

**UNIVERSIDAD NACIONAL
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE PSICOLOGÍA**

Tesis de Grado

**“ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO QUE DESARROLLAN ATLETAS
UNIVERSITARIOS ANTE UNA LESIÓN DEPORTIVA: UN ESTUDIO DESDE LA
PSICOLOGÍA DEL DEPORTE”**

Trabajo final de Graduación sometido a consideración del Tribunal Examinador para optar por el grado de Licenciatura en Psicología.

Tutora: Paula Cubillo Segura

Sustentante: Marianela Redondo Díaz

Campus Omar Dengo, Heredia, Costa Rica

MES, Año 2020

**“ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO QUE DESARROLLAN ATLETAS
UNIVERSITARIOS ANTE UNA LESIÓN DEPORTIVA: UN ESTUDIO DESDE LA
PSICOLOGÍA DEPORTIVA”**

SUSTENTANTE: MARIANELA REDONDO DÍAZ

Trabajo final de Graduación sometido a consideración del Tribunal Examinador para optar por el grado de Licenciatura en Psicología. Cumple con los requisitos establecidos por el Reglamento de Trabajos Finales de Graduación de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional.
Heredia, Costa Rica

Miembros del tribunal examinador



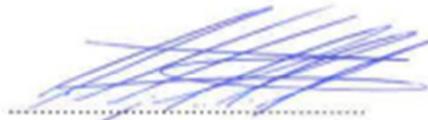
.....
M.Sc. Didier García Quirós
Decano de la Facultad de Ciencias Sociales (o su representante)



.....
M.Sc. Elvis Solano Porras
Director de la Escuela de Psicología



.....
M.Sc. Paula Cubillo Segura
Tutora



.....
M.Sc. Cinthya Córdoba López
Lectora



.....
Dr. Luis Diego Hernández Bonilla
Lector



.....
Marianela Redondo Díaz
Sustentante

Trabajo final de Graduación sometido a consideración del Tribunal Examinador para optar por el grado de Licenciatura en Psicología. Cumple con los requisitos establecidos por el Reglamento de Trabajos Finales de Graduación de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional

Resumen

A continuación, se presenta un acercamiento general a la actualidad investigativa de las lesiones deportivas y sus respectivas estrategias de afrontamiento, así como del contexto general a nivel mundial y como se vive la realidad en el deporte universitario costarricense. El apartado de antecedentes repasa estudios e investigaciones que han sido base en la construcción del objeto de estudio, con lo cual se justifica la importancia del actual trabajo, el cual encara un proceso que forma parte de la carrera de todos los atletas y que pocas veces es tratado de forma integral.

Como planteamiento guía para la ejecución del presente estudio, se propone como objetivo: Analizar las estrategias de afrontamiento que desarrollan los atletas universitarios ante las lesiones deportivas. El cual traza un camino poco conocido en el contexto costarricense donde la Psicología Deportiva avanza a pequeños pasos para posicionarse como medular en el desarrollo de los atletas costarricenses, esta es una disciplina relativamente nueva y básicamente se encarga de examinar el desarrollo del ser humano, sus emociones, sus comportamientos y demás componentes, en un contexto deportivo y entendiendo como estos pueden afectar el desempeño del atleta. Esta rama de la psicología, también es responsable de estudiar los aspectos relacionados a las lesiones deportivas, como se muestra en el Capítulo II, donde, además, se engloban otros constructos importantes en materia de lesiones, sumado a esto, se encuentra el eje principal, la definición de Estrategias de afrontamiento, así como su respectiva contextualización en materia de deporte.

El capítulo III, reseña el tipo de investigación, que se desarrolló desde un enfoque mixto con un Diseño de Triangulación Concurrente (DITRIAC), asimismo, en el área cualitativa se planteó una aproximación desde un enfoque fenomenológico y la información de tipo cuantitativo, fue trabajada en un diseño no experimental, de tipo Transeccional Exploratorio. En cuanto a los instrumentos, se usó el Inventario de Estrategias de Afrontamiento y una entrevista semiestructurada, además, se plantean las hipótesis, descripción de las variables y de la muestra, que se compuso de 83 atletas universitarios, además de los criterios de elección y calidad de información. Aunado a esto, se presenta y detalla el procedimiento tomado hacia la recolección de los diferentes datos.

El análisis de los datos, presentado en el último capítulo, muestra que resolución de problemas, pensamiento desiderativo y apoyo social, son las estrategias utilizadas con mayor frecuencia, mientras que la retirada social es la menos empleada. Por otra parte, en los análisis realizados de Prueba T, los resultados presentan una diferencia significativa en la estrategia “Retirada Social” y “Autocrítica”, en los cuales, los estudiantes de la Universidad Nacional tuvieron mayor puntaje. Además, se hace un aporte importante en cada uno de los aspectos considerados en los objetivos específicos, complementado con las vivencias de los atletas entrevistados a profundidad.

Agradecimientos

Primero agradecer a mi equipo de trabajo: Paula Cubillo, por estar apoyándome a lo largo de estos años de trabajo, por escucharme en mis bajos y felicitarme en mis altos. Gracias por creer en este proyecto desde el día 1. A mis lectores Cynthia y Diego, quienes son profesionales excepcionales y me enorgullece saber que formaron parte de este trabajo compartiendo tiempo y conocimiento. Gracias a asesores como Pablo, quien fue vital en el área cuantitativa y le agradezco que adoptara este trabajo como suyo.

A la Universidad de Costa Rica y a la Universidad Nacional, por abrirme las puertas para tratar con atletas, fisioterapeutas y demás equipos deportivos.

A los fisioterapeutas y atletas, quienes me donaron su tiempo, su conocimiento y su historia. Gracias a ustedes creamos esto, y son la parte fundamental de este trabajo, sin sus relatos, esta tesis no hubiera sido posible

Dedicatoria

Este trabajo es para mis padres, quienes han sido pilar en mi vida, y durante todos estos años, siempre han estado cuidándome y apoyándome.

Vi, gracias a vos también, que estuviste presente, que dedicaste horas a escucharme, esta tesis también es tuya.

Gracias por todo.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I.....	2
EL PROBLEMA Y SU IMPORTANCIA.....	2
1.1 Antecedentes.....	2
1.2. Justificación.....	5
1.3. Presentación del problema de Investigación.....	8
1.4. Objetivos	10
CAPÍTULO II	11
CONSTRUCCIÓN TEÓRICA DEL OBJETO DE ESTUDIO.....	11
2.1. Referente Conceptual: Psicología del Deporte.....	11
2.2. Aproximación a los procesos de lesión deportiva	12
2.2.1. Fases de la lesión deportiva.....	13
2.2.2 Acompañamiento psicológico en las fases de la lesión.....	14
2.3. Estrategias de afrontamiento psicosocial ante la lesión deportiva	16
2.4. Factores biopsicosociales primordiales en los procesos lesionantes.....	20
CAPÍTULO III	22
MARCO METODOLÓGICO.....	22
3.1. Tipo de estudio y metodología.....	22
3.3. Criterios de selección y fuentes de información.....	27
3.4. Estrategia metodológica.....	28
3.5. Criterios para garantizar la calidad de la información.....	29
3.6. Consideraciones éticas para la protección de los participantes de la investigación.....	30
3.7. Aplicación de la entrevista cognitiva para uso de las escalas	30
3.7.1. Entrevista Cognitiva:.....	31
CAPÍTULO IV	32
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS	32
4.1. Descripción de la muestra:	32
4.2. Análisis de los datos:.....	34
4.2.1. Estrategias de afrontamiento ante la lesión deportiva	34
4.2.2. Comportamiento del atleta ante la aparición de una lesión deportiva.....	34
4.2.3. Tipo de actividad donde ocurre la lesión.....	35
4.2.4. Prueba T para muestras independientes	36
4.2.5. Correlaciones.....	37
4.2.6. Resultados cualitativos.....	39
4.3. Discusión de resultados:.....	40
4.3.1. Factores biopsicosociales vinculados con la lesión deportiva:.....	40
4.3.1.1 Factores biológicos que influyen en una Lesión Deportiva:	40
4.3.1.2. Factores psicológicos que interactúan en las Lesiones Deportivas:.....	41
4.3.1.2.1. Creencias que desarrollan los atletas en relación a su rendimiento deportivo:	41

4.3.1.2.2. Comportamientos que adoptan los atletas universitarios tras sufrir una lesión deportiva:.....	44
4.3.1.2.3. Emociones presentes en deportistas universitarios durante el proceso de recuperación de una lesión deportiva.	47
4.3.2. Factores sociales que interactúan en las Lesiones Deportivas:	56
4.3.3. Estrategias de afrontamiento que desarrollan los atletas ante una lesión deportiva: ...	63
CAPÍTULO V	69
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	69
Conclusiones:	69
Recomendaciones:.....	70
BIBLIOGRAFÍA.....	73
ANEXOS.....	80

ÍNDICE DE TABLAS:

Tabla 1. Distribución de porcentajes y frecuencias de los atletas lesionados según el equipo al que pertenecen	32
Tabla 2. Promedios, desviaciones estándar de las diferentes subescalas de estrategias de afrontamiento.	34
Tabla 3. Promedio y desviaciones estándar de ambas Universidades en la subescala “Retirada Social”	36
Tabla 4. Promedio y desviaciones estándar de ambas Universidades de la subescala "Autocrítica"	37
Tabla 5. Correlaciones entre las diferentes Estrategias de Afrontamiento.....	37
Tabla 6. Valores correspondientes al ítem 1 del CSI	45
Tabla 7. Valores correspondientes al ítem #3 del CSI	48
Tabla 8. Valores correspondientes al ítem #11 del CSI	48

ÍNDICE DE FIGURAS:

Figura 1.	19
Figura 2.	25
Figura 3.	33
Figura 4.	35
Figura 5.	36
Figura 6.	88
Figura 7.	88

LISTADO DE ABREVIATURAS:

UNA: Universidad Nacional de Costa Rica

UCR: Universidad de Costa Rica

TEC: Tecnológico de Costa Rica

JUNCOS: Juegos Universitarios Costarricenses

JUDUCA: Juegos Deportivos Universitarios de Centroamérica

ODUCC: Organización Deportiva Universitaria de Centroamérica y del Caribe

FISU: Federación Internacional de Deporte Universitario

DESCRIPTORES

Psicología Deportiva. Lesiones Deportivas. Atletas Universitarios. Estrategias de afrontamiento.

INTRODUCCIÓN

El deporte en Costa Rica ha ido en ascenso en los últimos años, incorporando así, diferentes profesionales a los equipos de trabajo, no obstante, la labor del psicólogo del deporte aún es escasa. El presente trabajo resalta la importancia del prisma psicológico en el área deportiva, al analizar las estrategias de afrontamiento que despliegan los atletas universitarios ante las lesiones deportivas, identificando emociones, creencias y comportamientos alrededor de esta situación tensional.

Las lesiones deportivas frecuentemente aparecen de forma inesperada, sin embargo, son recurrentes en la carrera de los atletas, lo cual provoca ansiedad y sentimientos desadaptativos, que muchas veces son únicamente abordadas con grandes esfuerzos por los fisioterapeutas y el círculo social cercano al deportista.

Estos sentimientos pueden provocar, a la postre, recaídas o incluso, el inicio de un proceso de lesiones continuo en la carrera del atleta. Es por esto, que la identificación de estrategias que faciliten la prevención, recuperación, rehabilitación y readaptación del atleta son vitales para el crecimiento personal y profesional del deportista. Asimismo, reconocer diferentes factores de riesgo o detonantes de una lesión deportiva, podría ser medular en el proceso de promoción de la salud y prevención de procesos consecuencia de una lesión, por ejemplo, pérdida de becas deportivas, consecuencias emocionales traumáticas, pérdida de clases, disminución del rendimiento académico y la inversión de recursos que requiere un tratamiento.

En el contexto nacional, las lesiones no han sido prioridad de estudio, por lo cual esta investigación se considera esencial para marcar el camino de futuros estudios en la temática, pues brinda una aproximación general del panorama en Costa Rica; como se verá a continuación, los atletas contactados mencionaron el paso por todas esas etapas, y como se vivió su proceso, además de señalar importantes estrategias para el manejo de la lesión en su carrera, lo cual es vital para sentar un precedente.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA Y SU IMPORTANCIA

1.1 Antecedentes.

Este apartado muestra una revisión de estudios realizados en torno a la temática de las lesiones deportivas. Estos abordan la aparición, desarrollo y, el proceso de rehabilitación de las lesiones, así como las estrategias de afrontamiento que habitualmente se identifican en el proceso de recuperación. De igual manera, se hizo una revisión de investigaciones realizadas en torno a la población universitaria que practica deporte de forma competitiva. Se exponen en orden cronológico y según la procedencia de los mismos, tomando en cuenta la producción europea, estadounidense, iberoamericana y concluyendo con los trabajos realizados en Costa Rica.

Para la comprensión psicológica de las lesiones deportivas un aspecto central a considerar es que la percepción que se tenga del dolor, es una experiencia muy subjetiva. Hare, Evans y Callow (2008) exploraron el efecto observado en la percepción del dolor, posterior al uso de la visualización o imaginación dirigida. El estudio fue de tipo mixto y se basó en el caso de un competidor en deportes acuáticos de élite, que fue sometido a una cirugía de hombro. Se utilizaron entrevistas semiestructuradas, complementando con un enfoque cuantitativo, con la aplicación del cuestionario relativo al daño imaginario del atleta (AIIQ-2)¹ y el cuestionario adaptado de la vivacidad del movimiento imaginario (VMIQ-2)². Los resultados se mostraron en tres fases (motivación y actitud positiva; imágenes y rehabilitación; acompañamiento en el regreso). Lo más sorprendente de este estudio reside en los porcentajes de disminución del dolor, a pesar de que los investigadores atribuyen este dato a diferentes factores, plantean la posibilidad de dirigir un estudio en el cual únicamente se centre el uso de la imagería en la percepción del dolor.

Por otro lado, Johnson (2009) planteó que las terapias a corto plazo producen mejoras en el estado de humor de los atletas lesionados. El autor señala que la intervención psicológica deportiva se está probando en procesos mucho más cortos y condensados, para poder incorporar al deportista a la competición en el menor tiempo posible. Se utilizó una muestra de 58 atletas suecos en competición, aleatorizando los miembros que pertenecían al grupo control y al grupo experimental. Estos últimos recibieron, a lo largo del proceso de rehabilitación fisioterapéutica, tres sesiones de

1 The Athletic Injury Imagery Questionnaire (AIIQ-2)

2 The Adapted Vividness of Movement Imagery Questionnaire (VMIQ-2)

capacitación en habilidades como: manejo del estrés y control cognitivo, establecimiento de metas y, por último, relajación y visualizaciones. Para las mediciones utilizaron distintos test: Factores de riesgo psicosocial y lesiones deportivas³, Lista de adjetivos del estado de ánimo⁴, Lista diagnóstica⁵, Cuestionario de autoevaluación del paciente⁶. El análisis estadístico posterior demuestra que una intervención psicológica corta, trabajando las habilidades antes mencionadas, tiene un efecto positivo en la mejora del humor del deportista en el proceso de rehabilitación.

La técnica de la visualización o imaginación guiada, también fue utilizada por Maddison et al (2011) para evaluar sus efectos en la mejora de los resultados de la cirugía de ligamento cruzado anterior. Al igual que el estudio anterior realizado por Johnson (2009), los investigadores recomendaron un trabajo empírico continuo, pues aún se encuentra poca evidencia acerca de los resultados de las técnicas utilizadas en procesos a corto plazo. El estudio buscó probar la eficacia de la relajación y la visualización guiada durante nueve sesiones, acompañando al proceso de rehabilitación estándar. Los resultados se mostraron en varias dimensiones biológicas como: fuerza de la rodilla, laxitud, diferencias entre las catecolaminas y dopaminas. Además, se analizaron factores neurobiológicos y dimensiones psicológicas como la auto-eficacia y la rehabilitación por imaginación. Entre los efectos de las técnicas empleadas, se percibieron aumentos en las hormonas mencionadas, indicativo de reducción de estrés, así como mejoramiento y aceleración en el proceso de sanación, comprobado también en la laxitud de la rodilla.

En Iberoamérica, la producción investigativa en Psicología del Deporte ha ido en ascenso en los últimos años, generando importantes aportes, como el trabajo realizado en España por Abenza, Olmedilla y Ortega (2009), quienes se interesaron por conocer la influencia de las lesiones deportivas en los niveles de ansiedad, autoconfianza, concentración y evaluaciones externas. Se efectuó un estudio con una muestra de 253 futbolistas, usando el “Cuestionario de características psicológicas relacionadas con el rendimiento deportivo en jugadores de fútbol”. El objetivo fue conocer la relación entre las lesiones de los futbolistas y las variables psicológicas, determinando si el estar lesionado y el grado de lesión influye en las variables psicológicas mencionadas. Concluyeron que los futbolistas que sufrieron lesiones graves o muy graves, manifestaron mayores niveles de ansiedad y menor autoconfianza para enfrentar situaciones deportivas; lo que comprueba que existe un impacto negativo a nivel psicológico en los futbolistas que sufrieron lesiones.

3 Psychosocial Risk Factor and Sport Injury

4 The Mood Adjective Checklist (MACL),

5 The Diagnostic Checklist (DCL)

6 The Patient's Self Rating Questionnaire (PSQ),

En esta misma línea, Berengüí, López, Garcés de los Fayos y Almarcha (2010) analizan una muestra de 34 deportistas de lucha olímpica y taekwondo de España a partir de la aplicación del Inventario Psicológico de Ejecución Deportiva (IPED). Los resultados demostraron que el mayor control de determinadas variables psicológicas (concretamente autoconfianza, control de afrontamiento negativo y control de afrontamiento positivo) correlaciona negativamente con la incidencia de lesiones, es decir a mayores niveles de autoconfianza y un eficiente control emocional, menores probabilidades de sufrir lesiones. Otro estudio de corte cuantitativo presentado por Rodal, García y Arufe (2013) determina los factores de riesgo en la aparición de lesiones en corredores, utilizando 26 participantes de ambos sexos, y con mediciones físicas como flexión del isquiotibial, del cuádriceps y otros músculos, concluyeron que el volumen de entrenamiento, el material de las pistas y la edad son factores para tomar en cuenta en procesos de este tipo.

Otro aspecto importante a considerar, es la naturaleza de las lesiones. Prieto, Ortega, Garcés de los Fayos y Olmedilla (2014), revisan las características de los perfiles de vulnerabilidad de los deportistas al lesionarse. Concluyen, a partir del análisis de una muestra aleatoria de 285 hombres y 165 mujeres, que los deportistas colectivos con perfil de vulnerabilidad a lesión (menor personalidad resistente, mayor ansiedad competitiva, menor motivación orientada al éxito y mayor motivación orientada al fracaso) tuvieron un mayor número de lesiones graves, mientras los y las atletas de deportes individuales con dicho perfil, tuvieron un menor número de lesiones moderadas y un índice menor total de lesión, es decir, el estudio da como resultante que los deportistas colectivos con ese perfil se lesionan más gravemente en comparación a los atletas que practican deportes individuales.

En Guatemala, Dominguez (2016) plantea un diseño cuantitativo con una muestra de 30 personas adultas para indagar acerca de las principales estrategias de afrontamiento que desarrollan estos cuando deben dejar el deporte por una lesión. Se utilizó el Inventario de Estrategias de Afrontamiento adaptado por Cano, Rodríguez y García, dando como resultado que la estrategia “resolución de problemas”, entendida como el proceso mental que las personas ponen en marcha para expresar, analizar y resolver problemas, es la más empleada por los deportistas ante esta situación.

A nivel nacional, Fallas (2008) analizó el vínculo existente entre las características psicológicas, el rendimiento deportivo, la incidencia de lesiones y el tiempo de recuperación de las mismas. El estudio fue realizado con 66 futbolistas integrantes de tres equipos de primera división y uno de segunda división, con un muestreo por conveniencia. La evaluación se basó en el uso del “Cuestionario de características psicológicas relacionadas con el rendimiento deportivo” creado por Gimero, Buceta y Pérez-Llantada. En el análisis no se observaron correlaciones significativas entre las variables de control de estrés, motivación, habilidad mental y cohesión de equipo; con relación a

la cantidad de lesiones y/o el tiempo de recuperación. Los sentimientos negativos manifestados, principalmente durante el proceso de recuperación, fueron la ansiedad, desmotivación y en menor porcentaje el enojo. Otro dato importante es el sentimiento de miedo en estrecha relación con la cantidad de lesiones recibidas, es decir, entre mayor cantidad de lesiones sufridas, mayor percepción de miedo en el proceso de recuperación.

Además, Duarte y Anderson (2013) indican que, en la población de deportistas universitarios pertenecientes a la Universidad de Costa Rica y a disciplinas colectivas, las lesiones sufridas se encuentran en el tercer lugar en la lista de situaciones generadoras de estrés, únicamente sobrepasado por el estudio y el bajo rendimiento deportivo. Además, concluyen que un 50% de estos estudiantes manifestaron haber sufrido alguna lesión deportiva en el último año.

Por tanto, según los estudios revisados, es posible notar que las investigaciones sobre lesiones deportivas desde la Psicología han tenido un mayor desarrollo a nivel europeo, mientras que en el contexto latinoamericano todavía es escaso el abordaje de este tipo de estudios. Asimismo, los trabajos elaborados corresponden en su mayoría a enfoques cuantitativos, dejando de lado la subjetividad y el reconocimiento de las estrategias particulares desarrolladas por cada deportista.

Como aspectos en común, la mayoría de los estudios hacen referencia a aspectos psicológicos centrales que influyen en la condición de la persona lesionada, como lo son el manejo del estrés y la ansiedad, así como los niveles de motivación, y la cohesión con el equipo. Además, se enfatiza en la importancia del acompañamiento psicológico en el proceso de recuperación de la lesión y resaltan la eficacia de técnicas como la imaginería o visualización para la aceleración y la mejora en el proceso de rehabilitación.

Los estudios muestran un enfoque que se centra en los factores anteriores a la lesión que influyen como detonantes, lo que indica un vacío en los sucesos posteriores a la lesión, restándole importancia a los sentimientos y reacciones posteriores a este proceso.

1.2. Justificación

El deporte en Costa Rica ha ido en crecimiento en los últimos años, reflejado en una mayor cantidad de recursos invertidos para su desarrollo, en un aumento de participación y en un volumen de seguidores mucho más amplio. Los deportistas individuales y los equipos han empezado a incorporar profesionales como nutricionistas, preparadores físicos y fisioterapeutas en sus equipos de trabajo. No obstante, la labor psicológica todavía es escasa y poco valorada en relación con el rendimiento de los atletas.

A pesar de este progreso en el contexto deportivo nacional, el atleta nunca está exento a experimentar una lesión. “Existen pruebas de que los deportistas sometidos a mucha tensión pueden sentir cansancio físico y sufrir una reducción de la visión periférica, factores que pueden aumentar las probabilidades de sufrir una lesión” (Hanson, McCullugh y Tonyon 1992 citados por Pfeiffer y Mangus, 2005, p.69). Esto evidencia que el comportamiento psicológico del estrés o tensión, influye en la posibilidad de sufrir una lesión. Asimismo, estas pueden presentarse cuando el deportista experimenta cambios principalmente negativos, en su entorno o a nivel personal. Aun conociendo esta información, comúnmente las lesiones deportivas han sido abordadas principalmente desde el prisma biológico, médico o fisioterapéutico. Limitando así la integración del componente psicológico.

Conocer la prevalencia de las lesiones deportivas ha sido uno de los mayores desafíos para el deporte de alto rendimiento, aunque es difícil precisar una cifra exacta de casos a nivel nacional, Duarte y Anderson (2013) investigaron el tema en una población de 40 deportistas universitarios de la Universidad de Costa Rica y concluyeron que el 50% había sufrido alguna lesión. En esta misma universidad se celebraron los Juegos Universitarios Costarricenses 2017 (JUNCOS) en donde según Molina y Jiménez (2017), se atendieron diariamente alrededor de 160 atletas con algún tipo de lesión en la consulta fisioterapéutica, asimismo, en la memoria de esa misma competición, se afirma que, en la clínica fisioterapéutica se atendió un total de 265 pacientes, siendo fútbol, fútbol sala, atletismo y voleibol, los casos más frecuentes. En caso de los JUNCOS 2019, Meoño (2019) hizo una recopilación de los principales datos de lesiones arrojados en esta edición, donde los resultados fueron similares: 239 atletas fueron atendidos en consulta fisioterapéutica, de los cuales, la mayoría correspondía a fútbol en sus dos ramas, encabezando la lista los deportes de contacto.

Sumado a esto, en estudios como el de Arguedas y Villalobos (2016) se encuentran afirmaciones hechas por encargados de la Oficina de Bienestar y Salud, quienes se refieren a los costos que representan los atletas lesionados para la Universidad de Costa Rica, y citan:

El deporte que más recursos requiere es porrismo, son cantidades verdad, estamos hablando que al año, en promedio se gastan 250-300 mil colones en rehabilitación (...) esa es la estadística que tenemos nosotros. Pero hablando de deportes como la natación, que hasta este año hemos tenido tres o cuatro personas nada más que han necesitado rehabilitación y fueron por lesiones externas, no por entrenamiento ni nada agresivo verdad, ajedrez nunca hemos tenido lesiones. (p.8)

En este caso, es importante aclarar, que actualmente, porrrismo no se encuentra en la paleta de deportes que la Universidad de Costa Rica posee como deportes representativos.

Estas son las únicas referencias de datos concretos sobre lesiones que se encuentran tanto en deportistas a nivel nacional como específicamente en la población de atletas universitarios. Uno de los factores que hacen compleja la labor de registro de las lesiones deportivas, tal como lo plantean Osorio, Clavijo, Arango, Patiño y Gallego (2007) es que se depende, en gran medida, de la definición que se le dé a la lesión deportiva, de su gravedad y de la cantidad de tiempo que requiera su recuperación, estos autores afirman que:

A pesar de que las lesiones deportivas son un motivo frecuente de consulta, es difícil precisar su verdadera incidencia y prevalencia debido a las variaciones en la definición de "lesión deportiva" y a la falta de métodos estandarizados de recolección de datos que permitan comparar y comprender las múltiples bases de datos existentes. (p.168).

A nivel internacional, se pueden encontrar datos de prevalencia de lesiones, de carácter alarmante. Según Hardí y Crace (1990) citado por Fallas (2008) cada año en el deporte aficionado, más de la mitad de los participantes sufre al menos una lesión que imposibilita su participación. Olmedilla, Andreu , Ortín y Blas (2009) resaltan que al inicio de la temporada 2006/2007 el gran número de lesiones sufridas por futbolistas de la primera y segunda división española, provocó que la Asociación Española de Médicos de Equipos de Fútbol (AEMEF) junto a la Sociedad Española de Traumatología del Deporte (SETRADE), emitieran un comunicado manifestando su preocupación por este hecho, así como la necesidad de la puesta en marcha de estudios de carácter epidemiológico que proporcionen las bases para debatir científicamente e intentar solucionar la problemática de la incidencia lesional.

Tomando en cuenta la alta frecuencia en que se presentan las lesiones a nivel deportivo, es preciso dimensionar los procesos psicológicos que experimenta una persona durante la aparición de la lesión, así como en el proceso de recuperación y vuelta a la práctica. Además, los estudios desde la Psicología del Deporte son escasos a nivel nacional, y sobre todo en niveles competitivos de equipos universitarios, donde la investigación es prácticamente nula; lo que resalta la pertinencia y la necesidad de abrir paso a la observación, intervención y documentación de la temática.

Los deportistas universitarios se enfrentan a una serie de situaciones de estrés importantes en su cotidianidad, tanto por la carga académica que deben asumir, como por el nivel de rendimiento que se les exige en el contexto deportivo, por lo cual es necesario indagar las condiciones en las cuales

los estudiantes afrontan una lesión deportiva. Dicho evento le suma una condición de estrés adicional, que inclusive, según Duarte y Anderson (2013) ese nivel de estrés es solo superado por el rendimiento académico y el rendimiento deportivo.

En síntesis, los comportamientos, emociones y reacciones de los deportistas universitarios posteriores a una lesión, son poco analizadas a nivel académico en nuestro contexto, por lo tanto, se desconocen los diferentes factores que influyen en el proceso de rehabilitación y recuperación de las lesiones en esta población. Es claro que investigar este tema en el país es algo novedoso, evidencia la importancia de su investigación a nivel país, nutriendo además, los aportes que los estudiantes de la carrera de Psicología de la Universidad Nacional pueden generar para mejorar la calidad de vida de las personas, en particular en el ámbito deportivo, que como se menciona, no cuenta con apoyos en el área psicológica, en comparación a los que se tienen a nivel de rehabilitación física, careciendo de un debido acompañamiento en todo el proceso tanto a nivel de competición y preparación para la misma, así como en situaciones de lesiones incapacitantes.

1.3. Presentación del problema de Investigación.

Los procesos psicológicos que influyen en la práctica deportiva han sido poco abordados a nivel nacional, denotando una visión reducida del proceso deportivo hacia el rendimiento físico y los logros deportivos. Uno de los eventos por los cuales se ve afectado este rendimiento es por la aparición de una lesión durante la competencia deportiva.

Más allá de las consecuencias físicas tras una lesión, se ha evidenciado que los deportistas experimentan una serie de cambios que repercuten a nivel psicológico, particularmente expresados en sentimientos desadaptativos como culpabilidad, desesperanza, enojo, tristeza y ansiedad. Ante esta condición, son pocos los recursos técnicos e institucionales que se le brindan a los deportistas para enfrentar este proceso a nivel psicológico. En el contexto deportivo universitario a nivel nacional, el escenario es aún más complejo, pues el acompañamiento psicológico durante la lesión es inexistente. En la mayoría de los casos es la figura del fisioterapeuta quien, con grandes esfuerzos, intenta mantener la motivación y el deseo del atleta, pero sin las herramientas y la formación adecuada.

Es claro que existe un vacío en las investigaciones nacionales, acerca de los mecanismos o procesos psicológicos que se detonan al sufrir una lesión deportiva en los atletas universitarios. A pesar de ser una población numerosa de estudiantes que se dedican a la práctica deportiva de alto rendimiento, son pocos los recursos con los que se cuentan a nivel psicológico para la atención de sus necesidades particulares. Por ejemplo, según Matarrita (2016) en la última edición de los Juegos Deportivos Universitarios Centroamericanos (JUDUCA), solamente la representación de la

Universidad de Costa Rica contó con la presencia de 220 atletas, lo que indica la importancia que tienen este tipo de actividades para la imagen de la institución, la cual invierte una cantidad relevante de recursos para que sus estudiantes participen, compitan y logren reconocimiento para la universidad. A nivel nacional, Martínez (2017) expresa que en la XXII edición de los Juegos Universitarios Costarricenses (JUNCOS) participaron alrededor de 1300 estudiantes atletas, lo cual evidencia la gran cantidad de universitarios que compiten en este tipo de eventos representativos.

Los datos anteriores muestran únicamente al grupo de estudiantes deportistas que han logrado llegar al nivel de eliminatorias y han clasificado, así como también los que tienen el mejor nivel competitivo. Las cifras no contemplan estudiantes que en esa etapa estuvieran lesionados, descalificados o bajos de ritmo (que no se encuentran en punto físicamente o técnicamente), por lo que se deduce que las cantidades de estudiantes atletas en las universidades es muy superior a la presentada.

Estos atletas en su mayoría no tienen un acompañamiento psicológico posterior a la lesión, es decir, según lo mencionado en apartados anteriores, Molina y Jiménez (2017) y Meoño (2019), alrededor de 160 estudiantes al día experimentaron sentimientos emergentes y nuevos ante una situación tensional como es la producida por una lesión deportiva durante una competición de alto nivel. Este vacío en el acompañamiento psicológico genera un desconocimiento de los procesos psíquicos que vive el deportista, así como de las estrategias que emplea para hacer frente la situación de estrés. Entonces, surge la interrogante con relación a ¿Cómo es el proceso de afrontamiento de las lesiones deportivas en atletas universitarios? A partir de esta pregunta se intenta indagar acerca de las estrategias y recursos que emplean los deportistas para afrontar la lesión, de tal forma que se establezcan las bases para el acompañamiento requerido a nivel psicológico por esta población.

El abordaje de esta pregunta se desarrolló con una población de deportistas pertenecientes a los equipos representativos de la Universidad de Costa Rica (UCR) y a la Universidad Nacional de Costa Rica (UNA) durante los años 2018 y 2019, y que presentaban lesiones de leves a moderadas.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo General

Analizar las estrategias de afrontamiento que desarrollan los atletas universitarios ante las lesiones deportivas desde la Psicología del Deporte.

1.4.2. Objetivos Específicos:

- Identificar los factores biopsicosociales que los atletas universitarios vinculan a la aparición de la lesión deportiva.
- Determinar las creencias que los atletas universitarios desarrollan en relación a su rendimiento deportivo tras la aparición de una lesión.
- Identificar las emociones presentes en deportistas universitarios durante el proceso de recuperación de una lesión deportiva.
- Indagar los comportamientos que adoptan los atletas universitarios tras sufrir una lesión deportiva.

CAPÍTULO II

CONSTRUCCIÓN TEÓRICA DEL OBJETO DE ESTUDIO

2.1. Referente Conceptual: Psicología del Deporte

La Psicología del Deporte es una disciplina relativamente nueva, aunque anteriormente se realizaron algunos acercamientos desde la Psicología Conductual y Experimental a temáticas relacionadas con el deporte y la actividad física. Cox (2009) señala que la Psicología del Deporte y la actividad física consiste en: “El estudio del efecto de los factores psíquicos y emocionales sobre el rendimiento en estas actividades y del efecto que esas actividades tienen sobre los factores psíquicos y emocionales” (p.5). Esta definición se asocia a un proceso continuo de retroalimentación y está enfocada en una población general, y no tanto en el aspecto competitivo de alto rendimiento presente en la práctica deportiva, asimismo, se puede sumar la definición dada por Weinberg y Gould (1996) quienes afirman que: “la psicología del deporte y del ejercicio físico es el estudio científico de las personas y su conducta en el contexto del deporte y la actividad física” (p.4). siendo así, aún más integrativa y global que la anterior.

Por otro lado, existe otra perspectiva que hace un mayor énfasis en el atleta y Salazar (2008) la define así:

La Psicología del Deporte se ocupa de estudiar los factores psicológicos que puedan intervenir, ya sea de forma positiva o negativa en los deportistas al practicar un deporte o actividad física. No sólo en el momento de los entrenamientos, de la práctica del deporte o actividades físico motoras, sino también durante las competencias. (p.62).

En síntesis, la Psicología del Deporte se enfoca en un análisis y acercamiento a los aspectos emocionales, cognitivos, sociales, relacionales y familiares, que rodean a los practicantes de alguna actividad física o deporte, comprendiendo como estos influyen en el desempeño de los atletas en la competencia. Asimismo, busca la mejora de las capacidades emocionales y cognitivas durante la ejecución de un deporte, como también la ampliación de los recursos de respuesta del atleta para un mejor desempeño competitivo posterior.

Entonces, esta rama de la Psicología se encarga de la mejora en general del cliente, primordialmente como atleta. Para lograr estos resultados es preciso observar y revisar en los deportistas aspectos de tipo psicológicos que según Sánchez y León (2012) incluyen las siguientes

habilidades: motivación, ansiedad, atención y concentración, personalidad y autoconfianza, liderazgo, comunicación y cohesión de equipo.

Algunas de las estrategias utilizadas para realizar intervención desde esta rama, son las técnicas de entrenamientos mentales, visualizaciones, relajación, y encadenamiento.

2.2. Aproximación a los procesos de lesión deportiva

En este apartado se presenta una aproximación al proceso de aparición de las lesiones deportivas, abarcando las fases iniciales como en su posterior desarrollo y recuperación, desde los ángulos biomédico y fisioterapéutico. Además, se plantean los procesos de respuesta del atleta lesionado y las estrategias de afrontamiento habitualmente identificadas en los deportistas, desde la psicología del deporte.

Según Van Mechelen (1992) la lesión deportiva se define como “nombre colectivo para todos los tipos de daños sufridos en actividades deportivas... en algunos estudios una lesión deportiva se define como un daño durante las actividades deportivas por el cual es presentada una alegación” (p. 16).

Posterior a la aparición de la lesión, se busca una pronta rehabilitación, que se basa en poder recuperar al atleta al cien por ciento en el menor tiempo posible, en esa recuperación confluyen muchos factores, el más importante de ellos, el tipo de lesión deportiva que se haya presentado, que puede ser definida según cada equipo de profesionales, como Fallas (2008) presenta a continuación:

El servicio médico del FC Barcelona define como lesión aquella que ocurre en un entrenamiento programado o en un partido y que causa la ausencia en el siguiente entrenamiento o partido. Asimismo, se clasificará la gravedad según el número de días que la lesión mantiene al jugador apartado de los entrenamientos programados o partidos, esto es: ligera de 1 a 3 días, menor de 4 a 7 días y moderada de 8 a 28 días y grave más de 28 días. (p.12).

Bahr, Maehlum (2007) plantean que las lesiones producto de la práctica deportiva también pueden clasificarse de acuerdo con el mecanismo de lesión y el comienzo de los síntomas, por ejemplo, agudas o por uso excesivo. Las primeras refieren a lesiones que suceden de forma repentina y tiene un comienzo claro y definido, se presentan mayormente en las actividades deportivas de alta velocidad o de contacto. Por el contrario, las de uso excesivo se basan en un desarrollo progresivo, la

predominancia de este tipo de lesiones se presenta en deportes aeróbicos o por uso excesivo y repetitivo de un movimiento en la práctica.

Aunado a esto, según López, Albuquerque, Domínguez, Sánchez y Barroso (2005). las lesiones pueden categorizarse según la zona o parte del cuerpo que requiere tratamiento: 1) lesiones músculo- tendinosas: como roturas musculares o pubalgias; 2) lesiones osteoarticulares que afectan hueso o cartílago: como esguinces o luxaciones, y 3) otras lesiones que no entren en esas categorías: como la periostitis⁷.

Por otra parte, un aspecto importante de considerar entre las causas externas que influyen en la aparición de una lesión, es el uso y calidad de los materiales, equipos e instalaciones en las cuales practican los deportistas. Estas condiciones materiales en donde el deportista entrena y compite, son un factor importante en la generación de lesiones, este aspecto a nivel nacional y sobre todo en el ámbito universitario, toma mayor relevancia, pues la mayoría de implementos y estructuras son utilizadas más allá de su tiempo de vida útil o muchas veces no cumplen las condiciones óptimas para el desarrollo de una competición.

2.2.1. Fases de la lesión deportiva

La lesión deportiva se divide en tres estadios según Bahr y Maehlum (2007) en los cuales deben ajustarse los objetivos del tratamiento tomando en cuenta la evolución física de la lesión.

- 1- Estadio agudo: Con una duración de algunos días a semanas. El objetivo principal en este estadio es evitar que la lesión empeore, por lo tanto, se busca la reducción o el detenimiento completo de la práctica o la competencia. Se parte del principio PRICE (por sus siglas en inglés, protección, reposo, hielo, vendaje, elevación del área afectada). En esta primera fase el tratamiento puede ser acompañado por medicamentos como antiinflamatorios.
- 2- Estadio de rehabilitación: se extiende desde algunas semanas hasta meses. El objetivo consiste en preparar al deportista para entrenar con regularidad. El fisioterapeuta se asegura que el deportista: tenga una amplitud normal del movimiento, fuerza normal, función neuromuscular normal, capacidad aeróbica normal. Para el desarrollo de estas capacidades se utilizan estiramientos, elongaciones pasivas, formas alternativas

⁷ Inflamación de los tejidos alrededor de la tibia debido a una sobrecarga repetida durante la carrera que sobrepasa los mecanismos reparativos del organismo.

de entrenamiento (natación, ciclismo) y entrenamiento específico, haciendo énfasis en el área afectada.

- 3- Estadio de entrenamiento: De algunas semanas a meses. Persigue el objetivo de la recuperación de las capacidades normales del deportista para realizar deportes, donde se debe soportar la carga inevitable en una competición. Esta fase es crítica, por lo cual es importante asegurar que la transición de rehabilitación a los ejercicios del deporte sea gradual, la situación de prueba debe ser lo más parecida posible a la competencia. En este estadio, es importante contar con un readaptador físico, el cual sea capaz de poner en punto físico al atleta, y reducir las posibilidades de recaída.

2.2.2 Acompañamiento psicológico en las fases de la lesión

Palmi (1995) plantea que una intervención psicológica puede basarse en la búsqueda de que el atleta reduzca sus niveles de ansiedad, confíe en el equipo médico y mantenga un alto nivel de motivación, para lograr un mejor enfrentamiento en la rehabilitación fisiológica de la lesión. Este autor plantea dos momentos para el desarrollo de la intervención psicológica de la lesión deportiva:

2.2.2.1. Fase de inmovilización: Se caracteriza por una tensión excesiva sobre el deportista, una visión negativa del proceso de recuperación y la presencia de dolor. Por tanto, se promueven estrategias de control de la ansiedad y de aceptación positiva de la realidad. Las técnicas psicológicas necesarias para el tratamiento de esta fase corresponden a:

- **Habilidades de comunicación:** En este punto, la intervención se hace con el equipo médico encargado del caso, esto con el fin de obtener mejores resultados en el nivel de control de activación y aceptación positiva de la realidad. Aquí es importante la forma en la que se transmite el mensaje de la lesión al atleta.
- **Técnicas de relajación:** Se utilizan aquellas técnicas que le permitan tener un control directo en sus niveles de activación y en el abordaje de situaciones complejas, detonadoras de ansiedad y estresantes. Palmi (1995) sugiere la utilización de la técnica de relajación muscular progresiva sin contracción muscular. Como recomendación, se propone que este tipo de trabajo no supere los 10 minutos y se integre con la imaginería de la zona afectada por la lesión.
- **Determinación de objetivos:** Se aboga por el desarrollo físico general del atleta, para no perder capacidades. Este período se debe mostrar como una oportunidad para mantener y mejorar el nivel físico de otras zonas ajenas a la lesión. Es importante aquí también, el establecimiento de metas a corto plazo

2.2.2.2. Fase de movilización: Esta fase, según Rotella (1990) citado por Palmi (1995) corresponde a un período mucho más prolongado, es la fase donde el deportista recupera progresivamente su funcionalidad motora. En este punto se debe diferenciar entre tres bloques:

- **Recuperación:** Mejora del músculo-articulación que ha sufrido el traumatismo, se devuelve muy progresivamente la funcionalidad. En esta fase, se necesita de estrategias para controlar situaciones estresantes o dolorosas, mantener un alto nivel de motivación y confianza para la recuperación. Se sugiere el trabajo con técnicas como:
 - **Habilidades de comunicación:** Información clara y concisa del cuerpo médico a cargo sobre la evolución de la lesión.
 - **Técnicas de relajación:** Se utiliza la misma que en la fase anterior, e incorporar la respiración relajante para los momentos de dolor y trabajos de recuperación músculo-articular. Se debe combinar con imaginación y no debe exceder los 5 minutos.
 - **Determinación de los objetivos del programa:** Con ayuda del especialista, el deportista debe marcarse objetivos realizables y concretos de cada sesión de trabajo. Igualmente, a gusto del especialista, se pueden realizar semanal o mensualmente.
 - **Mejora de aprendizajes deportivos:** Se aconseja esta fase para realizar formación técnico- táctica sobre conceptos, habilidades, cualidades relacionadas con el deporte que practica. Se suele apoyar con videos (en técnica de desensibilización sistemática), observación de competencias, lecturas de libros, en donde el deportista aprovecha para mejorar elementos de análisis.
 - **Apoyo social:** Apoyo de otros atletas que se encuentren en la misma situación o inclusive se muestre como superada. Así como familiares, pareja, amigos del círculo cercano al atleta.
- **Readaptación:** Período de trabajo de mejora de la cualidad fisiológica pérdida por la lesión, se busca la recuperación del tono de sus cualidades generales. En esta etapa se promueve un alto nivel de motivación, concentración sobre la tarea a realizar, actitud positiva hacia su disfuncionalidad, entre otros componentes. Se proponen como técnicas:
 - **Imaginación de afrontamiento:** Básicamente dirigida al trabajo y/o dolor producido en las sesiones de aumento de trabajo de físico.
 - **Biofeedback:** Retroalimentación del proceso fisiológico
 - **Determinación de objetivos semanales:** Se continua con la idea de mantener la motivación a través del establecimiento de estos objetivos.

- Diálogo interno positivo: El atleta reconoce los pensamientos negativos, de duda, de confusión y se plantean como objetivos de trabajo.
- Reentrenamiento: Se busca la nivelación de la habilidad deportiva descompensada por el tiempo de inactividad, en esta etapa se vuelve a la práctica y se reencuentra con su demanda deportiva, se busca perder el miedo al fracaso, saber controlar la activación, tener confianza y concentrarse en las actividades que desarrolle. Las técnicas utilizadas:
 - Habilidad de comunicación: Al deportista se le tiene que explicar claramente su progresión en el entrenamiento, además de dejar en claro los obstáculos que se pueden hallar y como se deben afrontar esos obstáculos.
 - Imaginería de afrontamiento: Representación mental simulada de las primeras sesiones de trabajo con el resto del equipo y el entrenamiento cotidiano. Es importante en esta fase también hacer una visualización del mecanismo de lesión.
 - Imaginería de maestría deportiva: El deportista anticipa la demanda y sensaciones corporales por medio de la simulación mental.
 - Determinación de objetivos: Para cada sesión se determina que se pretende trabajar y mejorar, evacuando dudas y evitando los problemas de autocrítica excesivamente duros.

2.3. Estrategias de afrontamiento psicosocial ante la lesión deportiva

Según el tipo de lesión y las circunstancias particulares de cada sujeto, se da una reacción ante la situación de estrés que genera el evento de trauma. Ante cualquier motivo de estrés las personas desarrollan estrategias específicas para afrontar las nuevas circunstancias.

Es decir, en el caso del enfrentamiento de una lesión de gravedad, que involucre un cambio en la rutina, así como una disminución de capacidades físicas o una incapacidad temporal, el nivel de estrés puede ser mayor, comparado a un caso de una lesión leve, donde no hay sentimiento de incapacidad o de dependencia a otras personas.

Sumado al aspecto biológico, es primordial considerar los aspectos psicológicos que influyen en el deporte de alto rendimiento, ya que, más allá de la lesión, el deportista sano requiere de un funcionamiento eficiente de varios procesos psicológicos como la atención, la autoconfianza y la concentración, para un correcto desempeño en la competencia. Todos estos procesos pueden verse afectados o modificados durante una lesión deportiva, dependiendo de los recursos de afrontamiento con los que cuente la persona.

Los primeros estudios de factores psicológicos influyentes en las lesiones, fueron desarrollados por Andersen y Williams (1998) mencionados por Abenza, Olmedilla y Ortega (2009). Estos últimos crean un modelo explicativo de las respuestas del deportista ante una situación de alto estrés, las cuales son producto de valoraciones cognitivas que provocan cambios fisiológicos y atencionales, como incremento de la tensión muscular y la focalización inadecuada de la atención, aumentando las probabilidades de lesión.

El deportista posee características base para poder desarrollarse en su campo de acción, Palmi (1995) se refiere a dos principales rasgos psicológicos que son la personalidad y la historia tensional. Esta última comprendida como el estado de ánimo que presenta la persona en un determinado momento del día, consecuencia de los acontecimientos diarios. Por otra parte, también se menciona la presencia de recursos adaptativos, que son aquellos que refieren a la capacidad de readaptación de cada persona frente a situaciones cambiantes, las personas que tengan más facilidad de reorganizarse, se acoplarán mejor a las exigencias deportivas y tendrán menor riesgo a lesionarse.

Para reaccionar ante una situación estresora, el ser humano utiliza un estilo de afrontamiento, que va a corresponder a cada predisposición con la que reacciona y con la que normalmente hace frente a distintos escenarios. Por ejemplo, Pelechano (2000) menciona que el primero representa formas estables y consistentes de afrontar el estrés, mientras que la estrategia se refiere a acciones más específicas, es decir, estos estilos determinarán las estrategias de afrontamiento que se utilizarán y son divididos en dos grandes ejes: centrados en el problema y centrados en la emoción.

Di-Colloredo, Aparicio, Moreno (2007) hacen la salvedad de que el afrontamiento centrado en el problema implica el manejo de aquellas situaciones que la persona considera amenazantes y descontrolan la relación entre la persona y su ambiente. Este estilo busca soluciones alternativas, considera estas alternativas en base al costo beneficio. Existe una diferencia importante que considerar, el afrontamiento dirigido al problema implica un objetivo, mientras el que está dirigido a la resolución del problema, lleva consigo las estrategias que el sujeto debe utilizar internamente.

Por otra parte, el afrontamiento centrado en la emoción busca regular las emociones del sujeto y aminorar el malestar adyacente de los sentimientos negativos. Este proceso tiende a ser utilizado mayormente cuando la evaluación previa resulta en un efecto que no puede ser contrarrestado o modificado. Es necesario tener en cuenta que la aplicación de las dos funciones del afrontamiento, las centradas en el problema y las centradas en las emociones no son excluyentes, ya que una misma conducta puede servir para varias funciones.

En este caso específico, interesa conocer el abordaje a las estrategias de afrontamiento que surgen en respuesta a una lesión deportiva. Lazarus y Folkman (1984) definen al afrontamiento como: “Aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (p.141), entonces, al tener una situación externa inesperada y negativa, la persona debe desarrollar mecanismos para enfrentarla. Este proceso de afrontamiento según Romero, Zapata, García-Mas, Brustad, Garrido, Leteriel (2010) consiste en dos partes:

En la primera, la persona evalúa las consecuencias que la situación puede tener para ella (valoración primaria) y en la segunda, valora los recursos de los que dispone con el fin de evitar o reducir las consecuencias negativas de la situación, que para sí significa una amenaza o un desafío (valoración secundaria). Esta valoración secundaria constituye de este modo la capacidad de afrontamiento (coping), entendiendo a ésta como un proceso psicológico que se pone en marcha cuando la situación o el entorno resultan amenazantes. Asimismo, este proceso es cambiante y adaptativo, en él, la persona y el contexto interactúan de manera permanente, variando además sus estrategias de afrontamiento en función del tipo de problema a resolver. (p.118).

En el caso de una lesión deportiva en el ámbito de los equipos universitarios, la persona podría cuestionarse sobre los efectos que tendrá la lesión en su carrera deportiva, así como a nivel académico y personal o en otra esfera de su vida que le sea importante, las percepciones de las consecuencias pueden ser positivas o negativas, este reconocimiento de la connotación de las mismas, forma parte esencial en esta primera fase. En un segundo plano, el deportista podría hacer una valoración de los recursos que tiene a su alcance; por ejemplo: el apoyo familiar o de los miembros del equipo, realizar otras actividades que tenía relegadas a causa del deporte, etc. Esta segunda acción permite a la persona plantearse una posible estrategia de afrontamiento ante la lesión. Según Solís y Vidal (2006): “La interacción entre la valoración primaria y secundaria determina el grado de estrés, la intensidad y la calidad de la respuesta emocional. Las reacciones de estrés se presentan agrupadas en tres bloques: fisiológicas, emocionales y cognitivas” (p.34). Está claro que ante una lesión siempre habrá una reacción generadora de estrés, pues es un evento inesperado y que en la mayoría de atletas es visto como negativo.

Solís y Vidal (2006) plantean 18 estrategias de afrontamiento agrupadas en 3 estilos de afrontamiento que se sintetizan en la siguiente ilustración:

Figura 1.

Estilos y estrategias de afrontamiento

Estilos de afrontamiento	Estrategias
1.Resolver el problema	Concentrarse en resolver el problema, esforzarse y tener éxito, invertir en amigos íntimos, buscar pertenencia, fijarse en lo positivo, buscar diversiones relajantes, distracción física, reservarlo para sí
2.Referencia a otros	Buscar apoyo social, acción social, apoyo espiritual, ayuda profesional.
3.Afrontamiento no productivo	Preocuparse, hacerse ilusiones, falta de afrontamiento, ignorar el problema, reducción de la tensión, reservarlo para sí, autoinculparse.

Fuente: Elaboración propia, basada en Solís y Vidal (2006)

Otra perspectiva es la propuesta por Tobin, Holroyds y Kigal (1989) a partir de las cual se diseña el Inventario de Estrategias de Afrontamiento, que además fue adaptado por Cano, Rodríguez y García (2006) tras advertir una escasez y varias limitaciones en los instrumentos disponibles en nuestro idioma, y por otra, por las excelentes potencialidades que ofrece el CSI (Coping Strategies Inventory), el cual fue utilizado en esta investigación. En este inventario se revisan las siguientes estrategias:

- Resolución de problemas (REP): proceso mental que las personas ponen en marcha para descubrir, analizar y resolver problemas, es decir, estrategias cognitivas y conductuales encaminadas a eliminar el estrés.
- Autocritica (AUC): ser capaz de observarse y valorarse a uno mismo para no volver a cometer los mismos errores e ir mejorando a lo largo de la vida.
- Expresión emocional (EEM) Comunica al mundo social una información indicadora de lo que puede llegar a ser la conducta futura, en otras palabras, son las estrategias encaminadas a liberar las emociones que acontecen en el proceso de estrés.
- Pensamiento desiderativo (PSD): Parte de la base de una impotencia que solo alcanza su compensación mediante el deseo de omnipotencia, la única forma que tiene de sentirse seguro, es decir, estrategia que refleja el deseo de que la realidad no fuera estresante.

- Apoyo social (APS): Buscar en otras personas el apoyo o refugio que un individuo necesita para sobrellevar una carga emocional pesada.
- Reestructuración cognitiva (REC): Cierta técnica que las personas aprenden para cambiar algunas maneras de pensar distorsionadas que conducen a malestar emocional y frustración.
- Evitación de problemas (AVP): Apartarse del problema, no pensar en él, o pensar en otra cosa, para evitar que afecte emocionalmente, empleo de un pensamiento irreal improductivo, o de un pensamiento desiderativo.
- Retirada social (RES): Retirarse de la interacción social, por una necesidad positiva de afrontar los problemas desde la soledad, ya sea una huida de los demás por reserva o ambas cosas.

2.4. Factores biopsicosociales primordiales en los procesos lesionantes

Como se mencionó anteriormente, el proceso de lesión no incluye únicamente el factor físico, sino que se instituye como una integralidad, que se conforma por muchas variables que confluyen entre sí, por ejemplo, la historia tensional del atleta, su personalidad, el manejo de la ansiedad y otros factores externos como sus relaciones interpersonales o las condiciones del material y el terreno.

El estrés, es uno de los factores primordiales en la aparición de lesiones deportivas, en ocasiones el deportista valora que las demandas de la competencia o del entrenamiento exceden los propios recursos y brota un exceso de activación que es responsable de la desorganización del comportamiento. Es en este momento, que el estrés es considerado como un trastorno psicológico no deseado, que puede manifestarse en forma de agotamiento, depresión o ansiedad y que puede dificultar la utilización de habilidades que un deportista ha adquirido después de muchas horas y años de práctica, lo cual podría ocasionar desatenciones importantes, gestos técnicos erróneos o cualquier comportamiento que no se considere habitual para el atleta y que ponga en riesgo su salud, por ejemplo, un aumento en la agresividad. A partir de las experiencias previas y relacionadas con el estrés, así como de la evaluación del estresor y otros factores que el atleta posea, se podrá moldear una respuesta, que, en este caso, sería la escogencia o preferencia hacia un estilo de afrontamiento y un posterior actuar, que se consideraría la estrategia propiamente.

Aunado al estrés, otro factor medular en la sobre activación y posible aparición de lesiones, es la ansiedad, que García (2018) define como: “Conducta negativa, que trae consigo sentimientos de nerviosismo, preocupación u agobio, y se relaciona directamente con el arousal y la activación.” (p.28). El estado de arousal a su vez, es una activación general fisiológica y psicológica del organismo, variable a lo largo de un continuo.

La ansiedad es una emoción que puede tener repercusiones negativas en la práctica deportiva, por esta razón, en la psicología deportiva existe la definición de ansiedad competitiva y Valdés (1996) citado por García (2018) la sintetiza como un estado en el que el sujeto se siente tenso, intranquilo y temeroso. A partir de ese desorden emocional el atleta no puede controlar su atención, y, por tanto, mantenerse alerta, y actúa como si todo ocurriera demasiado rápido, para oponerse a ello. Dado que el tono muscular está excesivamente alterado con las acciones, estas resultan torpes. Lo cual claramente, puede ser causante de lesiones y molestias para el deportista.

Aunado a esto, la mayoría de autores que han estudiado la relación entre estrés psicosocial y vulnerabilidad a la lesión deportiva, han estudiado los sucesos vitales estresantes, por ejemplo, Olmedilla, Pietro, Blas (2011) diferenciaron entre sucesos vitales negativos (SVN), sucesos vitales positivos (SVP) y sucesos vitales totales, como suma de los dos anteriores (SVT). El estudio de los SVN ha permitido establecer que, en general, los deportistas que han experimentado este tipo de sucesos, tienen una mayor probabilidad de lesionarse.

Estos sucesos vitales, son parte de la cotidianidad de un atleta, y sobre todo de uno universitario, quien debe, además, pensar en el rendimiento académico y en los deberes que esto implica. Por otra parte, el desenvolverse en un ambiente universitario, implica una red de relaciones interpersonales compleja: Familia, compañeros, amigos, pareja, compañeros de deporte. Que pueden en ocasiones ser fuente de distracción o tensión para el deportista.

CAPÍTULO III MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de estudio y metodología

La presente investigación se desarrolló desde un enfoque mixto, utilizando tanto técnicas de tipo cualitativa como cuantitativas, generando un proceso que permitió analizar la experiencia subjetiva del participante de forma amplia e integral, contrastándola con los datos registrados en los instrumentos de tipo cuantitativo. De esta forma, se buscó minimizar las limitaciones propias de cada enfoque y explotar las fortalezas de cada tipo. Como señalan Chen (2006) y Johnson (2006) citados por Hernández, Fernández y Baptista (2010):

Los métodos de investigación mixta son la integración sistemática de los métodos cuantitativo y cualitativo en un solo estudio con el fin de obtener una “fotografía” más completa del fenómeno. Éstos pueden ser conjuntados de tal manera que las aproximaciones cuantitativa y cualitativa conserven sus estructuras y procedimientos originales (“forma pura de los métodos mixtos”). Alternativamente, estos métodos pueden ser adaptados, alterados o sintetizados para efectuar la investigación y lidiar con los costos del estudio. (p. 546).

Se trabajó con un Diseño de Triangulación Concurrente (DITRIAC), el cual se utiliza cuando se quiere corroborar y validar los datos obtenidos en la revisión cuantitativa y cualitativa. Tiene la ventaja de que minimiza las debilidades y aprovecha las ventajas de cada método. Los datos se recolectan y analizan de manera simultánea, pero durante la interpretación de resultados es cuando se generan las comparaciones y, según Creswell (2009) citado por Hernández, Fernández y Baptista (2010), se presentan: “Lado a lado, es decir, se incluyen los resultados estadísticos de cada variable y/o hipótesis cuantitativa, seguidos por categorías y segmentos (citas) cualitativos, así como teoría fundamentada que confirme o no los descubrimientos cuantitativos” (p. 570).

Se pretendió explorar a profundidad los aspectos cognitivo y emocional de las estrategias desarrolladas por los deportistas lesionados desde un enfoque cualitativo, el cual ha sido escasamente abordado, pues se ha dado un mayor énfasis a los datos suministrados por escalas y mediciones. Por lo tanto, se planteó una aproximación desde un enfoque fenomenológico del proceso de rehabilitación

del deportista, centrándose en lo individual y lo subjetivo de la vivencia. Se buscó conocer las experiencias vividas desde la propia visión del atleta, en palabras de Barrantes (2013), “La fenomenología busca conocer los significados que los individuos dan a sus experiencias. Intenta ver las cosas desde el punto de vista de otras personas, describiendo, comprendiendo, interpretando” (p.152).

Para la información de tipo cuantitativo, se planteó un diseño no experimental, de tipo Transeccional Exploratorio, pues se pretendía iniciar el acercamiento a una variable o situación que hasta el momento no se había explorado con población de atletas universitarios. Las estrategias de afrontamiento en deportistas universitarios costarricenses es un tema poco conocido en nuestro país y puede servir como preámbulo para otras investigaciones a futuro.

Para el aspecto cualitativo, como se mencionó al ser un análisis fenomenológico, donde se le otorga gran importancia al discurso del sujeto y la significación que este le da al mismo, se planteó el uso de una entrevista semiestructurada que, según Díaz, Torruco, Martínez y Varela (2013) presentan un grado mayor de flexibilidad que las estructuradas, debido a que parten de preguntas ideadas con anterioridad pero que pueden ajustarse a los entrevistados. Su ventaja es la capacidad de adaptarse a los sujetos con enormes posibilidades para motivar al interlocutor, aclarar términos y dudas, identificar ambigüedades y reducir formalismos. Se considera que las entrevistas semiestructuradas son las que ofrecen un grado de flexibilidad aceptable, a la vez que mantienen la suficiente uniformidad para alcanzar interpretaciones acordes con los propósitos del estudio. donde la persona pueda expresarse ampliamente sobre el evento vivido.

Se utilizó como instrumento, una guía de entrevista (ver anexo 1) que contiene una propuesta de categorías asociadas a los objetivos de investigación. A partir de estas preguntas se indagaron aspectos generales anteriores a la lesión, tales como integración con el deporte, con su familia, con la universidad y otras personas cercanas; sentimientos, emociones, cogniciones en el momento de la lesión y, por último, los estilos y estrategias de afrontamiento utilizó en lesiones anteriores y en esta propiamente.

Para la recolección de datos cuantitativos, se aplicó el Inventario de Estrategias de Afrontamiento de Tobin, Holroyds y Kigal, (1989), que ha sido adaptado al español por Cano, Rodríguez y García (2006). Este mide varias estrategias como los son: resolución de problemas, autocrítica, expresión emocional, pensamiento desiderativo, apoyo social, reestructuración cognitiva, evitación de problemas y retirada social. El instrumento consta de 40 ítems, con una escala tipo Likert, que considera 5 opciones de respuesta que van de 0 a 4 (0 en absoluto, 1 un poco, 2 bastante, 3 mucho;

y 4 totalmente). El cuestionario se compone de cinco preguntas por cada una de las 8 estrategias (ver anexo 2).

Previo a la aplicación del instrumento al total de la muestra, se procedió a realizar un proceso de validación del mismo, por medio de la entrevista cognitiva, con 10 sujetos. Según Smith y Molina (2011) esta técnica es una herramienta para analizar los mecanismos cognitivos involucrados en el proceso de contestar las preguntas de un cuestionario, y así detectar problemas en los distintos momentos de este proceso antes de pasar a estimar las propiedades psicométricas del instrumento.

La entrevista cognitiva es un nombre genérico para describir un dispositivo de evaluación del proceso de respuesta, y consiste una serie de entrevistas individuales semiestructuradas en ambiente controlado con una muestra pequeña de la población meta. Durante las entrevistas, las personas participantes completan el cuestionario en estudio y realizan una serie de pruebas para detectar problemas a la hora de contestarlo. (p.6).

3.2. Presentación de hipótesis y operacionalización de variables o categorías de análisis.

A continuación, se presenta un cuadro con las principales variables medidas en la recolección de datos, las cuales se miden y definen de la siguiente forma: la definición instrumental para todas las variables es medida por el Inventario de Estrategias de Afrontamiento de Tobin, Holroyds y Kigal, (1989), adaptado por Cano, Rodríguez y García (2006). (datos cuantitativos) y Entrevista Semiestructurada (datos cualitativos), exceptuando lesión deportiva, la cual queda a criterio de los fisioterapeutas o entrenadores a cargo de los deportistas.

Figura 2.

Categorías de análisis

Variable	Definición conceptual	Definición operacional
Estrategias de afrontamiento	Esquemas mentales intencionales de respuesta (cognitiva, emocional o conductual) dirigidos a manejar (dominar, tolerar, reducir, minimizar) las demandas internas y ambientales, y los conflictos entre ellas, que ponen a prueba o exceden los recursos de la persona. (Cano, 2006)	Escala de inventario de frecuencia 0 a 4 con respecto a la realización de la situación descrita (0 en absoluto, 1 un poco, 2 bastante, 3 mucho; y 4 totalmente)
Lesión deportiva	Daños físicos sufridos en actividades deportivas, que representen un cese de las mismas.	Moderada: Incapacidad de 8 a 30 días Grave: Incapacidad de un mes en adelante o daño permanente.
Factores Biopsicosociales	Es un modelo de sistemas que asume de manera explícita la multiplicidad de causas de la salud. El modelo biopsicosocial es una propuesta integradora, comprehensiva y sistémica según Sperry (2008) de los niveles, biológicos, psicológicos y sociales del individuo. Dichos sistemas interactúan intercambiando información, energía y otras sustancias así como afirman Havelka, Lučanin, y Lučanin, (2009), permitiendo la confluencia de perspectivas muy diferentes en una concepción holista integrada dentro modelo biopsicosocial, tal como ocurre con la psicología individual Sperry (2008) y Juarez (2011). Chiriboga (1989) mencionado por Olmedilla, Pietro y Blas (2011) caracterizó conceptualmente las diferentes formas de estresores psicosociales, deduciendo tres niveles: nivel micro, aquel que incluye estresores psicosociales relacionados a las experiencias diarias de las personas; nivel moderado, referido a situaciones que generalmente son menos	Preguntas del Inventario: 5, 13, 16, 21,29,37 Preguntas de la entrevista: A (1-4) B (2-4,6,10) C (5,7-9)

	frecuentes que los estresores del nivel micro, pero que también actúan directamente sobre el individuo y nivel macro, referido a estresores del sistema macrosocial.	
Creencias	Ya sean individuales o colectivas, son un conjunto de realidades metaempíricas que las personas o grupos aceptan, observan y declaran como principios que les sirven para orientar sus vidas. Su forma de expresión es la simbólica, a través del lenguaje y tienen por función la de servir de instrucción, de integración, de argumentación y de reflexión. Las creencias son un proceso psíquico relacionado con el sentimiento y la voluntad, no pueden ser demostradas científicamente, están referidas a la interpretación del mundo, al sentido de la vida, los valores, los ideales de una comunidad y ayudan al individuo a satisfacer sus necesidades emocionales, religiosas y/o cosmológicas. Quintana (2001)	Preguntas del Inventario: 2, 4, 7, 10, 18, 22, 26, 31, 34 Preguntas de Entrevista: A(4,5) B (7,8) C (9,10,12)
Emociones	Respuestas simples con manifestaciones fisiológicas que suelen ser breves pero precisas, las cuales se convertirán en el reflejo exteriorizado de lo que la persona siente ante el estímulo o situación a la que se esté enfrentando. Barragán, Morales (2014)	Preguntas del inventario: 2, 3, 4, 7, 11, 12, 14, 15, 18, 19, 20, 23, 24, 27, 28, 30, 35, 36, 38, 40 Preguntas de la Entrevista B (2,5,7) C (1,2,4,6,11,12)
Comportamientos	Las posibles clasificaciones de los modos de comportamiento pudieran ser muchas, podemos comportarnos con respecto a algún objeto o persona haciendo algo, o podemos analizar dicho comportamiento hablando sobre ello con otra persona o con uno mismo. En el caso concreto del deporte, nos estaríamos refiriendo a que un determinado individuo va adquiriendo, a lo largo de su historia de aprendizajes unas determinadas formas de actuar y analizar su actuación o la de otros. Pérez (2003)	Preguntas del inventario: 1, 6, 8, 9, 11, 14, 15, 17, 25, 32, 33 Entrevista: B (1,9,11-13) C (3,5,6,9)

3.3. Criterios de selección y fuentes de información.

Los participantes en este estudio fueron 83 estudiantes pertenecientes a equipos deportivos representativos de la Universidad Nacional de Costa Rica (UNA) y la Universidad de Costa Rica (UCR) que hayan sufrido algún tipo de lesión durante el último año.

Los sujetos fueron seleccionados a partir de un primer filtro que brindó el registro del departamento de fisioterapia o del entrenador de los equipos representativos, tomando en consideración los criterios de inclusión y exclusión que se detallan a continuación:

3.3.1. Criterios de inclusión:

- Ser mayor de edad.
- Formar parte de algún equipo representativo de la Universidad Nacional de Costa Rica o la Universidad de Costa Rica, desde al menos 1 año atrás.
- Demostrar haber sido un deportista activo (entrenar al menos 2 horas, tres veces por semana) antes de la lesión.
- Haber presentado una lesión de tipo moderada a grave (que incapacite mínimo un mes y máximo 6 meses).

3.3.2. Criterios de exclusión

- Haber tenido una asistencia irregular al equipo en los últimos 6 meses.
- Que la lesión sea producto de un evento externo a la práctica deportiva.
- Que la persona se encuentre pasando un proceso de duelo importante, externo a la lesión (muerte de familiar cercano, terminar una relación de pareja, etc)

Para la selección de participantes que suministraron la información de tipo cualitativa se contó con la participación de 8 atletas universitarios (4 mujeres y 4 hombres). En el caso de los datos cuantitativos se planteó una muestra de al menos 100 sujetos, sin embargo, se logró un tope de 83 escalas, esto debido a que se respetó de forma clara los criterios de inclusión y exclusión, ya que al momento de aplicar las escalas solamente esa cantidad de atletas de los equipos cumplía los criterios. Esto refleja la fluctuación que puede existir en la cantidad de lesionados, y en la reincidencia que puede existir en estos. Esta variación en los datos limita la generalización de estos y la extrapolación a muestras diferentes a la actual.

Los datos de orden cualitativo, se eligieron 8 casos específicos según conveniencia y características de la lesión y el atleta, estos se obtuvieron por medio de entrevistas semiestructuradas, las cuales fueron grabadas y transcritas. La guía de entrevista se esquematizó con base en 4 ejes los cuales funcionaron a manera de categorías de análisis y correspondían a estrategias de afrontamiento utilizadas en: días anteriores a la lesión, día de la lesión, días posteriores a la lesión y reacciones al diagnóstico. Las respuestas de los sujetos fueron codificadas y sistematizadas a partir de esas 4 categorías, primero de forma individual (intrasujeto) y luego se contrastaron a nivel intragrupal, por medio de una matriz de categorías y participantes. En paralelo a esta recolección de datos, se completaron los Inventarios de Estrategias de Afrontamiento (CSI) en una muestra de 83 alumnos con lesiones recientes, los resultados fueron codificados y posteriormente procesados en el programa estadístico SPSS versión 22, con el cual se realizaron análisis estadísticos de las variables presentes en el inventario, que incluyan análisis de tipo descriptivo: análisis de frecuencia, medidas de tendencia central, correlaciones y T de Student.

Como último paso, se hizo una comparación entre los resultados de los datos cualitativos y cuantitativos, con el fin de profundizar en la comprensión del fenómeno de estudio, de tal forma que se contrastaron y validaron los resultados obtenidos en las categorías de cada variable, construyendo una teoría fundamentada en los descubrimientos cuantitativos y cualitativos. Esto en función de explorar y conocer más del fenómeno, tal y como se planteó con anterioridad en el modelo transversal escogido, explorando el proceso de las lesiones deportivas en un tiempo y muestra definidos.

3.4. Estrategia metodológica.

A continuación, se presenta una breve esquematización de los pasos que siguió la investigación metodológicamente para su desarrollo.

- 1- Entrevista cognitiva
 - Selección de 10 estudiantes que tuvieran similitud con la muestra para la aplicación de la entrevista cognitiva.
 - Brindar la escala y que fuera contestada de forma libre, sin guías.
 - Preguntar al final si existió alguna duda o comentario.
 - Valorar el cambio o modificación en algún ítem.
- 2- Selección de participantes:
 - Contacto con los fisioterapeutas y encargados de los equipos para la referencia de casos.

- Contacto con los atletas escogidos por los fisioterapeutas y entrenadores (Para explicar la temática y el desarrollo de la investigación).
 - Selección de 8 casos según disponibilidad y características de la lesión (para así dividir según estas características quienes podrían participar en la sesión cualitativa y quienes en el área cuantitativa).
- 3- Aplicación de instrumentos:
- Nuevo contacto para fijar una fecha de reunión para entrevista.
 - Reunión con los participantes que se incluirán en la fase cualitativa.
 - Simultáneo al proceso anterior, se inicia la aplicación de los inventarios de estrategias de afrontamiento de la fase cuantitativa (Se garantizarán condiciones similares para la aplicación del instrumento).
- 4- Sistematización de los datos:
- Tabulación y codificación de los datos cuantitativos
 - Transcripción de las entrevistas semiestructurada
 - Sistematización de la información según categorías de análisis
- 5- Análisis de datos cualitativo y cuantitativo:
- Análisis estadístico con el uso del software SPSS, versión 22.
 - Análisis cualitativo: constatación con la teoría, y revisión de las categorías
 - Comparación y validación de los datos cuantitativos y cualitativos.
 - Planteamiento de resultados y conclusiones.
 - Socialización de resultados preliminares con deportistas y equipo fisioterapeuta-entrenadores.

3.5. Criterios para garantizar la calidad de la información

Con el fin de garantizar los criterios de calidad de la presente investigación, se explican las consideraciones tomadas en cuenta para su ejecución:

Credibilidad:

- a) Triangulación de técnicas: Consiste en el uso de diferentes técnicas para la observación y estudio de un determinado fenómeno. En este caso, se utilizó la entrevista semiestructurada, que será posteriormente contrastada con los datos obtenidos en el Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI)
- b) Juicio de expertos: El trabajo se realiza bajo el acompañamiento de especialistas en el tema, quienes corroboraron paso a paso, los datos brindados por la investigación. En el

equipo que acompañó la investigación participó un especialista en Psicología del Deporte, y se socializó la información con el personal de rehabilitación física para validar y reconocer la perspectiva de dichos expertos.

- c) Comprobación de la información: Los participantes incluidos en las entrevistas semiestructuradas de la investigación, fueron grabados y posteriormente sus respuestas fueron transcritas textualmente. Asimismo, las escalas serán de autocompletar y cada estudiante debió realizarla personalmente.

Transferibilidad:

La cantidad de personas que en principio conformaban la muestra en la fase cuantitativa se consideró significativa en comparación con el volumen de atletas universitarios lesionados, lo cual hipotéticamente arrojaría datos que pudieran explicar el fenómeno de manera general, sin embargo y como se mencionó anteriormente, el número muestral no resultó como se planificó, esto por características propias de la población en ese momento específico (mejora en la preparación física, reincidencia de los atletas, lesiones leves, nivel de competencia, calidad de las instalaciones) por lo tanto, los datos no pueden ser considerados como transferibles o generalizables; sin embargo, es importante como una primera aproximación al proceso y las variables que componen una lesión deportiva desde el punto de vista psicológico.

3.6. Consideraciones éticas para la protección de los participantes de la investigación.

En cuanto a la protección de la integridad de los y las participantes, la investigación consideró todos los criterios establecidos en la ley de investigación con seres humanos. Durante el proceso de investigación, el o la estudiante podía retirarse en el momento que lo deseara, y se garantizó la confidencialidad de cada participante procurando que, en todo momento del estudio, la persona se sintiera cómoda y confiada.

Se respetó el vocabulario utilizado por los entrevistados, los silencios y la expresión de sentimientos, asimismo, cada entrevista se extendió por el tiempo que la persona deseara.

Antes de iniciar el proceso de investigación se aplicó el consentimiento informado, el cual debió ser firmado y aceptado por cada participante, (ver Anexo 3). Cabe mencionar que tanto la estudiante postulante para esta tesis como la tutora cuentan con la aprobación del curso de buenas prácticas clínicas en la investigación científica

3.7. Aplicación de la entrevista cognitiva para uso de las escalas

Previo al uso de la escala en la investigación propiamente, se llevó a cabo una serie de entrevistas cognitivas con el fin de corroborar su adaptabilidad en el contexto deportivo con estudiantes universitarios, lo que permitió hacer una validación de contenido. En este sentido se agregó entre paréntesis la palabra “Lesión” en referencia al problema o situación al que hace énfasis la escala. Además, en el espacio para describir la situación de forma mucho más amplia, se modificó la redacción de las instrucciones en el espacio cualitativo, donde se intentó dar respuesta a interrogantes más específicas (cómo y cuándo sucedió la lesión, en qué tipo de competencia), intentando dar una guía a la respuesta, pero sin perder el sentido de desarrollo y expresión emocional que puede brindar el enfoque cualitativo. Todas estas modificaciones son observables en el anexo 5.

3.7.1. Entrevista Cognitiva:

Este proceso permitió tener una primera aproximación al proceso de responder la escala, así como para reconocer posibles fallos en la comprensión, redacción o lectura de los diferentes reactivos. Se realizaron 10 entrevistas cognitivas con estudiantes deportistas que reunían todos los criterios de inclusión.

Igualmente, la revisión incluyó ambos apartados de instrucciones, además de la sección de datos generales, donde ninguno generó confusión o dudas. Únicamente se agregó la frase “Continúe escribiendo por atrás si es necesario”, al observar que los estudiantes encuestados siempre giraban su hoja para ver si había espacio suficiente.

El proceso no arrojó problemas o modificaciones importantes en los ítems, los atletas no presentaron dificultades o dudas en su llenado, y se manifestaron muy pocos problemas de comprensión en los mismos.

En cuanto a la sistematización de los mismos, se encuentra en la Figura 6, anexo 4 en el apartado de anexos.

CAPÍTULO IV ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS

4.1. Descripción de la muestra:

Se presentan las distribuciones porcentuales correspondientes a los datos sociodemográficos, obtenidos de la Escala de Estrategias de Afrontamiento (Anexo 2). En total se aplicaron 95 escalas, de las cuales 83 cumplieron con todos los criterios preestablecidos (inclusión y exclusión). El 53% de la muestra (n=44) corresponde a hombres, y un 47% (n=39) eran mujeres. Con respecto a las edades de los participantes, se trabajó con un rango de 18 a 33 años, siendo la media 22 años.

Según la institución universitaria a la cual pertenecen los atletas, la distribución fue un 59% a la Universidad de Costa Rica (n=49) y un 41% a la Universidad Nacional (n=34). Por otra parte, con respecto a las facultades que pertenecen los participantes, el mayor porcentaje, corresponde a la Facultad de Educación: 34,9% (n=29), seguida de Ingeniería con un 21, 7% (n= 18). En esta misma línea, con respecto al año de carrera en la que se encuentran, la mayoría de estudiantes cursan tercer año (30,1%), partiendo de un mínimo de primer año y un máximo de 8.

En relación con el equipo representativo del que forma parte el atleta, su distribución se encuentra en la siguiente tabla:

Tabla 1.

Distribución de porcentajes y frecuencias de los atletas lesionados según el equipo al que pertenecen

Equipo	Frecuencia	Porcentaje total
Fútbol Masculino	17	20.5
Fútbol Femenino	14	16.9
Fútbol sala Femenino	13	15.7
Fútbol sala Masculino	12	14.5
Atletismo	7	8.4
Baloncesto Masculino	5	6
Voleibol masculino	5	6
Baloncesto femenino	3	3.6
Voleibol Femenino	2	2.4

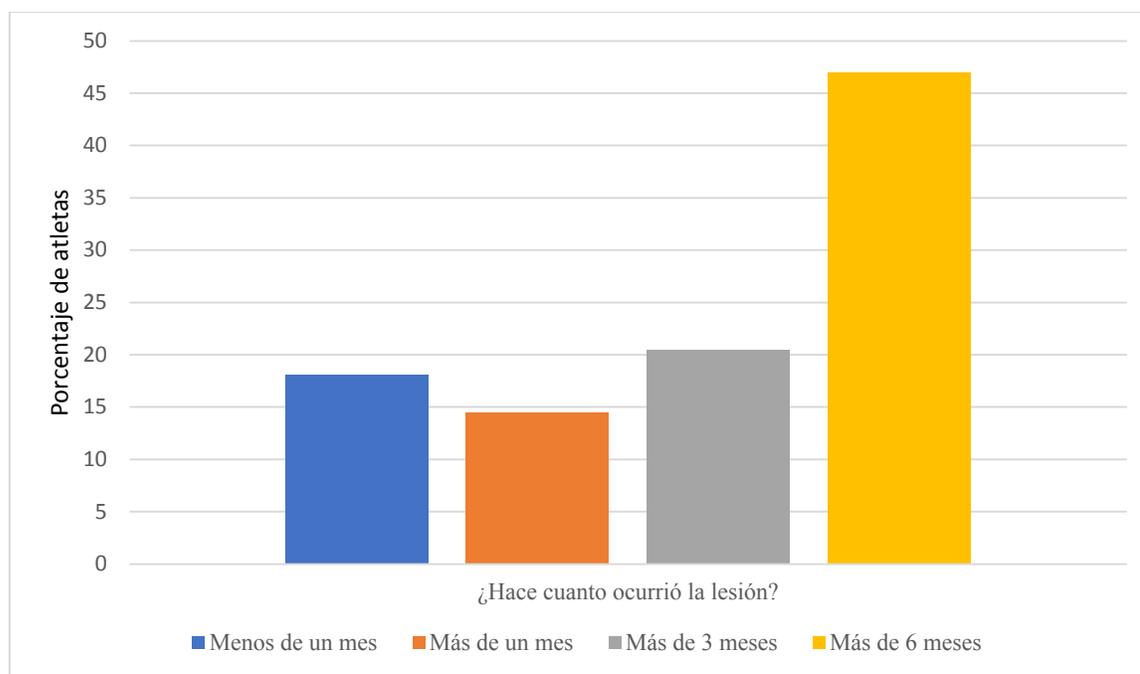
Natación	2	2.4
Balonmano masculino	1	1.2
Taekwondo	1	1.2
Karate	1	1.2
Total	83	100

Como se observa en la tabla, el equipo con la mayor cantidad de atletas lesionados, es el de fútbol masculino con un 20,5% (n=17), seguidos por los equipos de fútbol femenino: 16,9% (n=14), futbol sala masculino 14,5% (n=12) y futbol sala femenino 15,7% (n=13).

En cuanto al tiempo que transcurrió entre el momento de la lesión y el momento de completar la escala, los resultados se muestran en la Figura 3.

Figura 3.

Tiempo transcurrido de la lesión al momento de la investigación



Como se desprende del gráfico anterior, la mayoría de los atletas, 47% (n=39), sufrieron la lesión en un tiempo mayor a los 6 meses.

4.2. Análisis de los datos:

4.2.1. Estrategias de afrontamiento ante la lesión deportiva

En este aspecto, se realizó un análisis de frecuencias y descriptivos. Los promedios y demás descriptivos de las subescalas, se pueden observar en la tabla 2.

Tabla 2.

Promedios, desviaciones estándar de las diferentes subescalas de estrategias de afrontamiento.

Estrategia de afrontamiento	Promedio*	DE
Resolución de problemas	3.49	0.60
Autocrítica	1.45	1.24
Expresión emocional	2.08	0.95
Pensamiento desiderativo	3.22	0.81
Apoyo Social	2.98	0.71
Reestructuración cognitiva	2.40	0.92
Evitación de problemas	1.61	0.81
Retirada social	1.33	0.88

*Corresponde al promedio de los puntajes por cada subescala según el procedimiento definido por el manual de la prueba Cano, Rodríguez, y García, (2007)

Fuente: Elaboración propia

Como se puede observar, en promedio, resolución de problemas, pensamiento desiderativo y apoyo social, son las estrategias utilizadas con mayor frecuencia, mientras que la retirada social es la menos empleada.

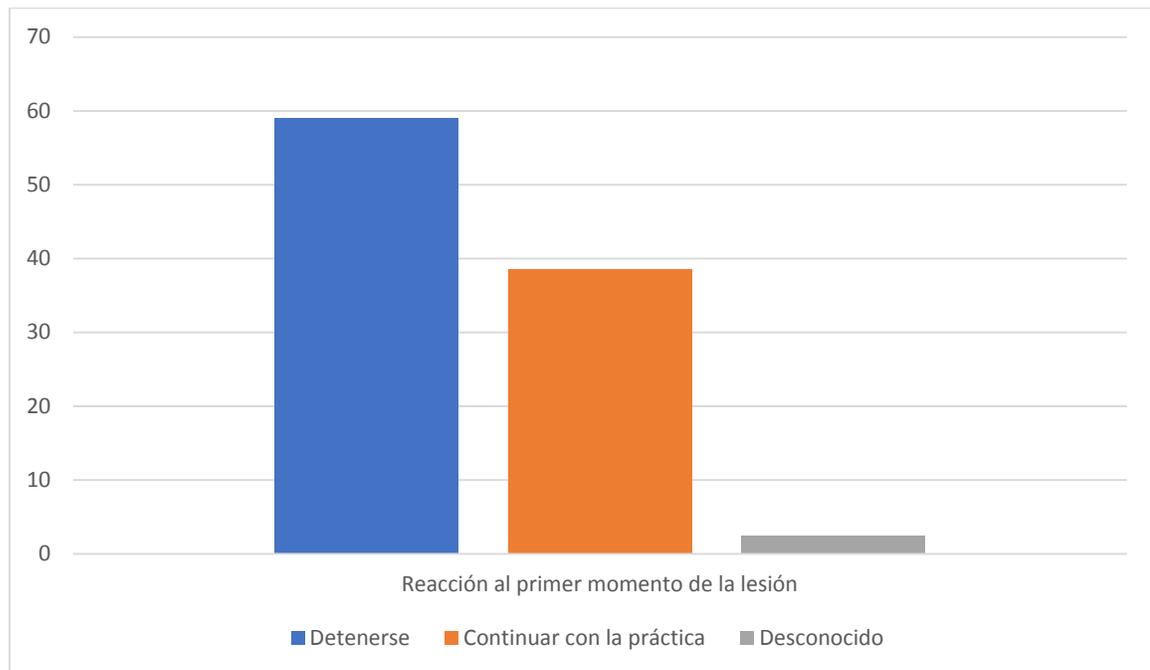
4.2.2. Comportamiento del atleta ante la aparición de una lesión deportiva

La reacción de los participantes al primer momento de la lesión, se detalla en la Figura 4, en la cual se evidencia que la mayor parte de los atletas indican detenerse o dejar de realizar la práctica deportiva ante una lesión (n=49), correspondiente a un 59%; seguido por otros que refieren continuar

o seguir el entrenamiento o competencia pese a la lesión (38.6%) con un n=32 y tan solo un 2.4% correspondió a motivos desconocidos (n=2).

Figura 4.

Reacción del atleta al sufrir la lesión

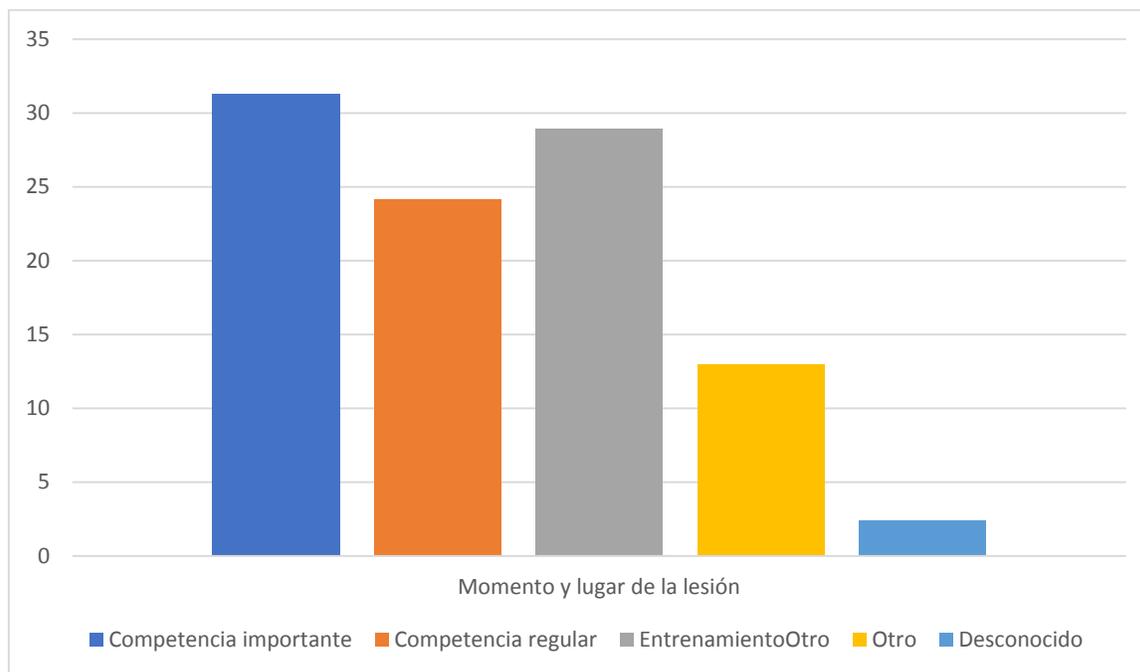


4.2.3. Tipo de actividad donde ocurre la lesión.

En el análisis de frecuencia realizado para esta categoría, se concluyó que 26 de los atletas sufrieron la lesión en una competencia importante (finales, semifinales, torneos internacionales, inauguraciones, etc), lo cual corresponde a un 31,3%. Por otro lado, el 24,1% se lesionó en una competencia regular, (n= 20). En cuanto a las lesiones ocurridas en los entrenamientos fueron un 28,9% en total, (n=24). Los porcentajes restantes, corresponden a otros en un 13% (n=11) y a desconocido en un 2,4% (n=2).

Figura 5.

Actividad en la que se encuentra el atleta al momento de la lesión



4.2.4. Prueba T para muestras independientes

Por otra parte, en los análisis realizados de Prueba t para muestras independientes, presentan una diferencia significativa en el nivel de “Retirada Social”, entre la universidad de procedencia de la muestra $t_{(81,83)} = -2,59$, $p < 0,05$. Los estudiantes de la Universidad Nacional ($M=1,62$, $DE=0,94$) muestran un mayor uso de la estrategia Retirada Social, en comparación con los atletas universitarios de la Universidad de Costa Rica ($M=1,13$, $DE=0,79$). Estos resultados se pueden observar en la tabla 3.

Además, como se muestra en la tabla 4 se encontró diferencia significativa en la escala “Autocrítica” con respecto a la universidad de procedencia de la muestra, $t_{(81,83)} = -2,1$, $p < 0,05$, los atletas de la Universidad Nacional ($M=1,78$, $DE=1,25$) muestran un mayor uso de la autocrítica, en comparación con los estudiantes de la Universidad de Costa Rica ($M=1,21$, $DE=1,19$).

Tabla 3.

Promedio y desviaciones estándar de ambas Universidades en la subescala “Retirada Social”

Universidad	N	M	DE
-------------	---	---	----

Retirada Social	UCR	49	1.13	0.79
	UNA	34	1.62	0.79

Fuente: Elaboración propia

Tabla 4.

Promedio y desviaciones estándar de ambas Universidades de la subescala "Autocrítica"

	Universidad	N	M	DE
Autocrítica	UCR	49	1.21	1.19
	UNA	34	1.78	1.25

Fuente: Elaboración propia

4.2.5. Correlaciones

En cuanto a correlaciones, al querer comparar dos variables mediante el método de Pearson, se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla 5.

Correlaciones entre las diferentes Estrategias de Afrontamiento

		RP	AC	EE	PD	AS	RC	EP	RS
Resolución de problemas	<i>r</i>	1	-1.15	.060	.005	.216	.352**	.095	-0.190
	<i>p</i>		.302	.590	.966	.052	.001	.392	.085
	<i>n</i>	83	83	83	83	82	83	83	83
Autocrítica	<i>r</i>			.150	.348**	-.102	-.264*	-.091	.539**
	<i>p</i>			.176	.001	.361	.016	.412	.000
	<i>n</i>			83	83	82	83	83	83
Expresión emocional	<i>r</i>				.184	.458**	.300**	.128	-.046
	<i>p</i>				.095	.000	.006	.247	.678
	<i>n</i>				83	82	83	83	83
Pensamiento Desiderativo	<i>r</i>					.99	-.297**	-.125	.273*
	<i>p</i>					.375	.006	.259	.012
	<i>n</i>					82	83	83	83
Apoyo Social	<i>r</i>						.401**	.101	-.190
	<i>p</i>						.000	.368	.086
	<i>n</i>						82	82	82

Reestructuración Cognitiva	<i>r</i>	.400**	-.183
	<i>p</i>	.000	.098
	<i>n</i>	83	83
Evitación de Problemas	<i>r</i>		.135
	<i>p</i>		.223
	<i>n</i>		83
Retirada Social	<i>r</i>		
	<i>p</i>		
	<i>n</i>		

Reestructuración Cognitiva, es la variable que presentó más correlaciones con las demás, únicamente no presenta correlación con la variable Retirada Social.

La escala “Resolución de Problemas” correlaciona positivamente con la escala “Reestructuración cognitiva” ($r=.35, p<0,01$), lo cual puede considerarse esperable, al tener que existir una reestructuración mental y de orden de pensamientos, antes del actuar en la resolución de problemas; además, la escala “Autocrítica”, por otra parte, correlaciona positivamente con las escalas “Pensamiento Desiderativo” ($r=.35, p<0,01$), y la escala “Retirada Social” ($r=.54, p<0,01$), estas tres, consideradas como desadaptativas, pues como se verá más adelante, plantean estrategias que no resultan tan efectivas para el atleta; esta misma escala correlaciona negativamente con la escala “Reestructuración cognitiva” ($r=-.26, p<0,01$).

La escala “Expresión Emocional”, correlaciona positivamente con las escalas “Apoyo social” ($r=.46, p<0,01$) y “Reestructuración cognitiva” ($r=.30, p<0,01$), todas dentro de la línea de visión positiva y de apoyo ante la aparición de la lesión, asimismo, “Pensamiento Desiderativo” correlaciona negativamente con “Reestructuración cognitiva” ($r=-.29, p<0,01$) y positivamente con “Retirada Social” ($r=.27, p<0,01$), además, la escala “Apoyo Social” correlaciona positivamente ($r=.40, p<0,01$) con “Reestructuración Cognitiva”, por último “Reestructuración cognitiva” correlaciona positivamente ($r=.40, p<0,01$) con “Expresión emocional”. Como se observa, las escalas mantienen una correlación lógica entre sí, sobre todo en los aspectos desadaptativos y adaptativos ante la aparición de la lesión deportiva.

En cuanto a la confiabilidad del instrumento, el Alfa de Cronbach presenta una puntuación de 0,78, lo cual implica que el instrumento tiene una validez interna aceptable. En este aspecto, Burns y Grove (2004) citados por Barón (2010) proponen que 0,70 es aceptable, pero modesto para un instrumento en las primeras etapas de desarrollo, pero que 0,80 es deseable para un instrumento más

desarrollado y que su propósito sea comparar grupos, por lo cual, el instrumento se encuentra dentro de los márgenes de error aceptados.

4.2.6. Resultados cualitativos

En el apartado de resultados cualitativos, se pueden observar ejes importantes sobre los cuales se desarrollan los relatos con respecto a las lesiones deportivas, uno de estos ejes es el correspondiente al tipo de actividad, que si bien se menciona y se grafica en textos anteriores, la amplitud que brinda el aspecto cualitativo, permite al atleta expresar muchas de las razones por las cuales considera que las competencias importantes son un detonante primordial en la aparición de lesiones deportivas, asimismo, otro aspecto bastante mencionado en las entrevistas, es la situación académica en el momento de la lesión, donde los deportistas en su mayoría, refieren que en el momento de competir, lo académico suele convertirse en algo secundario, y que si deben presentar alguna evaluación, se prepara con anticipación, de tal forma que nunca se interfiera con el ámbito deportivo.

Por otra parte, existió entre los atletas una conducta generalizada ante la lesión en el momento de su aparición, ellos y ellas no se detuvieron en caso de poder continuar (aún con dolor) y justificaron sus acciones con respuestas relacionadas a la importancia de la competencia, la presión de sus compañeros o entrenador o la sensación disminuida de dolor que sentían, esto sin analizar los posibles riesgos que podría conllevar practicar deporte con algún grado de lesión. Otro aspecto mencionado con frecuencia en las entrevistas, fue la influencia de las relaciones interpersonales en su desempeño deportivo y posterior aparición de la lesión, los atletas reconocieron el protagonismo de las relaciones personales en su rendimiento y lesión.

Asimismo, los atletas entrevistados, expresaron sentirse en su mayoría en una dualidad de emociones en cuanto a la vuelta a la práctica se refiere, pues vivían ese proceso con una gran alegría, pero sin dejar de sentir una incertidumbre en cuanto a la reacción de la zona lesionada y una posible reducción en su rendimiento deportivo.

Además, hubo un tema mencionado por los atletas, y es el referido a los aprendizajes a partir de la experiencia lesionante, donde tuvieron que convivir con distintas realidades, sobrellevar emociones fuertes o perder procesos que habían llevado años de trabajo, los deportistas expresaron sacar algo positivo de la situación y afirmaron no repetir muchas de las conductas que consideraron nocivas tras la retrospectiva.

4.3. Discusión de resultados:

A partir de los datos recolectados cuantitativamente en la escala y los datos suministrados en las entrevistas, se procede a realizar la discusión y comparación de los resultados.

Se realizaron ocho entrevistas semiestructuradas donde se indagaron temáticas relacionadas a la lesión, la misma estaba dividida en tres fases: días previos a la lesión, día que ocurre la lesión y después del diagnóstico. Los ocho sujetos pertenecían a deportes colectivos y 6 de ellos pertenecían a la Universidad de Costa Rica, mientras 2 formaban parte de los equipos de la Universidad Nacional.

Por otra parte, el Inventario de Estrategias de Afrontamiento, se compone también de un apartado donde los sujetos podían expresar más ampliamente su sentir y sus impresiones con respecto a la lesión. Por lo tanto, adicionalmente, se contó con 83 descripciones detalladas de procesos relacionados a lesiones deportivas.

Considerando los objetivos planteados en esta investigación, se presentan a continuación 2 ejes centrales de análisis: Los factores biopsicosociales vinculados a la lesión, los cuales a su vez se subdividen en factores biológicos, factores psicológicos -creencias, emociones y comportamientos- factores sociales y el eje correspondiente a Estrategias de afrontamiento.

4.3.1. Factores biopsicosociales vinculados con la lesión deportiva:

La identificación de los factores biopsicosociales, es un constructo bastante amplio, por lo cual se procedió a dividir en ejes principales anteriormente mencionados. Estos factores surgieron en las respuestas tanto descritas en el espacio suministrado en el cuestionario, como en las entrevistas y su fusión con el aspecto cuantitativo. Se han descrito diversos factores de riesgo como causantes en la producción de lesiones, y la suma de dichos factores y su interacción es la que predispone al deportista a sufrir lesiones y a que se produzcan de una manera determinada.

4.3.1.1 Factores biológicos que influyen en una Lesión Deportiva:

Si bien es cierto, este estudio no hace énfasis en los factores fisiológicos que pueden detonar una lesión, es importante mencionarlos como parte de las respuestas y comentarios que generaron muchos de los atletas al respecto, pues estas variables en ocasiones son vitales en la aparición y recuperación de las lesiones, influyendo de forma importante en el aspecto psicológico del atleta.

Como componente físico principal conocido en esta investigación, está la etapa competitiva donde se encuentre el atleta, por ejemplo, ante la presencia de una competencia existe una mayor exigencia y mayor carga de entrenamiento semanal, pues se encuentran en su punto alto de rendimiento, lo que hace más susceptible el aspecto muscular, tendinoso. Los estudios de Rodal, García y Arufe (2013) ratifican el hecho de que el volumen de entrenamiento es un factor importante en la aparición de las lesiones, al afirmar que la importancia de la ratio entrenamiento/descanso recae en la posibilidad de evitar problemas de sobreentrenamiento, que en ocasiones terminan con lesiones. Los autores expresan que:

Los volúmenes de entrenamiento elevados, dentro de una sesión, requieren mayor tiempo de descanso, más aún si la intensidad también lo ha sido. En ocasiones, la falta de días de descanso por una elevada frecuencia de días de entrenamiento, también pueden ser los causantes de estas lesiones por elevados volúmenes, así como un aumento brusco del volumen". (p.72).

Claro está, que, ante la cercanía de una competencia importante, los volúmenes y frecuencias de entrenamiento acabarán elevándose, lo que, en consecuencia; puede provocar un mayor riesgo. En ese mismo estudio, realizado en corredores, se sostiene que, por cada kilómetro de entrenamiento, se aumenta la probabilidad de padecer una lesión en un 1.3%. Entonces, en suma, los factores físicos y psicológicos, forman una cadena de factores que elevan los riesgos y probabilidades de una lesión en los atletas.

Así también, es importante resaltar que una educación coordinativa, técnica, así como un trabajo previo de fuerza y flexibilidad, son vitales para prevenir las lesiones deportivas, pues como se hace mención en apartados posteriores, muchas de las lesiones son producidas por gestos técnicos erróneos.

4.3.1.2. Factores psicológicos que interactúan en las lesiones deportivas

4.3.1.2.1. Creencias que desarrollan los atletas en relación a su rendimiento deportivo:

El rendimiento deportivo posterior a la lesión es una fuente importante de preocupación y ansiedad para el deportista, sobre todo si ha estado alejado de la práctica deportiva por mucho tiempo o si es una persona que se considera propensa a lesiones. Esto genera muchas veces creencias erróneas

o alejadas de la realidad, teniendo siempre en claro que, la lesión en muchos casos recopila procesos traumáticos para el atleta.

Newcomer (1998) hace referencia a que algunos deportistas, después de recibir el alta médica, y tras un año de la lesión, mantienen preocupaciones en relación a esa lesión. En esa misma línea, Crossman (1995) encontró que la fase que produce mayor miedo en toda la recuperación, es la de la vuelta a la competición. Esta teoría se puede verificar de forma bastante palpable en algunos de los testimonios de los atletas:

“Aunque si, los primeros dos partidos iba con miedo, miedo mío y miedo de todos los del equipo. De hecho, me acuerdo una jugada donde yo me paré en la bola, quien sabe si del mismo miedo, pero me paré en ella y me caí, y todo se paralizó, hasta que yo me levanté y fue como “Mae estoy bien, estoy bien”. Y bueno, ese lugar si me marcó, en varios partidos me tocaba chocar en esa zona donde me lesioné y yo me quitaba, costó bastante quitarme el miedo, y creo que era más un recuerdo espacial, porque jugadas parecidas en otro gimnasio yo iba fuerte, incluso en gimnasios que podían ser más peligrosos por la cercanía de las paredes o así.” (Miguel, comunicación personal, 11 septiembre 2019)

“El mayor miedo de una lesión es no volver al nivel o recuperar la confianza de esa parte del cuerpo” (Eva, comunicación personal, 6 de febrero de 2019)

En este extracto se puede percibir como la atleta considera esa parte de su cuerpo ajena, considera que la parte lesionada es un fragmento aparte de su cuerpo sano y, por tanto, es difícil recuperar la confianza en que va a volver a funcionar como antes. Además, otros atletas intentan volver aún no teniendo confianza plena en el área lesionada, para muestra:

“Fue complicado volver, yo venía con la idea de que lo iba a hacer mal, les preguntaba a mis compañeros como me veían, si debía jugar, ellos me decían que probara, y me escudé en eso, pero en el fondo no me sentía en el 100%. Cuando yo llegué al partido de vuelta, jugamos un tiempo y un tiempo (con el otro portero), pero acepté que afectaba al equipo, inclusive regalé un gol. Con la lesión tenía muchísimo miedo, porque no me sentía completamente recuperado, de hecho pateaba y sentía la rodilla inestable, que se me hacía

para todo lado, pero decía -Mae eso es mental, ya llevás dos meses fuera, tenés que volver, es mental”. (Antonio, comunicación personal, 13 de noviembre 2018).

Aunado a las creencias que el deportista tiene de su rendimiento deportivo tras la lesión, hay otras convicciones que puede desarrollar sobre otros factores, en este caso específico, los deportistas que no han tenido una historia de lesiones marcada, tienen la sensación de que un accidente o golpe es ajeno a ellos, por ejemplo:

“De la lesión (...) siento que fue un baño de humildad, en ese momento yo me sentía invencible, y en ese momento fue como puta, soy humano, me puedo lesionar, puse los pies en el suelo.” (Armando, comunicación personal, 14 de noviembre 2019)

En este fragmento, se puede deducir como el deportista, a pesar de estar expuesto a las lesiones, nunca considera que le puedan suceder realmente, lo que se podría considerar como una posible negación, o inclusive, con un sentido de superioridad, en el cual el deportista tiene un exceso de autoconfianza al estar enfocado en sus habilidades físicas distintas del resto.

Al contrario, los atletas que se consideran propensos a lesiones o han tenido una historia marcada por las lesiones, se expresan de forma muy diferente, reafirmando el concepto planteado por Grand y Golberg (2015) quienes dicen que “Cuando se sufre una lesión en alguna parte del cuerpo, se activa un reflejo protector natural en ese punto para mantenerlo a salvo” (p.91), para muestra:

“Ahora soy consciente que la rodilla puede fallar en cualquier momento, incluso un día de estos me golpeé y fue un susto terrible. Ahora cada vez que me golpeo la rodilla, pido cambio de una vez, ya no quiero arriesgarme más, pero digamos, me majan, me patean o algo muscular yo lo aguanto, pero si es la rodilla, de una vez paro.” (Armando, comunicación personal, 14 de noviembre 2019).

En otro tema, relacionado a las creencias, es común encontrar un gran depósito de confianza de los atletas en la fe religiosa. Para Wiese-Bjornstal (2000) citado por Abenza (2010):

Las interconexiones entre mente, cuerpo y espíritu (creencias del deportista) pueden darse y condicionar, tanto las respuestas emocionales, como físicas antes la lesión deportiva. Durante la rehabilitación, las intervenciones psicológicas y la fe religiosa pueden ayudar a

reducir los niveles de ansiedad y tensión nerviosa del deportista, obteniendo beneficios tanto en su salud mental como física. Además, el soporte social que aportan las creencias religiosas del deportista pueden moderar los efectos psicológicos de la lesión (p.22).

Esto puede reflejarse en algunas afirmaciones de los deportistas:

“Pero al final uno cree en Dios, mis papás me decían que todo pasa por una razón, entonces eso lo hace tranquilizarse a uno” (Darío, comunicación personal, 14 agosto 2019).

“Mi familia es muy creyente, yo hice un montón de oraciones, le ofrecí de todo a la virgen” (Armando, comunicación personal, 14 noviembre 2019).

Estas citas reflejan lo importante que se vuelve la fe religiosa en la vida del deportista, así como en su recuperación, planteando una forma adaptativa de sobrellevar lo complicado de un proceso de este tipo.

4.3.1.2.2. Comportamientos que adoptan los atletas universitarios tras sufrir una lesión deportiva:

Uno de los aspectos más llamativos en esta investigación, es la posición en la que colocan los atletas su bienestar físico o su salud, pues más del 30%, continúa con la práctica tras saberse lesionados, muchos por presión de los miembros de su equipo o su entrenador, y otros por asumirse importantes o vitales en el rendimiento del equipo. Este comportamiento es sumamente riesgoso, pues implica un desconocimiento de la lesión que el atleta posea y puede implicar una mayor gravedad en caso de no manejarse adecuadamente.

Como se verá más adelante y en relación directa con la estrategia de afrontamiento utilizada en promedio mayormente por los atletas -resolución de problemas-, los comportamientos o conductas de los deportistas en su recuperación podrían dirigirse idealmente hacia una adherencia y mantenimiento en el programa de rehabilitación, y una adopción de conductas que le permitan una pronta y correcta vuelta a la práctica. Es importante para la consistencia en el proceso, la confianza que se tenga en el equipo de profesionales a cargo de la recuperación, así como un apoyo social fuerte y la motivación para volver pronto a la práctica. Aunque el presente estudio no recae directamente en la toma de asistencia en los procesos fisioterapéuticos y no contabiliza las sesiones totales de rehabilitación, muchos de los atletas expresaron su percepción ante el proceso de rehabilitación y que tanto se responsabilizaron en ese aspecto:

“Trato de entrenar con cuidado e ir a terapia todas las semanas” (Daniel, comunicación personal, 17 de julio de 2018).

“(…) Decidí trabajar duro desde el primer día. Estuve 2 meses y medio en rehabilitación y me incorporé hace poco” (Rita, comunicación personal, 16 de agosto de 2018)

“Traté de hacer trabajos de recuperación para volver lo más pronto y mejor posible” (Randall, comunicación personal, 14 de septiembre de 2018)

Como complemento a estas afirmaciones, se adjunta la tabla 6, que refleja los valores de la escala CSI del ítem #1, el cual corresponde a “Luché por resolver la lesión”, donde se puede observar que el 78,3% de los estudiantes afirmaron dedicarse totalmente a solucionar su situación. Lo cual apoya los testimonios anteriores y los resultados correspondientes a la estrategia de afrontamiento mayormente utilizada por los atletas de la muestra.

Tabla 6.

Valores correspondientes al ítem 1 del CSI. “Luché para resolver el problema (la lesión).

Valor	Frecuencia	Porcentaje
0	0	0
1	1	1.2
2	2	2.4
3	15	18.1
4	65	78.3
Total	83	100

Fuente: Elaboración propia

A pesar del conocimiento general que debe poseer un atleta respecto al tratamiento inmediato y posterior que recibe una lesión, y de los comportamientos presentados anteriormente, muchos de los estos no siempre son los deseados, por ejemplo:

“Estuve en reposo total durante un mes, con hielo los primeros días, pero no hice ninguna consulta a algún profesional, después del mes, regresé a las canchas” (Felicía, comunicación personal, 30 de enero de 2019)

“Lo único que no me hace mejorar tanto, es la poca constancia en las terapias”
(Fabiola, comunicación personal, 14 de septiembre de 2018)

“Después del diagnóstico empecé a ir a terapia, no tanto, pero sí empecé, a tener movilidad y así. No iba a terapia por tiempo, facilidad e inclusive por falta de interés. Porque yo tenía la posibilidad de recibir terapia en la Universidad o en el INS”. (Paula, comunicación personal, 14 agosto 2019).

Estas respuestas normalmente pueden ir asociadas a los roles que compone el atleta dentro del equipo (por ejemplo, la titularidad o el liderazgo), así como también el desconocimiento asociado a la gravedad de la lesión y sus posibles consecuencias en caso de no sanar de forma óptima, igualmente, puede sumarse muchas veces la inexperiencia ante las lesiones (autoconocimiento, niveles de dolor) o asumir actitudes de excesiva autoconfianza.

Asimismo, estudios como el de Udry (1997) mencionado por Abenza, Olmedilla, Ortega y Esparza (2011) en el cual señala que el empleo de estrategias de afrontamiento frente a una lesión, se relaciona positivamente con la adherencia; lo que atañe directamente la presente investigación. Por ejemplo, Martínez (2014) en su estudio, mostró que las estrategias de afrontamiento activo, pensamiento desiderativo y retirada social correlacionan directamente con una adherencia alta, por otra parte; el apoyo social, resolución de problemas, reestructuración cognitiva y autocrítica son indicadores de adherencia media. Esto es indicio de que los atletas que conforman la muestra, se podrían encontrar en un nivel de adherencia alto-medio, pues las estrategias de afrontamiento con mayor puntaje -resolución de problemas y pensamiento desiderativo- fluctúan entre estos valores, sin embargo, como se mencionó con anterioridad, no se solicitó registro de la asistencia a los servicios fisioterapéuticos.

Sumado a todos estos aspectos, es importante a manera de integración de conceptos y experiencias mencionadas en apartados anteriores; traer a colación el modelo del ABC planteado por Ellis y Grieger (1990) quienes explican que (A) es la situación que activa la cadena y que aparece por las creencias, (B) que pueden ser racionales o irracionales y (C) es la consecuencia ya sea conductual o emocional, la terapia se centrará en la (D) en la disputa que se realizara con la finalidad de cambiar aquellas creencias que estén alterando a la persona y provocando el impedimento de vivir una vida plena, en este caso, la lesión provocaría en el atleta creencias alrededor de la lesión, las cuales han sido expresadas anteriormente, por ejemplo, creer que esa parte del cuerpo no podrá recuperarse de

nuevo, esta creencia provocará a la postre una emoción o un comportamiento, por ejemplo, la frustración que al final de cuentas podría provocar poca adherencia en el proceso fisioterapéutico, por lo tanto, el rol del especialista sería cambiar esas creencias y de este modo, desencadenar emociones y comportamientos que puedan generar una mejor recuperación y una plena vuelta a la práctica deportiva. Es ahí donde recae la importancia de la psicología en la rehabilitación, ya que cada atleta tendrá una percepción de su rendimiento y recuperación diferente a la de los otros.

En resumen, la conducta que adopta el atleta es un resultado de un proceso que antecede el comportamiento en sí, el mismo será precedido por creencias y emociones, y como se expresó claramente, el deportista normalmente se llena de creencias relacionadas con el gane, el triunfo y la imbatibilidad, que a la postre, cuando se ven derribadas, acarrearán sentimientos como la tristeza, la frustración y la ira, lo que detona en comportamientos que pueden resultar riesgosos o poco beneficiosos para la salud, en el siguiente capítulo, se podrá mostrar con mayor amplitud

4.3.1.2.3. Emociones presentes en deportistas universitarios durante el proceso de recuperación de una lesión deportiva.

El proceso que se desencadena tras una lesión deportiva, puede tener varias tonalidades, pero es claro que las mayores emociones que experimentan son aquellas compuestas por una mezcla de tristeza, enojo, frustración, son las principales referencias que los atletas expresan tras lesionarse.

Según Abenza, Olmedilla, Ortega, Ato, García- Mas (2010), en los modelos cuyo principal eje investigativo es el de las reacciones emocionales del deportista, se ha identificado que las respuestas de carácter psicológico a la lesión, básicamente son: negación de la lesión, cólera, negociación (ambivalencia emocional), depresión provocada por la sensación de pérdida (funcional, deportiva, estatus), aceptación y reorganización. Sin embargo, estas reacciones emocionales no son una serie de eventos ordenados u obligatorios por los que todos los deportistas lesionados pasen siempre de manera secuencial. Según Ramírez (2000) estos estados de ánimo son dependientes de muchos factores, tales como: la etapa competitiva en la que se encuentran, la gravedad de la lesión, la influencia y el papel en el equipo, la confianza con respecto a la recuperación, la historia de lesiones anteriores, siendo la gravedad de la lesión y el nivel de competición las más influyentes.

En ítems derivados de la escala, como el número 3 (“Dejé salir mis sentimientos para reducir el estrés) y el número 11 (“Expresé mis emociones, lo que sentía), observables en las tablas 7 y 8 correspondientemente, se pueden desprender de forma mucho más tangible la manera en la que los atletas reaccionaron al momento de la lesión.

Tabla 7.

Valores correspondientes al ítem #3 del CSI: “Dejé salir mis sentimientos para reducir el estrés”.

Valor	Frecuencia	Porcentaje
0	12	14.5
1	14	16.9
2	17	20.5
3	20	24.1
4	20	24.1
Total	83	100

Fuente: Elaboración propia

Tabla 8.

Valores correspondientes al ítem #11 del CSI: “Expresé mis emociones, lo que sentía”.

Valor	Frecuencia	Porcentaje
0	4	4.8
1	15	18.1
2	19	22.9
3	21	25.3
4	24	28.9
Total	83	100

Fuente: Elaboración propia

Como es claro en estas tablas, la mayoría de atletas fueron capaces de expresar sus sentimientos posteriores a la lesión. Estas reacciones pueden respaldarse por las expresiones citadas a continuación:

“Después del diagnóstico todo fue tristeza, frustración, enojo, me dijeron que tenía que estar con el yeso mínimo un mes, si no sellaba, me quitaban el yeso y tenían que operarme” (Miguel, comunicación personal, 11 septiembre 2019).

“Después del diagnóstico, sentí demasiada tristeza, de verdad muy muy triste, llamé a mis papás y no podía dejar de llorar” (Armando, comunicación personal, 14 noviembre 2019).

“Cuando me dieron el diagnóstico, el mundo se me vino abajo, sentí como me caía un balde de agua fría. Lloré a más no poder, era desesperante pensar en cómo eso me iba a afectar y en las cosas que podría perder” (Julieta, comunicación personal, 27 agosto 2019)

Aunque estas citas refieren aspectos específicos al momento del diagnóstico, representa una muestra importante de las principales emociones que envuelven al atleta al saberse lesionado. En cuanto al proceso de la rehabilitación, Luisa expresa que: “Fue bastante duro, porque día a uno como deportista es algo que le afecta bastante honestamente, pasé llorando, me deprimí, me deprimí muchísimo”. (comunicación personal, 4 septiembre 2019)

Smith et al (1993), Petrie Brewer y Buntrock (1997) encontraron resultados interesantes en deportistas universitarios, siendo lo más llamativo, que, tras la lesión, los deportistas experimentaban mayores niveles de depresión y cólera, además, de puntuaciones más altas de depresión y ansiedad tras la lesión, en comparación con tiempo antes de lesionarse.

Sin embargo, Morrey (1997) menciona que las emociones desadaptativas pueden verse como un elemento que ayude o facilite la recuperación del atleta, la presión por volver a competir, motiva al deportista a la vuelta a la práctica, reconvirtiendo esa emoción en un arranque eficaz, tal como se aprecia en la siguiente frase:

“Me daba mucha tristeza no poder ayudarlas, pero ese mismo sentimiento me hizo concentrarme en mi recuperación.” (Rocío, comunicación personal, 30 de enero de 2019)

Asimismo, los deportistas se caracterizan por sus altos niveles de resiliencia, y su capacidad para buscar soluciones, por lo tanto, las emociones desadaptativas con respecto a la lesión no se pueden extrapolar a todos los atletas, o al menos no en todo el proceso de recuperación.

Aunado a esto, es vital abrir un paréntesis en cuanto al manejo de las lesiones según el tipo de deporte que se practique, por ejemplo, la respuesta emocional varía mucho en el caso de los deportes colectivos. Tracey (2003) menciona que la mayoría de jugadores de fútbol experimentan frustración, alienación, soledad y tristeza, una sensación de decepción por el equipo y una preocupación excesiva por perder la titularidad o el puesto. En consecuencia, se generan cambios en los sentimientos hacia el deporte, compañeros o entrenador. Ahí recae la importancia del apoyo que pueda recibir el deportista en su equipo, mantener relaciones interpersonales sanas, lo cual podría motivarlo y mantenerlo seguro y confiado en su proceso de recuperación.

Las anteriores afirmaciones se pueden ver confirmadas mediante los siguientes comentarios brindados por los atletas:

“Siempre me sentí acuerpado por todos los muchachos, una semana antes de JUNCOS, el profe me dio mis cosas y me dijo: Tome, esto es suyo, son sus cosas, nadie se las va a quitar, usted es parte del equipo, usted es una pieza importante, y esté lesionado o no, va a morir con nosotros. Y el equipo en sí, somos demasiado unidos, desde hace mucho, somos como hermanos y todos me dijeron: Mae, usted tranquilo, que nosotros nos encargamos de jugar JUNCOS, recupérese que le espera otro torneo”. (Miguel, comunicación personal, 11 septiembre 2019).

En la misma línea, como se pudo observar, la sensación de apoyo es medular en la recuperación, pero en contraposición, ¿Qué sucede ante la idea de poder perder el puesto o de sentirse presionado por su equipo/entrenador? En los siguientes discursos de los atletas es posible notar como las creencias tienen una implicación en el ámbito emocional y conductual:

“Uno siempre quiere ser titular, entonces me lesioné, me sacan, me dolía en puta, pero yo dije “tengo que seguir jugando”, entré y me dolía demasiado, demasiado, luego hice otro movimiento y me volvió a sonar algo, fue una imprudencia mía al seguir jugando, lo que terminó afectando muchísimo más la lesión. Pero ya aprendí. (...) Yo pensé que mi lesión era más leve, nunca me había dolido tanto algo, pero seguí jugando por la misma tensión que me daba el equipo. Al final terminé pidiendo cambio. Aunque mi entrenador siempre me pidió que siguiera”. (Susan, comunicación personal, 23 agosto 2019)

“Estuve en riesgo de no ir a Panamá y no estar más en el equipo, siendo antes titular” (Sharon, comunicación personal, 8 de agosto de 2019)

“Después de decirle a mi entrenador, tuve un pequeño “enfrentamiento” con él, puesto que, a mi parecer, se enojó por el hecho de que estaba lesionada” (Vivian, comunicación personal, 14 de septiembre de 2018)

Según Weinberg y Gould, (1996) los entrenadores pueden transmitir, conscientemente o no, que la victoria es más importante que el bienestar de sus jugadores; y provocar en éstos una sensación de que, si se lesionan y no juegan, no son útiles para el equipo. Esta percepción puede hacer que los jugadores oculten pequeñas lesiones o molestias que, al competir, generen lesiones de mayor gravedad. Para muestra, otra afirmación en esa línea:

“Y de hecho, eso me dijeron, que no podía, y mi entrenador fue el que pidió, habló con los doctores y los fisioterapeutas y les dijo que vieran a ver que hacían, pero que me necesitaban (...) realmente no acaté las instrucciones, pedí un vendaje y entrenaba y jugaba con la protección en la cara, y nunca paré”. (Darío, comunicación personal, 14 agosto 2019)

Este es un ejemplo claro de como el atleta expone su bienestar, y es capaz de arriesgar su salud con tal de mantener su rendimiento o de competir, sumado a la complicidad de una figura de poder, en este caso, su entrenador.

Ansiedad según el tipo de práctica:

La percepción de ansiedad y estrés es un tema importante en la aparición de las lesiones deportivas, por lo cual se debe examinar como un eje aparte de las demás emociones, haciendo un análisis en profundidad al respecto. Uno de los factores llamativos es la lesión con el tipo de actividad realizada; como fue claro en los resultados cuantitativos presentados en la figura 5, el mayor porcentaje 31% (n=26) corresponde a lesiones ocurridas en una competencia importante; el 28,9% (n=24) fue durante un entrenamiento, un 24% (n=20) sufrió la lesión en una competencia regular, y la variable “otro” corresponde al 13, 3% (n=11), mientras que aquellas lesiones de momento y lugar desconocidas son de un 2,4% (n=2). Esto difiere de estudios como el de Ortega et al (2006) quienes, tras registrar 391 lesiones, afirmaron que el 31% se produce en competición frente al 69% de un entrenamiento, esto tras dos temporadas en el equipo de fútbol Argentino Boca Juniors.

Al observar los datos, se marca una tendencia a tener una lesión en una competencia percibida como importante, o incluso, en la cercanía de una competencia considerada como tal, por ejemplo, en las entrevistas realizadas, 6 de 8 de los atletas refirieron ese aspecto:

“Lo más doloroso fue que me pasó en el peor período, porque, una semana después empezaba JUNCOS, y nadie nunca quiere perderse eso, siempre es lo más chiva para uno

como futbolista, además me sentía en muy buena forma física y el equipo estaba muy motivado” (Julieta, comunicación personal, 27 de agosto 2019).

“Luego de eso, si seguí esguinzandome, y pues, me perdí de cosas muy chivas e importantes, me perdí mundiales, un viaje a Colombia, a Brasil, Honduras, a ODUCC, fue como la peor época para lesionarme”, (Luisa, comunicación personal, 4 de septiembre 2019).

“Faltaban dos semanas para JUNCOS, es ahuevado, diay, todo lo que uno esperaba de las dos semanas siguientes, se viene abajo” (Miguel, comunicación personal, 11 de septiembre 2019).

“Me bajaban las lágrimas, porque obviamente yo solo pensaba en ir a Honduras” (Armando, 14 de noviembre de 2019).

Es claro que la competencia representa un hito importante en la carrera de cada uno de estos atletas, además de considerarse como un plus en el proceso de preparación que han tenido durante toda la temporada, por lo que el deportista ansía demostrar sus capacidades y talento desarrollado tras todas las semanas de entrenamiento.

Sumado a esto, algunos atletas resaltaron la importancia del momento de la aparición de la lesión. Por ejemplo, Antonio, expresa que: “Durante el juego de la semifinal contra Argentina, sufrí la lesión”, (comunicación personal, fecha 13 noviembre de 2018); mientras que Roberto, refiere que: “Me tomó por sorpresa ya que a solo 2 semanas tenía torneo centroamericano y no pude asistir, el trabajo de 2 años parecía en vano” (comunicación personal, 1 de agosto de 2019) asimismo, se adjuntan otras citas que confirman la importancia de la competencia ante la lesión.

“(…) Una semana antes de JUDUCA en Panamá, fue difícil y estresante puesto que tenía muy poco tiempo” (David, comunicación personal, 2019)

“El estrés de hacer las cosas bien durante el partido (Liga U) fue un factor importante” (Joaquín, comunicación personal, 12 de septiembre de 2019)

“Influyó la presión del partido al tener que ganar para clasificar” (Martín, comunicación personal, 12 de septiembre de 2019)

Este concepto a simple vista parece lógico, pues una competencia importante puede resultar estresante y una fuente importante de ansiedad para el deportista, sin importar la preparación o experiencia del este, sobre todo tomando en cuenta la significación que se le puede dar a una a la representación de su universidad o país en una competencia importante, “Ser un deportista representativo de la universidad significa ser la imagen propia de las características y valores de la universidad” (Dinas, 2016, p86) lo cual inconscientemente pone un peso extra en la evaluación del desempeño del atleta.

Asimismo, es importante también mencionar en este aspecto, una de las teorías más fuertes con respecto a los principales desencadenantes de un proceso lesional: el modelo de Andersen y Williams (1998). Este plantea que un deportista ante una situación de estrés, ansiedad, provoca una respuesta, y la valoración cognitiva que hace de ella, desencadena cambios fisiológicos; por ejemplo, el incremento de la tensión muscular, así como atencionales, que podría incluir una focalización inadecuada de la atención, aumentando la posibilidad de lesionarse. Para Hardy y Riehl (1988), este tipo de estilo atencional restringe la habilidad para analizar, tratar información, tomar decisiones racionales e incluso ser conscientes de lo que está ocurriendo a nuestro alrededor. Este aspecto claramente influiría en las decisiones que puede tomar ante un rival, en los gestos técnicos que pueda adoptar o en la medición de espacio y tiempo de jugadas que pueden resultarle habituales al atleta en otras situaciones.

En esta misma línea, Sánchez (2007) afirma que una respuesta somática habitual frente al estrés, es la tensión muscular generalizada, esto puede alterar la coordinación motora y disminuir la flexibilidad, contribuyendo de esta forma a las lesiones osteomusculares tales como las distensiones y esguinces. Los trastornos de la atención relacionados con el estrés también son foco de atención, para muestra, la tensión psíquica puede estrechar el campo visual e impedir así que el deportista obtenga una información periférica básica, lo cual claramente, incrementaría el riesgo de sufrir una lesión.

Otros autores han investigado e hipotetizado a partir de este modelo, dejando en claro que, la ansiedad y el estrés son importantes detonantes en las lesiones, por ejemplo, Dinas (2016), afirma que la ansiedad estado se puede presentar de forma cognitiva mediante expectativas negativas de rendimiento, concentración o repetidas interrupciones de atención, mientras que la somática, son aquellos síntomas corporales que se dan automáticamente ante el estrés de la competencia. Este autor plantea el caso de un jugador de fútbol, quien asume que el partido está muy complicado, y que una equivocación podría costar el gane, este factor provoca que el deportista, al estar pendiente de otras situaciones pierda o no escuche indicaciones de sus compañeros o entrenador (ansiedad cognitiva), o

por la misma tensión sienta sus pulsaciones mucho más aceleradas o una mayor tensión muscular, lo que puede provocar errores técnicos que se consideran inadmisibles (ansiedad somática)

Entonces, tal como lo expresan los participantes en sus declaraciones, la situación de una competencia adquiere un significado relevante para el atleta y su equipo, tiene una consecuencia tanto a nivel emocional como cognitivo. Este tipo de evento involucra la evaluación de la preparación y del rendimiento propio del entrenamiento y es un proceso ansioso para el deportista, que acarrea consecuencias con ello, tanto físicas como psicológicas, que pueden detonar en una lesión deportiva. Como lo menciona Dosil (2008): “el estrés provoca cambios a nivel fisiológico y atencional (incremento de la tensión muscular, estrechamiento del campo visual e incremento de la distracción), lo que aumenta las probabilidades de que el deportista se lesione en esa situación” (p.455).

Además, la diferencia de promedios del momento de aparición de las lesiones, en competencia vs lesiones en entrenamiento, se considera aún más llamativa, si se toma en cuenta que la proporción de entrenamientos en relación a la competencia de forma semanal es normalmente de 5 a 1, es decir, los atletas entrenan mínimo una vez cada dos días, pero compiten únicamente una vez a la semana, por lo cual resulta más esperable o previsible, una lesión durante una práctica, sin embargo, es claro que la diferencia no es tan abismal como en teoría podría ser, como lo han demostrado estudios como el de Ortega et al (2006) mencionado anteriormente.

Otro aspecto relacionado con el tema de altos niveles de estrés, es el círculo continuo en el que entran muchos deportistas, donde acarrear una lesión tras otra lesión; estos sujetos tienen la sensación de lesionarse antes de las competencias más importantes o sienten que al llegar al pico de rendimiento, la lesión les acecha. Abenza (2010) menciona este aspecto:

Una historia de lesiones caracterizada por muchas lesiones, y lesiones de carácter moderado o grave, estaría provocando niveles altos de ansiedad, procesos atencionales inadecuados y niveles bajos de autoconfianza, que determinarían respuestas de estrés por parte del deportista, y, por tanto, incrementan la probabilidad de sufrir una lesión. (p.17).

Lo anterior, puede verse ejemplificado en los relatos de algunos de los participantes cuando expresan que:

“Siempre que siento que estoy en mi mejor nivel es cuando me llegan las lesiones” (Emanuel, comunicación personal, 1 de agosto de 2018)

“(…) Por otra lesión estuve fuera por mucho tiempo y eso hace recordar y perder confianza en el proceso” (Marcos, comunicación personal, 28 de febrero de 2019)

“(…) Causó mucha incertidumbre en mí, ya que el año anterior quedé fuera de JUNCOS por una quebradura” (Miguel, comunicación personal, 11 de septiembre de 2019)

Esto concuerda con lo expuesto por Grand y Goldberg (2015) quienes afirman que posteriormente (meses, semanas o inclusive años), si el deportista se encuentra en una situación que remueva el trauma original, o pase por una época de estrés prolongado, la experiencia angustiante puede activarse inconscientemente e interferir con el rendimiento a ese momento, en este caso específico, la lesión interrumpe un ciclo de rendimiento óptimo.

Sumado a esto, estudios como el de Orbe (2016) sugieren que la angustia surge en el sujeto como aviso, como señal de peligro, algo se está acercando, este aviso empuja al sujeto a huir de la escena fantasmática, pues el espacio simbólico no le es suficiente, lo cual podría plantear la huida del sujeto ante competencias que le resulten una fuente de estrés y ansiedad inmanejables, por medio de una lesión deportiva, o actitudes riesgosas (mal calentamiento, mal uso de implementos). Aunque es una teoría que excede al proceso de recolección de datos de la investigación actual, es importante presentarlo como una posible respuesta a muchos procesos de lesión en los atletas.

Varios estudios han experimentado con programas de prevención, los cuales tienen como énfasis el control del estrés, como por ejemplo Kerr y Goss (1996). Estos autores encontraron en un grupo de gimnastas una disminución de las lesiones durante el programa preventivo, resultados que incluso se extendieron hasta 8 meses después. Asimismo, Perna et al (2003) en una intervención con deportistas universitarios, lograron una reducción en el número de lesiones y enfermedades, al lograr menores niveles de cortisol y sentimientos negativos. Aunado a estos estudios se encuentran los de Johnson et al (2005), Noh et al (2007) que lograron resultados parecidos, al reducir la cantidad de lesiones durante la intervención preventiva.

En síntesis, la revisión de la literatura científica acerca de la relación entre estrés psicosocial y lesión deportiva, indica que los deportistas con niveles altos de estrés tienden a sufrir lesión entre dos y cinco veces más, como lo mencionado por Olmedilla, Pietro y Blas (2011); que los deportistas con niveles bajos de estrés, y que el riesgo de lesión aumenta en proporción directa al nivel de estrés experimentado. En esta misma línea, Fallas (2008) en su estudio con futbolistas costarricenses, concluyó que:

“Los futbolistas que controlan mejor su respuesta al estrés y poseen un mejor desarrollo de su capacidad atencional (aquellos con alta capacidad de concentración) durante los entrenamientos y las competiciones se lesionan con menor frecuencia que los futbolistas con baja capacidad de concentración (...) Un deportista con amplias capacidades para controlar su nivel de estrés, control de la influencia que provoca la evaluación de su rendimiento; además con una gran motivación, habilidad mental y por su puesto un ambiente óptimo de cohesión de equipo, podría no estar propenso a sufrir algún tipo de lesión deportiva”. (p.49).

Para manejar el estrés y eventualmente una respuesta ansiosa, también hay varios factores que juegan un papel importante, uno de ellos es la personalidad, pues a partir de los rasgos interaccionales que desarrolle el atleta, así será su respuesta ansiosa ante las demandas. Por ejemplo, Fallas (2008) describe que los individuos con gran necesidad de evitar el fracaso o con rasgos de ansiedad alto, pueden valorar con más frecuencia, las situaciones como estresantes y experimentar consecuentemente una respuesta elevada ante el estrés, comparada con los otros individuos, esto resume muchas de las respuestas comentadas anteriormente.

Por lo tanto, es vital promocionar la salud mental en los atletas antes de competencias consideradas como importantes; los datos arrojan consideraciones claras a tomar en cuenta en la planificación de los entrenadores, por ejemplo, abrir un espacio donde los deportistas expresen sus sentimientos y puedan descargar toda la tensión, además de encontrarse en constante retroalimentación acerca del estado físico y de entrenamiento del atleta, intentando reducir el riesgo de lesiones al máximo.

4.3.2. Factores sociales que interactúan en las Lesiones Deportivas:

- **Relaciones interpersonales anteriores a la lesión:**

Otro de los factores externos que pueden terminar actuando en la aparición de las lesiones deportivas, puede ser la influencia de las relaciones cercanas al deportista. Sánchez (2007) reseña que los deportistas tienen más posibilidades de sufrir una lesión cuando sus problemas diarios se intensifican de manera notable en la semana previa y en la misma semana de la lesión. Esto se ve reflejado en varios de los discursos planteados por los deportistas universitarios. Una de las

participantes refiere que días antes a la lesión “Estaba pasando por una situación personal delicada, y justo unos minutos antes del partido, alguien llegó a tocar esa situación, a hablarla”, lo cual expresa lo indispuesta que se encontraba mentalmente para el partido, a lo que agrega “Ese día me encontraba mal, me sentía triste, ahuevada. La situación de verdad me estaba afectando” (Paula comunicación personal, 14 agosto 2019). De esta forma se evidencia como un aspecto emocional vinculado con sus relaciones interpersonales tuvo un efecto directo sobre su desempeño deportivo. En otro de los relatos se indica que: “Tenía muchos problemas familiares y de pareja, estaba en mucha depresión y mi mente estaba muy atareada” (Rafael, comunicación personal, 28 de febrero del 2019)

Por otro lado, la misma presión académica y laboral, son aspectos externos que influyen en la práctica deportiva, tal como lo menciona uno de los participantes cuando afirma: “Ya lo veía venir, pues estaba pasando por una etapa difícil. Mucho estrés por cursos de la u. Estrés del trabajo y a veces porque no hay trabajo” (Allan, comunicación personal, 26 de febrero de 2019).

Estas citas recopilan sensaciones personales negativas previas a la competencia, que posteriormente terminaron desencadenando una desatención en la técnica, ejecución de los gestos o enfrentamientos con el rival. Esto guarda relación con investigaciones como la de Ortín (2009) en la cual afirma que los deportistas con estados como tensión, depresión, cólera, pueden ser más vulnerables a lesión.

Por otra parte, y contrastando las afirmaciones anteriores, la familia y los amigos pueden actuar también como una red importante de apoyo para el deportista:

“Mi familia siempre ha sido un apoyo importante, por ejemplo, hace poquito que hubo varios viajes seguidos y me tocó ir a Panamá y Brasil y así, y tuve que sacar pasaporte, mi mamá hizo una tamaleada y con eso sacamos la plata para todo eso. Cuando me hacen falta tenis, medias, siempre me responden con algo, y bueno, más que lo material, uno sabe que siempre van a estar ahí, siempre son los primeros cuando me va mal, y son los primeros en celebrar cuando me va bien” (Miguel, comunicación personal, 11 de septiembre 2019).

Estos apoyos externos pueden ser de gran importancia para el deportista, sobre todo en su proceso de recuperación y adherencia al tratamiento, como se mencionó en apartados anteriores.

- **Situación académica anterior y posterior a la lesión:**

Este factor es llamativo, pues los deportistas de élite no suelen cargar con este tipo de variables, ya que normalmente se dedican en su totalidad a la búsqueda de resultados y victorias; contrario a los atletas universitarios, quienes deben compartir su tiempo entre la universidad y la práctica deportiva, por otra parte, el aspecto académico es un concepto fluctuante, pues dependiendo de la etapa en la que se encuentre el estudiante, la cantidad de cursos o inclusive su carrera, así de pesada podrá convertirse la carga académica y el estrés relacionado a ella.

En cuanto a esto, los atletas expresaron en su mayoría, que el deporte se tornaba una prioridad cuando se acercaba una competencia importante, incluso por arriba del estudio: “En fin, no estábamos empezando el semestre, de hecho, estábamos en una etapa crítica, pero solo me interesaba lo deportivo” (Susan, comunicación personal, 23 de agosto 2019).

Asimismo, otros estudiantes prefieren preparar todo antes de viajar o competir, para poder centrar su atención en la competencia:

“Para ese torneo estaba muy concentrado y dejé todo de lado. Estábamos en abril, entonces faltaban como 4 semanas para salir, pero yo dejé todo listo antes de irme al viaje, entonces no me preocupé en nada por los estudios.” (Darío, comunicación personal, 14 agosto 2019)

El tema académico empieza a pesar en los momentos posteriores a la lesión, pues muchos expresan que es complicado desplazarse con molestias o dolor de un lado a otro en la Universidad, o incluso, algunos atletas han perdido sus cursos tanto por la incapacidad para realizar evaluaciones, como por los sentimientos provocados por la lesión propiamente:

“La lesión me afectó completamente, no podía hacer nada, perdí un curso, que considero que fue más emocional, como que me rendí antes de intentarlo” (Paula, comunicación personal, 23 agosto 2019).

“Los meses de recuperación fueron muy duros y la situación de los cursos hasta pensé en dejar la u” (Silvia, comunicación personal, 21 de agosto de 2018).

El tema académico cobra importancia en medida que el semestre se pueda tornar más pesado, pues influye en aspectos como el descanso, la nutrición y los niveles de ansiedad, así como tener que ausentarse a entrenamientos o partidos; son factores externos que un atleta de élite, normalmente no

debe incluir en su microciclo de trabajo, lo cual convierte el tema académico en variable vital para el análisis de las lesiones en el contexto universitario.

- **Condiciones del material/ infraestructura:**

Este factor, demuestra ser importante según los datos epidemiológicos, ya que, por ejemplo, según Gillespie y Grant (1999) en cuanto a la indumentaria, señalan el riesgo relativo de lesionarse cuando se llevan o no protecciones. (Knapik, Marshall, Lee, darakjy, Jones, Mitchener, de la cruz y Jones, 2007) citados por Rubio, Pujals, De la Vega, Aguado y Hernández (2014) mencionan que hay una probabilidad 53% menor de sufrir fractura por estrés usando espinilleras, existen de 1.6 a 1.9 veces más probabilidad de sufrir lesiones orofaciales cuando no se lleva la protección bucal, estas previsiones no son consideradas como necesarias por el atleta con altos niveles de autoeficacia, lo cual eleva su riesgo de sufrir una lesión deportiva.

Por otra parte, se encuentra el terreno de juego donde se desarrolla la práctica, que a pesar de no aparentar ser una variable psicológica en primera instancia, es un concepto importante en la predisposición del deportista hacia la competencia o entrenamiento, ya sea por experiencias pasadas, por referencias de sus compañeros o compañeras o incluso por creencias o mitos con respecto a algunas superficies, por ejemplo:

“La cancha estaba en pésimas condiciones, estaba seca y durísima, desde ahí ya el equipo se empezó a indisponer, y después se puso mucho más tenso, porque nos avisaron que íbamos a jugar contra hombres, nadie sabía hasta que llegamos, y a muchas nos pareció una mala decisión, tomando en cuenta lo que se venía la semana siguiente.” (Julieta, comunicación personal, 27 agosto 2019)

Asimismo, otros atletas expresaron que, tal vez en otro terreno, no les hubiera ocurrido la lesión, mostrando la importancia del locus interno vs el locus externo de control, este último en el cual el deportista asumiría que la situación se presentó como algo externo y la lesión no ha sido de ninguna forma consecuencia de su propio comportamiento. Por ejemplo, Luisa (comunicación personal, 4 septiembre 2019) expresa que desde su perspectiva el terreno le terminó provocando la lesión, pues la cancha tenía un importante desnivel, y reafirma que la cancha “la mató”. Asimismo, Paula (comunicación personal, 14 agosto 2019) indica: “La cancha era un suelo donde no estoy acostumbrada a jugar, entonces no me sentía muy cómoda, es de ese cemento que uno tiende a quedarse como pegado.” Sumados a estos testimonios, se encuentran el siguiente:

La cancha estaba terrible, no era un buen césped, yo siento que en una cancha buena, hubiera sido diferente, el césped no me ayudaba a llevar el balón, entonces en otra cancha, nunca me hubiera podido agarrar. (...) Tenía muchísimo miedo y todavía lo tengo, sobre todo al tipo de cancha, suave o dura, y mucho miedo a la sintética. (Armando, comunicación personal, 14 noviembre 2019)

Como se puede observar, la predisposición a entrenar o competir en diferentes tipos de lugares puede provocar diferentes niveles de ansiedad o desencadenar pensamientos negativos respecto al rendimiento y la evaluación del mismo en la competencia.

- **Otros factores asociados:**

Otras variables que pueden influir en la incidencia, prevalencia y afrontamiento ante las lesiones, son la edad, el género y el tipo de deporte.

En la muestra actual, el mínimo de edad fue de 18 años, mientras el máximo de 33 años, un 56,6% de los atletas se encuentran en una edad menor a los 22 años, mientras un 43,4% son mayores a los 22, llama la atención un porcentaje tan alto de estudiantes con edades superiores a los 22 años, sin embargo, esta alta cantidad de lesiones puede deberse a lo mencionado por Olmedilla, García y Martínez (2006) citado por Molano y Molano (2015):

Otro factor importante que se tiene en cuenta en los procesos lesionales es la edad de los jugadores, donde los deportistas de mayor edad se lesionan más y con mayor gravedad, pues entran en juego unas variables psicológicas sin desconocer las fisiológicas como son el nivel de ansiedad, la percepción del éxito y la responsabilidad ante sus iguales, situaciones que en algunos casos pueden conllevar hasta el abandono del deporte. (p.25).

En algunas de las respuestas brindadas por los deportistas en las entrevistas a profundidad, - a pesar de ser pocas en las que se hace referencia a la edad- se vislumbra una actitud diferente con el equipo, de la mano de la experiencia y el aprendizaje propio de su edad:

Yo era el más viejo en el equipo, intenté tomar un papel de apoyo, sobre todo después de tener la banda de capitán. Cuando llegamos, muchos agarraron el chingue, entonces la base del equipo tuvimos que darles una llamada de atención. (...) Sentí que, si le mostraba a

los demás que yo estaba mal, ellos se iban a bajonear, y eso no serviría. (Antonio, comunicación personal, 13 de noviembre 2018).

Queda claro como hay una cuota de responsabilidad implícita en su comentario, y como tiene que mantener una postura de fortaleza física y mental que tal vez difería de las emociones reales del momento. Donde además acota: “Ante esta situación asumí una posición de apoyo e intentar alentar al equipo al máximo desde la banca, nunca demostré tristeza ni nada negativo para que el equipo no se afectara.” (Antonio, comunicación personal, 13 noviembre 2018).

Asimismo, uno de atletas con una de las mayores edades expresó que “Era muy difícil para mí ver los partidos, ya que me daba mucha tristeza no poder ayudarlas” (Rocío, comunicación personal, 30 de enero de 2019). Con lo cual se puede inferir que, los atletas con mayor edad, tienden a asumir que su papel posterior a la lesión debe reflejar fortaleza, liderazgo y apoyo, evitando sobrellevar los sentimientos propios de su lesión deportiva.

Sumado a los aspectos anteriores, también en el estudio de Martínez (2014) se observa que, a menor edad, menor adherencia a la recuperación, que como se estudiará más adelante, es un factor importante en el proceso de recuperación.

En el aspecto de género, en esta muestra no existen diferencias estadísticamente significativas. Esta similitud puede deberse entre varios factores, por ejemplo, que existe cierta homogeneidad en el trato al deportista de equipos universitarios que no existe fuera del ámbito académico, así como también el mismo apoyo entre equipos no tiende a ser discriminatorio. Por ejemplo, cuando se trata de indumentaria deportiva, se entrega por igual a los equipos masculinos y femeninos, no existe una mayor decantación de beneficios a la rama masculina. Incluso, según la información brindada por la Federación Internacional de Deporte Universitario, en el Mundial Universitario -máxima competición a la que puede aspirar un atleta universitario- realizado en el año 2019, la delegación se compuso de 6 mujeres y un hombre. Es decir, es primario el rendimiento, independientemente del género del atleta.

Además de todo el concepto mencionado, es importante recalcar que estos deportistas se desenvuelven en ámbitos académicos, en los cuales se procura promover la igualdad de género e ir eliminando cada vez más la brecha existente en el pasado. Reafirmando este concepto Marugán (2019) explica:

La Federación Internacional de Deporte Universitario (FISU), está promoviendo constantemente la igualdad de género, bajo el liderazgo del Comité de Igualdad de Género,

a través de la concienciación y la capacitación. También desarrolla políticas orientadas a la aplicación del principio de igualdad de oportunidades en actividades deportivas competitivas, así como en actividades recreativas, de esparcimiento y de salud. Entre las iniciativas que ha puesto en marcha se encuentran: la Participación del Comité de Igualdad de Género de FISU en la Conferencia de FISU y el Foro de FISU; el Premio FISU Igualdad de Género y Deporte o la adhesión a la Declaración de Brighton siendo socio oficial en la 6ª Conferencia Mundial Mujer y Deporte en Helsinki en 2014. Además, FISU ha establecido una serie de normas para promover la igualdad de oportunidades en el acceso a las competiciones deportivas y la participación en la Universidad, además de para asegurar que haya una representación paritaria en el FISU Forum. (p.80).

Entonces, es palpable que la variedad de respuestas podría responder más a una diferencia propia de la personalidad del atleta, más allá de su género, aclarando, que este concepto no puede ni debe ser generalizado.

En cuanto a la comparación entre deportes individuales y colectivos, González y Valadez (2016) no encontraron ninguna diferencia significativa entre las estrategias de afrontamiento aplicadas por ambas categorías deportivas, pero si obtuvieron resultados concluyentes con respecto al mayor uso de las mismas, la muestra presenta los valores más altos en resolución de problemas y los más bajos de retirada social tanto en deporte individual y colectivo; lo cual coincide con los presentes resultados.

Asimismo, es importante mencionar que las categorías deportivas difieren en aspectos vitales, por ejemplo, la ansiedad que vive el atleta ante la competencia es muy distinta, Dinas (2016) menciona que, en los deportes individuales, el rendimiento es determinado de forma muy puntual, contrapuesto a el deporte colectivo, en el cual, el rendimiento no puede medirse de forma tan precisa. Este aspecto influye en la ansiedad estado, que es mayor en los deportes individuales que los colectivos. Aunado a esto, deportes como el fútbol o baloncesto, que requieren contacto y confrontación personal, provocan mayores niveles de ansiedad cognitiva y menor autoconfianza.

4.3.3. Estrategias de afrontamiento que desarrollan los atletas ante una lesión deportiva:

El objetivo principal de la presente investigación fue analizar el tipo de afrontamiento presente en los atletas universitarios ante la lesión, identificar la estrategia utilizada con más frecuencia y posibles explicaciones a esta respuesta.

La estrategia utilizada con mayor frecuencia fue la correspondiente a resolución de problemas, ésta se caracteriza por la tendencia a abordar las dificultades de forma directa, lo cual es una de las habilidades que los deportistas desarrollan en la práctica deportiva, esto podría influir en que ante una lesión utilicen en mayor medida dicha estrategia. Asimismo, según Solís y Vidal (2006) esta estrategia, tiene varias categorías, las cuales, muchos de los atletas utilizaron:

- Concentrarse en resolver el problema: estudia sistemáticamente el problema y analiza diferentes puntos de vista u opciones.
- Esforzarse y tener éxito: Donde se trabaja ambiciosamente por obtenerlo.
- Invertir en amigos íntimos: Esfuerzo por comprometerse con relaciones cercanas e íntimas
- Buscar pertenencia: Indica el interés del sujeto por las relaciones con los demás.
- Fijarse en lo positivo: Visión optimista de la situación
- Buscar diversiones relajantes: Búsqueda de actividades de ocio y relajantes
- Distracción física: Dedicación al deporte o mantenerse en forma
- Buscar apoyo social: Compartiendo el problema con los otros
- Buscar apoyo profesional
- Acción social
- Buscar apoyo espiritual

Estas sub estrategias, fueron un punto en común en los relatos de muchos de los atletas, donde expresaron de forma implícita, el uso de las mismas.

Los resultados obtenidos en el presente estudio, guardan similitud únicamente en la variable “Resolución de Problemas” con el estudio realizado por Dominguez (2016) donde Resolución de Problemas, Retirada Social, Autocrítica y Expresión Emocional fueron las estrategias más utilizadas.

Este resultado se aparea con lo que plantean Di-Colloredo, Aparicio y Moreno (2007) quienes afirman que los estilos de afrontamiento dirigidos a la emoción tienen más probabilidades de

mostrarse cuando en la evaluación cognitiva hecha previamente no se puede hacer nada para modificar las condiciones lesionantes, hirientes, amenazantes del entorno. Mientras que las formas de afrontamiento dirigidas al problema, tienen mayor probabilidad de aparecer en momentos donde las condiciones son evaluadas como tendientes al cambio. En este sentido, y según Valadez, Flores, Garcés de los Fayos, Solís y Reynaga (2016) afirman que la interpretación de la situación estresante juega un papel determinante. Si la valoración indica que se puede resolver, las estrategias de afrontamiento se dirigen a modificar el problema, si se percibe que nada se puede hacer, se enfocan al afrontamiento de la emoción. Desde este planteamiento, el atleta utiliza una estrategia que requiera la confrontación y el tratamiento del problema (terapia, descanso), y se alejarían de las estrategias mayormente inclinadas a la emoción.

Explicado en relación al estudio actual, el 47% de los atletas sufrieron la lesión seis meses atrás, lo que los colocaría en una posición donde se hace un mayor énfasis en lo cognitivo (pensamientos como: “¿Qué debo hacer para recuperarme?”), es decir, estos atletas ya han superado las etapas mayormente emocionales para establecerse en un pensamiento más aislado, esta ubicación en el proceso temporal de la lesión, podría explicar las relaciones de adherencia y apego que tienen los deportistas con la terapia y la recuperación; pues lo consideran una forma vital de sobrellevar las consecuencias de la lesión y ya no se dejan dominar por emociones desadaptativas.

La utilización de estrategias pasivas (rezo, esperanza, pensamiento desiderativo) se ha asociado con un incremento en el dolor, depresión, impotencia y peor ajuste psicológico. Por el contrario, según Nicholas, Wilson y Goyen, (1992), citados por Fallas (2008), las estrategias activas (solución de problemas, búsqueda de información) se encuentran correlacionadas negativamente con depresión e incapacidad física por lo tanto y mencionado anteriormente, los atletas puntuaron de forma importante en estrategias de afrontamiento consideradas como positivas.

Por otra parte, la estrategia de afrontamiento utilizada con menor frecuencia, es retirada social, la cual se refiere al enfrentamiento del problema desde la soledad, el estudiante no percibe el apoyo suficiente en el proceso de recuperación, este resultado que arrojó diferencias significativas en el análisis de Prueba T realizado, el cual puede verse con mayor claridad en la tabla 3 en el apartado de resultados. Las cifras muestran un mayor uso de los estudiantes de la Universidad Nacional por esta estrategia, así también, hay diferencia significativa en la escala de Autocrítica, donde la UNA vuelve a puntuar con un mayor uso de la estrategia en comparación con la UCR, ambas son consideradas como estrategias desadaptativas y es importante su análisis desde las autoridades institucionales.

A continuación, se presenta un extracto de la entrevista realizada a una de las atletas de la Universidad Nacional, quien expresó lo engorrosa que se ha vuelto su recuperación tras la falta de espacio en el departamento de fisioterapia en esta institución, una sola fisioterapeuta debe dar respuesta a toda la población estudiantil (deportistas y estudiantes regulares):

“La recuperación ha sido muy muy lenta, de verdad se ha hecho eterna, digo que es muy pausada porque la póliza del INS solo me cubrió cirugía. Entonces el primer mes que posiblemente era el más importante lo pasé sin terapia porque en la U no había espacio. Al solo tener una fisioterapia para toda la UNA, prácticamente todos los casos se vuelven prioridad. Toca esperar a que haya campo.” (Julieta, comunicación personal, 27 agosto de 2019)

Mientras que, en la Universidad de Costa Rica, Arguedas y Villalobos (2016) afirman que el proceso es mucho más simplificado, además, hay un fisioterapeuta exclusivo para el área de deportes representativos, igualmente, en caso de practicar el deporte como recreación u ocio, la institución cuenta con el Centro Docente Asistencial, donde se brinda atención fisioterapéutica por alumnos en práctica clínica, para acceder a este servicio; el único requisito es ser estudiante. Como muestra, uno de los estudiantes expresó:

“Yo le debo la vida a mi fisio, ella fue lo más importante, porque compartíamos la lesión, los sentimientos, y ella la sufrió antes de ir a un mundial, o sea imagínese, entonces ella fue incondicional, y obviamente mi familia y amigos verdad, que siempre quisieron que yo me recuperara”. (Armando, comunicación personal, 14 de noviembre 2019)

En este extracto, contrario al anterior, el atleta expresa el apoyo sentido durante el proceso de recuperación, y el sentimiento de complicidad que compartía con su fisioterapeuta.

Por otra parte, en el análisis cualitativo de las escalas, muchos de los estudiantes expresaron su relación ajena al departamento de salud o fisioterapia de su respectiva casa de estudios, por ejemplo, uno de los atletas de la Universidad Nacional acotó:

“Estuve en reposo total durante un mes, con hielo los primeros días, pero no hice ninguna consulta o algún profesional, después del mes regresé a las canchas.” (Felicía, comunicación personal, 30 de enero de 2019)

Lo cual refleja esa retirada de parte de los estudiantes de la UNA, mientras en la Universidad de Costa Rica existe más apego hacia el departamento de Fisioterapia y Salud. Otras acotaciones importantes son de deportistas de la Universidad de Costa Rica que expresaron:

“Lo que me ha tenido tranquila ante la lesión, es que he tenido profesionales excelentes, que me han hecho no dejar de nadar a causa de la lesión, y que he experimentado una mejoría” (Fabiola, comunicación personal, 14 de septiembre de 2018)

“Después de eso me han ayudado mucho las personas de terapia de la u, brindándome atención horas aparte de las asignadas y han sido un gran apoyo durante el proceso” (Miguel, comunicación personal, 11 de septiembre 2019)

Este eje de retirada, también puede responder a otro factor, por ejemplo, la lejanía con la familia y lugar de procedencia, esto debido a que, según el Informe de Seguimiento de Planes 2016-2020 realizado por el CONARE, en el 2017, la Universidad Nacional registró un porcentaje de 23,82% de estudiantes de primer ingreso provenientes de una zona rural, mientras que la UCR obtuvo un 17,44%, esto explicaría que muchos de los deportistas no se encuentren inmersos dentro de un entorno que se consideren confiados y capaces de desenvolverse con la total soltura que podrían asumir en un lugar que no consideren ajeno. Cabe mencionar que Sepúlveda, Romero, Jaramillo (2012), mencionan que esta estrategia refleja la falta de redes de apoyo por lo cual puede ir relacionada también a un sentido de pertenencia con la institución de procedencia. Por ejemplo, según Elizondo (2010) la Universidad de Costa Rica se ha preocupado por reafirmar y fortalecer este aspecto, en el año 2010; se lanzó una campaña con ese fin, bajo el lema “Soy UCR” mientras la Universidad Nacional se ha mantenido más al margen, lo cual puede influir en la sensación de que los estudiantes consideren insuficientes las herramientas que les brinda la universidad, contrario a los atletas de la Universidad de Costa Rica, quienes expresan:

“La u nos da la posibilidad de ir al gimnasio, tenés el acceso, la posibilidad, pero no es en horas de entrenamiento, entonces di, ya es cuestión de uno, si decide organizarse; pero bueno yo, no voy, no me da la gana. Pero bueno, como te digo, si uno se lesiona, está el chance de ir a terapia, de ir a la piscina.” (Miguel, comunicación personal, 11 de septiembre de 2019)

Igualmente, es importante enfatizar que, aunque las variables Retirada Social y Autocrítica fueron las únicas en presentar diferencias significativas en las comparaciones realizadas entre ambas universidades, son las estrategias de afrontamiento que en promedio se presentan con menor frecuencia, lo cual es beneficioso, pues según Sepúlveda, Romero, Jaramillo (2012) son de las estrategias que provocan mayor malestar emocional a la postre.

En contraste, extraer conductas positivas a partir de la lesión fue una práctica común en los atletas, resultando como un medio efectivo para sobre llevar de una forma mucho más ligera la lesión. En este aspecto podría entrar en juego el concepto de resiliencia, la cual según Zafra (2015) normalmente se define como un mecanismo protector, en el cual se activan respuestas positivas o saludables, desencadenando una adaptación positiva ante procesos potencialmente adversos.

Este “afrontamiento positivo” de la lesión se puede ver reflejado en muchas de las afirmaciones de los atletas, quienes rescataron que este proceso se había vuelto un aprendizaje, y que sin duda valoraban el deporte y su cuerpo de forma distinta después de que la lesión ocurrió, para muestra:

“Esa lesión me marcó demasiado, soy una persona y una deportista diferente, desde que me pasó; si al principio yo pensaba que era lo peor que me pudo haber pasado y no entendía, yo decía “¿Por qué a mí?” ¿Por qué? si esto es lo que me gusta, si hasta lo que estudió es relacionado y demás, no entendía porque me había pasado. Pero después entendí que tenía que pasarme para entender muchas cosas que yo estaba haciendo, yo era una persona que no valoraba lo que tenía, el deporte, mi profesión; ahora soy más consciente de las cosas, valoro muchísimo más, yo antes de la lesión decía: Que pereza ir a entrenar, cosas tontas que uno dice. Pero ahora si digo: Que dicha que pude terminar el entreno, que pude jugar, uno se vuelve como mucho más consciente, valora mucho más, y no solo valora, si no que también se disfruta más y lo vive de otra manera. Ahora lo veo diferente, yo estaba siendo super indiferente, y eso no se, choqué con pared.” (Luisa, comunicación personal, 4 de septiembre de 2019)

“De la lesión yo rescato que fue un aprendizaje demasiado grande, aprendí lo que es la paciencia y la tolerancia, aprende uno a tolerar demasiado” (Armando, comunicación personal, 14 de noviembre de 2019)

A pesar de la variedad de afirmaciones que la muestra comentó acerca de la visión positiva de la lesión, Abenza (2010) afirma que no existe actualmente en la literatura, ningún estudio que persiga los resultados de extraer las consecuencias “positivas” de la lesión deportiva.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones:

A partir de los objetivos de investigación planteados, se desprende que:

Los atletas universitarios utilizan en su mayoría, estrategias de afrontamiento consideradas como adaptativas (Resolución de problemas y Apoyo Social) siendo la primera un reflejo de lo que normalmente deben enfrentar dentro de sus competencias o entrenamientos, asimismo, se plantea que el uso de esta estrategia puede deberse a la etapa del proceso de recuperación en la que se encuentran. En contraposición, la estrategia que fue utilizada con menor frecuencia, es la correspondiente a Retirada Social, que, sumada a Autocrítica, fueron las únicas en presentar diferencias significativas, en ambas obtuvo una mayor puntuación la Universidad Nacional. Estas estrategias, son consideradas como desadaptativas, el hecho de que los atletas las hayan utilizado en menor medida se considera beneficioso para la población.

En cuanto a los factores psicológicos, 6 de las 8 entrevistas realizadas plantearon la ansiedad como un desencadenante importante en el proceso de lesión, autodenominaron la ansiedad como una sensación difusa ante una competencia (55,4% de los atletas se lesionaron en una competencia). Sumado al factor ansiedad (altos niveles de estrés) pre competencia, se encuentra la sensación de que, ante un pico de rendimiento, va a aparecer una lesión, o incluso, aquellos atletas en los cuales las lesiones son recurrentes, factores externos desatan sus picos de ansiedad. Las emociones fueron mayormente clasificadas como desadaptativas ante la noticia de la lesión, siendo mayormente tristeza, enojo o frustración. Sin embargo, muchas de esas emociones “negativas” fueron tomadas por los atletas como un medio de resiliencia y motivación para tomar la terapia de forma disciplinada, con el fin de volver lo más pronto y de la mejor forma posible a la práctica. En el área emocional, se destacó la importante influencia de sus relaciones interpersonales, las cuales pueden jugar en contra o a favor de la recuperación, y entre las principales destacaron familia, amigos, compañeros de equipo y entrenador

En relación a las creencias, los atletas asumen una creencia de que su rendimiento tras la lesión será deficiente, o menor al que tenían antes del suceso. Igualmente, presentan emociones desadaptativas relacionadas a la zona corporal o a la locación donde ocurrió la lesión. Otro aspecto mencionado en las creencias, fue la fe religiosa, sobre la que muchos atletas se apoyan para poder sobrellevar la lesión.

Los comportamientos de los atletas ante la aparición de la lesión fueron en su mayoría, detenerse, sin embargo, un 30% continuó con la práctica a pesar de saber los riesgos y posibles consecuencias de seguir. Esto depende muchas veces del umbral del dolor del atleta y de la presión externa que perciba (importancia de la competencia, actitud del entrenador/compañeros, etc). Por otra parte, muchos de los atletas expresaron y asumieron no seguir con el proceso terapéutico recomendado, a pesar del conocimiento de su importancia. Al contrario, otros atletas fueron enfáticos en mostrar su confianza sobre el equipo de terapeutas, lo cual provoca gran adherencia.

Otro aspecto importante son los factores sociales, siendo las relaciones interpersonales, donde los atletas expresaron que, ante una complicación en las mismas, su rendimiento (concentración, motivación, seguridad) se ve afectado negativamente. La situación académica también es un factor que entra en juego, sin embargo, mayormente se expresó, que ante una competencia, la situación académica pasa a un segundo plano. Asimismo, se mencionaron variables como las condiciones del material, sobre las cuales, según su calidad, forma o experiencias pasadas, los atletas sienten cierta predisposición ante una lesión. Otros factores biopsicosociales mencionados fueron: edad, género, y tipo de deporte, donde no se encontraron mayores diferencias

El aporte final que posee el presente estudio, es brindar a la Psicología del Deporte un papel protagónico en el proceso de prevención, recuperación, rehabilitación y readaptación de los atletas universitarios en la aparición de las lesiones deportivas. Siendo así, un apoyo esencial en el equipo que acompaña al deportista. Igualmente, es una investigación que da pie a futuros estudios en la temática, la cual en el país es un tema emergente, pero que, sin duda, debería ser prioritario en cada una de las instituciones con deportistas a su cargo.

Recomendaciones:

A futuros estudios en la temática:

Utilizar una muestra mucho más grande, incluso el estudio podría extenderse por mucho más tiempo, pues como se mencionó, las lesiones deportivas son variables en el tiempo.

Utilizar combinaciones de distintas variables a la actual, por ejemplo, el tipo de personalidad, agresividad, autoeficacia, que son importantes también en el proceso de lesiones deportivas.

A las universidades:

Proveer al estudiante una red de apoyo en caso de lesión, pues en caso de lesiones graves, muchas veces al estudiante tiene dificultades para desplazarse o incluso asistir a las lecciones. Aunado a esto,

de manera más simple, el estudiante se encuentra atravesando un proceso emocional complicado, que con una red de apoyo podría aminorar las consecuencias.

Igualmente, el acompañamiento de un profesional en Psicología, idealmente especializado en el deporte; en estos procesos podría restar tiempo a la recuperación y fortalecer otros aspectos en el deportista, que harán de la vuelta a la práctica, un resultado mucho menos traumático, así como reducir las recaídas y las sensaciones negativas que se mueven alrededor de esta etapa.

Además, a la Universidad Nacional, se le recomienda aumentar las horas de consultorio fisioterapéutico destinadas exclusivamente a los atletas, pues muchos de los estos, consideraron eran reducidas y no es posible cumplir con el tratamiento a cabalidad.

Capacitar a los entrenadores en procesos cognitivos más allá de los emocionales, pues también es importante que los atletas desarrollen variables como concentración, eficiencia, a partir de ejercicios simples y que podrían reducir de forma cuantificable la cantidad de lesiones deportivas. Así también, en manejo propio de la presión, lo que evitará que de forma consciente o inconsciente obliguen a sus atletas a continuar con la práctica a pesar de la lesión.

A los entrenadores y personal a cargo de atletas:

Educar a los estudiantes atletas hacia un correcto cuidado de su salud: utilizar la debida protección, avisar en caso de no sentirse apto mental o físicamente y esperar el diagnóstico o alta médica para continuar con la práctica deportiva. Así como no presionarlos en caso de que expresen alguno de estos factores y respetar el debido proceso que involucre una lesión.

Buscar el apoyo de un profesional de la Psicología Deportiva, quien pueda acompañar y guiar a los atletas, sobre todo en competencias que involucren altos niveles de estrés y ansiedad, con actividades y estrategias que puedan reducir el impacto de sucesos de este tipo, y así acabar reduciendo la incidencia de lesiones o la gravedad de las mismas. Inclusive, este tipo de intervenciones podrían acabar mejorando el rendimiento y resultados de los deportistas.

Este acompañamiento también podría involucrar la capacitación del personal cercano a los atletas en estas competencias, para que entrenadores, asistentes, también tengan herramientas con las cuales puedan sobrellevar este tipo de imprevistos.

A los fisioterapeutas:

Continuar bajo la línea de acompañamiento que los atletas han señalado como eficaz. Sin embargo, identificar casos en los cuales el deportista siga ciertos patrones (reincidencia de una lesión -sin

explicación fisiológica clara-, ciclos de lesiones repentinos, lesiones marcadas siempre antes de competencias importantes, lesiones provocadas por comportamientos agresivos/riesgosos) y referirlos al departamento de Psicología pertinente.

Así también, se considera pertinente la continua capacitación en técnicas psicológicas básicas que puedan ayudar al atleta a reducir y apalear los sentimientos negativos que puedan acompañar este proceso.

A los atletas:

Reconocer los pensamientos y actitudes que pueden ser nocivos para el rendimiento y salud. (Pensamientos intrusivos o negativos, predisposición ante ciertos terrenos/equipos, síntomas físicos inusuales) y trabajarlos con algún profesional de la Psicología.

Exigir espacios donde el manejo de las emociones, expresión de los sentimientos y procesos de lesión, sea prioritario; asimismo, buscar el acompañamiento de profesionales o la capacitación en técnicas donde se muestre como expresarse de forma segura y sana.

Utilizar el equipo de protección pertinente y permitido por el deporte, así como las previsiones necesarias según las condiciones del material o clima. Sumado a esto, detener la práctica en caso de sentir molestias, no continuar con ningún entrenamiento o competencia hasta pasar por una evaluación médica o fisioterapéutica.

No volver a la práctica hasta no tener el alta médica, y en caso de ser necesario, contactar a un psicólogo, que ayude a reducir las posibles repercusiones mentales o emocionales que trae consigo una lesión.

Sumado a todos estos aspectos, se encuentra el autocuidado propio de un atleta, por ejemplo, dormir lo necesario y recomendado antes de las competencias importantes, para reducir los riesgos provocados por las alteraciones de sueño, además, alimentarse e hidratarse apropiadamente.

BIBLIOGRAFÍA

Abenza, L. (2010). *Psicología y lesiones deportivas: un análisis de factores de prevención, rehabilitación e intervención psicológica*. Tesis doctoral. Universidad de Murcia: España.

Abenza, L., Olmedilla, A., Ortega, E. (2009) *Efectos de las lesiones sobre las variables psicológicas en futbolistas juveniles*. Universidad Católica San Antonio. Facultad de Ciencias de la Salud, de la Actividad Física y el Deporte, Murcia. España.

Abenza, L., Olmedilla, A., Ortega, E., Ato, M., 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: España.

Abenza, L., Olmedilla, A., Ortega, E., Esparza, F. (2011) *Construcción de un registro de conductas de adherencia a la rehabilitación de lesiones deportivas*. Revista de Psicología del Deporte. Universidad Autónoma de Barcelona: España.

Arguedas, L., Villalobos, T. (2016). *Propuesta de un sistema de vigilancia epidemiológica de lesiones en deportes colectivos olímpicos de verano*. Tesis sometida a optar por el grado de licenciatura en la carrera de Terapia Física. Universidad de Costa Rica: Costa Rica.

Bahr, R., Maehlum, S. (2007) *Lesiones deportivas: diagnóstico, tratamiento y rehabilitación*. Ed. Médica Panamericana.

Barón, L. (2010). *Confiabilidad y validez de constructo del instrumento "Habilidad de cuidado de cuidadores familiares de personas que viven en una situación de enfermedad crónica"*. Tesis para optar por el grado de Maestría en enfermería con énfasis en cuidado del paciente crónico. Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá: Colombia.

Barragán, A., Morales, C. (2014). *Psicología de las emociones positivas: generalidades y beneficios*. Enseñanza e Investigación en Psicología, vol. 19, núm. 1. Consejo Nacional para la Enseñanza en Investigación en Psicología A.C. Xalapa, México

Barrantes, R. (2013). *Investigación: Un camino al conocimiento, un enfoque cualitativo y cuantitativo*. EUNED: San José.

Berengüí, R., López, M., Garcés de los Fayos, J., Almarcha, J. (2010). *Factores psicológicos y lesiones deportivas en lucha olímpica y taekwondo*. E-Bm. Com Revista de Ciencias del Deporte. Universidad Católica San Antonio, Murcia.

Cano, F., Rodríguez, L. García, J. (2007) *Adaptación española del inventario Estrategias de Afrontamiento*. Actas Españolas de Psiquiatría, Volume 35, Issue 1, p.11.

Cócola, F. (2010). *Estrategias De Afrontamiento En Jugadores De Hockey Sobre Patines*. Tesina de Licenciatura, Facultad de Psicología. Universidad del Aconcagua.

Consejo Nacional de Rectores (2007). *Memoria JUNCOS 2017*. Universidad de Costa Rica: Costa Rica.

Consejo Nacional de Rectores. (2008). *Informe de Seguimiento de Planes 2016-2020: logros 2017. Incluye Indicadores relacionados con la cláusula 7 del Acuerdo de Financiamiento del FEES*. Costa Rica.

Cox, R. (2008). *Psicología del Deporte: conceptos y sus aplicaciones*. Editorial Médica Panamericana.

Crossman, J., Gluck, L., Jamieson, J. (1995). *The emotional responses of injured athletes*. New Zealand Journal of Sports Medicine.

Díaz, L., Torruco, U., Martínez, M., Varela, M. (2013). *La entrevista, recurso flexible y dinámico*. Investigación en Educación Médica, vol. 2, núm. 7. Universidad Nacional Autónoma de México Distrito Federal, México

Di-Colloredo, C., Aparicio, D., Moreno, J. (2007). *Descripción de los estilos de afrontamiento en hombres y mujeres ante la situación de desplazamiento*. Psychologia. Avances de la disciplina. Vol. 1 num 2. Universidad de San Buenaventura, Bogotá: Colombia.

Dinas, D. (2016). *Estrategias de afrontamiento deportivo y una ansiedad estado competitiva en deportistas representativos de una universidad privada*. Trabajo de grado presentado como requisito para optar por el título de psicología. Pontificia Universidad Javeriana Cali.

Dominguez, R. (2016). *Estrategias de afrontamiento utilizadas por deportistas que han debido abandonar la práctica de un deporte por lesión*. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología. Universidad Rafael Landivar: Guatemala.

Dósil, J. (2008). *Psicología de la actividad física y del deporte*. Madrid: McGraw-Hill.

Elizondo, C. (2010). *Proyecto coordinado por Oficina de Divulgación: Campaña propone mejorar sentido de pertenencia a la UCR*. Semanario Universidad. Universidad de Costa Rica: Costa Rica.

Ellis, A. y Grieger, R. (1990). *Manual de Terapia Racional. Emotiva*. Henao, Bilbao: Desclée de brouwer.

Fallas, N. (2008). *Factores psicológicos relacionados con la incidencia y recuperación de las lesiones deportivas en futbolistas*. Tesis para optar por el título de Magíster Scientiae en Postgrado en Salud Integral y Movimiento Humano con mención en Rendimiento Deportivo. Universidad Nacional, Heredia, Costa Rica.

García, L. (2018). *Estrategias de Afrontamiento en las selecciones femeninas de baloncesto, voleibol y fútbol sala de la Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales (UDCA)*. Tesis para optar por el Título de Profesional en Ciencias del Deporte. Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales, Bogotá: Colombia.

Gonzalez, J. Valadez, A. (2016). *Personalidad y respuesta psicológica en deportistas. Representación temporal y adaptativa del proceso persona-deporte*. Retos. Federación Española de Asociaciones de Docentes de Educación Física: España.

Grand, D., Goldberg, A. (2015). *Así es tu cerebro cuando haces deporte*. Editorial Elefthería. Barcelona: España.

Hardy, C., Riehl, M. (1988). *An examination of the life stress injury relationship among noncontact sports participants*. Behavioral Medicine

Hare, R., Evans, L., Callow, N. (2008) *Imagery Use During Rehabilitation From Injury: A Case Study of an Elite Athlete*. The Sport Psychologist

Havelka, M., Lucanin, J., Lucanin, D. (2009) *Biopsychosocial Model- The Integrated Approach to Health and Disease*. Department of Health Psychology: University of Applied Health Studies: Croatia.

Hernández, R., Fernández, C., Baptista, M. (2010). *Metodología de la Investigación. Quinta Edición*. Editorial The McGraw-Hill, México D.F.

Johnson, U. (2009). *Short- Term Psychological Intervention: A study of Long- Term- Injured Competitive Athletes*. Sport Rehabilitation. Human Kinetics Publishersh, Sweden.

Johnson, U., Ekengren, J. Andersen, M. (2005). *Injury prevention un Sweden: Helping soccer player ay risk*. Journal of Sport & Exercise Psychology.

Juarez, F. (2011). *El concepto de salud: Una explicación sobre su unicidad, multiplicidad y los modelos de salud*. International Journal of Psychological Research, 4(1), 70-79.

Kerr, G., Goss, J. (1996). *The effects and stress management program on injuries and stress level*. Journal of Applied Sport Psycholgy.

Lazarus, R., Folkman, S. (1984). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca

Lopez, N. Alburquenque, F., Dominguez, R. Sánchez, I., y Barroso, C. (2005). *Valoración de la incidencia lesional en el futbolista juvenil y amateur*. Buenos Aires, Argentina

Maddison, R., Prapavessis, H., Clatworthy, M., Hall, C., Foley, L., Harper, T., Cupal, D., Brewer, B. (2011). *Guided imagery to improve functional outcomes post-anterior cruciate ligament repair: randomized- controlled pilot trial*. Scandinavian journal of medicine & science in sports. Nueva Zelanda.

Martínez, M. (2014). *Estudio sobre los factores psicológicos influyentes en la adherencia a la rehabilitación de deportistas lesionados*. Tesis para obtener el grado de Fisioterapia. Escuela Universitaria Gimbernat- Cantabria: España.

Marugán, B. (2019). *El deporte femenino, ese gran desconocido*. Instituto de Estudios de Género, Universidad Carlos III de Madrid: Madrid: España.

Matarrita, M. (2016). UCR traza ruta a JUDUCA 2016. Recuperado de: file:///C:/Users/Marianela/Desktop/Anteproyecto/Noticias%20UCR%20_%20UCR%20traza%20ruta%20a%20a%20JUDUCA%202016.html

Meoño, M. (2019). *JUNCOS TEC 2019. Informe final sub comisión atención de emergencias y salud*. Tecnológico Nacional de Costa Rica, Cartago: Costa Rica.

Molina, L., Jiménez, J. (2017). Un total de 160 atletas diarios fueron atendidos por la Comisión de Salud en Juncos. Recuperado de: <http://www.ucr.ac.cr/noticias/2017/04/22/un-total-de-160-atletas-diarios-fueron-atendidos-por-la-comision-de-salud-en-juncos.html>

Morrey, M. (1997). *A longitudinal examination of emotional response, cognitive doping, and physical recovery among athletes undergoing anterior cruciate ligament reconstructive surgery*. Tesis para optar por el grado de doctorado. Universidad de Minnesota: Minneapolis.

Newcomer, R., Roh, J., Perna, F., Stilger, V., Etzel, E. (1998). *Injury as a traumatic experience: intrusive thoughts and avoidance behavior associated injury among college student-athletes*. Journal Sport Psychology.

Noh, Y., Morris, T., Andersen, M. (2007). *Psychological intervention programs for reduction of injury in ballet dancers*. Research in Sports Medicine.

Núñez, R. (2005). *Bienvenidos a la psicología del deporte y el ejercicio físico*. En Weinberg y Gould. Fundamentos de la psicología del deporte y el ejercicio físico. Barcelona: Ariel.

Olmedilla, Z. Pietro, J., Blas, A. (2011). *Relaciones entre estrés psicosocial y lesiones deportivas en tenistas*. Universitas Psychologica: Pontificia Universidad Javeriana: Bogotá, Colombia.

Orbe, A. (2016). *Análisis de la relación existente entre pasaje al acto y lesión deportiva*. Disertación previa al título de Psicología Clínica. Pontificia Universidad Católica del Ecuador: Ecuador.

Ortega, P., Argemi, R., Batista, J., García, L. Liotta, G. (2006). *The epidemiology of injuries in a professional soccer team in Argentina*. International Sportmed Journal.

Ortín, F. (2009). *Factores psicológicos y socio-deportivos y lesiones en jugadores de fútbol semiprofesionales y profesionales*. Tesis doctoral. Universidad de Murcia: España.

Osorio, J., Clavijo, M., Arango, E., Patiño, S., Gallego, I., (2007). *Lesiones deportivas*. Editorial Iatreia. Colombia.

Palmi, J. (1995). *Componentes psicológicos en la prevención e intervención de lesiones deportivas*. Revista de Psicología.

Pelechano, V. (2000) *Psicología sistemática de la personalidad*. Barcelona: Ariel.

Pérez, D. (2015). *Epidemiología de la lesión deportiva*. Universidad Politécnica de Madrid, Madrid, España.

Pérez, E. (2003). *El comportamiento y su análisis en el deporte: de la práctica a la teoría (y viceversa)*. Revista De Psicología Del Deporte.

Perna, F., Antoni, M., Baum, A., Cordon, P., Schneiderman, N. (2003). *Cognitive behavioral stress management effects on injury and illness among competitive athletes: A randomized clinical trial*. Annals of Behavioral Medicine

Petrie, T., Brewer, B., Buntrock, C. (1997). *A comparison between injured and uninjured NCAA Division I male and female athletes on selected psychosocial variables (abstract)*. Journal Sport Psychology.

Pfeiffer, R., Brent, M. (2005). *Las Lesiones Deportivas*. Editorial Paidotribo. España.

Prieto, J., Ortega, E., Garcés de los Fayos, E., Olmedilla, A. (2014) *Perfiles de personalidad relacionados con la vulnerabilidad del deportista a lesionarse*. Revista de Psicología del Deporte. Universitat Autònoma de Barcelona.

Quintana, J. (2001). *Las Creencias y la Educación. Pedagogía Cosmovisional*. Estudios sobre Educación Vol. 1. Universidad de Navarra: Barcelona.

Ramírez, A. (2000). *Lesiones deportivas: un análisis psicológico de su recuperación*. Tesis para optar por el grado de doctorado. Universidad del País Vasco: España.

Ramírez, A., Alzate, R., Lázaro, I. (2002). *Efectos Psicológicos de la Lesión Deportiva*. Revista Motricidad. Facultad de Psicología, Universidad del País Vasco. España.

Rodal, F., García, J., Arufe, V. (2013) *Factores de riesgo de lesión en atletas*. RETOS. Nuevas tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación. Federación Española de Asociaciones de Docentes de Educación Física (FEADEF): España.

Rodal, F., García, J., Arufe, V. (2013) *Factores de riesgo de lesión en atletas*. Nuevas tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación. Federación Española de Asociaciones de Docentes de Educación Física. Universidad de Vigo, Universidad da Coruña: España.

Romero, A., Zapata, R., García-Mas, A., Brustad, R., Garrido, R., Letelier, A. (2009). *Estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en jóvenes tenistas de competición*. Revista de Psicología del Deporte. Volumen 19, número 9.

Salazar, J. (2008). *Psicología deportiva*. Atlantic International University, 2-62

Sanchez, A, León, H. (2012) *Psicología de la actividad física y del deporte*. Hallazgos, vol 9, num 18. Universidad Santo Tomás, Bogotá, Colombia.

Sánchez, J. (2007). *Psicología aplicada a la recuperación deportiva. Experiencia piloto en CEREDE*. CEREDE Sports Rehabilitation: España.

Sepúlveda, C., Romero, A., Jaramillo, L. (2012). *Estrategias de afrontamiento y su relación con depresión y ansiedad en residentes de pediatría en un hospital de tercer nivel*. Boletín médico del Hospital Infantil de México. México.

Smith, A., Scott, S. O'Fallon, W., Young, M. (1990) *Emotional responses of athletes to injury*. Mayo Clinic Proceeding.

Smith, M., Stuart, M., Wiese-Bjornstal, D., Millner, E., O'Fallon, W., Crowson, C. (1993). *Competitive athletes: preinjury and postinjury mood state and self-esteem*. Mayo Clinic Proceeding.

Solís, C., Vidal, A. (2006). *Estilos y estrategias de afrontamiento en adolescentes*. Revista de Psiquiatría y Salud mental Hermilio Valdizan. Volumen 11.

Sperry, L. (2008). *The Biopsychosocial Model and Chronic Illness: Psychoterapeutic Implications*. The Journal of Individual Psychology,

Tracey, J. (2003). *The emotional response to the injury and rehabilitaation process*. Journal Applied Sport Psychology.

Valadez, A., Flores, M., Garcés de los Fayos, E., Solís, O., y Reynaga, P. (2016). *Estilos de afrontamiento en entrenadores: un análisis entre mujeres y hombres yucatecos*. Retos, número 30.

Van Mechelen W, Hlobil H, Kemper H. (1992). *Incidence, severity, aetiology and prevention of sports injuries*. A review of concepts. Sports Med.

Weinberg, R., Gould, D. (1996). *Fundamentos de psicología del deporte y el ejercicio físico*. Ariel Psicología, Barcelona: España.

Zafra, E. (2015). *Capacidad de resiliencia frente a lesiones deportivas y su relación con el desempeño deportivo en judocas de Chile*. Tesis Doctoral. Universidad de Granada, Granada: Chile.

ANEXOS

Anexo 1

GUÍA DE ENTREVISTA

LUGAR:

FECHA Y HORA:

ENTREVISTADOR:

ENTREVISTADO:

PRESENTACION:

La presente guía de entrevista constituye parte del desarrollo de la investigación “Estrategias de afrontamiento que desarrollan atletas universitarios ante una lesión deportiva: un estudio desde la Psicología Deportiva”. Usted fue elegido o elegida debido a las características de su lesión, sus respuestas formarán parte de los resultados cualitativos los cuales serán utilizados únicamente con fines académicos y serán totalmente confidenciales. No existen respuestas buenas o malas, solo se solicita su total sinceridad para contestar.

CONTENIDOS Y PREGUNTAS A DESARROLLAR:

“Sentimientos y reacciones alrededor de la lesión”

Se solicita al entrevistado que realice una breve descripción de la lesión, sus sentimientos, sensaciones y las cosas que están ocurriendo en su vida, tanto los cambios producidos después del evento como las cosas que ocurrían antes del mismo

A-Días previos a la lesión (máximo un mes) ¿Qué ocurría?

1. ¿Había alguna situación o evento especial a nivel deportivo que lo mantuviera tenso o muy al pendiente? (competencia, demostración, etc)
2. ¿En qué etapa del semestre se encontraba?
3. ¿Cómo estaban sus relaciones con otras personas (familia, amigos) días antes o el día de la lesión?
4. ¿Es usted propenso a lesiones?
5. sentía miedo a lesionarse gravemente?

B-Día que ocurre la lesión

1. ¿Pasó/ hizo algo fuera de lo habitual? (levantarse antes, no dormir, cambiar alguna rutina)
2. ¿El juego, competencia o entrenamiento tenía algún significado especial / diferente para usted? (llegaban sus papás a verlo, lo observaba alguna persona importante relacionada a la competencia, etc)
3. ¿Cómo eran las condiciones del material, del clima en el lugar que practicaba deporte?
4. ¿Cómo estaban las relaciones con su equipo? ¿Y con su entrenador?
5. ¿Cómo se encontraba de “humor”/ estado de ánimo ese día?
6. ¿Tenía alguna molestia física antes de que ocurriera la lesión propiamente? (un “tironcito”, “arratamiento”, “desacomodo” de alguna articulación”)

7. ¿Qué es lo primero que pasó por su cabeza en el momento de la lesión? (“Se me fue la rodilla” “Es muy grave” “No es nada”)
8. ¿Pensó que la lesión era más grave o leve de lo que realmente fue?
9. ¿Continuó el entrenamiento, juego, competición, actividad, con normalidad luego de que sintió la molestia? ¿Lo finalizó?
10. ¿Conversó con alguien acerca de la molestia? (En caso de no ser evidente)
11. ¿Regresó a su casa con normalidad?
12. ¿Se automedicó?
13. ¿Recibió atención médica?

C-Después del diagnóstico

1. ¿Qué sensación, emoción, pensamiento tuvo en el momento del diagnóstico?
2. ¿Cómo lo hizo sentir?
3. ¿Qué acciones tomó?
4. ¿Cómo fue la sensación al escuchar que estaría fuera de actividad determinado tiempo?
5. ¿Qué actividades opcionales al deporte empezó a realizar después de la lesión?
6. ¿Qué actitud tomó usted ante ese diagnóstico?
7. ¿Buscó apoyo en alguna persona, grupo o institución?
8. ¿Qué tanto le afectó la lesión en su vida cotidiana?
9. De 1 a 10, ¿qué tanta importancia tuvo la lesión en su vida? ¿Y por qué?
10. ¿Cree que la lesión le ocurrió por alguna razón específica?
11. ¿Qué aspectos positivos rescata de esta situación?
12. ¿Qué sensación tuvo al pensar que volverá a la actividad en determinado tiempo?

Anexo 2. Inventario de estrategias de afrontamiento segun Tood.

PRESENTACION: El presente documento corresponde a la adaptación del instrumento creado por Tobyn, Holroyd, Reynolds y Kigal, en 1989 y adaptado por Cano, Rodríguez y García en el 2006. El propósito de este cuestionario es encontrar la forma en la que las personas deportistas se enfrentan a las lesiones deportivas y su tratamiento, así como de las reacciones y sentimientos alrededor de ésta. Forma parte de la investigación: “Estrategias de afrontamiento que desarrollan atletas universitarios ante una lesión deportiva: un estudio desde la Psicología Deportiva”, para ver más detalles de este, puede revisar el documento del consentimiento informado.

DATOS GENERALES

Edad: _____ años

Género: 1) Masculino 2) Femenino 3) Otro

Carrera que estudia actualmente:

Año de carrera que cursa:

Equipo representativo del que forma parte:

Tipo de lesión:

¿Hace cuánto ocurrió la lesión?

- 1) Menos de un mes
- 2) Más de un mes
- 3) Más de 3 meses
- 4) Más de 6 meses

INSTRUCCIONES:

Piense durante unos minutos en una situación donde le ocurrió una lesión deportiva, que haya sido muy estresante para usted en el último año. Por estresante se entiende una situación que causa problemas, le hace sentirse mal o es difícil enfrentarse a ella.

Por favor, describa dicha situación en el espacio en blanco de esta página. Escriba qué ocurrió e incluya detalles como el lugar, quién o quiénes estaban implicados, por qué le dio importancia y qué hizo usted.

No se preocupe por la redacción, sólo escríbala tal y como se le ocurra.

Continúe escribiendo por detrás si es necesario.

Inventario de Estrategias de Afrontamiento

1	Luché para resolver el problema (la lesión)	0	1	2	3	4
2	Me culpé a mí mismo/misma	0	1	2	3	4
3	Dejé salir mis sentimientos para reducir el estrés	0	1	2	3	4
4	Deseé que la situación (lesión) nunca hubiera pasado	0	1	2	3	4
5	Encontré a alguien que escuchó mi problema	0	1	2	3	4
6	Repasé el problema (la lesión) una y otra vez en mi mente y al final logré ver las cosas de una forma diferente	0	1	2	3	4
7	No dejé que me afectara, evité pensar demasiado en ello	0	1	2	3	4
8	Pasé algún tiempo solo/sola	0	1	2	3	4
9	Me esforcé para resolver los problemas de la situación (lesión)	0	1	2	3	4
10	Me di cuenta de que era personalmente responsable de mis dificultades (la lesión) y me lo reproché	0	1	2	3	4
11	Expresé mis emociones, lo que sentía	0	1	2	3	4
12	Deseé que la situación (lesión) no existiera o que, de alguna forma, terminase	0	1	2	3	4
13	Hablé con una persona de confianza	0	1	2	3	4
14	Cambié la forma en que veía la situación para que las cosas no parecieran tan malas	0	1	2	3	4
15	Traté de olvidar por completo el asunto (lesión)	0	1	2	3	4
16	Evité estar con gente	0	1	2	3	4
17	Hice frente al problema	0	1	2	3	4
18	Me criticqué por lo ocurrido	0	1	2	3	4
19	Analiqué mis sentimientos y simplemente los dejé salir	0	1	2	3	4
20	Deseé no encontrarme nunca más en esa situación (la lesión)	0	1	2	3	4
21	Dejé que mis amigos me apoyaran	0	1	2	3	4
22	Me convencí de que las cosas no eran tan malas como parecían	0	1	2	3	4
23	Quitó importancia a la situación (lesión) y no quise preocuparme más	0	1	2	3	4
24	Oculté lo que pensaba y sentía	0	1	2	3	4
25	Supe lo que había que hacer, así que multipliqué mis esfuerzos y traté con más ímpetu de hacer que las cosas funcionaran	0	1	2	3	4
26	Me recriminé por permitir que el problema (la lesión) ocurriera	0	1	2	3	4
27	Dejé desahogar mis emociones	0	1	2	3	4
28	Deseé poder cambiar lo que había sucedido	0	1	2	3	4
29	Pasé algún tiempo con mis amigos	0	1	2	3	4
30	Me pregunté que era realmente importante y descubrí que las cosas no estaban tan mal después de todo	0	1	2	3	4
31	Me comporté como si nada hubiera pasado	0	1	2	3	4
32	No dejé que nadie supiera como me sentía	0	1	2	3	4
33	Mantuve mi postura y luché por lo que quería	0	1	2	3	4
34	Fue un error mío, así que tenía que sufrir las consecuencias	0	1	2	3	4
35	Mis sentimientos eran abrumadores y estallaron	0	1	2	3	4
36	Me imaginé que las cosas podrían ser diferentes	0	1	2	3	4
37	Pedí consejo a un amigo o familiar	0	1	2	3	4
38	Me fijé en el lado bueno de las cosas	0	1	2	3	4
39	Evité pensar o hacer nada	0	1	2	3	4
40	Traté de ocultar mis sentimientos	0	1	2	3	4

Anexo 3. Consentimiento informado

Fecha: enero 2018

Version:1

Consentimiento informado.

Dirigido a los participantes de la investigación:

“Estrategias de afrontamiento que desarrollan atletas universitarios ante una lesión deportiva: un estudio desde la Psicología Deportiva”

Usted ha sido invitado a participar del estudio denominado “Estrategias de afrontamiento que desarrollan atletas universitarios ante una lesión deportiva: un estudio desde la Psicología Deportiva”, el cual corresponde al proceso de investigación de la Bachiller Marianela Redondo Díaz como parte de su proyecto final de graduación para optar al grado de Licenciatura en Psicología de la Universidad Nacional, y bajo la tutoría y supervisión de la Licenciada Paula Cubillo Segura.

A continuación, se explica el propósito y características de esta. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

¿Cuál es el propósito y alcances del estudio?

La investigación busca analizar las estrategias de afrontamiento que utilizan los atletas pertenecientes a equipos representativos de la Universidad de Costa Rica (UCR) y la Universidad Nacional (UNA) cuando sufren de una lesión deportiva. Esto con el fin de identificar los factores tanto físicos como psicológicos que se dan durante la aparición de la lesión, retomando las creencias, comportamientos y emociones que tiene el deportista durante su proceso de recuperación.

Esta información será de gran beneficio para comprender mejor el proceso de rehabilitación de la lesión deportiva en estudiantes universitarios y así enfocarse en las necesidades particulares para su atención en un futuro.

¿Quiénes pueden participar de este estudio?

Los participantes en esta investigación serán estudiantes universitarios, mayores de 18 años, que pertenezcan al menos hace un año a un equipo deportivo de carácter representativo de la Universidad Nacional (UNA) o de la Universidad de Costa Rica (UCR) y que han sufrido una lesión deportiva

leve o moderada, que haya generado incapacidad actividad física en un lapso de un mes a tres meses. Su participación en el equipo debe haber sido activa, entrenar al menos 2 horas, tres veces por semana antes de la lesión. Se espera la participación de al menos 100 atletas universitarios.

¿Cuáles son los procedimientos que se desarrollaran durante este estudio?

- La investigación implica la aplicación de un cuestionario sobre estrategias de afrontamiento a 100 deportistas universitarios, el cual, puede ser completado en aproximadamente treinta minutos. El cuestionario incluye preguntas con respecto a sus reacciones y emociones ante una situación de estrés, en este caso particular ante la lesión deportiva.
- Posteriormente, se contactará a 10 deportistas universitarios que hayan completado el cuestionario y que estén dispuestos a profundizar en la información referente al proceso de recuperación de la lesión deportiva y aspectos generales sobre su historia deportiva. Para esto se realizará una entrevista de aproximadamente hora y media de duración donde la persona tendrá la oportunidad de expresar con más detalle aspectos relevantes del proceso de aparición y recuperación de la lesión.
- Al finalizar el proceso de investigación se le proporcionará a los participantes interesados los resultados con relación a las estrategia de afrontamiento que utiliza mayoritariamente, por medio de correo electrónico. Además, los datos generales del estudio se presentarán en una conferencia abierta al público a la cual se notificará previamente y podrá asistir en caso de querer conocer los resultados totales.
- La participación en este estudio es voluntaria. La persona puede retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto le genere ningún inconveniente posterior.

¿Cuáles son los posibles riesgos de la participación en el estudio?

La participación en este estudio no conlleva ningún riesgo explícito, sin embargo, si se presentara alguna incomodidad o molestia por los temas abordados, ya sea en el cuestionario o durante la entrevista, usted puede acercarse a la investigadora y comunicárselo. En caso de requerir algún tipo acompañamiento psicológico por las incomodidades que eventualmente le pudiera alguno de los temas del estudio, se realizara una referencia al departamento de psicología de la respectiva universidad.

¿Cuáles son los posibles beneficios de la participación del estudio?

Como resultado de la participación de este estudio, los participantes podrán reflexionar y conocer sobre el estilo y estrategias psicológicas que emplean para afrontar una situación de estrés, como la producida ante una lesión deportiva. Este tipo de información permite a la persona conocerse mejor a sí misma y tener una mayor claridad y control ante situaciones adversas o estresoras en su vida cotidiana.

Además, su participación permitirá analizar a nivel colectivo cuales son las principales estrategias de afrontamiento que utilizan los atletas universitarios, y las características del proceso de aparición y recuperación de la lesión deportiva. Esto podrá ser un insumo relevante para el personal de salud que atiende a los jóvenes deportistas, de tal forma que se aborde no solo la lesión a nivel físico, sino que se consideren los factores psicológicos que los universitarios experimentan durante el proceso de recuperación. Esto permitirá un abordaje más integral del deportista y por consiguiente un aporte al mejoramiento del rendimiento deportivo luego de una lesión. De esta forma también ayudará a futuros deportistas que sufran una lesión, pues las universidades contarán con información particular sobre sus estudiantes deportistas y las estrategias de afrontamiento que utilizan.

¿Qué pasará con los resultados?

Los datos recolectados en esta investigación serán utilizados únicamente con fines académicos. Cualquier información que usted brinde será manejada de manera confidencial, resguardando el anonimato de los participantes. Los datos del cuestionario serán codificados y se les asignará un número o código, con el fin de que no se conozca la identidad del participante. En caso de hacer referencia a información recolectada en la entrevista se utilizará un nombre ficticio. Solamente la investigadora y el equipo asesor de investigación tendrá acceso para verificar los registros o datos.

Los resultados podrán ser usados en otras investigaciones relacionadas con la temática y ser publicados en un informe de investigación o un artículo científico.

CONSENTIMIENTO

- He leído y/o me han leído la información, sobre los propósitos, procedimientos, riesgos y beneficios de formar parte de este estudio, antes de firmar.
- He hablado con la investigadora y me ha contestado todas mis preguntas en un lenguaje entendible para mí.
- Participo en este estudio de forma voluntaria.

- Tengo el derecho a negarme a participar, sin que esto me perjudique de manera alguna.
- Puedo retirarme cuando guste del estudio.
- Mi participación en este estudio es confidencial.
- Para cualquier pregunta puede llamar a la encargada del estudio: Marianela Redondo, a los siguientes números telefónicos: 8763-2107 o al correo nelard07@gmail.com, o a la supervisora de la investigación: Paula Cubillo, teléfono 89225581, correo electrónico paulacuse@gmail.com, o llamar a la Escuela de Psicología de la UNA al: 25626775.
- Usted también puede consultar sobre los derechos de los sujetos participantes en proyectos de investigación en la Ley Reguladora de Investigación Biomédica. Cualquier consulta adicional puede realizarla al Comité Ético Científico de la Universidad Nacional al teléfono 2277-3515, los días lunes, miércoles, y viernes por la mañana (8 a 12 md.) o martes y jueves por la tarde (1 a 5 p.m.).
- He recibido una copia de este consentimiento para mi uso personal.

Nombre, cédula y firma de quien participa

Fecha y hora

Nombre, cédula y firma del testigo

Fecha y hora

Nombre, cédula y firma de la investigadora que solicita el consentimiento

Nombre, cédula y firma de la supervisora.

Anexo 4. Sistematización de entrevista cognitiva

Figura 6.

Sistematización de entrevista Cognitiva.

Reactivo	Problema	Sujetos	Descripción de los cambios
15	Considera que la pregunta está de más, ya que es imposible olvidar un asunto que traiga dolores o consecuencias físicas	1	Se mantiene el reactivo.
25	Se señala que el reactivo no es comprensible, pues la palabra ímpetu no es considerada de uso común o coloquial	1	Se mantiene el reactivo.

Anexo 5. Diferentes modificaciones realizadas al inventario.

Figura 7.

Modificaciones realizadas al inventario

Instrucción inicial	Cambio	Instrucción modificada
Piense durante unos minutos en un hecho o situación que ha sido muy estresante para usted en el último mes	Reconfigurar la instrucción para dirigirla hacia la lesión	Piense durante unos minutos en una situación donde le ocurrió una lesión deportiva, que haya sido muy estresante para usted en el último año
Ítems: 1, 4, 6, 9, 10, 12, 20, 23, 26 incluían instrucciones más globales, por ejemplo: “Luché para resolver el problema” “Deseé no encontrarme nunca más en esa situación”	Incluir en paréntesis la palabra “lesión”, con el objetivo de centralizar la escala en relación al objeto de estudio	“Luché para resolver el problema (la lesión)” “Deseé no encontrarme nunca más en esa situación”