya aprendido de sesiones anteriores.

Fase 4: Return to Play.

La última fase tendrá una menor duración; alrededor de la mitad de las anteriores. Se controlará la vuelta al juego una vez el equipo médico dé su visto bueno. Los objetivos, a grandes rasgos, serán: brindar herramientas al deportista para que afronte la impaciencia, miedo y estrés, preparar al entrenador y/o preparador físico para la vuelta y preparar para futuras lesiones, además de dar un cierre al programa valorando los resultados.

Fase 4 sesión 1. Se hablará con el entrenador; qué expectativas tiene con respecto a la vuelta del jugador y con el preparador físico para saber la carga que va a poder soportar y se realizará de nuevo el cuestionario de BYI para comparar los resultados pre y post intervención. Preparar al entrenador (Ver ANEXO 3b).

Duración de hora y media.

Fase 4 sesión 2. Cerrar objetivos, valorarlos haciendo una comparativa entre el punto inicial y el final en base a los cuestionarios rellenos, preparar para posible recaída o futuras lesiones con trabajo de expectativas. Hacer la búsqueda de las partes positivas de la lesión y su proceso de rehabilitación (Ver ANEXO 11).

Duración de una hora.

Fase 4 sesión 3. Acompañamiento final, expectativas que tiene con respecto a sus compañeros, aspectos positivos de la lesión: formular una lista de aquellos aspectos que, bajo su criterio, han sido claves en la óptima recuperación de su lesión y compararlos con los ofrecidos por el Psicólogo para una mayor conciencia (Ver ANEXO 12).

A partir de aquí se recomendaría establecer un seguimiento mensual, aproximadamente.

Calendario

Este programa tendrá una duración aproximada de 7 semanas y puede abarcar una lesión que dure aproximadamente un mes de recuperación.

Es importante saber que, si la lesión tomara más tiempo, como sería el caso de una lesión de LCA, que puede durar hasta un año; se podría perfectamente implementar este programa también. En estos casos, puesto que se necesitaría hospitalización, se tendrá en cuenta el tiempo de este, los profesionales de la salud que intervengan en las debidas operaciones y recuperación, incidiendo especialmente en el dolor percibido y realizando dos ciclos de la fase 3; siendo una de ellas dedicada al dolor y la distracción activa de este.

Para una mayor comodidad de las fechas, se recomendaría realizar los lunes, miércoles y viernes de cada semana; con una media de hora y media por sesión, como aparece indicado.

Delimitaciones de recursos

Los únicos costes asociados a la implantación de este programa serían los honorarios del profesional durante las sesiones imprescindibles, además de los costes de los cuestionarios en caso de que sea necesaria su aplicación (Ver ANEXO 13).

Análisis de viabilidad

Este programa podrá llevarse a cabo siempre y cuando sea implementado junto con un equipo deportivo y sanitario multidisciplinar.

Además de los estudios mencionados con anterioridad, algunos otros como los de Christakou y Zervas (2007) y Maddison, Prapalessis y Clatworthy (2006), reconocen encontrar mejoras significativas en procesos de rehabilitación mediante la aplicación de distintas técnicas psicológicas. Mientras que el estudio de Driediger, Hall y Callow (2006) hace especial énfasis en la visualización; encontrando mejoras significativas en la media y desviación estándar en cuanto al dolor percibido de aquellos que no empleaban estas técnicas ($5'95 \pm 2'65$) y aquellos que sí lo hicieron ($7'18 \pm 1'23$).

Evaluación

La efectividad del programa se puede medir de dos formas distintas. Si los pacientes se aproximan a la edad de 18 años; la evaluación de la rehabilitación se puede evaluar

con el cuestionario SIRBS antes y después de la intervención; cuyo alfa de Cronbach es de $\alpha = 0,81$ a $0,90$ (Lu y Hsu, 2013), o con el cuestionario RAQ tras finalizar la intervención.

Pero en caso de que los pacientes tengan de 14 a 17 años, la evaluación se realizará mediante escalas tipo Likert que se han creado. El dolor (Ver ANEXO 1b) deberá descender hasta el nivel 1, y el sueño deberá mejorar en función de las horas, siendo lo ideal unas 7-8 (Ver ANEXO 5) así como de forma subjetiva (Ver ANEXO 6). Los objetivos establecidos a principio se discutirán (Ver ANEXO 14), siendo ideal el cumplimiento y aprendizaje de todos, pero considerándose exitoso al menos el cumplimiento del 80-90% de estos. Además, el profesional a cargo llevará un seguimiento de las sesiones; considerándose exitosa una asistencia de mínimo el 80%, o lo que serían 16 o 17 sesiones de las 21 planteadas inicialmente.

Conclusiones

A pesar de la falta de aplicación de este programa; y, por tanto, la falta de datos objetivos; está sustentado en suficientes estudios científicamente comprobados como para tener unas bases fuertes y por tanto asegurar en gran medida unos resultados óptimos.

Las aportaciones que supone este programa frente a los ya existentes son, como principal, una diferenciación y adaptación en cuanto al rango de edad (ofrece una intervención directa en edades comprendidas entre los 14 y 18 años) y, por tanto, mayor comprensión de esta. Una mayor importancia con respecto a la higiene del sueño, una mayor variedad de técnicas empleadas en las sesiones prácticas y una mayor implicación del círculo social del paciente, así como la adición de la búsqueda del aprendizaje positivo de la lesión y su proceso de rehabilitación.

Cabe destacar que es muy posible que existan dificultades en las sesiones a la hora del uso de los cuestionarios, ya que los referentes a la adherencia (RAQ, SIRBS, SIRAS) no cuentan con un respaldo de estudios cualitativos exhaustos y algunos de los otros (AISEQ, VAS) no están adaptados para menores de 18 años. Si bien es cierto que esta intervención cuenta con recursos más que suficientes para cubrir los objetivos de estos cuestionarios de forma práctica; puede no ser correcto para la investigación.

Y es por esto importante añadir que se debería promover la creación de investigaciones y cuestionarios de Psicología Deportiva aplicada a los jóvenes adolescentes, debido al gran potencial de estos y la posible creación de futuros estudios longitudinales.

Referencias

- Abenza, L. (2010). *Psicología y lesiones deportivas: Un análisis de factores de prevención, rehabilitación e intervención psicológica*. Tesis doctoral no publicada. Universidad Católica San Antonio de Murcia.
- Abenza, L., Olmedilla, A., Ortega, E., Ato, M. y García-Mas, A. (2010). Análisis de la relación entre el estado de ánimo y las conductas de adherencia en deportistas lesionados. *Anales de Psicología*. Universidad Católica San Antonio de Murcia. Vol. 26, nº1, 159-168.
- Almeida, P.L., Olmedilla, A., Rubio, V.J., y Palou, P. (2014). Psychology in the Realm of Sport Injury: What it is All About. *Revista de Psicología del deporte*, 23(2), 395-400.
- Alzate, R., Ramírez, A. y Artaza, J.L. (2004). The Effect of Psychological Response on Recovery of Sport Injury. *Research in Sports Medicine*, 15, 15-31.
- Andersen, M.B. (2001). Returning to action and the prevention of future injury. En J. Crossman (Ed.), *Coping with sports injuries: Psychological strategies for rehabilitation* (pp. 162-173). Melbourne: Oxford University Press.
- Ang R.P., Huan V.S. (2006). Relationship between academic stress and suicidal ideation: testing for depression as a mediator using multiple regression. *Child Psychiatry & Human Development*, 37 (2), pp. 133-143.
- Ardern C.L., Österberg A., Tagesson S., et al. (2014). The impact of psychological readiness to return to sport and recreational activities after anterior cruciate ligament reconstruction. *British Journal of Sports Medicine*; 48: 1613-1619.
- Armatas, V., Chondrou, E., Yiannakos, A., Galazoulas, C., y Velkopoulos, C. (2007). Psychological aspects of rehabilitation following serious athletic injuries with special reference to goal setting: A review study. *Physical Training*, 8 (1), 1-15.
- Australian Physiotherapy Association (2015). What is Physiotherapy? Extraído de: <https://choose.physio/what-is-physio?hkey%C2%BC25ad06f0-e004-47e5-b894-e0ede69e0fff%3E=>.
- Ávila, A. y Giménez, A. (1991). Los adjetivos en tareas de evaluación psicológica: propiedades y valor estimular. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 44, páginas 465-475.

- Barbey, A.K. y Sloman, S. A. (2007). Base-rate respect: From Ecological Rationality to Dual Processes. *Behavioral and Brain Sciences*, 30, 241-254.
- Berger K. S. (2012). *Psicología del Desarrollo. Infancia y Adolescencia*. Bronx Community College, City University of New York. Novena Edición; Editorial Médica Panamericana.
- Bianco, T. y Eklund, R.C. (2001). Conceptual considerations for social support research in sport and exercise settings: The case of sport injury. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 23(2), 85-107.
- Blackemore, Sarah-Jayne (2008). Development of the Social Brain during Adolescence. *The Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 61, 40-49.
- Bratu, M. (2014). The Efficiency of Physical Therapy Associated with Psychotherapy in the Treatment of Generalized Anxiety. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. Vol. 140, pp 348-352.
- Brewer, B.W. (2009). Injury prevention and rehabilitation. In B. W. Brewer (Ed.). *Sport Psychology* (pp. 83-96). Chichester, UK: Wiley-Blackwell.
- Brewer, B.W. (2017). Psychological Responses to Sport Injury. *Oxford Research Encyclopedia of Psychology*. doi: 10.1093/acrefore/9780190236557.013.172.
- Brewer, B.W., Andersen, M.B. y Van Raalte, J.L. (2002). Psychological aspects of sport injury rehabilitation: toward a biopsychosocial approach. In D.L. Mostofsky & L.D. Zaichkowsky Medical and Psychological Aspects of Sport and Exercise, pp. 41–54. *Fitness Information Technology*, Morgantown.
- Brewer, B.W., Petitpas, A.J., Van Raalte, J.L., Sklar, J.H. y Ditmar, T. D. (1995). Prevalence of psychological distress among patients at a physical therapy clinic specializing in sport medicine. *Sports Medicine Training and Rehabilitation*, 6, 139-145.
- Buceta, J.M. (1996). *Psicología y Lesiones Deportivas: Prevención y Recuperación*. Madrid: Dykinson.
- Carskadon, M.A., Dement W.C. (2005). Normal human sleep: an overview. *Principles and Practice of Sleep Medicine* 4, Elsevier, pp. 13-23.
- Chan, D.K.C., Hagger, M.S. y Spray, C.M. (2011). Treatment motivation for rehabilitation after a sport injury: application of the trans contextual model. *Psychology of Sport and Exercise*, 12, pp.83-92
- Christakou A., Zervas Y. y Lavallee D. (2007). The effectiveness of imagery on pain, edema, and range of motion in athletes with a grade II ankle sprain. *Physiological Therapy in Sports*; 8: 130-140. doi: 10.1016/j.ptsp.2007.03.005.
- Clement, D. y Shannon, V.R. (2011). Injured athletes' perceptions about social support. *Journal of Sport Rehabilitation*, 20 (4), 457-470.

- Collins, W.A, Steinberg L. (2007). *Adolescent development in interpersonal context*. Handbook of child psychology, John Wiley & Sons, Inc., Hoboken, New Jersey, USA.
- Copenhaver, E.A. y Diamond, A. B. (2017). The value of sleep on athletic performance, injury, and recovery in the young athlete. *Pediatric Annals*, 46, e106-e111.
- Corbillon, F., Crossman, J. y Jamieson, J. (2008). Injured athletes' perceptions of the social support provided by their coaches and teammates during rehabilitation. *Journal of Sport Behavior*, 31 (2), 93-107.
- Darvenne, D. (2009). Sleep of athlete. Problems and possible solutions. *Biological Rhythm Research*. Taylor & Francis Online,40, 45-52.
- Della Villa, F., Mandelbaum B. R., Lemak, L., J. (2018). The effect of Playing Position on Injury Risk in Male Soccer Players: Systematic Review of the Literature and Risk Considerations for Each Playing Position. *American Journal of Orthopedics*.
- Dickerson S.S, Kemeny M.E. (2004). Acute stressors and cortisol responses: a theoretical integration and synthesis of laboratory research. *Psychological Bulletin*, 130 (3), pp. 355-391.
- Dorn L.D., Burgess E.S., Susman E.J., Von Eye A., Debellis M.D., Gold P.W., et al. (1996). Response to oCRH in depressed and nondepressed adolescents: does gender make a difference? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35 (6), pp. 764-773.
- Driediger D., Hall C. y Callow N. (2006). Imagery use by injured athletes: A qualitative analysis. *Journal of Sport Sciences*, 24(3), 261-271.
- Driver C., Kean B., Oprescu F. y Lovell P. G. (2017). Knowledge, behaviors, attitudes and beliefs of physiotherapists towards the use of psychological interventions in physiotherapy practice: a systematic review. *Disability and Rehabilitation*. 39:22, 2237-2249, doi: 10.1080/09638288.2016.1223176.
- Duda, J.L., Smart, A.E. y Trappe, M.K. (1989). Predictors of adherence in the rehabilitation of athletic injuries: An application of personal investment theory. *Journal of Sport Exercise Psychology*, 11, 367-381.
- Edvardsson, A., Ivarsson, A., y Johnson, U. (2012). Is a Cognitive-Behavioural Biofeedback Intervention Useful to Reduce Injury Risk in Junior Football Players? *Journal of Sports Science and Medicine*, 11(2), 331-338.
- Eirale C, Gillogly S, Singh G, Chamari K. (2017). Injury and illness epidemiology in soccer - effects of global geographical differences - a call for standardized and consistent research studies. *Biology of Sport*, 34 (3), 249-254.
- Elkind, D. (1967). Egocentrism in adolescence. *Child Development*, 38, 1025-1034.
- Evans, L., Hardy, L. y Fleming, S. (2000). Intervention strategies with injured athletes: An action research study. *The Sport Psychologist*, 14, 186-206.

- Fisher, A.C., Domm, N.A. y Wuest, D.A. (1988). Adherence to sport injury rehabilitation programs. *The Physician and Sports Medicine*, 16, 47-51.
- Gabbett, T. J. y Domrow, N. (2005). Risk Factors for Injury in Subelite Rugby League Players. *The American Journal of Sports Medicine*, 33 (3), 428-434.
- Gledhill, A., Forsdyke D., Murray, E. (2018). Psychological interventions used to reduce sports injuries: a systematic review of real-world effectiveness. *British Journal of Sports Medicine*. Vol 15; 967-971.
- Gouin J.P. y Kiecolt-Glaser J.K. (2011). The impact of psychological stress on wound healing: methods and mechanisms. *Immunology and Allergy Clinics of North America*; 31 (1): 81-93.
- Green, S.L. y Weinberg, R.S. (2001). Relationships among athletic identity, coping skills, social support, and the psychological impact of injury in recreational participants. *Journal of Applied Sport Psychology*, 13 (1), 40-59.
- Hagger, M.S., Chatzisarantis, N.L.D., Barkoukis, V., Wang, C.K.J. y Baranowski, J. (2005). Perceived autonomy support in physical education and leisure-time physical activity: a cross-cultural evaluation of the trans-contextual model. *Journal of Educational Psychology*, 97, pp.376-390.
- Hägglund M., Waldén M. y Ekstrand J. (2005). Injury incidence and distribution in elite football: a prospective study of the Danish and the Swedish top divisions. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports*. 15 1: 21– 28.
- Hardy, C.J., Richman, J.M y Rosenfeld, L.B. (1991). The role of social support in the life stress/injury relationship. *The Sport Psychologist*, 5, 128-139.
- Hawkins, R. D., Hulse, M. A., Wilkinson, C., Hodson, A., y Gibson, M. (2001). The association football medical research programme. An audit of injuries in professional football. *British Journal of Sports Medicine*, 35, 43-47.
- Hawkins, R. D., y Fuller, C. W. (1996). Risk assessment in professional football: An examination of accidents and incidents in the 1994 world cup finals. *British Journal of Sports Medicine*, 30, 165-170.
- Heil, J. (1993). *Psychology of Sport Injury*. Champaign, III.: Human Kinetics.
- Hirshkowitz, M., Whiton K., Albert S.M., Alessi C., Bruni O., DonCarlos L., Hazen N., Herman J., Katz E.S, Kheirandish-Gozal L., Neubauer D.N., O'Donnell A.E., Ohayon M., Peever J., Rawding R., Sachdeva R.C., Setters B., Vitiello M.V., Ware J.C., Adams Hillard P.J. (2015). Sleep time duration recommendations: methodology and results summary. *Sleep Health: National Sleep Foundation* 1, pp. 40-43.
- Holmes P. S. y Collins D. J. (2001). The PETTLEP approach to motor imagery: A functional equivalence model for sport psychologists. *Journal of Applied Sports Psychology*; 13: 60-83. doi: 10.1080/10413200109339004.
- Ievleva L. y Orlick T. (1991). Mental links to enhanced healing: An exploratory study. *Sports Psychology*; 5: 25-40. doi: 10.1123/tsp.5.1.25.

- Ivarsson A., Tranaeus U., Johnson U., y Sterling A. (2017). Negative psychological responses of injury and rehabilitation adherence effects on return to play in competitive athletes: a systematic review and meta-analysis. *Open Access Journal of Sports Medicine* 8: 27-32.
- Johnston, L. H. y Carroll, D. (2000). Coping, social support, and injury: Changes over time and the effects of level is sports involvement. *Journal of Sport Rehabilitation*, 9 (4), 290-303.
- Junge, A., Cheung, K., Edwards, T., y Dvorak, J. (2004). Injuries in youth amateur soccer and rugby players-comparison of incidence and characteristics. *British Journal of Sports Medicine*, 38 (2), 168-172.
- Junge, A., Engebretsen, L., Mountjoy, M., Alonso, J.M., Renström, A.F.H., Aubry, M.J. y Dvorak, J. (2009). Sports injuries during the summer Olympic Games 2008. *The American Journal of Sports Medicine*, 37 (11), 2165-2172.
- Keating, D.P. (2004). *Cognitive and brain development*. En Richard M. Lerner & Laurence D. Steinberg (Eds.), *The Oxford handbook of the development of play* New York, NY: Oxford University Press, (pp 296-307).
- Keats, M.R., Emery, C.A., y Finch, C.F. (2012). Are We Having Fun Yet? Fostering Adherence to Injury Preventive Exercise Recommendations in Young Athletes. *Sports Medicine*, 42(3), 176-181.
- Kessler R.C., Avenevoli S., Costello E.J., Georgiades K., Green J.G., Gruber M.J., et al. (2012). *Prevalence, persistence, and sociodemographic correlates of DSM-IV disorders* in the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement, *Archives of General Psychiatry*, 69 (4), pp. 372-380.
- Kofotolis, N. D., Kellis, E., y Vlachopoulos, S. P. (2007). Ankle sprain injuries and risk factors in amateur soccer players during a 2-year period. *The American Journal of Sports Medicine*, 35 (3), 458-466.
- Kübler-Ross, E. (1969). *On Death and Dying*. London: Routledge.
- Kuhn, D. y Franklin, S. (2006). The second decade: What develops (and how). En William Damon y Richard M. Lerner (Series Eds.) y Deanna Kuhn y Robert Siegler (Vol. Eds.). *Handbook of child psychology: Vol. 2. Cognition, perception and language*. Hoboken, N.J: Wiley, (6th ed., pp. 953-993).
- Lebon F., Guillot A. y Collet C. (2012). Increased muscle activation following motor imagery during the rehabilitation of the anterior cruciate ligament. *Applied Psychophysical Biofeedback*; 37: 45-51. doi: 10.1007/s10484-011-9175-9.
- López-Valenciano, A. (2017). *Epidemiology and predictive models of injuries in professional soccer*. Tesis Doctoral. Departamento de Psicología de la Salud Universidad Miguel Hernández de Elche.
- Lu, F. J., y Hsu, Y. (2013). Injured athletes' rehabilitation beliefs and subjective well-being: the contribution of hope and social support. *Journal of Athletic Training*, 48 (1), 92–98. DOI:10.4085/1062-6050-48.1.03

- Lukkes J.L., Norman K. J., Meda S., Andersen S.L. (2016). Sex differences in the ontogeny of CRF receptors during adolescent development in the dorsal raphe nucleus and ventral tegmental area synapse. *Journal of Neurobiology of Stress*, 70 (3), pp. 125-132.
- Maddison, R., Prapalessis, H. y Clatworthy, M. (2006). Modelling and Rehabilitation Following Anterior Cruciate Ligament Reconstruction. *Annals of Behavioral Medicine*, 31(9), 89-98.
- McGowan, R. W., Pierce, E. F., Williams, M. y Eastman, N. W. (1994). Athletic injury and self-diminution. *The Journal of Sports Medicine and Physical Fitness*, 34, 299-304.
- Medley A.R. y Powell T. (2010). Motivational interviewing to promote self-awareness and engagement in rehabilitation following acquired brain injury: a conceptual review. *Journal of Neuropsychological Rehabilitation*; 20: 481-508.
- Miguel F. H., Machado R. V. y Villaça-Alves J. (2014). Social support and sport injury recovery: An overview of empirical findings and practical implications. *Revista de Psicología del Deporte*, Vol. 23, núm. 2, pp. 445-449.
- Milne, M., Hall, C. y Forwell, L. (2005). Self-efficacy, imaginary use, and adherence to rehabilitation by injured athletes. *Journal Sport Rehabilitation*, 14, 150-167.
- Moreno Pascual, C., Rodríguez Pérez, V., y Seco Calvo, J. (2008). *Epidemiología de las lesiones deportivas. Fisioterapia*, 30(1), 40-48.
- Morgan, W. P. (1980). Test of Champions: the Iceberg Profile. *Psychology Today*, 14, páginas 92-99, 101-108.
- Morrey, M. A. (1997). *A longitudinal examination of emotional response, cognitive doping, and physical recovery among athletes undergoing anterior cruciate ligament reconstructive surgery*. Tesis doctoral no publicada, University of Minnesota, Minneapolis.
- Multhaupt G. y Beauth J. (2018). The Use of Imagery in Athletic Injury Rehabilitation. A Systematic Review. *Deutsche Zeitschrift Für Sportmedizin* 69: 57-64. doi: 10.5960/dzsm.2018.316.
- Murphy S. M. (1994). Imagery interventions in Sport. *Medical Science of Sports and Exercise*; 26: 486-494. doi: 10.1249/000057-68-199404000-00014.
- Nelson E.E., Leibenluft E., McClure E.B., Pine D.S. (2005). The social re-orientation of adolescence: a neuroscience perspective on the process and its relation to psychopathology. *Psychological Medicine*, 35(2):163-74.
- Newsom J., Knight P. y Balnave R. (2003). Use of mental imagery to limit strength loss after immobilization. *Journal of Sport Rehabilitation*; 12: 249-258.
- O'Connor, E., Heil, J., Harmer, P. y Zimmerman, I. (2005). Injury. En J. Taylor, y G. Wilson (Eds.), *Applying Sport Psychology* (pp.187-206). Champaign, IL: Human Kinetics.

- Palmer, R. (1996). *Pruebas Psicológicas en el Deporte*. Módulo 2.3, Máster en Psicología del Deporte de la Universidad Autónoma de Madrid.
- Palmi, J. (2001). Visión psicosocial en la intervención de la lesión deportiva. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 1 (1), 69-79.
- Palmi, J. (2014). Psicología y lesión deportiva: Una breve introducción. *Revista de la Psicología del Deporte*. Vol. 23, núm. 2, pp. 389-393. ISSN: 1132-239X.
- Pangrazio, O. y Forriol, F. (2015). Epidemiología de las lesiones sufridas por los jugadores durante tres campeonatos Conmebol 2015. *Revista Médica Conmebol*, 4-30.
- Park S.H y Han K.S. (2017). Blood Pressure Response to Meditation and Yoga: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 23 (9): 685-695. doi: 10.1089/acm.2016.0234
- Perna F.H., Antoni M.H., Baum A., Gordon P. y Schneiderman N. (2003). Cognitive behavioral stress management effects on injury and illness among competitive athletes: a randomized clinical trial. *Annals of Behavioral Medicine*, 25 (1), 66-73, doi:10.1207/s15324796abm2501_09.
- Pfirrmann D., Herbst M., Ingelfinger P., Simon P., Tug S. (2016). Analysis of injury incidences in male professional adult and elite youth soccer players: a systematic review. *Journal of Athletic Training*. 51 (5): 410-424.
- Piaget, J. (1972). *The Psychology of Intelligence*. Totowa, NJ: Littlefield; p. 148.
- Podlog L.W., Banham S.M, Wadey R. y Hannon J. (2015). Psychological readiness to return to competitive sport following injury: a qualitative study. *Sport Psychology*; 29 (1): 1-14.
- Podlog, L.W. y Eklund, R. C. (2006). A longitudinal investigation of competitive athletes' return to sport following serious injury. *Journal of Applied Sport Psychology*, 18 (1), 44-68.
- Ramírez, A. (2000). *Lesiones deportivas: un análisis psicológico de su recuperación*. Tesis doctoral no publicada, Universidad del País Vasco.
- Reynaga-Estrada P. y Aguirre-Olivas C.J. (2019). Psicología y lesiones deportivas. Una aproximación desde la Psicología del Deporte. *Revista Cubana de la Cultura Física*. Universidad de Ciencias de la Cultura Física y del Deporte. ISSN: 1812-5808, Vol. 15.
- Rizeanu, S. (2014). The efficacy of cognitive-behavioral intervention in pathological gambling treatment. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. Vol. 127, pp 626-630. doi: 10.1016/j.sbspro.2014.03.324.
- Robbins, J. E. y Rosenfeld, L. B. (2001). Athletes' perceptions of social support provided by their head coach, assistant coach, and athletic trainer, pre-injury and during rehabilitation. *Journal of Sport Behavior*, 24 (3), 277-297.

- Roberts G. A, Lopez-Duran L. N. (2019). Developmental influences on stress response systems: Implications for psychopathology vulnerability in adolescence. University of Michigan, USA. *Comprehensive Psychiatry*, Volume 88, pages 9-21.
- Roh, J.L., Newcomer, R.R., Perna, F.M. y Etzel, E.F. (1998). Depressive mood status among college athletes: pre- and post-injury (abstract). *Journal Sport Psychology*, 10, 54.
- Rotella, R.J.(1990). *Atención psicológica al deportista lesionado*. En D.N. Kulund, Lesiones del deportista, (pp.150- 164). Barcelona: Salvat.
- Ryan, R. y Deci, E.L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development and well-being. *American Psychologist*, 55, pp.68-78.
- Santi, G. y Pietrantonio, L. (2013). Psychology of sport injury rehabilitation: a review of models and interventions. *Journal of Human Sport and Exercise*; 8(4), pp.1029-1044.
- Scherzer C.B., Brewer B.W., Cornelius A.E. et al (2001). Psychological skills and adherence to rehabilitation after reconstruction of the anterior cruciate ligament. *Journal of Sport Rehabilitation*, 10: 165–172.
- Schwab Reese M.L, Pittsinger R. y Yang J. (2012). Effectiveness of psychological intervention following sport injury. *Journal of Sport and Health Science*. Volume 1, Issue 2, páginas 71-79. ISSN 2095-2546.
- Selven T., Tjønnå E. A., Nauman J. y Østerås H. (2015). Incidence of soccer injuries among 15 to 19 year old boys in Norwegian National teams. *Journal of Athletic Enhancement*. Vol 4. Issue 5.
- Slimani, M., Bragazzi, N. L., Tod, D., Dellal, A., Hue, O., Cheour, F., et al. (2016). Do cognitive training strategies improve motor and positive psychological skills development in soccer players? Insights from a systematic review. *Journal of Sports Sciences*, 34 (24), 2338-2349.
- Slimani, M., y Nikolaidis, P. T. (2017). Anthropometric and physiological characteristics of male soccer players according to their competitive level, playing position and age group: A systematic review. *The Journal of Sports Medicine and Physical Fitness*.
- Smith, D. J. (2003). A framework for understanding the training process leading to elite performance. *Journal of Sports Medicine*, 33, 1103-1126.
- Spetch, L.A. y Kolt, G.S. (2001). Adherence to sport injury rehabilitation: Implications for sports medicine providers and researchers. *Physical Therapy in Sport*, 2, 80-90.
- Steinberg, L. (2004). *Risk taking in adolescence: What changes and why?* In Ronald E. Dahl and Linda Patia Spear (Eds.), *Adolescent brain development: Vulnerabilities*

- and opportunities. New York, NT: New York Academy of Sciences. Vol. 1021, pp.51-58.
- Sullivan M.J.L y Adams H. (2010). Psychosocial treatment techniques to augment the impact of physiotherapy interventions for low back pain. *Physiotherapy Canada*; 62: 180–189.
- Sullivan M.J.L, Feuerstein M., Gatchel R. et al (2005). Integrating psychosocial and behavioral interventions to achieve optimal rehabilitation outcomes. *Journal of Occupational Rehabilitation*; 15: 475–489.
- Sullivan, M.J.L., Tripp, D. A., Rodgers, W.M. y Stanish, W. (2000). Catastrophizing and pain perception in sport participants. *Journal of Applied Sport Psychology*, 12, 151-167.
- Taylor, S.E. (2011). Social support: A review. En H.S. Friedman (Ed.), *Oxford Handbook of Health Psychology* (pp. 189-214). Nueva York: Oxford University Press.
- Tourny C., Snagnier S. y Cotte T., (2014). Epidemiologic study of young soccer player's injuries in U12 to U20. *The Journal of Sports Medicine and Physical Fitness*. 54 (4): 526-535.
- Tracey, J. (2003). The emotional response to the injury and rehabilitation process. *Journal of Applied Sport Psychology*, 15 (4), 279-293.
- Troynikov, O., Watson G. C., Nawaz N. (2018). Sleep environments and sleep physiology: A review. *Journal of Thermal Biology*. Volume 78, pages 192-203.
- Udry, E., Gould, D., Bridges, D. y Tuffey, S. (1997). People helping people? Examining the social ties of athletes coping with burnout and injury stress. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 19, 368-395.
- Udry, E., Shelbourne K. D. y Gray, T. (2003). Psychological Readiness for Anterior Cruciate Ligament Surgery: Describing and Comparing the Adolescent and Adult Experiences. *Athletic Training*, 38 (2), 167- 171.
- Vyazovskiy V.V, Delogu A. (2014). NREM and REM sleep: complementary roles in recovery after wakefulness. *Neuroscientist*, 20, pp. 203-219.
- Weinberg, R. (2002). Goal setting in sport and exercise: Research to practice. In J. L. Van Raalte & B. W. Brewer (Eds.), *Exploring Sport & Exercise Psychology*.
- Weinberg, R., y Gould, D. (2010). *Fundamentos de Psicología del Deporte y del ejercicio físico*. Editorial Médica Panamericana.
- Wiese-Bjornstal, D. M. (2002). Pain, no gain. Human Kinetics. *Athletic Therapy Today*, 7(5), 56-57.
- Wiese-Bjornstal, D. M., Smith, A. M., Shaffer, S. M., y Morrey, M.A. (1998). An Integrated Model of Response to Sport Injury: Psychological and Sociological Dynamics. *Journal of Applied Sport Psychology*, 10.

- Williams, J.M., Rotella, R.J. y Scherzer, C.B. (2001). *Injury risk and rehabilitation: psychological considerations*. En: Williams, JM., ed. *Applied Sport Psychology*. 4th ed. Mountain View, California: Mayfield, 456-479
- Wright, B.J., Galtieri N.J., Fell M. (2014). Non-adherence to prescribed home rehabilitation exercises for musculoskeletal injuries: the role of the patient-practitioner relationship. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 46: 153–158.
- Wrisberg, C.A. y Fisher, L.A. (2005). Mental rehearsal during rehabilitation. *Human Kinetics-Athletic Therapy Today*, 10 (6), 58-59.
- Yang, J., Peek-Asa, C., Lowe, J.B., Heiden, E. y Foster, D.T. (2010). Social support patterns of collegiate athletes before and after injury. *Journal of Athletic Training*, 45 (4), 372-379.

Anexos

ANEXO 1a

Preguntas y datos iniciales que recoger en la valoración inicial :

1. Datos personales (incluyendo información sobre su equipo, posición de juego y rol en la dinámica del equipo: si es capitán, por ejemplo)
2. Historial de lesiones y sus respectivas rehabilitaciones.
3. Información sobre la lesión actual:
 - a. ¿En qué parte del cuerpo se ha producido?
 - b. ¿Qué día ocurrió? ¿Cómo ocurrió?
 - c. ¿Qué información le ha dado el equipo médico?
 - d. Desde que ocurrió hasta el día de la sesión, ¿han ocurrido otros problemas asociados? (cambios en los patrones de sueño, alimentación, conductas nocivas como beber o fumar...)
4. ¿Hay partidos o competiciones importantes en las semanas que durará la rehabilitación?
5. ¿Requiere operación y/u hospitalización?

ANEXO 1b

Escala del dolor para evaluar el dolor percibido durante el proceso de rehabilitación y poder comparar los niveles iniciales y finales; además de emplearlo como instrumento subjetivo para el resto del equipo médico.

Nivel de dolor actual

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nada de dolor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muchísimo dolor

ANEXO 2

Tabla para el establecimiento de los objetivos de la rehabilitación. Se dividirá en largo, medio y corto plazo; y tendrá que ser rellenado por el deportista en conjunto y con la supervisión del Psicólogo Deportivo. Los objetivos siempre han de ser realistas, medibles y concretos.

Objetivo a largo plazo	Objetivo a medio plazo	Objetivo a largo plazo
<i>¿Qué es lo que quiero conseguir en esta rehabilitación?</i>	<i>¿Puedo dividir ese gran objetivo en pequeños bloques semanales?</i>	<i>¿Qué actividades tengo que hacer a diario para conseguirlo?</i>

ANEXO 3a

Algunas preguntas que realizar al fisioterapeuta o al miembro del equipo médico que haya valorado el caso del paciente, para así tener una mayor información de primera mano (Adaptado de Buceta, 1996) y poder comparar con la información que previamente hemos pedido al paciente que busque, de ese modo mitigamos ansiedad por el desconocimiento, ayudaremos a extinguir mitos, miedos o preocupaciones por el futuro y/o gravedad.

1. ¿De qué trata la lesión?, ¿cuál es su duración?, ¿le va a propiciar problemas de sueño?

2. (Sólo si requiere operación) ¿Va a ser necesaria una intervención?, ¿con hospitalización?, ¿de cuánto tiempo?, ¿existen riesgos?, ¿va a poder tener autonomía hasta cierto grado? ¿va a necesitar medicación? y si es así, ¿de qué tipo?, ¿va a necesitar supervisión y ayuda constantes?, ¿cuál es el tiempo hasta el alta?, ¿existe riesgo de cronicidad de algún tipo?
3. ¿Cuál es el pronóstico y las fechas aproximadas de recuperación?, ¿necesita medicación vía oral / tópica?, ¿cuántos días o cada cuánto tiempo necesitará acudir al especialista médico?
4. El trabajo de rehabilitación ¿en qué consiste?, ¿provoca dolor?, ¿dónde lo puede realizar?, ¿cuánto tiempo le ocupará al día?, ¿conoce el paciente cómo realizarlos? ¿y cómo realizarlos de la manera óptima?, ¿es necesario sesiones sólo para la explicación de las tareas?, ¿ha de hacerlos con supervisión o puede ser de manera independiente?

ANEXO 3b

Presentación acerca de la asertividad (qué es, cómo aplicarla y ejemplos prácticos), de aproximadamente media hora de duración que servirá para dar herramientas al círculo social del paciente y mejorar la comunicación en el proceso de rehabilitación.



Información Conceptual

PASIVO	ASERTIVO	AGRESIVO
Demasiado poco, demasiado tarde / nunca	Lo suficiente de las conductas apropiadas en el momento correcto	Demasiado pronto Demasiado tarde
Ojos que miran hacia abajo; voz baja; vacilaciones; gestos desvalidos; negando importancia a la situación; postura hundida; puede evitar totalmente la situación; se retuerce las manos; tono vacilante o de queja; risitas falsas	Contacto ocular directo; nivel de voz conversacional; habla fluida; gestos firmes; postura erecta; mensajes en primera persona; honesto/a; verbalizaciones positivas ; respuestas directas a la situación; manos sueltas	Mirada fija; voz alta; habla fluida/rápida; enfrentamiento; gestos de amenaza; postura intimidatoria; deshonesto/a; mensajes impersonales

Información Conceptual

PASIVO	ASERTIVO	AGRESIVO
"Supongo", "Te importaría mucho", "Solamente", "No crees que", "Eh", "Bueno", "Realmente no es importante", "No te molestes"	"Pienso", "Siento", "Quiero", "Hagamos", "¿Cómo podemos resolver esto?", "¿Qué piensas?", "¿Qué te parece?"	"Harías mejor en", "Haz", "Ten cuidado", "Debes estar bromeanado", "Si no lo haces", "No sabes", "Deberías", "Ma"
Conflictos interpersonales, desamparo, mala imagen pobre de uno mismo, hacerse daño a uno mismo, pierde oportunidades, tensión, se siente sin control, soledad, no se gusta a si mismo ni gusta a los demás, se siente enfadado	Resuelve los problemas, se siente a gusto con los demás, satisfecho, a gusto consigo mismo, relajado, con control, crea y fabrica la mayoría de las oportunidades, se gusta a si mismo y a los demás, es bueno para si y para los demás	Conflictos interpersonales, culpa, frustración, imagen pobre de si mismo, hace daño a los demás, pierde oportunidades, tensión, sin control, soledad, no le gustan los demás, enfadado

- ¿Quién puede poner un ejemplo de una situación donde haya actuado con *pasividad*? ¿Y con *agresividad*? ¿Y con *asertividad*?
- ¿Qué hiciste? ¿Qué dijiste?
- ¿Quién puede poner ejemplos de cómo actuar asertivamente?
- ¿Cómo responde Pablo en este ejemplo?:

Mamá de Pablo: Cariño, ¿quieres que te ayude a reiniciar el ordenador?

Pablo: Quita mamá, que tú no sabes



¿Es importante ser asertivo?

- 1 Te contesta "no es para tanto eh" cuando tú les dices "Me duele la cabeza, ¿podrías bajar el volumen de la música?"
- 2 Te pide "¿podrías hacer esto que te pido de una maldita vez?" elevando su voz
- 3 Te pide "por favor, ¿puedes ayudarme a buscar esto?" pero tú estás muy ocupado/a en ese momento
- 4 Te dice "vaya tontería" cuando les explicas algo que es importante

¿Cómo actuarías si alguien...?

- ❖ La defensa de nuestro punto de vista / derecho, implica entender y respetar el punto de vista / derecho de la otra persona
- ❖ Defender nuestro punto de vista en ocasiones implica decir "no" a la otra persona

¿QUÉ HAGO PARA DEFENDERME?

- 1.- Conocer tu opinión y la del otro
- 2.- Darse cuenta de con qué actitud responde la otra persona
- 3.- Comunicar a la otra persona que si necesita expresar una queja debe hacerlo:
 - En el momento y lugar apropiados
 - Con una expresión verbal adecuada (con modales, sin rodeos...)
 - Lenguaje corporal adecuado (mirar a la cara, no hacer gestos maleducados...)

¿Cómo defiendo mis derechos cuando estos no son respetados?

¿Cómo me enfrento ante una crítica destructiva?

¿Cómo actúo cuando no están respetándome?



¿Cómo me defiendo?

4.- Pedir por favor y con modales un cambio: hacer sugerencias o peticiones para que la otra persona actúe de forma que respete tus derechos

5.- Agradecer a la otra persona el haber escuchado y actuado

Además de...

6.- Escuchar a la otra persona con atención e interés

7.- Ponerse en su lugar, entender por qué actúa como lo hace (empatía)

8.- Actuar en consecuencia:

- Ceder si es necesario y hacerlo en buen grado
- Negarse si no es oportuno lo que nos pide la otra persona

¿Qué hago para defenderme? Parte II

El cuestionario será creado de forma específica para cada caso. Consistirá, primeramente, en preguntar si ha realizado las actividades de rehabilitación y a continuación si ha realizado cada una de ellas, de forma separada; con imágenes. Se recomienda hacer el cuestionario con la aplicación informática de elección, para así hacerlo más sencillo y guardar las respuestas; siempre asegurando que el pase se realice en privado y las respuestas no puedan ser difundidas.

He hecho los ejercicios que me ha mandado el fisioterapeuta *

Sí

No

Heel raises *



Heel raises

Sí

No

ANEXO 5


Cuestionario donde se recogerá información de los patrones de sueño antes de la lesión. Cuanto más detalle y días, mejor; pero en caso contrario, con un resumen aproximativo, estaría bien, siempre que sea contrastado con información que pueda proveer la familia cercana.

Las sustancias que alteran el sueño deben ser explicadas y hacen referencia tanto aquellas que lo impiden (refrescos, cafeína, teína, estimulantes...) como aquellas que lo provocan (melatonina, hipnóticos, sedantes, ansiolíticos...). El nivel de cansancio se medirá de 1 a 5; siendo 1 nada cansado y 5 tener mucho cansancio y sueño. El tiempo que tarda en dormirse ha de ser una aproximación subjetiva; bastaría con saber si siente que se ha dormido nada más cerrar los ojos o necesita minutos u horas.

ANEXO 8

Natalia García Martínez

¿POR QUÉ ES IMPORTANTE DORMIR?



1.- ¡Tú primero!

Quiero saber tu opinión. Responde a las siguientes preguntas como mejor creas. No hay respuestas buenas ni malas; más adelante veremos qué dicen los estudios...

- ¿Qué significa dormir? ¿Para qué que sirve?
- ¿Qué pasa si no dormimos? (avanza hasta la página 4 e intenta explicar las imágenes)
- ¿Quién crees que tiene que dormir más: un niño o un adulto?
- ¿Qué pasa si duermes bien?
- ¿Qué se puede hacer para dormir mejor?

2.- ¿Qué significa dormir? ¿Para qué que sirve?


Dormir es...

Reposar, con los ojos cerrados, en un estado inconsciente en el que se produce la suspensión de las funciones sensoriales y de los movimientos voluntarios. Diccionario Oxford

¿Podrías explicarlo con tus propias palabras?

Algunas funciones importantes son:

- Reparar el cuerpo de toda la actividad diaria
- Consolidar la información aprendida (memoria, recuerdos)




3.- ¿Qué pasa si no dormimos?



3.- ¿Qué pasa si no dormimos?

World Sleep Society, 2017

- Estamos más cansados, y por tanto:
 - Comemos más y peor
 - Responderemos peor, pues suben la irritabilidad y el enfado
 - No pensamos con claridad, estamos distraídos, por tanto, cometemos más fallos
 - Puede crearse un círculo vicioso de pensamientos negativos que lleguen incluso a depresión y trastornos de ansiedad
- Las heridas no se curan bien, tardan más en hacerlo
- La memoria no se consolida igual; puede que nos cueste más recordar y atender
- Rendimos peor físicamente. El cuerpo no puede continuar si no se ha recuperado bien



4.- ¿Quién duerme más: un niño o un adulto?



La edad está estrechamente ligada a las horas de sueño


Cuanto más joven eres, más necesitas dormir

En fase de crecimiento, el cuerpo necesita más tiempo para regenerarse

Los bebés pueden dormir hasta 12 horas. Los jóvenes y adolescentes de 8 a 10 horas. Los adultos de 7 a 8; y los ancianos pueden llegar a dormir solo 5 o 6 horas

5.- ¿Qué pasa si duermes bien?

¡Exacto!, todo lo contrario a lo que acabamos de ver, ¿te acuerdas?, ¿podrías explicarlo en base a las fotos?



6.- ¿Qué se puede hacer para dormir mejor?

Aquí algunas ideas que nos dan los expertos:


- Tener un horario regular (acostarte y levantarte siempre a la misma hora)
- Evitar siestas todo lo posible (acumular sueño para la noche y no fragmentarlo)
- No quedarse en la cama despierto más de 5-10 minutos. Si te levantas a media noche y no puedes dormir; ir a otro lugar de la casa hasta que vuelva a entrarte sueño
- No realizar actividades relacionadas con estar despierto en la cama, como ver la tele, comer, etc
- No consumir cafeína ni similares
- Hacer ejercicio de forma regular
- Ajustar la oscuridad y temperatura de la habitación
- Tener una rutina relajante antes de ir a dormir: meditación, ducha caliente...

ANEXO 9

Preguntas que realizar para distinguir entre motivación y objetivos guiados hacia la tarea, esto es, la buena realización de estos por el autoconcepto y realización propios o hacia el ego; lo opuesto, hacer algo por la reacción de los otros.

A continuación, están escritos los dos extremos de cada respuesta. Para la creación del cuestionario, se debe asegurar que la respuesta de la izquierda equivale a un 1 y el de la derecha a un 9, pudiendo elegir los intervalos entre medias, como en el primer ejemplo.

1.- Cuando tengo éxito en un partido...

	1 2 3 4 5 6 7 8 9	
Es debido a un aspecto de mi mismo		Es debido a un aspecto de la carrera

2.- Que tenga éxito en un partido... Es algo que yo puedo manejar / Es algo que yo no puedo manejar

3.- Que tenga éxito en un partido... Es algo permanente / Es algo temporal

4.- Que tenga éxito en un partido... Es algo sobre lo que tengo control / Es algo sobre lo que no tengo control

5.- Que tenga éxito en un partido... Es una situación sobre la que otros tienen poder / Es una situación sobre la que otros no tienen poder

6.- Que tenga éxito en un partido... Es porque está dentro de mí / Es porque está fuera de mí

7.- Que tenga éxito en un partido... Es estable en el tiempo / Es variable en el tiempo

8.- Que tenga éxito en un partido... Está bajo el control de otros / No está bajo el control de otros

9.- Que tenga éxito en un partido... Se debe a mí mismo / Se debe a otros

10.- Que tenga éxito en un partido... Es algo sobre lo que yo tengo el poder / Es algo sobre lo que yo no tengo el poder

11.- Que tenga éxito en un partido... Es un hecho inmodificable / Es un hecho modificable

12.- Que tenga éxito en un partido... Es algo que otros pueden regular / Es algo que otros no pueden regular

ANEXO 10

La primera sesión de visualización guiada se llevará a cabo mediante los siguientes pasos, que deberán ser transmitidos al paciente:

1. Con los ojos cerrados, quiero que visualices a un jugador famoso que juegue en tu misma posición; tu favorito. Estáis en el _____ (campo en el que entrene), el día es soleado. ¿Qué equipaje/ropa viste? (Dejar espacio entre las preguntas, con tiempo para que pueda contestar libremente).
2. Imagina que realiza 'X' movimiento, ¿cómo lo hace?, lo ha hecho bien, ¿verdad?, ¿le ves con seguridad al hacerlo?, ¿qué emoción crees que está sintiendo?, ¿está contento, triste, indiferente...?

ANEXO 11

En la búsqueda de la parte positiva de la lesión, dependiendo del paciente, sería recomendable la búsqueda y visualización de jugadores que se hayan lesionado y hablen de su proceso de rehabilitación de forma exitosa. Además de las siguientes preguntas que deberá contestar junto con el profesional.

1. ¿Qué pensaste nada más lesionarte? Haz una lista
2. Objetivos propuestos y por qué
3. ¿Qué plan has seguido?
4. ¿Qué pensaste después de la rehabilitación? ¿Has cambiado con respecto al principio?
5. ¿Qué otras actividades has hecho mientras te recuperabas?
6. ¿Cómo te has sentido al enfrentarte a esta situación?
7. Si se da la ocasión ¿Cómo actuarás con respecto a otra lesión?

ANEXO 12

Características de aquellos deportistas que rehabilitan mejor (Buceta, 1996):

1. Alta motivación interna
2. 'Dureza' mental
3. Abierto a escuchar al equipo
4. Óptimo apoyo social

5. Elevada autoestima
6. Óptimo nivel de habilidad física
7. Actitud positiva ante la lesión
8. Equilibrio emocional

ANEXO 13

Delimitación de los gastos aproximados de la intervención

Gastos fundamentales			
	Por sesión	Número de sesiones	Total
Honorarios profesional de la Psicología	70 €/ 90 minutos	21	1.470 €
Gastos sujetos a situaciones específicas			
Cuestionarios	Precio por unidad	Cantidad	Total
BYI	85'64 €/ kit	1 kit	92'32 €
POMS Youth	3'34 €/ kit	2 cuestionarios	
AISEQ	Contactar con autores	1 cuestionario	
SIRBS	Libre acceso	1 cuestionario	
Total de la intervención			1.562'32 €

ANEXO 14

Objetivos iniciales	Consecución de estos	¿Por qué?	De este objetivo he aprendido...	¿Cómo puedo actuar si vuelve a ocurrir?
	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			