

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

Tesis de grado

Elementos psicológicos presentes en procesos de rehabilitación de futbolistas de alto rendimiento competitivo. Un estudio de caso de tres jugadores de primera división de Costa Rica, desde la perspectiva de la psicología del deporte

Trabajo final de graduación sometido a consideración del Tribunal Examinador para optar por el grado de licenciatura en Psicología

Tutora: M.Ag. Celia Víquez Rojas

Sustentante: Melisa Porras Brenes

Campus Omar Dengo, Heredia, Costa Rica

Setiembre 2024

TÍTULO DEL TRABAJO


Elementos psicológicos presentes en procesos de rehabilitación de futbolistas de alto rendimiento competitivo. Un estudio de caso de tres jugadores de primera división de Costa Rica, desde la perspectiva de la psicología del deporte

Sustentante


Melisa Porras Brenes

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. Luis Diego Salas Ocampo
Representante de la decanatura de la Facultad de Ciencias Sociales

.....
Ph.D Santiago Sarceño Barquero
Representante del director a.i.
de la Escuela de Psicología


.....
M.Ag. Celia Víquez Rojas
Tutora


.....
M.Sc. Héctor Fonseca Schmidt
Lector


.....
Melisa Porrás Brenes
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.
Heredia, Costa Rica

Índice

RESUMEN	vii
AGRADECIMIENTOS.....	viii
INTRODUCCIÓN.....	ix
CAPÍTULO I.....	1
EL PROBLEMA Y SU IMPORTANCIA.....	1
1.1 Antecedentes.....	1
Primera línea de abordaje: factores psicológicos inmersos en la lesión deportiva	3
Segunda línea de abordaje: la prevención de la lesión.....	6
Tercera línea de abordaje: la rehabilitación tras la lesión deportiva.....	8
1.2 Justificación	12
1.3 Presentación del problema de investigación.....	19
1.4 Objetivos de investigación.....	22
1.4.1 Objetivo general.....	22
1.4.2 Objetivos específicos.....	22
CAPÍTULO II.....	23
CONSTRUCCIÓN TEÓRICA DEL OBJETO DE ESTUDIO.....	23
2.1 Referente conceptual: psicología del deporte	23
2.1.1 Enfoques de la psicología del deporte.....	24
2.2 La lesión deportiva y su clasificación.....	25
2.3. Factores psicológicos y situacionales implicados en la lesión deportiva	28
2.3.1 El estrés y la lesión deportiva.....	39
2.4 Modelos explicativos del proceso psicológico de la lesión deportiva	39
2.4.1 Modelo de prevención de lesión deportiva. Modelo de estrés y lesión de Williams y Andersen (1998).....	40
2.4.2 Teoría cíclica afectiva de Heil (1993).....	41
2.4.3 El modelo de la valoración cognitiva de las respuestas frente a las lesiones deportivas de Brewer (1994).....	44
2.4.4 Modelo integrado de la respuesta psicológica a la lesión y al proceso de rehabilitación (Wiese-Bjornstal, Smith, Shaffer y Morrey, 1998).....	45

2.4.5 Modelo global psicológico de las lesiones deportivas (Olmedilla y García-Mas, 2009).....	49
2.6 El proceso de rehabilitación y sus características.....	64
CAPÍTULO III	67
MARCO METODOLÓGICO	67
3.1 Descripción del enfoque y diseño de investigación.....	67
3.2 Procedimientos para la selección de participantes.....	70
3.3 Técnicas de recolección de la información.....	72
3.4 Técnicas para la sistematización y análisis de la información.....	73
3.5 Procedimiento para el desarrollo de la investigación	75
3.6 Criterios para garantizar la calidad de la información.....	77
3.7 Consideraciones éticas para la protección de los participantes de la investigación ...	78
CAPÍTULO IV	79
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS	79
4.1 Perfil general de los participantes.....	79
4.2 Principales hallazgos.....	81
CAPÍTULO V.....	130
CONCLUSIONES.....	130
CAPÍTULO VI	137
RECOMENDACIONES	137
BIBLIOGRAFÍA	145
ANEXOS	157
Anexo 1	157
Cronograma de actividades.....	157
Anexo 2.....	158
Consentimiento informado.....	158
Anexo 3.....	160
Guía de entrevista a los jugadores de fútbol.....	160
Anexo 4.....	167
OPINIÓN DE EXPERTO EN TRIANGULACIÓN	167
Entrevista al psicólogo del deporte.....	167

Índice de figuras

Figura 1. Versión revisada del modelo de estrés y lesión	41
Figura 2. Teoría cíclica afectiva	44
Figura 3. Factores que inciden en la valoración cognitiva	45
Figura 4. Modelo integrado de la respuesta a la lesión deportiva y el proceso de rehabilitación.....	48
Figura 5. Modelo global psicológico de las lesiones deportivas	50

Índice de tablas

Tabla 1. Criterios de inclusión y exclusión para la selección de los participantes.....	71
Tabla 2. Categorías de análisis	74

RESUMEN

En el contexto costarricense, el fútbol desempeña un rol central tanto a nivel cultural como deportivo, por ser el deporte más practicado y difundido, y el que recibe mayor atención y presupuesto, tanto de la Federación Nacional como de la inversión privada. La alta competición en este deporte exige que los deportistas mantengan un rendimiento máximo para alcanzar logros y metas, lo que conlleva la aparición de lesiones deportivas que interrumpen, de manera momentánea o prolongada, la actividad profesional.

Esta investigación se enfoca en explorar y analizar cómo un grupo de jugadores de fútbol de primera división de Costa Rica vivencia las lesiones deportivas graves, profundizando en la dimensión psicológica a través de sus emociones, cogniciones y conductas. Se evidencia la relación directa entre la afectación física y los múltiples elementos psicológicos que median durante el proceso de rehabilitación de estos atletas.

El estudio toma en cuenta aspectos intrínsecos del deportista, como la personalidad, estrategias de afrontamiento y características individuales, así como aspectos extrínsecos como el apoyo familiar, el equipo médico, los entrenadores, compañeros de equipo, y la situación socioeconómica, considerando al atleta como un ser integral.

Utilizando una metodología cualitativa y el método de estudio de casos, esta investigación se basa en las experiencias vivenciales de tres jugadores de primera división costarricense que enfrentan una lesión deportiva grave. A través de entrevistas en profundidad, se recaba información sobre cómo estos jugadores transitan por la lesión y su proceso de recuperación, el cual implica un retiro temporal de la práctica deportiva.

El objetivo de esta investigación es generar conocimiento no solo para verificar si los postulados teóricos de la psicología del deporte sobre la rehabilitación de lesiones se reflejan en las experiencias de los deportistas, sino también para destacar la dimensión humana de estos atletas. Se busca resaltar que son personas que enfrentan una multitud de sentimientos, emociones y miedos, los cuales son inherentes a su ser y determinantes para una rehabilitación exitosa.

Proporciona, además, una perspectiva integral que subraya la importancia de un enfoque que combine el tratamiento físico con el apoyo psicológico, con el fin de mejorar la recuperación y el bienestar general de los futbolistas lesionados.

Palabras claves: fútbol profesional, lesión deportiva, elementos psicológicos, proceso de rehabilitación.

AGRADECIMIENTOS

Este logro es el resultado de un viaje largo y desafiante, y no habría sido posible sin el apoyo incondicional de quienes me acompañaron en el camino. Quiero comenzar agradeciendo profundamente a Alfonso, cuya confianza y respaldo inquebrantables me dieron la fuerza para creer que este objetivo de vida era alcanzable. Gracias por estar a mi lado en cada paso, por cada palabra de aliento y por creer en mí incluso en los momentos en que yo dudaba.

A todas aquellas personas que, en algún momento, me animaron a continuar, me brindaron su apoyo y extendieron su mano para ayudarme en lo que fuera necesario, les debo una gratitud inmensa. Su aliento fue fundamental para que no me rindiera.

Un agradecimiento especial a Luis Valerio (Luigi), por ser una pieza clave en la realización de esta investigación. Tu apoyo y colaboración fueron trascendentales para que este trabajo viera la luz.

Quiero también expresar mi más sincero agradecimiento a los participantes de la investigación, quienes con valentía y generosidad abrieron sus corazones para compartir sus sentimientos y experiencias de vida. Sin su disposición para colaborar, este estudio no habría sido posible.

A mi tutora y lectores, gracias por aceptar este reto y guiarme con paciencia y sabiduría a lo largo del proceso. Su orientación y apoyo fueron determinantes para la culminación de esta tesis.

Por último, y sobre todo, agradezco a Dios por darme la fuerza necesaria para no desfallecer ante los retos y obstáculos que se presentaron a lo largo de este viaje. Su presencia me sostuvo en los momentos difíciles y me permitió llegar hasta aquí, dando este paso final en una meta de gran importancia para mi vida.

Con todo mi corazón, gracias a todos.

"Nunca es demasiado tarde para ser lo que podrías haber sido". – George Eliot.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación iniciará con una exploración exhaustiva sobre los antecedentes que engloban la importancia del deporte en la cotidianidad del ser humano; así como la prevalencia y alcance particular que tiene la práctica del fútbol a nivel mundial, y en particular en Costa Rica.

Sucesivamente se adentrará en explicaciones acerca de lo que es la lesión deportiva como incidencia propia de la práctica del deporte, así como su relevancia; con el fin de relacionar directamente este evento con la práctica del fútbol: área de interés de la investigación.

Conjuntamente, se expone acerca de la historia de la psicología del deporte, y sus diferentes líneas de abordaje dentro del acontecer deportivo general; para posteriormente centrarse en la práctica del fútbol. Será pertinente ahondar sobre esta área de abordaje de la psicología, ya que constituye el marco referencial que sustenta este estudio, valiéndose, sobre todo, de aquellos modelos y propuestas que autores destacados en la materia hacen con respecto a la lesión deportiva, y al proceso de rehabilitación que la acompaña; esto para comprender aquellas respuestas psicológicas, parte inaudible de este tipo de incidencia en los deportistas. Esta fundamentación teórica permitirá validar los posteriores hallazgos que el trabajo práctico aporte.

Según lo propuesto como eje central que mueve el interés de esta investigación, se busca analizar los elementos psicológicos asociados a los procesos de rehabilitación en un grupo de futbolistas de primera división de Costa Rica, quienes atraviesan por una lesión deportiva grave. Adentrándose específicamente en describir cómo llevan el proceso de la fase de duelo, parte esperable de la respuesta emocional que estos atletas generan posterior al evento traumante que les significa la lesión; además, se propone explorar la valoración cognitiva que estos elaboran acerca de su afectación y proceso de rehabilitación, a partir de aspectos intrínsecos de su personalidad como la autoestima, la autoeficacia y la autoconfianza. Por último, se adentrará en identificar aquella respuesta conductual que evidencian los deportistas por medio de aspectos como la ansiedad, su estado de ánimo

durante el proceso y la motivación con la que cuentan frente al reto que les representan la lesión y su proceso rehabilitador.

Los objetivos que motivan el desarrollo de este trabajo investigativo se abordarán a partir de una metodología cualitativa, que busca adentrarse a profundidad y de manera subjetiva en las vivencias personales de cada uno de los participantes. Por lo cual se instrumenta el método de estudio de caso, dado que este, justamente, permite acceder de manera más recóndita a los sentimientos, emociones, y conductas; parte del universo de lo psicológico que gira alrededor del deportista, y que tendrá una expresión particular en ese momento circunstancial de la lesión deportiva grave.

La forma de conocer estas diferentes respuestas psicológicas, esperables dentro de lo que acontece psicológicamente al jugador al transitar por la incidencia de la lesión deportiva, no podría ser otra que el instrumento de la entrevista a profundidad, la cual permite a los participantes expresarse de manera libre; encaminados solo por ciertas preguntas faro, pero siempre dejando fluir sus ideas, sentimientos y emociones.

Los hallazgos de esta investigación son trascendentales para darle validez al ser humano que hay detrás de la “máquina de resultados” que se supone, dentro del mundo deportivo, debe ser el atleta. Validar y exponer el acontecer psicológico con el que conviven los deportistas durante este evento traumante que les simboliza la lesión deportiva grave, los miedos y expectativas que conlleva, permite visualizar un poco cómo es este proceso específicamente en jugadores de fútbol profesional en nuestro contexto costarricense, donde el deporte del fútbol masculino tiene un papel en la construcción subjetiva y social de alcance particular.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA Y SU IMPORTANCIA

1.1 Antecedentes

Es importante iniciar por señalar cómo, en la última década, se ha hecho más notorio el interés por realizar estudios en los que se incorpore la psicología del deporte y su campo de acción en todas las disciplinas deportivas. Cabe considerar que una de las áreas en las que esta ha tenido mayor participación es la del fútbol, debido a que es la actividad deportiva que, a nivel mundial, posee más popularidad y, por ende, recibe una mayor inversión de recursos económicos.

En el caso de Costa Rica, la psicología del deporte, de acuerdo con las investigaciones revisadas para estos efectos, no ha presentado un avance significativo en comparación con otros países donde este ámbito psicológico evidencia un mayor desarrollo. Sin embargo, gracias a la influencia de estudios desarrollados en Estados Unidos y España, es posible identificar cómo ha comenzado a tomar fuerza, considerando los alcances y beneficios prácticos que dicha rama de la psicología tiene para el deporte.

La presencia tímida de la psicología del deporte y sus diferentes aplicaciones en la práctica común del profesional en psicología costarricense es, en parte, lo que provoca el interés de este trabajo para profundizar acerca del tema. Una muestra de esto se evidencia en el proceso de revisión bibliográfica, al identificar que, en el contexto costarricense, la última indagación en la que se analiza el estado de la psicología del deporte data de 1989. Ese estudio, desarrollado por Cortés (1989) bajo el título *Perspectivas de desarrollo de la psicología del deporte en Costa Rica*, claramente está fuera del rango cronológico para ser válido en la actualidad.

Otras investigaciones nacionales, como la de Duarte y Anderson (2013), se centraron en examinar las lesiones que generalmente sufren los deportistas universitarios. Aun cuando su estudio se enfoca en el aspecto previamente indicado, los autores realizan un aporte de valor con respecto al trabajo que puede realizarse para la recuperación de las lesiones, señalando que los programas de autocuidado han demostrado favorecer la prevención de los déficits y refuerzan los hábitos positivos de autocuidado; brindando así educación, orientación y acompañamiento. De manera que el abordaje desde lo individual en estos aspectos con el jugador puede propiciar mejoras en las relaciones interpersonales, tanto entre compañeros de equipo como con su respectivo cuerpo técnico. La labor que puede hacerse para fomentar el autocuidado y la mejora en los aspectos emocionales de los atletas lesionados generará un impacto positivo en su proceso de recuperación.

Asimismo, cabe considerar los estudios llevados a cabo por Molina y Jiménez (2017) y Meoño (2019), los cuales evidencian que, por sus características, existen deportes que presentan mayor incidencia de lesiones en las personas que los realizan: el fútbol, fútbol sala y volibol se señalan como los que presentan una mayor prevalencia.

Por otra parte, de acuerdo con lo revisado y consultado en cuanto a la existencia de investigaciones asociadas directamente con esta propuesta investigativa, en el ámbito del fútbol nacional no se encontraron trabajos que puntualicen en específico el tema o, al menos, no en el contexto costarricense y con la población particular seleccionada.

Autores como Almeida, Olmedilla, Rubio y Palou (2014), por su parte, sí exponen en investigaciones, como la titulada “La psicología en el reino de las lesiones deportivas: de qué se está hablando”, que las lesiones deportivas están estrechamente ligadas con la actividad física, el deporte y la parte psicológica. Muchas explicaciones tradicionales y los procesos de análisis que generalmente se ejecutan al respecto hacen referencia a las lesiones como el resultado de fuerzas biomecánicas ejercidas sobre el cuerpo, básicamente. Esa perspectiva hace creer que la persona deportista no es más que un contenedor de piezas que se dañan y requieren ser reparadas. Sin embargo, en propuestas con abordaje más integral de la lesión, la psicología del deporte surge con el propósito de cambiar esa visión;

al plantear que el deportista tiene mucha importancia tanto en el padecimiento como en el proceso de recuperación. Los estudios de psicología han demostrado que la lesión en sí misma se convierte en una condición estresante (Wiese-Bjornstal, 2010), que afecta emocionalmente las respuestas cognitivas y conductuales. Además, que tal condición interactúa con otros factores personales y psicosociales (personalidad, historial de lesiones previas, edad, sexo, atleta, rehabilitación asociación de equipo; ver Brewer *et al.*, 2007).

Por otra parte, investigaciones concernientes a la fase posterior a la lesión han examinado variables como la tolerancia al dolor (McGuire *et al.*, 2006), percepciones catastróficas (Campbell y Edwards, 2009), estado de ánimo (Appaneal, Levine, Perna y Roh, 2009; Olmedilla, Ortega y Gómez, 2014), el apoyo social (Robbins y Rossenfeld, 2001) y cómo estas pueden mediar en la adherencia al programa de rehabilitación (Brewer *et al.*, 2000) y a los comportamientos del atleta relacionados con la reanudación de la actividad deportiva (Podlog, Dimmock y Millar, 2011).

Tales investigaciones promueven una perspectiva psicológica de la lesión deportiva, revisando los modelos psicológicos que se han propuesto tanto para la fase de prelesión como para la de postlesión. Además, le dan pertinencia y validez a la necesidad de profundizar sobre el tema en cuestión; en particular en el contexto deportivo costarricense.

Lo hallado lleva a destacar tres líneas de abordaje de la psicología del deporte. La primera se dirige hacia la evaluación de las características y factores psicológicos del atleta inmersos en la lesión deportiva; la segunda es más orientada a la prevención de las lesiones, y la tercera se enfoca en la rehabilitación de la lesión desde lo psicológico propiamente.

Primera línea de abordaje: factores psicológicos inmersos en la lesión deportiva

La evidencia empírica indica que los factores psicológicos parecen desempeñar un papel trascendente en la ocurrencia y en la recuperación de la lesión. Buceta (2008) comprueba cómo las lesiones deportivas generan afectación en la persona deportista tanto en un nivel personal como en sus relaciones sociales. Este es un aspecto de relevancia, si se

considera que el individuo se encuentra en una situación angustiante, al requerir el apoyo y soporte de su familia o de personas allegadas, para completar actividades básicas de la vida diaria. Olmedilla y García-Mas (2009) plantean que, si bien es identificable el vínculo entre los factores psicológicos y las lesiones deportivas, existe una dispersión de los datos y las teorías que subyacen a los procesos investigativos relacionados; razón por la cual los autores hablan de la necesidad de generar un modelo global psicológico de las lesiones deportivas (MGPsLD). Desde su perspectiva, la falta de un modelo explicativo provoca que no se encuentren datos objetivos acerca de la incidencia, la prevalencia, el impacto sobre la salud, la marca social-laboral y la recuperación de las lesiones deportivas.

Según estos autores, a partir de un modelo unificado podrían ser más claras y precisas las estrategias por emplear por parte los profesionales en psicología del deporte; así lograrían que el deportista desarrolle una actitud realista y positiva hacia su proceso de recuperación.

Por otro lado, Olmedilla y García (2009), Olmedilla, Ortega, Abenza y Boladeras (2011), Shrier y Hallé (2011), Prieto, Ortega, Garcés de los Fayos y Olmedilla (2014), Rubio, Pujals, De la Vega, Aguado y Hernández (2014), García-Mas, Pujals, Fuster-Parra, Núñez y Rubio (2014), González, Moo y Olmedilla (2017) exponen que las lesiones físicas sufridas por los deportistas afectan distintos ámbitos de la su vida; con base en esto, identifican factores psicológicos que tienen estrecha relación con esas lesiones. Los autores determinaron que las variables psicológicas con mayor peso para los deportistas analizados en sus investigaciones son el autocontrol, el autoconocimiento psicofisiológico y emocional, la motivación de logro, la motivación orientada al éxito, la autoconfianza, la autoestima, la personalidad resistente, la ansiedad competitiva, la autoeficacia percibida, el sistema de creencias, las actitudes, la percepción de conductas de riesgo, la percepción del apoyo social, las estrategias de afrontamiento y, de manera importante, el estrés, entre algunas otras.

Prieto, Ortega, Garcés de los Fayos y Olmedilla (2014) ejemplifican claramente cómo los factores básicos de la personalidad influyen en el deportista a la hora de

lesionarse y, a su vez, cómo estos representan un aspecto básico de trabajo para la recuperación, indicando el estudio de los elementos básicos de la personalidad como variables clave en la comprensión de los factores que influyen en la vulnerabilidad del deportista a lesionarse, y conocer cómo actúan estos podría posibilitar programas de prevención más específicos desde una intervención no solo psicológica, sino multidisciplinar.

Baldi, Florentino y Sabbadini (2011), García (2000), Williams y Straub (1991) ponen en perspectiva que el deportista, ante todo, es un ser humano; razón por la cual los factores psicológicos y las características personales influyen no solo en el rendimiento que este pueda tener en las distintas actividades realizadas, sino también en su desarrollo personal. A partir de esto, los autores evidencian que los deportistas, desde el trabajo emprendido por medio de la psicología del deporte, pueden desarrollar estrategias mentales favorecedoras de su control emocional y su capacidad para regular de forma consciente las emociones que se presenten. Cabe mencionar que se señalan los efectos psicológicos derivados de la práctica deportiva (recreativa o de alto rendimiento), los cuales pueden ser tanto positivos (reducción de la ansiedad, mejora de la autoestima y la autoconfianza) como negativos (trastornos alimentarios, estrés elevado, agarrotamiento muscular).

Por último, Fayos, Ruiz y Olmedilla (2010), Abenza, Olmedilla y Ortega (2010) plantean que, aun cuando las lesiones deportivas pueden tener un origen multifactorial, la influencia de los factores psicológicos en las lesiones puede verse reflejada en los procesos de recuperación y rehabilitación. De tal modo, los profesionales en psicología del deporte pueden implementar distintas estrategias tendientes a producir una mejora en las condiciones de vida de las personas deportistas. Los autores se centran en los elementos principales que relacionan las variables psicológicas con las lesiones, en el contexto del deporte. Utilizan, para sus fines, los modelos teóricos fundamentales que aún hoy siguen en tendencia, como el “modelo de estrés y lesión” de Andersen y Williams (1988). Señalan, además, algunos de los estudios que han sido referencia tanto en la vulnerabilidad a la lesión por factores psicológicos como en las consecuencias psicológicas de la propia lesión;

además, se refieren al aporte del abordaje psicológico por parte de un profesional en el proceso de rehabilitación (a través de entrenamiento psicológico específico para el atleta).

Específicamente Abenza, Olmedilla y Ortega (2010) exponen, en parte de sus propuestas, cómo conocer la influencia de las lesiones en la ansiedad, en la autoconfianza, en la evaluación del rendimiento hecha por terceros y en la concentración. Buscan dar una luz a los problemas metodológicos en este campo de estudio, valorando en específico a futbolistas, y valiéndose un cuestionario diseñado para este tipo de deportistas (“Cuestionario de características psicológicas relacionadas con el rendimiento deportivo en jugadores de fútbol”). Aparte de responder este instrumento, los futbolistas reportaron el número y el tipo de lesiones sufridas durante el último año de competición; el estudio arrojó que los futbolistas lesionados graves o muy graves tuvieron mayores niveles de ansiedad, menor autoconfianza y estaban más afectados por la evaluación de los otros que el resto de los jugadores.

Segunda línea de abordaje: la prevención de la lesión

Esta línea plantea la importancia de conocer por qué y cómo surgen las lesiones deportivas, con el fin de aprender acerca de la prevención y la recuperación efectiva como meta deseada para que el deportista no se demore en reiniciar su práctica. Muchos de los autores encontrados en torno a este asunto han contribuido a generar modelos psicológicos basados en la predicción de las posibles lesiones, demostrando una relación entre estrés de vida y el número de lesiones en la población deportiva.

Esta línea implica una focalización en la influencia de los factores psicológicos sobre la vulnerabilidad y la resistencia del deportista a lesionarse. Se tratan aspectos como la relación entre el estrés y la lesión deportiva, así como la intervención de diferentes situaciones estresantes (grandes cambios vitales y problemas cotidianos diarios) en la tendencia del deportista a lesionarse, con el objetivo de trabajar sobre ello para prevenir la lesión.

Palmi (2001), Aguirre (2019), Catalá y Peñacoba (2020) plantean que las lesiones deportivas representan un impacto emocional negativo sobre la persona deportista, lo que incide en la aparición de ansiedad somática, susceptibilidad al estrés, irritabilidad y autculpa. A partir de esto, los autores hacen formulaciones para desarrollar estrategias de prevención de las lesiones deportivas, desde la valoración de la psicología del deporte.

Cabe considerar lo destacado por Catalá y Peñacoba (2020): en el análisis del impacto emocional sufrido por los deportistas es importante tomar cuenta la importancia de la gestión emocional como un elemento trascendental para su proceso de recuperación; esta capacidad de afrontar situaciones no se refiere solo a la resolución práctica de los problemas, sino también a la capacidad de la gestión de las emociones y al control del estrés frente a la situación-problema. En este contexto, se comprenderá la gestión emocional como la capacidad para identificar y valorar las emociones (percepción emocional) así como de expresar y regular las emociones de uno mismo (gestión autoemocional) y las de los demás (gestión heteroemocional) (García *et al.*, 2013).

Lo anterior respaldará la necesidad de que las estrategias empleadas generalmente por los equipos, entrenadores o encargados (que suelen centrarse en el mejoramiento de las condiciones físicas o de recursos que usan los deportistas) incorporen aspectos preventivos que permitan reforzar positivamente los factores psicológicos asociados a dificultades en los procesos de recuperación de deportistas lesionados. Por ello, tras analizar las repercusiones de la lesión en el atleta, los estudiosos proponen programas para la prevención de lesiones, en los cuales se incluyen cuatro elementos: mejorar la formación de los técnicos, entrenar recursos psicológicos, planificar bajo objetivos realistas y mejorar los recursos técnicos del deportista. Además, hacen notar la influencia de la fatiga, la depresión y la tensión sobre la ocurrencia y gravedad de las lesiones deportivas.

Los mismos autores indicados plantean que el uso de estrategias de afrontamiento (reestructuración cognitiva, gestión emocional y control del estrés) ayudaría a que, cuando ocurran lesiones en los deportistas, estos puedan llevar mejor el proceso de recuperación.

Asimismo, se menciona que dichas estrategias pueden ser valiosas para la reducción de lesiones.

Pronosticar y prever, por tanto, son los fines de los planteamientos que proponen y desarrollan los autores de esta segunda línea, la cual pretende optimizar la vida deportiva del atleta y evitar, hasta donde sea posible, que se presente una lesión deportiva grave que lo aleje de su práctica y con ello todas las consecuencias psicosociales que el evento provoca.

Tercera línea de abordaje: la rehabilitación tras la lesión deportiva

Esta última línea de abordaje es de gran importancia para la presente investigación, pues se refiere a todo el universo de lo psicológico que envuelve al proceso de rehabilitación una vez que se presenta la lesión deportiva.

El aporte más significativo, a pesar de su antigüedad, es el modelo de la relación lesión-psicología (quizá la teoría más completa y explicativa de este fenómeno), presentado por Wiese-Bjornstal (1998). Propone, entonces, un modelo integrado de la respuesta psicológica a la lesión y al proceso de rehabilitación, que se sigue utilizando como esquema fundamental de trabajo hasta hoy. Este integra teorías basadas en el proceso de estrés, otras orientadas hacia el proceso de dolor y, por último, la valoración cognitiva. De acuerdo con ese modelo, la persona que sufre una lesión presenta una respuesta global que incorpora elementos emocionales y conductuales a los que se asocian los factores personales o situacionales y la apreciación cognitiva que luego realiza la persona. Se evidencia que el proceso de recuperación tiene una naturaleza dinámica, en la que las valoraciones cognitivas, emocionales y conductuales adquieren mucha importancia para rehabilitar a la persona lesionada.

Aunado a lo anterior, Wiese-Bjornstal (1998) defiende que un elemento adicional y que no puede pasar desapercibido es el estrés, por cuanto este tiene mucho vínculo con la lesión y el proceso de recuperación del deportista. Es por estos aspectos que el trabajo del

psicólogo deportivo enfoca su perspectiva en la minimización de las respuestas negativas que la persona lesionada presenta (tales como la negación y angustia), que, en gran medida, pueden mermar la respuesta de enfrentamiento. Gracias a esta, el deportista podrá ver la lesión desde otra óptica.

Los autores indicados plantean que las valoraciones cognitivas pueden afectar las emociones y estas a las conductas; simultáneamente, las emociones afectan a las conductas y ellas a las valoraciones cognitivas, por lo que las consecuencias psicológicas se relacionan con toda la experiencia de la lesión (Abenza, 2010). Con base en esto, de nuevo es claro el papel que puede desempeñar un psicólogo del deporte sobre estos aspectos claves de ser abordados; y sobre los cuales ahonda este trabajo investigativo (en cuanto su relevancia en el proceso de rehabilitación de los jugadores de fútbol de primera división).

Por su parte, Johnson (2009), Duque y González (2010), Pérez y Alvarado (2011), Álvarez (2014) y Ortega (2018) señalan varios puntos medulares de la rehabilitación, al estudiar los procesos psicológicos tras la lesión deportiva; aunque en poblaciones de deportistas de otras áreas (no relativas al fútbol) y niveles. Ellos enfatizan en estrategias de afrontamiento que utilizan los deportistas tras la lesión deportiva, intentando gestionar el estrés y la ansiedad que les pueda ocasionar separarse de la competición.

Sin alejarse de lo anterior, una noción en la que coinciden los autores yace en que, además de las dolencias físicas que puede generar una lesión deportiva, el deportista sufre de tensión, y esta afectación repercute, igualmente, en su entorno social más directo, que, en muchos casos, es el encargado de brindar apoyo y contención. Asimismo, destacan las diferentes variables psicológicas: cómo inciden en las lesiones deportivas (con lo que establecen los factores protectores pro-superación de dichas lesiones) y, finalmente, cómo proponer estrategias de afrontamiento frente a esas lesiones deportivas; tales estrategias son trascendentales en la recuperación de los deportistas postlesión.

Por otro lado, no se encontraron indagaciones dirigidas a analizar los procesos de rehabilitación de los profesionales del fútbol. Un acercamiento a la temática, desde otra

población de estudio, es el de Redondo (2020): *Estrategias de afrontamiento que desarrollan atletas universitarios ante una lesión deportiva: un estudio desde la psicología de deporte*, que también señala y pone en evidencia la poca atención que se ha dado en investigaciones a los procesos psicológicos inmersos en la práctica deportiva nacional y cómo se ha dirigido más la psicología del deporte al rendimiento deportivo. Redondo brinda una clara descripción del contexto deportivo universitario nacional, con atletas que presentan lesiones de leves a moderadas, e indica cómo el acompañamiento durante la lesión deportiva es inexistente. Esto pone al descubierto ese vacío del abordaje de la psicología en un campo sobresaliente del ámbito deportivo nacional. Dicho trabajo aporta un estado de la cuestión en el contexto costarricense y la necesidad de dar más relevancia a los procesos psicológicos tras una lesión deportiva, para otorgarle una atención integral y compañía al atleta, tal como lo pretende el presente estudio.

Muchas de las investigaciones revisadas comprueban que es necesario cambiar la perspectiva con la que se han realizado los procesos de trabajo con deportistas afectados por lesión, lo cual conduce a una dinámica de trabajo entre el psicólogo del deporte y la persona. El profesional en psicología debe reconocer que, más allá del dolor físico experimentado por el deportista, se presentan aspectos cognitivos, emocionales y conductuales que tienen trascendencia para su proceso de recuperación. Es por ello que, en una valoración general, destaca que las investigaciones revisadas proponen programas de intervención postlesional y evalúan las fases de inmovilización-movilización-periodo de recuperación-, de readaptación y de reentrenamiento. Esas propuestas sacan a relucir, de nuevo, los aspectos psicosociales en todo el análisis de la lesión deportiva, con especial énfasis en el apoyo social (del equipo médico, del deportivo y de la familia o los amigos) en los periodos de rehabilitación de la lesión deportiva. Además, aportan que las terapias psicológicas producen mejoras en el estado de humor de los atletas lesionados. Ligada a esto, la oportuna e integral intervención psicológica deportiva está probando producir procesos mucho más cortos y condensados de recuperación en atletas, que permiten, como meta ideal, reincorporar al deportista a la competición, en el menor tiempo posible.

En definitiva, aunque la psicología del deporte es relativamente joven (y más aún en el ámbito nacional), la importante producción científica ofrece a los psicólogos e investigadores interesados en ella un amplio rango de actuación, tanto en lo concerniente a la prevención como a la recuperación.

Tras todo el material consultado como referencia para conocer el estado de la cuestión, se observa que los elementos psicológicos asociados a los procesos de rehabilitación en futbolistas de alto rendimiento competitivo, quienes atraviesan por una lesión deportiva grave y en particular aplicándolo a un grupo de futbolistas de primera división de Costa Rica, no han sido abordados por investigaciones académicas de manera directa. Queda expuesto cómo las mismas indagaciones nacionales reflejan un vacío en la presencia de psicología del deporte en Costa Rica.

Si bien es cierto, en los últimos años varios equipos de fútbol de primera división y la Federación Nacional de Fútbol (Fedefútbol), en el trabajo particular con las selecciones y los seleccionados nacionales, han incentivado el abordaje de la parte psicológica en sus atletas –incorporando en algunos casos, dentro del equipo multidisciplinario, el trabajo de un profesional en psicología–, todavía no se le da el realce que tiene ese elemento psicológico en el acontecer del deporte nacional; aspecto que ya es tomado en cuenta en otros contextos; especialmente Europa y Estados Unidos. A propósito, esos abordajes internacionales, indudablemente, aportan muchos elementos empíricos que serán parte importante de la formulación teórica, robusta e integral necesaria para esta investigación. Estos dotarán de argumentos sólidos que propongan un abordaje de los aspectos psicológicos presentes en las lesiones deportivas ya aplicado al futbolista costarricense, con sus variables y peculiaridades. Los hallazgos que aporte este estudio pretenden servir de marco de referencia para potenciales nuevas propuestas investigativas, que coincidan con interés sobre la relación de lo psicológico y el deporte, en distintas prácticas deportivas nacionales.

1.2 Justificación

Tal como es bien conocido en la actualidad, el deporte en el mundo ha ido tomando cada vez más auge e importancia, no solo en términos competitivos, sino además en la búsqueda del mejoramiento del equilibrio físico y emocional de quienes lo practican. Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010) plantea que la práctica de algún deporte es uno de los aspectos clave que los estados deben fomentar en la población, considerando que el incremento en la actividad física brinda muchos beneficios para la salud.

El fútbol, por su parte, es uno de los deportes más populares alrededor del orbe, como se demuestra en el incremento constante de practicantes y personas espectadoras. En la actualidad, se sabe que unifica a 208 asociaciones y representa a 250 millones de jugadores federados, mujeres y hombres.

De acuerdo con Acosta *et al.* (2019), el fútbol es una de las actividades deportivas que mayor riesgo de lesión representan, debido a que requiere acciones de contacto en las que le exigen al cuerpo muchas demandas físicas y desajustes en el control motor del deportista. Con ello se propicia que, ante cada lesión, los practicantes se expongan a situaciones de vulnerabilidad que puede afectarles en las distintas esferas de su vida.

En Europa, el fútbol es responsable de entre un cuarto y la mitad de las lesiones que se registran (Tscholl *et al.*, 2007); la aparición de estas se caracteriza por ser multifactorial (algunos factores son de carácter extrínseco e intrínseco) y marcan su etiología. Los factores de riesgo intrínsecos se relacionan con las características biológicas o psicosociales individuales (edad, lesiones anteriores y rehabilitación inadecuada) y los de riesgo extrínsecos, con la metodología de entrenamiento, el equipamiento, la superficie de juego y variables vinculadas al ambiente (como las condiciones climáticas).

Las lesiones deportivas constituyen una de las patologías más frecuentes en traumatología deportiva, tanto entre aficionados como en profesionales del fútbol. Aunque

la mayoría son leves, un 10 % resulta grave y puede dejar secuelas. Entre un 25 % y un 30 % de los deportistas de alto rendimiento las padecen, en algún momento, a lo largo de su vida. En promedio, en una temporada, un equipo profesional de fútbol sufre una media de 20 lesiones musculares, según valoraciones generales realizadas por la Federación Internacional de Fútbol Asociación (FIFA) (Correa *et al.*, 2015).

Todo lo anterior pone en contexto no solo la trascendencia que tiene la práctica del fútbol mundialmente, sino también la incidencia de la aparición de lesiones deportivas en la práctica profesional y, por supuesto, el consecuente transitar por el proceso de rehabilitación que viene tras ella. Un ejemplo claro de esto lo demuestra un estudio realizado por la Unión de Asociaciones Europeas de Fútbol (UEFA), en la temporada 2020-2021; este relaciona datos de la aparición de las lesiones en jugadores profesionales con el contexto de pandemia de COVID-19 y la práctica del fútbol propiamente; así, se vislumbra una tendencia al alza en el número de lesiones posibles presentadas.

Tomando en cuenta un pronóstico sobre 4160 horas de partidos, las 36 846,7 horas de entrenamiento y usando la tasa de lesionabilidad aportada por la UEFA (de 22 lesiones cada 1000 horas en partidos y 3,9 lesiones cada 1000 horas de entrenamientos), el número total de lesiones esperable es 235,2. Sin embargo, la totalidad de lesiones producidas fue 263 a enero del 2021, lo que significa 27,8 lesiones más de lo previsto (supone un incremento de casi el 12 %).

El contexto de práctica del fútbol también fue afectado por momentos de crisis surgidos a raíz de la pandemia, denotando factores extraordinarios que pudieron alterar la incidencia de lesiones. Dichos factores tienen relación directa con los fines de este trabajo investigativo, por ser parte de lo que mueve al deportista; y se toman en cuenta dado que en ese momento afectaron la parte emocional y conductual de estos atletas. Factores tales como el desgaste y estrés mental por la exigencia del calendario y la situación creada por el coronavirus, así como el hecho de que muchos clubes atravesaron cambios socioeconómicos asociados al tema pandémico (pérdida de ingresos, reducciones de

sueldos, etc.) que alteraron el entorno de los deportistas, otro elemento que aporta tensión extra al estado psicológico de los atletas (UEFA, 2021).

Estos dos puntos son solo algunos de los que se mencionan en el estudio citado de previo, los cuales tienen un estrecho enlace con la parte psíquica del jugador. Ello permite colocarse ante el cuestionamiento de la relación de los factores psicológicos y la aparición de lesiones deportivas; a su vez, nace la interrogante de cómo tales factores psicológicos abordados integralmente podrían aportar un proceso más completo de rehabilitación del deportista, luego de atravesar la lesión.

Las lesiones deportivas contempladas por la psicología del deporte, y en especial por la psicología de las lesiones deportivas, han suscitado gran interés y trascendencia en los últimos años, orientadas al objetivo principal: prevenir y rehabilitar. De ahí se derivan otros secundarios, como reducir el número de lesiones y su gravedad, lograr recuperaciones rápidas y óptimas o prevenir recaídas y futuras lesiones. Este aspecto se evidencia con claridad en la aparición poco a poco del profesional de la psicología del deporte como parte del *staff* de los equipos de mayor relevancia a nivel mundial, dándoles la importancia del caso a los factores psíquicos del jugador del fútbol profesional y no solo quedándose, como anteriormente se hacía, en la parte física. Por su parte, la psicología aplicada en el área de las lesiones deportivas como tal se origina en una perspectiva empírica de los años 70, enfocada en el estudio de la relación entre variables psicológicas (personalidad, motivación, estrés psicosocial, atención, agresividad, estado de ánimo, etc.) y lesiones deportivas (prevención y recuperación).

La psicología del deporte ha ido tomando fuerza en países desarrollados, donde la práctica del fútbol es de gran alcance. En estas naciones se trabaja con el jugador más allá del rendimiento deportivo por méritos físicos; también se ha cuestionado el alcance de los elementos psicológicos en todos los ámbitos de la práctica deportiva. Sin embargo, no sucede así en Costa Rica; los alcances de la psicología del deporte aún son escasos o incipientes. Esto queda evidenciado tras revisar antecedentes de investigaciones a nivel nacional, que abordan temáticas al respecto.

Cuando se trata del análisis de las lesiones deportivas desde lo psicológico, la ruta se ha llevado más del lado de la prevención, pero no se enfatiza mucho en el proceso de rehabilitación propiamente, de acompañamiento al deportista que atraviesa la lesión deportiva grave en el momento, ni en todo el proceso psicológico inmerso en dicho trabajo.

En Costa Rica no se han abordado los elementos psicológicos asociados a los procesos de rehabilitación en atletas de alto rendimiento competitivo que atraviesan por una lesión deportiva grave, y es inexistente una propuesta específica investigativa en el caso de futbolistas de primera división nacional, como lo plantea esta investigación. Sobre esto, Pinnock (2007) plantea que en Costa Rica se da una alta incidencia de lesiones entre futbolistas de alto rendimiento, pero desafortunadamente no existe un registro sistemático en cuanto a la frecuencia y mecanismo de estas lesiones.

Los estudios realizados a nivel nacional aportan que durante los Juegos Universitarios Costarricenses (JUNCOS), en su edición del 2017, se atendieron unos 160 atletas por día con algún tipo de lesión y fueron el fútbol, fútbol sala, atletismo y voleibol los que presentaron mayor incidencia (Molina y Jiménez, 2017). En el caso de estos mismos juegos celebrados en el 2019, Meoño (2019) hizo una recopilación de los datos y señaló que 239 atletas fueron atendidos por lesión; la mayoría correspondía al fútbol en sus dos ramas.

Las investigaciones nacionales, como la antes expuesta, así como todas las mencionadas en el apartado de antecedentes a nivel internacional, aunadas a los datos más actualizados sobre las lesiones en el fútbol, sitúan sin duda ante esa presencia de las lesiones deportivas en la práctica del fútbol mundial, y convocan al profesional de psicología costarricense ante la interrogante: ¿qué porcentaje de esa tendencia a presentar lesiones tiene su raíz en factores psicológicos de los jugadores en el ámbito competitivo nacional? Cabe cuestionarse cómo, desde el que hacer del psicólogo, es posible ser parte del acompañamiento y de la superación exitosa del proceso de rehabilitación de la lesión deportiva grave; incluso proponiendo alternativas de abordaje coherentes con el propio

contexto, que analicen las variables particulares de cada jugador, según la historia e importancia que en su vida tiene la disciplina deportiva que practica.

La lesión deportiva, por su parte, adquiere relevancia no solo por su influencia directa sobre el rendimiento, sino, además, por las consecuencias personales y sociales que la rodean, entre las que se encuentran (Buceta, 2008):

- Cambios del entorno deportivo (reajustes, cambios de posiciones que repercuten en compañeros).
- Interrupción o limitación de las actividades extradeportivas habituales, como la asistencia al trabajo o al centro de estudios. En general, cambios en la vida personal y familiar, debidos a la disminución de la posibilidad de realizar tareas (no puede vestirse solo o no es capaz de estar solo).
- Alteración de otras variables psicológicas relacionadas con la lesión (mayor irritabilidad, hostilidad, pensamientos negativos, tristeza...).

Así, la lesión no se queda en algo físico ni en lo personal subjetivo, sino que trasciende a lo grupal e institucional; de ahí la relevancia de un abordaje certero e integral de esta.

La lesión deportiva trae consigo múltiples situaciones adversas, tanto para el deportista como para su entorno. Aportes como el realizado por Andersen y Williams (1988), con su modelo de estrés y lesión, explican la influencia de la psicología en la aparición de las lesiones y la recuperación de estas. Dichos autores recomiendan llevar a cabo intervenciones integrales en el ámbito de la lesión deportiva, que propicien una mejor rehabilitación del deportista; y a la vez ponen de manifiesto esa importancia de abordar lo psicológico en las prácticas deportivas, aspecto al cual hasta entonces no se le daba relevancia.

No puede dejar de rescatarse la relevancia de los factores psicológicos implicados durante el proceso de rehabilitación. La experiencia de profesionales en psicología del deporte advierte cómo, en el trabajo con atletas que se encuentran ante una misma lesión y

un mismo proceso de rehabilitación, algunos han mostrado una falta de adherencia, de motivación y de autoconfianza durante el periodo rehabilitador, por lo que se ven perjudicados tanto en su evolución como en su intervención y tiempo de recuperación. Así, se convoca al trabajo psicológico en ruta de visualizar al deportista como un ser integral, al cual cada factor (intrínseco y extrínseco) le influye de manera directa.

Ha quedado evidenciado, en todos los datos e investigaciones expuestos, cómo poco a poco se reconoce la importancia que tienen los factores psicológicos; sin embargo, en Costa Rica aún existe rezago, a pesar de que en el ámbito futbolístico ya se han empezado a abordar los factores psicológicos inmersos en la práctica deportiva, quizá más con fines de mejorar el rendimiento y los resultados. El planteamiento de esta investigación busca analizar los aspectos psicológicos que interactúan en los procesos de rehabilitación de lesiones en jugadores de primera división en Costa Rica, en particular de aquellos quienes atraviesan por una lesión deportiva grave; adentrándose en aspectos como la valoración cognitiva y la respuesta emocional y conductual en particular. Se desea propiciar un acompañamiento más cercano a su realidad y contexto, de un modo completo.

Conocer estos factores psicológicos tras la lesión deportiva grave del deportista empleando el método de estudio de casos para trabajar con un grupo de jugadores de fútbol de primera división –interés de esta investigación– aporta elementos de intervención psicológicos más contextualizados a la realidad psicosocial de los futbolistas profesionales en Costa Rica. Por lo tanto, un abordaje más certero, coherente y eficaz para trabajar con éxito la lesión deportiva grave de manera global, en el menor tiempo y minimizando el riesgo de recaídas posteriores, permite ver al futbolista no solo como un elemento más dentro de un equipo con una función competitiva, sino como un ser humano complejo y holístico.

El contexto nacional costarricense le otorga al deporte del fútbol un papel trascendental; mucho de la dinámica de la sociedad gira alrededor de este. Los significados que despierta para los sujetos que logran alcanzar una posición en un equipo de primera división son relevantes y de interés. No solo se trata de un posible sueño alcanzado desde la

niñez, sino también de un encargo social, familiar y de equipo. Esta meta de vida tras presentarse una lesión deportiva grave se ve puesta en pausa o incluso truncada, creando en el futbolista un sentimiento de incertidumbre y ansiedad, que convoca a conocer y analizar cuál es el manejo que cada sujeto le da según su subjetividad, contexto e historia particular. Así, el profesional en psicología podrá resultar una pieza clave en el proceso de rehabilitación, facilitando y aportando herramientas que le permitan al deportista volver a su práctica de manera exitosa, superando la lesión desde lo físico y desde lo psicológico y minimizando el riesgo de recaídas.

Por otra parte, un dato destacado por tomarse en cuenta es que, de las investigaciones que se lograron consultar en la Universidad Nacional acerca de este tema, la mayoría ha sido desde un enfoque de lo deportivo y del rendimiento. El área de la psicología ha sido menos abordada, y no se evidencia una línea de investigación de la psicología del deporte propiamente.

Otro motivo de interés para planear esta investigación es el hecho de que en la malla curricular de la Escuela de Psicología de la Universidad Nacional no existe ningún curso que abarque temáticas respecto a la psicología del deporte, ni a manera de un curso optativo; hay un vacío claro de la materia, a pesar de ser un área de la psicología que globalmente ha tomado relevancia. Lo anterior llama, por ende, a la necesidad de ir incorporando al interés de la escuela nuevos campos de acción, para que crezcan las opciones y el estudiantado logre insertarse a futuro en campos laborales novedosos.

El conjunto de planteamientos anteriormente expuestos señala esa atinencia de que, como futuro gremio de psicólogos y psicólogas, el alumnado se dirija a campos de práctica que aún no son muy comunes en lo nacional. Es precisa la formación y preparación en áreas como la psicología del deporte para llegar a proponer abordajes más integrales y humanizantes para el contexto deportivo nacional, que a la vez sirvan como un medio investigativo y área de trabajo en crecimiento. De la misma manera, el fomentar investigaciones en la línea particular de la psicología del deporte contribuye a la formulación de nuevas propuestas teóricas, que interrelacionen los modelos ya existentes a

nivel internacional con el contexto deportivo en Costa Rica; dichas propuestas permitirán la implementación de nuevas metodologías de abordaje de la psicología del deporte en nuestro país.

1.3 Presentación del problema de investigación

Al plantearse el presente problema de investigación, basándose en lo que concierne al área de intervención de lo psicológico en la práctica del deporte como tal, tanto las investigaciones estudiadas, las multivariadas propuestas teóricas de autores destacados en la materia, así como el estado de la cuestión lo señalan como un eje de profundización urgente de ser abordado. Es una interrogante investigativa cuya pertinencia queda más que evidenciada en las diferentes investigaciones consultadas y por el notable crecimiento exponencial que ha mostrado la psicología del deporte en las últimas décadas; no solo enfocada hacia objetivos de mejora en el rendimiento de los atletas, sino también sobre la urgencia de dirigir esfuerzos hacia la prevención e intervención en los complejos procesos psicológicos que implican las lesiones deportivas.

Dichos procesos psicológicos inmersos en la práctica deportiva no se han desarrollado a profundidad en el contexto nacional. Sin embargo, quizá sea en el fútbol donde es posible empezar a ver un desarrollo más notorio, a nivel de selecciones y de primera división. Si bien es cierto, en la práctica propiamente se ha dirigido más a mejorar el rendimiento y al alcance de logros deportivos, deja aún la brecha para ahondar en otras áreas vitales de la práctica deportiva, como la aparición de la lesión deportiva y todo lo que ella implica, incluida la rehabilitación a la que se enfrenta el deportista.

El estudio de la relación entre los elementos psicológicos y la lesión deportiva, tanto desde la perspectiva de la prevención como de la rehabilitación, ha multiplicado el interés en los últimos años, en otras latitudes. No obstante, problemas metodológicos y de tipo ecológico han provocado cierto vacío en los resultados de las diferentes investigaciones, lo cual provoca que todavía queden algunas áreas por cubrir; así como hace falta indagar y profundizar sobre muchos de los aspectos básicos por tener en cuenta en la intervención

psicológica de esta población particular. El aumento considerable de la frecuencia y la gravedad de las lesiones ha alertado sobre este problema a los distintos profesionales del ámbito de la actividad física y el deporte, y con ello se considera una mejor adecuación de propuestas de prevención y rehabilitación del deportista lesionado.

Los estudios realizados por Olmedilla y García (2009), Olmedilla, Ortega, Abenza y Boladeras (2011), Shrier y Hallé (2011), Prieto, Ortega, Garcés de los Fayos y Olmedilla (2014), Rubio, Pujals, De la Vega, Aguado y Hernández (2014), García-Mas, Pujals, Fuster-Parra, Núñez y Rubio (2014), González, Moo y Olmedilla (2017) evidencian no solo la importancia de que en los procesos de rehabilitación de atletas que han sufrido una lesión deportiva se trabajen los factores psicológicos, sino que, a su vez, demuestran que la incorporación de procesos terapéuticos dirigidos desde la psicología propician mejoras en el estado de ánimo de estos. Esa oportuna e integral intervención psicológica deportiva ha probado ser vital en alcanzar procesos mucho más cortos y condensados de recuperación en atletas, lo que facilita, como meta ideal, el reincorporar al deportista a la competición en el menor tiempo posible.

Para efectos de la presente investigación, parece pertinente dirigir la atención, en específico, a futbolistas de primera división, dada la relevancia que tiene el fútbol tanto en el nivel mundial como en el contexto nacional. Además, para estos futbolistas la práctica deportiva es su trabajo y forma de vida; en ella se han preparado y formado por años, con el objetivo de alcanzar una posición profesional en tal deporte. Por ello, la significación subjetiva ante la lesión grave que los aleja un tiempo prolongado de la actividad es, probablemente, de gran impacto y trascendencia psicológica.

Se comprobó, en el apartado anterior, que en el caso de Costa Rica las investigaciones encontradas sobre el tema han ido más del lado de la lesión deportiva como aspecto cuantitativo, y no son específicas sobre la población de fútbol de primera división (Duarte y Anderson, 2013; Molina y Jiménez, 2017). Cabe considerar en esta línea lo planteado por Arguedas y Villalobos (2016), quienes indican: “falta de evidencia científica, los estudios sobre lesiones deportivas en Costa Rica son limitados, lo cual dificulta la

posibilidad de establecer programas preventivos que resulten efectivos o que estén fundamentados en datos estadísticos a nivel nacional” (p. 144).

Las investigaciones mencionadas van más hacia la visibilización de la problemática de las lesiones en la práctica de cualquier disciplina deportiva; pero no se relacionan o se involucran con la parte de lo psicológico y su influencia con la lesión deportiva. Igualmente, no se encontraron datos o estadísticas de la lesión y su incidencia en la práctica del fútbol profesional en el país; quizá esta información se maneja a lo interno de las agrupaciones deportivas, sin alcanzar otros ámbitos.

Todo lo anterior hace entrever la necesidad de investigar sobre los elementos psicológicos asociados a la rehabilitación –en este caso específico, lo vinculado con la valoración cognitiva, respuesta emocional y conductual de los jugadores en sus procesos de recuperación de lesiones–, con el interés de hacer notoria la importancia del abordaje psicológico, y propiamente el papel de la psicología del deporte en estas intervenciones, en los procesos de rehabilitación y prevención de lesiones.

Ante todo lo planteado, la pregunta de investigación que surge es: *¿Cuál es la valoración cognitiva, la respuesta emocional y conductual presentes durante el proceso de rehabilitación de un grupo de futbolistas de primera división de Costa Rica, quienes atraviesan por una lesión deportiva grave?*

1.4 Objetivos de investigación

1.4.1 Objetivo general

Analizar los elementos psicológicos asociados a los procesos de rehabilitación en futbolistas de primera división de Costa Rica que atraviesan por una lesión deportiva grave.

1.4.2 Objetivos específicos

1. Describir la respuesta emocional, particularmente en cuanto a emociones como la negación, el enojo, la angustia y la aceptación, que atraviesan tres futbolistas de primera división de Costa Rica a partir de sufrir una lesión deportiva grave.
2. Explorar la valoración cognitiva, específicamente sobre aspectos relacionados con la autoestima, autoeficacia y autoconfianza de tres futbolistas de primera división de Costa Rica, durante el proceso de rehabilitación de una lesión deportiva grave.
3. Identificar cómo la ansiedad, el estado de ánimo y la motivación influyen en la respuesta conductual de tres futbolistas de primera división de Costa Rica durante el proceso de rehabilitación de una lesión deportiva grave.

CAPÍTULO II

CONSTRUCCIÓN TEÓRICA DEL OBJETO DE ESTUDIO

2.1 Referente conceptual: psicología del deporte

A lo largo de la historia, diferentes autores han planteado definiciones y conceptualizaciones con respecto a la psicología del deporte, las cuales han estado influenciadas por el contexto. Desde esta perspectiva, en este apartado se presentan definiciones que permiten adquirir una mejor comprensión de esta rama de la psicología y de su campo de acción.

Cox (2009) plantea una definición más moderna, en la que se incorporan elementos relacionados con el rendimiento que puede tener un deportista. Al respecto, indica que la psicología del deporte es: “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. 17).

La perspectiva de Cox permite identificar cómo los factores psíquicos y emocionales impactan considerablemente a la persona deportista, su rendimiento y, si fuera el caso, su proceso de recuperación ante una posible lesión. En esta línea, Gil (2003) refuerza la postura de Cox, al indicar que esta rama de la psicología tiene una naturaleza científica en la que el foco profesional se centra en la conducta deportiva, la cual incluye componentes cognitivos, componentes conductuales y componentes emocionales, en los que, por medio de la psicología, se busca potenciar el rendimiento deportivo.

Por otra parte, desde otra perspectiva que suma más elementos a considerar, Sánchez y Ariza (2012) mencionan que, como tal, la psicología del deporte no excluye edades, género u otros factores; por consiguiente, se orienta claramente hacia el rendimiento deportivo, pero sin dejar de lado el bienestar físico y psicológico de la persona.

Otro autor que hace un interesante aporte al respecto del papel de la psicología del deporte, y su relación con las lesiones deportivas, es Ramírez (2002), quien indica que el ejercicio incide innegablemente en el mejoramiento del estado emocional de las personas. En este entendido, cuando el deportista sufre una lesión que implique detener las actividades que realiza en este ámbito, se evidencian consecuencias emocionales y afectaciones en distintas variables psicológicas. Es por ello que el psicólogo deportivo desempeña una función transcendental tanto en el proceso de rehabilitación como en el sostenimiento emocional del individuo.

2.1.1 Enfoques de la psicología del deporte

De acuerdo con Weiberg y Gould (2010), los enfoques que giran en torno a la psicología del deporte tienen como base la diferenciación entre la psicología clínica del deporte y la enseñanza de psicología del deporte. Autores como Brewer y Petrie (2002) refieren que la primera se centra en el tratamiento que se les brinda a los deportistas, y a quienes se ejercitan, cuando presentan afectaciones o trastornos emocionales que corren riesgo de llegar a ser graves. Por otro lado, al referirse a la parte educativa, consideran a los especialistas con amplia capacitación deportiva que se centran en enseñar habilidades psicológicas y técnicas para el desarrollo de las personas que realizan deporte.

Asimismo, Weiberg y Gould (2010) señalan varios puntos de vista con respecto a la orientación que puede caracterizar a los psicólogos en el desarrollo de un proceso terapéutico con los deportistas:

- **Orientación psico-fisiológica:** Se plantea que la mejor forma de comprender y estudiar la conducta durante la práctica deportiva y los ejercicios físicos se encuentra en el estudio de los procesos fisiológicos del cerebro y cómo estos influyen en la actividad física.
- **Orientación socio-psicológica:** En esta línea los profesionales consideran que la conducta se determina por medio de la interacción que surge entre el ambiente y las características personales del deportista. Por ello analizan

cómo el ambiente social influye sobre la conducta y esta, a su vez, en el ambiente socio-psicológico.

- Orientación cognitivo-conductual: En esta los especialistas establecen que el pensamiento es fundamental para determinar su conducta. Por ello su atención se centra en los diferentes procesos cognitivos que influyen en los cambios de conducta del individuo (p. 72).

Por su parte, Ribetti (2011) establece que otro de los enfoques de importancia para el trabajo con la población deportista es el humanista. Este enfoque plantea que tanto el profesional en psicología como el deportista son personas; por lo tanto, el proceso se encamina en desarrollar el crecimiento personal. Refiere que:

Lo que debe hacer el psicólogo es facilitar el proceso de crecimiento o autorrealización por medio del deporte, lo que equivale a promover la superación del deportista. Es de destacar que, cuando un deportista concurre al psicólogo porque tiene un problema clínico (por ejemplo, se siente triste porque está en un proceso de divorcio y cree que le está afectando al deporte), el foco atencional que se necesite puede correctamente realizarlo un psicólogo clínico sin preparación en deporte, ya que el hecho de ser deportista pasa a un segundo plano (p. 11).

Por ello, el profesional en psicología cumple un rol importante en la identificación de todos los factores que pueden generar afectación en la persona deportista.

2.2 La lesión deportiva y su clasificación

De acuerdo con Olmedilla y Andreu (2009), las lesiones deportivas se comprenden como afectaciones que se presentan durante la práctica de un deporte o en la realización del ejercicio físico. Desde esta perspectiva, pueden considerarse como un aspecto negativo, en el que se interrelacionan diversos factores que suponen para la persona una carga emocional y psicológica debida al dolor, a la imposibilidad de funcionamiento y

movilización, así como a la restricción para realizar su actividad deportiva. Esto, a su vez, repercute en la dinámica familiar y la vida personal, pues se requerirá de la ayuda de los seres cercanos para realizar las actividades ordinarias.

Dentro de las lesiones deportivas también podemos encontrar distintas clasificaciones más dirigidas a la gravedad de estas; en este sentido autores como Junge, Engebretsen, Mountjoy, Alonso, Renstrom, Aubry y Dvorak (2009) refieren que la valoración que realiza el médico tiene mucha trascendencia para la debida categorización de la lesión deportiva.

En esta línea, Buceta (1996) establece una tipología que toma en cuenta variables psicológicas y predictoras de una lesión, sin centrarse únicamente en la perspectiva médica. La determina en los siguientes términos:

- Lesión leve: Requiere tratamiento, e interrumpe al menos un día de entrenamiento.
- Lesión moderada: Requiere tratamiento y obliga al futbolista a interrumpir seis días su participación en entrenamientos, e incluso algún partido.
- Lesión grave: Supone de uno a tres meses de baja.
- Lesión muy grave: Supone cuatro meses o más de baja deportiva, requiere hospitalización y/o intervención quirúrgica, y a veces precisa de rehabilitación constante para evitar empeoramiento (p. 72).

En cuanto a lo relacionado propiamente con las lesiones producidas en la práctica de fútbol, podemos encontrar algunas más frecuentes con relación al tipo de actividad y movilidad que realizan los atletas dentro de este deporte. De acuerdo con Fallas (2008), en el fútbol las lesiones que más comúnmente pueden presentarse son:

- Torceduras: Estas se presentan con mayor frecuencia en los tobillos, rodillas y las muñecas.

- Contracturas: Se evidencian en el gastrocnemio, cuádriceps, isquiotibiales, espalda baja y hombros.
- Fracturas: Pueden ocurrir en los dedos, la tibia, peroné, el radio y el cúbito.
- Dislocaciones: Se presentan más en los dedos, los hombros y los codos.
- Contusiones: Ocasionadas por el contacto con el balón, contra otros jugadores y contra el suelo.

Estas pueden clasificarse dependiendo del tratamiento y el nivel de gravedad. Según López, Albuquerque, Domínguez, Sánchez y Barroso (2005), en la primera clasificación se encuentran:

- Lesiones músculo-tendinosas: Afectan al propio músculo, a sus envolturas, al tendón. Incluyen las tendinitis, elongaciones, microrroturas y roturas musculares, así como pubalgias y enfermedades de crecimiento frecuentes, como la de Osgood-Schlatter.
- Lesiones osteoarticulares: Patologías que afectan al hueso, al cartílago, elementos capsuloligamentosos articulares o a la propia articulación. Se incluyen los esguinces, luxaciones, condropatías, patologías sinoviales, entre otras.
- Otras lesiones: Patologías que por sus características no entran dentro de los dos grupos anteriores (periostitis) (p. 32).

Con respecto al nivel de gravedad, Fallas (2008) reconoce tres:

- a) Leves: Son las que requieren atención, pero sin interrumpir actividades deportivas.
- b) Moderadas: Requieren tratamiento y limitan la participación en la actividad deportiva.

c) Graves: Implican la interrupción prolongada de la actividad, a menudo con hospitalizaciones e intervenciones quirúrgicas (pp. 15-16).

Hootman, Dick y Agel (2007) indican que en términos de lesiones en deportes de contacto, como es el fútbol, el 58 % se da en la competencia y un 42 % en las actividades prácticas. Asimismo, identifican que un 50 % se produce en las rodillas y tobillos. Aun así, estas lesiones en su mayoría solo requieren de un periodo de al menos 7 días para la recuperación; en casos excepcionales, mas no infrecuentes, dejarán al deportista un tiempo prolongado fuera de su práctica.

2.3. Factores psicológicos y situacionales implicados en la lesión deportiva

Buceta (2008) plantea que las lesiones deportivas generan afectación no solo en términos del rendimiento, sino que deben considerarse las consecuencias que pueden traer en un nivel personal y social. En esta línea, Ortín, Garcés y Olmedilla (2010) describen que los principales cambios se observan en los siguientes ámbitos:

- Cambios del entorno deportivo (reajustes, cambios de posiciones que repercuten en compañeros...).
- Interrupción o limitación de las actividades extradeportivas habituales como la asistencia al trabajo o al centro de estudios.
- En general, cambios en la vida personal y familiar debido a la disminución de la posibilidad de realizar tareas (no puede vestirse solo, e incluso no puede estar solo).
- Alteración de otras variables psicológicas relacionadas con la lesión y que nombraremos más adelante (mayor irritabilidad, hostilidad, pensamientos negativos, tristeza...) (p. 281).

En esta orientación, los autores Bahr y Krosshaug (2005) plantean que en los modelos explicativos y de trabajo con los deportistas que sufren lesiones deben considerarse factores de riesgo que pueden tener un origen interno o externo. Es por ello

que en el proceso terapéutico o de trabajo con esta población se considera necesaria la perspectiva multifactorial de las afectaciones que el sujeto puede sufrir.

Desde esta línea, autores como Hanson, McCullagh y Tonymon (1992), Heil (1993) y Palmi (2001), citados por Ortín, Garcés y Olmedilla (2010), han establecido una división de estos factores, como se presenta a continuación:

- Factores internos: fisiológicos, biomecánicos, psicológicos, la edad, el deterioro del cuerpo, el historial de lesiones, la falta de preparación física para una determinada tarea, la falta de adherencia a medidas preventivas, una alimentación inadecuada, la fatiga o la realización de conductas de riesgo, sobreentrenamiento, etc.
- Factores externos: deficiencias en las condiciones ambientales, el tipo y estado de los pavimentos deportivos, implementos deportivos, temperatura ambiente, juego intenso (p. 282).

Aguirre (2019), por su parte, señala igualmente una serie de particularidades estrechamente relacionadas con lo planteado anteriormente, al indicar que existen características intrínsecas y extrínsecas que pueden vincularse con el riesgo a sufrir lesiones deportivas. Respecto a las características intrínsecas establece dos categorías:

- Biológicas: protocolos de entrenamiento, composición corporal, calidad de acondicionamiento, nutrición e hidratación, crecimiento y maduración, fatiga y estado de recuperación, rendimiento, condición de salud y lesiones previas.
- Psicológicas: imagen corporal, perfeccionismo, necesidad de demostrar, recursos de afrontamiento y recuperación, objetivos, motivación, voluntad, creencia en el deporte, actitud, foco atencional, eventos estresantes de la vida, comportamientos de riesgo, estados de ánimo (pp. 48-49).

Sobre las características extrínsecas, indica dos categorías: la primera refiere a aspectos físicos tales como el clima, la atención médica, el tipo y nivel de competición, habilidades del contrincante, seguridad, violencia, la duración e intensidad del juego, entre

otros. En la segunda categoría incluye aspectos socioculturales tales como la presión, los recursos sociales, la reglas, el estrés de la organización, las habilidades del entrenador, el contexto cultural en el que se desenvuelve el deportista y las medidas de seguridad establecidas.

Desde esta perspectiva, y a fin de hacer presentes aspectos psicológicos relacionados con las lesiones deportivas, Ortín (2009) analiza las variables psicológicas contempladas en el modelo de lesión de Andersen y Williams (1988), haciendo énfasis en la personalidad, la ansiedad y el locus de control, los cuales se detallan a continuación:

a. Personalidad

Con respecto a la personalidad, Ortín (2009) cita a Kobasa (1979), quien señala tres niveles de dureza que se relacionan con el surgimiento de una lesión deportiva:

- El control: Cómo el sujeto percibe que puede controlar las situaciones generadoras de estrés.
- El compromiso: La implicación que tiene la persona para cumplir una tarea.
- El reto: Se entiende como la interpretación que se realiza de las situaciones estresantes, asumiéndolas como una posibilidad de autoafirmarse y de superarse.

Por otro lado, autores como Ekenman, Hassmén, Koivula, Rolf y Felländer-Tsai (2001) y Fields, Delaney y Hinkle (1990), citados por Ortín (2009), señalan la existencia de una relación entre lo que denominaron “patrón de conducta tipo A” y la vulnerabilidad a sufrir una lesión. Friedman y Rosenman (1959), siguiendo esta perspectiva, establecen seis aspectos diferenciadores:

- Intensa y mantenida orientación al logro de objetivos pobremente definidos y autoseleccionados.
- Elevada inclinación hacia la competitividad.
- Deseo persistente de reconocimiento y prestigio.

- Constante implicación en tareas o actividades que exceden la disponibilidad de tiempo del sujeto.
- Propensión a acelerar la realización de sus actividades.
- Extraordinario nivel de alerta física y mental (p. 87).

Zuckerman (1979) añade un elemento adicional al que denomina “búsqueda de sensaciones”, en tanto el sujeto necesita experimentar situaciones nuevas y complejas, por las que asume riesgos en la ejecución que, a su vez, pueden derivar en lesiones. Ortín (2009) refuerza esta perspectiva por medio del estudio realizado por Smith, Johnson y Sarason (1978), quienes lograron identificar que “los sujetos con puntuaciones altas en búsqueda de sensaciones y en estrés cotidiano presentan menos problemas psicológicos que aquellos que puntúan alto en estrés cotidiano y bajo en búsqueda de sensaciones” (p. 16).

b. Ansiedad competitiva

De acuerdo con Betancor y López (2019), la variable de ansiedad competitiva hace referencia a la tendencia de un determinado individuo a percibir las situaciones competitivas como amenazantes, de forma tal que su reacción implica sentimientos de aprensión o tensión. Por ello, aun cuando la competición pueda ser entretenida en la práctica y representar un reto para el deportista, puede significarle una situación amenazante o aversiva, que lo lleve a abandonar las posibilidades de realizar dicho deporte. Al respecto, los autores indican:

La competición supone un juicio interno y externo de la capacidad individual y crea incertidumbre sobre el resultado. Cuanto mayor sea el grado de inseguridad y la importancia concedida al resultado, mayor será la percepción de amenaza y, en consecuencia, la respuesta de ansiedad (p. 20).

Ortín (2009) hace referencia a la investigación realizada por Douthwaite y Armstrong (1984), quienes evaluaron la ansiedad de los futbolistas previo y al finalizar un partido de competición. Parte de los resultados de este estudio evidenció la importancia de las habilidades cognitivas para afrontar la ansiedad.

Siempre en esta línea estudios, Mann, Singh, Sandhu y Brar (1988) permiten establecer que los futbolistas, por la naturaleza de este deporte, así como las exigencias que socialmente recaen sobre ellos, tienden a generar mayores niveles de ansiedad competitiva.

c. Locus de control

Según lo expuesto por Ortín (2009), este se comprende como:

la creencia generalizada en la cual los refuerzos que siguen a una acción están directamente relacionados con la conducta del sujeto (*locus* de control interno) o, por el contrario, la creencia de que los refuerzos que siguen a la acción están bajo el control de otras personas, están predeterminados o son incontrolables, puesto que dependen de fuerzas como el destino o el azar (*locus* de control externo) (p. 24).

Acerca de este tema, Fonseca (1996), Biddle y Hanrahan (1998) y Casais y Dosil (2006) establecen que existe una relación causal entre las lesiones deportivas y la forma en la que las personas caracterizan las razones de sus conductas; de esta forma acaba siendo más importante la responsabilidad hacia las conductas que las conductas mismas.

Betancor y López (2019), adicionalmente, incorporan otras variables de importancia en la valoración de los aspectos que influyen en la vulnerabilidad que propicia el surgimiento de lesiones deportivas, tales como el estrés psicosocial, las conductas de riesgo, los procesos emocionales y los recursos de afrontamiento.

d. Estrés psicosocial

El estrés puede definirse como el desequilibrio que presenta la demanda física y psicológica versus la capacidad de respuesta. En esta línea, González, Valdivia-Moral, Cachón, Zurita y Romero (2017) establecen que el estrés es “una afección psicológica que

se produce cuando las personas observan un desequilibrio sustancial entre las exigencias que soportan y su capacidad para cumplirlas, y cuando dicha incapacidad tiene consecuencias importantes” (p. 21).

Betancor y López (2019) plantean que:

un deportista, ante la valoración de una situación estresante y el intento de respuesta, no solo generará emociones y tensiones negativas, sino que provocará cambios fisiológicos (incremento de la tensión muscular) y atencionales (focalización inadecuada de la atención) que aumentarán la probabilidad de lesionarse. Una situación de estrés prolongada e incontrolable puede resultar en un agotamiento excesivo, cuya manifestación extrema es el síndrome de *burnout*, caracterizado por agotamiento físico, cognoscitivo y emocional. Es uno de los indicadores de malestar más estudiados en el ámbito de la actividad físico-deportiva (p. 21).

e. Procesos emocionales

Los estados emocionales denotan una relación directa entre el rendimiento deportivo y la posibilidad de que se presenten lesiones deportivas. Estos influyen en la forma en la que la persona reaccionará ante los diferentes hechos que ocurren en su vida. Sobre esto, autores como Levy, Polman, Clough y McNaughton (1996) explican que dichos procesos emocionales se relacionan también con los niveles de adherencia al tratamiento y la capacidad de respuesta de los individuos a los diferentes cambios que una lesión puede generarles.

En este sentido, los resultados de una de las primeras revisiones indicaron que el nivel de adherencia está relacionado de forma positiva con el apoyo social, la motivación intrínseca y la tolerancia al dolor, mientras que las alteraciones en el estado de ánimo, las expectativas relacionadas con lo deportivo, y la ansiedad muestran relaciones negativas con la variable examinada (Betancor y López, 2019, p. 22).

f. Estados de ánimo

De acuerdo con Barrios (2007), el “estado de ánimo” se entiende como:

un estado emocional general e indeterminado de la personalidad, que influencia los procesos cognoscitivos y la conducta respecto al medio y a sí mismo; es variable y en él coexisten vivencias de diferente denominación, connotación e intensidad. Se vincula fundamentalmente a la posición subjetiva del individuo respecto a vivencias provenientes de la actividad vital del organismo, sus relaciones con el medio y la satisfacción de sus necesidades y aspiraciones (p. 1).

Olmedilla, Ortega y Gómez (2013) lograron identificar, con respecto a los efectos del estado de ánimo en los deportistas, que previo al inicio del juego se presentaban puntuaciones altas de tensión, las cuales posteriormente se relacionaron con la aparición de lesiones deportivas.

Por otro lado, y siguiendo la misma perspectiva, Schwab, Pittsinger y Yang (2012) identificaron la presencia de disturbios psicológicos tales como aumento de ira, depresión, ansiedad, tensión y miedo, posteriores al surgimiento de la lesión, los cuales finalmente se reflejaron en una disminución de la autoestima de los futbolistas.

De acuerdo con Petrie (1992) y Mohad (2006), los procesos de socialización inicial son trascendentales para tener un mayor control sobre las variables emocionales que pueden afectar a un sujeto. Es por ello que sus estudios identificaron que los jugadores de fútbol que reciben un bajo apoyo social presentan niveles altos de estrés vital, el cual se ha relacionado con un aumento en el número de lesiones. Aunada a lo anterior, se evidencia una disminución sostenida en la autoestima y el nivel de confianza y motivación.

g. Motivación

La motivación es uno de los elementos constitutivos de la inteligencia emocional, la cual, desde la perspectiva de Núñez, León, González y Martín-Albo (2011), es de gran importancia para las personas que realizan deporte o son deportistas profesionales.

Con respecto a su definición, cabe considerar que son muchas las aproximaciones conceptuales que en la literatura se han establecido al respecto; sin embargo, autores como González (1992) y Weinberg y Gould (2010) comprenden la motivación como una orientación personal hacia una situación determinada, en la que se debe considerar la intensidad del esfuerzo realizado. Desde esta óptica, la motivación puede ser extrínseca o intrínseca.

Tomando de referencia lo anterior, Arias, Martínez, Morales y Nouvilas (2013) indican que la motivación es “la fuerza impulsora de nuestra conducta y determina la dirección y la intensidad con que actuamos” (p. 50).

Martínez (2016), citando a Viadé (2003), plantea que:

nos encontramos ante un conjunto de factores, tanto externos como internos, que inducen a la consecución de una determinada actividad. A su vez, este autor señala que habitualmente intervienen varias motivaciones de forma simultánea. Otro aspecto destacable es cuando realiza una puntualización o aclaración importante, al considerar que la motivación por sí misma no incide de forma directa sobre el rendimiento deportivo. La intervención se produce indirectamente, y es que el posible aumento en el rendimiento viene determinado gracias a que las personas con una alta motivación dedican grandes esfuerzos al logro de sus objetivos (p. 155).

h. Autoestima

En 1989, Rosenberg plantea que la autoestima es una expresión de la actitud global de una persona ante la valoración de su propia importancia y capacidad. Desde esta perspectiva, la autoestima está directamente relacionada con los procesos de interacción inicial que tienen las personas con su familia inmediata, y posteriormente con su contexto social; este influye en su construcción, tanto de forma positiva como negativa.

Weinberg y Gould (2010) le asignan un papel determinante a la autoestima en el contexto de la psicología del deporte, pues se ve reflejada en menor o mayor medida en la fuerza y convicción que manifiesten los deportistas para lograr una meta determinada. Con base en este punto, es claro que mientras un deportista sienta confianza acerca de sus posibilidades y habilidades tendrá mejores posibilidades de controlar el estrés y a su vez las emociones implicadas en este proceso.

Sin embargo, cabe considerar y distinguir las diferencias entre “autoestima” y “autoconcepto”. Gómez (2009) explica que el autoconcepto hace referencia a la imagen que la persona maneja sobre sí misma, mientras que la autoestima es resultado de una valoración que tiene implicaciones sobre el autoconcepto.

i. Atención

Weinberg y Gould (1996) señalan que la atención es un aspecto digno de considerarse tanto en las fases previas a que ocurra una lesión como en su recuperación y rehabilitación. En este sentido, los niveles de atención pueden afectar el rendimiento y la capacidad de concentración del deportista con respecto a la actividad que está realizando.

Desde esta perspectiva, la presencia de emociones negativas puede convertirse en un factor distractor que propicie accidentes. Sobre esto, Schmidt (2019), citando a Colussa (2005), establece tres características de la atención como capacidad compleja:

- Selección de la información: La atención filtra los estímulos relevantes de los que no lo son, de acuerdo con la situación (contexto) que en ese preciso momento se está viviendo, para luego procesarlos cognitivamente.
- Capacidad limitada: No se puede atender al ciento por ciento de eficacia a varias tareas simultáneas; los recursos atencionales son limitados, y deben distribuirse entre las tareas pertinentes.
- Estado de alerta: Indica la disposición del sujeto para procesar la información. Se puede distinguir entre:
 - ✓ Alerta fásica: Una forma de alerta transitoria ante estímulos propios de determinada situación específica.
 - ✓ Alerta tónica: Estado de alerta rutinario a través del cual prestamos atención y respondemos a estímulos más monótonos y repetitivos (p. 32).

Por su parte, Diego y Sagredo (1992), citados por Schmidt (2019), establecen como factores que influyen en la pérdida de atención en el contexto deportivo los siguientes:

- Bloqueo o agarrotamiento: A lo largo de la práctica deportiva se suceden de manera obligada diversos cambios fisiológicos en el cuerpo del deportista, así como también atencionales. Puede suceder, aunque no necesariamente, que la intensidad de estos cambios a nivel somático sea demasiado elevada o no tolerable, o incluso en situaciones límites pueden presentarse fallas orgánicas; en tal caso, el deportista percibe y atiende las señales que le envía su propio cuerpo (ritmo cardíaco elevado, dolor de distintos tipos, cambios bruscos en la presión sanguínea, falta de aire, etc.). Es aquí cuando la atención cambia la predominancia de su dirección hacia adentro (dirección interna), debido a la intensidad de estos cambios fisiológicos que terminan por afectar a la persona en su totalidad.
- Influencia de la duración de la actividad deportiva: Prolongados periodos de atención que resulten extenuantes para el deportista a nivel mental pueden derivar

en fatiga física. La relación es directa: a medida que aumenta el cansancio mental, la capacidad de atención y concentración disminuye, y de forma similar al bloqueo descrito antes, la fatiga mental acaba por producir fatiga física. Asimismo, puede suceder el fenómeno contrario, donde la fatiga física produzca bajas considerables en los niveles de glucosa en el cerebro, alterando el control perceptivo y la capacidad ante la falta de apropiados recursos energéticos; como consecuencia, inevitablemente el rendimiento deportivo decae.

- Atención y nivel de activación: El nivel de activación que el deportista maneje no solo influye directamente sobre la capacidad de atención, sino también sobre el rendimiento deportivo, de modo que:
 - a) Ante niveles de activación bajos, el deportista acepta todos los tipos de estímulos, provenientes del interior o el exterior, incluso los irrelevantes, mas sin capacidad de discernir si estos son relevantes o no (acrítico). La atención no solo no se enfoca en lo importante; además se ve desbordada ante tantos estímulos indiscriminados que llegan a la conciencia. Por consiguiente, el rendimiento termina por ser bajo.
 - b) En niveles de activación moderados, el deportista es capaz de eliminar los estímulos considerados irrelevantes al momento particular, lo que redundo en un rendimiento óptimo. En este escenario puede seleccionar los estímulos pertinentes a la finalidad perseguida en el momento.
 - c) Cuando los niveles de activación son demasiado altos, se produce cierto estrechamiento atencional y aparece el fenómeno de bloque. En tal caso, el deportista sufre las consecuencias de este estado general, lo que acarrea un pobre rendimiento deportivo (pp. 33-35).

2.3.1 El estrés y la lesión deportiva

Aguirre (2019) refiere que, de las variables psicológicas asociadas con las lesiones deportivas, el estrés es la que ha sido objeto de un mayor número de investigaciones, y lo define como:

el grado en el que una persona valora una situación estresante que se aprecie como amenazante o demandante, y que los recursos disponibles para enfrentarlos sean escasos, es decir, lo que media cognoscitivamente entre la respuesta emocional y el acontecimiento (p. 51).

McGrath (1970), por su parte, define al estrés como “un importante desequilibrio entre la demanda (física y/o psicológica) y la capacidad de respuesta, en condiciones en las que la incapacidad de satisfacer esa demanda tiene consecuencias importantes” (p. 20).

Ambas conceptualizaciones evidencian que en el estrés las personas identifican un nivel de exigencia situacional que excede los recursos propios de afrontamiento.

Por otro lado, Crespo y Labrador (2001) enumeran los mecanismos que permiten identificar cómo el estrés repercute en la salud:

- Alteración de los diferentes mecanismos fisiológicos
- Alteraciones conductuales
- Alteración de diversos procesos psicológicos (p. 52).

2.4 Modelos explicativos del proceso psicológico de la lesión deportiva

Considerando el carácter científico que ha existido en torno a la psicología del deporte, a lo largo de la historia se han propuesto modelos explicativos que dan cuenta de cómo las variables psicológicas se relacionan con las lesiones deportivas. En este apartado se desarrollarán los principales elementos constitutivos de los modelos que desde la psicología del deporte se aplican para el trabajo con los deportistas que sufren lesiones.

2.4.1 Modelo de prevención de lesión deportiva. Modelo de estrés y lesión de Williams y Andersen (1998)

Este es uno de los pocos modelos que centra su estudio en las variables psicológicas que afectan al deportista y que a su vez pueden desencadenar una lesión. Williams y Andersen (1998) proponen que la variable psicológica del estrés se relaciona inequívocamente con la lesión deportiva.

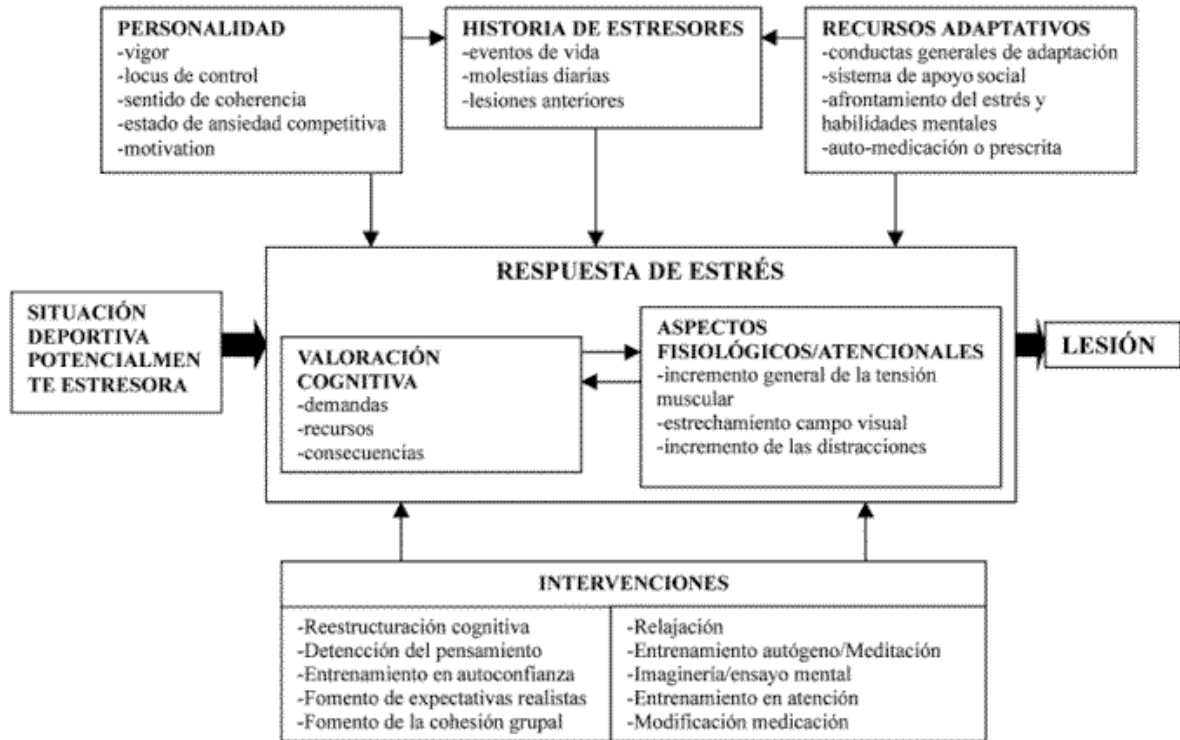
Desde esta perspectiva, de acuerdo con Peña (2019):

los estresores que están en el día a día de los deportistas pueden ser potencialmente peligrosos si no se afrontan de forma inmediata, generando una respuesta de estrés. El deportista llevará a cabo una evaluación primaria de este estresor, poniendo en marcha sus recursos cognitivos, y si esta evaluación es negativa se generará una respuesta de estrés, la cual será difícil de afrontar si no se dispone de estrategias de afrontamiento necesarias para ello (p .12).

Con base en lo anterior, la evaluación cognitiva que realiza un deportista sobre una situación que puede resultarle estresante produce de inmediato afectaciones fisiológicas y de atención, que pueden derivarse en un menor rendimiento y, por consiguiente, en una posible lesión deportiva. En esta línea, Abenza (2010), citada por Peña (2019), plantea que es por estas razones que este modelo explicativo es funcional en las fases de prevención, pues las intervenciones que realice el profesional pueden llevar a que se extingan o, como mínimo, se minimicen las respuestas de estrés que el sujeto presenta.

El modelo tiene una naturaleza de prevención y reducción en el riesgo de las lesiones, gracias a que aborda los mecanismos detrás de la lesión y también sugiere intervenciones que pueden disminuir la probabilidad de lesionarse.

Figura 1. Versión revisada del modelo de estrés y lesión



Fuente: Williams y Andersen (1998).

2.4.2 Teoría cíclica afectiva de Heil (1993)

De acuerdo con Peña (2019), el autor Heil (1993) plantea que al sufrir un deportista una lesión se generan tres posibles respuestas: la primera es la negación, la segunda la angustia y la tercera el enfrentamiento. Lo que determina cuál de estas reacciones se hará presente se relaciona de forma estrecha con los factores ambientales y situacionales, los cuales a su vez repercuten en su recuperación.

La “negación” se entiende como una respuesta que refleja el escepticismo y la incapacidad del sujeto para aceptar que la lesión se ha producido, que el incidente ha tenido lugar. La persona deportista no puede creer o asimilar lo que le ha ocurrido y tiende

reiteradamente a restar importancia al hecho, a negar el alcance y la gravedad de lo que es evidente. Este tipo de respuesta puede servir al deportista como una herramienta para mitigar transitoriamente el nivel de angustia, aunque también puede convertirse en un obstáculo para la rehabilitación; en especial cuando bloquea la respuesta emocional del lesionado impidiendo que los sentimientos afloren y se puedan manejar adecuadamente.

La angustia, por su parte, es el resultado del impacto emocional negativo (*shock*) de la lesión; se deriva de la rabia, la desesperación, la impotencia y la culpabilidad que siente el atleta frente a una situación que le va a mantener alejado de la práctica deportiva durante un tiempo más o menos prolongado.

La tercera respuesta esperable, el enfrentamiento, es mucho más positiva y provechosa, ya que supone un cierto nivel de aceptación de la gravedad de la lesión y una mayor disposición frente al uso adecuado de estrategias para contrarrestar la fatiga y molestias de la lesión. Heil (1993) afirma que las dos primeras respuestas son más habituales durante las primeras fases de recuperación; los deportistas, poco a poco, van asumiéndolas y encontrando cómo enfrentarse a ellas con ayuda del tratamiento. En cualquier caso, y aunque el proceso de recuperación transcurra con una aparente normalidad, es sustancial tener presente que los factores ambientales y situacionales pueden influir en cambios de respuesta en el deportista lesionado, acelerando o haciendo más lento su concerniente proceso de rehabilitación.

Acerca de esto, Abenza (2010) menciona que no necesariamente en un proceso de rehabilitación el deportista va a experimentar las tres respuestas; lo que determina esto son los factores que intervengan en ese proceso. En cualquier caso, y aunque el proceso de recuperación transcurra con normalidad, es importante tener presente que los factores ambientales y situacionales pueden redireccionar la respuesta en el deportista lesionado, acelerando o ralentizando, según su idoneidad, el proceso de rehabilitación (Brewer, 2001; Udry y Andersen, 2002).

Peña (2019) expone una caracterización de las respuestas establecidas por Heil (1993):

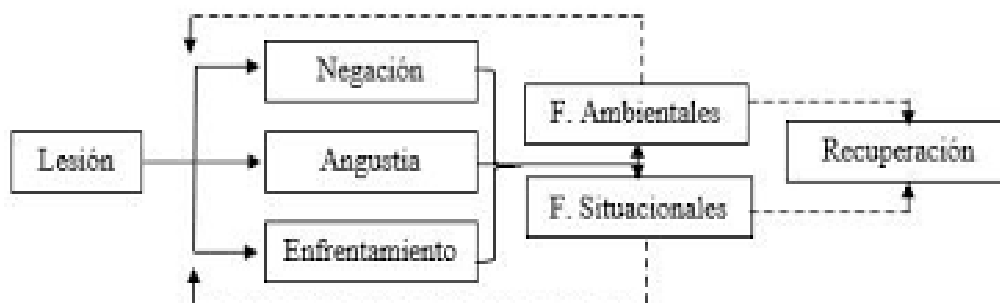
- En cuanto a la respuesta de negación, psicológicamente es considerada como un mecanismo de defensa, donde en este caso, el deportista niega la existencia de la lesión y sobre todo las consecuencias de esta, para así tratar de protegerse y de reducir la ansiedad generada. Pero esto es un arma de doble filo, ya que el no reconocimiento de la lesión como tal resta trascendencia y puede ser un gran obstáculo para una rehabilitación real.
- La segunda respuesta, la angustia, hace referencia a un proceso psicológico donde se da una excesiva activación en el deportista en sentido negativo. Es decir, la lesión genera un gran impacto a nivel emocional en él, y si este no dispone de recursos necesarios para afrontarlo, su angustia sobrepasará, a nivel emocional, la lesión misma. La respuesta de angustia, a su vez, provocará otras respuestas como enfado, resignación, impotencia, desesperanza... ante la lesión y la necesidad de rehabilitación.
- Por último, el enfrentamiento será una forma de afrontar la lesión que llevará a cabo el deportista para tratar de sobreponerse a ella. Esta respuesta tiene un trasfondo positivo, ya que el deportista deja de lado los aspectos negativos de la lesión y trata de combatirla con los recursos de los que dispone (pp. 14-15).

Al presentarse una pérdida transitoria de la capacidad de participar en una actividad altamente valorada por el deportista, así como una amenaza significativa para el éxito en su práctica deportiva, tanto la autoestima (percepción del valor como persona) como la autoeficacia (percepción de uno mismo como competente y eficaz) se ven afectadas. El estrés que se produce por las lesiones influye en el bienestar físico, social y emocional. El impacto de la lesión, que es el efecto que el estrés causa en la vida del deportista en sí, junto con los recursos de afrontamiento de cada individuo; esto determinará cuán

traumática será la lesión. Por lo tanto, la recuperación parece ser una función de la respuesta personal del deportista a la lesión (Heil, 1993).

Las tensiones que se presentan al momento de la lesión influyen en los diferentes niveles de bienestar, así como en el autoconcepto. Con respecto al bienestar físico, se presentan lesiones físicas, dolores, rigores del tratamiento, restricción física temporal y cambios físicos permanentes. El bienestar emocional se verá alterado por un trauma psicológico en el momento de la lesión, sentimientos de pérdida y duelo, amenazas del rendimiento futuro, y demandas emocionales de la rehabilitación. El bienestar social se verá desordenado por la pérdida de roles sociales importantes, la separación de familiares-amigos-compañeros de equipo, nuevas relaciones con los proveedores del tratamiento y la necesidad de depender de los demás. Por último, dentro del autoconcepto se sufrirá una pérdida del sentido de control. Habrá que lidiar con la autoimagen alterada, se percibirá la amenaza a los objetivos y valores de vida y habrá una necesidad de tomar decisiones en circunstancias estresantes. Las lesiones deportivas son más que un evento: son un proceso que se desarrolla durante días, meses o incluso años (Heil, 1993).

Figura 2. Teoría cíclica afectiva

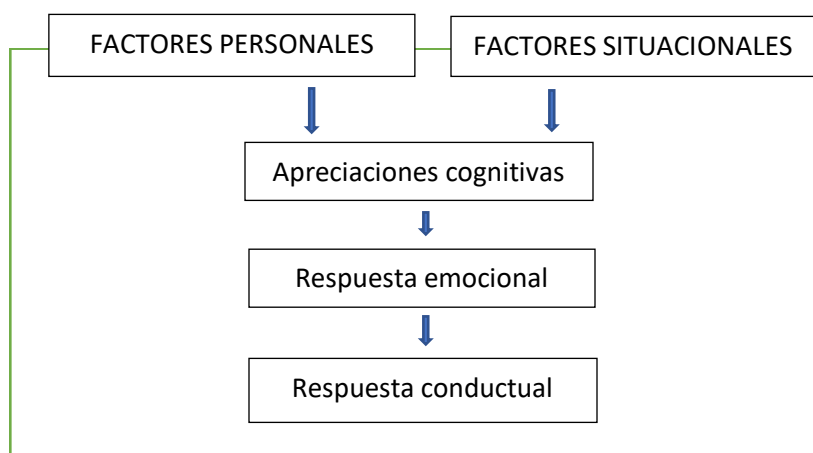


Fuente: Adaptado de Heil (1993).

2.4.3 El modelo de la valoración cognitiva de las respuestas frente a las lesiones deportivas de Brewer (1994)

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

Figura 3. Factores que inciden en la valoración cognitiva



Fuente: Adaptado de Brewer (1994).

2.4.4 Modelo integrado de la respuesta psicológica a la lesión y al proceso de rehabilitación (Wiese-Bjornstal, Smith, Shaffer y Morrey, 1998)

Este modelo parte del propuesto por Andersen y Williams (1988), que fue el primer modelo de estrés y lesión y es el más representativo de psicología y su relación con las

lesiones deportivas. Pero después, de manera más amplia, se encuentra la visión biopsicosocial del perfil de factores de riesgo de la lesión deportiva; por lo tanto, Wiese-Bjornstal, Smith, Shaffer y Morrey (1998) proponen otro modelo mejorado que abarca aspectos personales, cognitivos, externos, emocionales y de comportamiento en el proceso de rehabilitación. Si bien son diferentes, se encuentra que el centro explicativo de los dos modelos es la relación entre el estrés y la lesión deportiva y, además, que continúan en los atletas después de la lesión; la ventaja de este modelo expandido es que toma en cuenta las respuestas cognitivas, emocionales y conductuales de recuperación psicológica durante la lesión (Nippert & Smith, 2008).

Propone como base que los factores personales y situaciones tienen influencia en la valoración cognitiva que realiza el individuo sobre la lesión sufrida, de forma que se pueden producir dos respuestas: la primera es emocional y la segunda se da en el plano conductual. Por tanto, puede considerarse que este modelo tiene en perspectiva una visión cíclica en la cual el estado psicológico del deportista se afecta debido a la interacción de la valoración cognitiva, su respuesta emocional y la respuesta conductual.

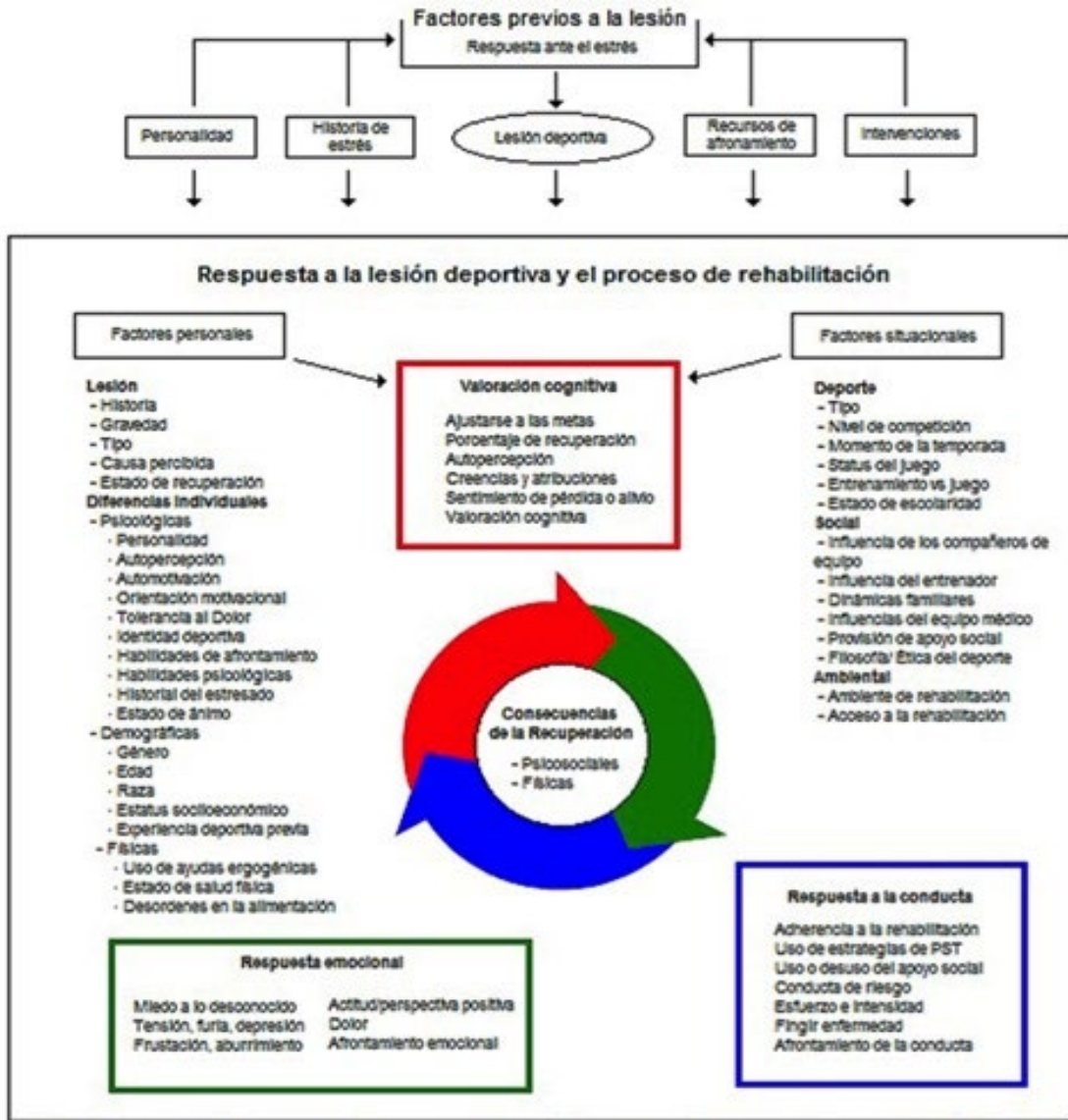
En la misma se integran teorías basadas en el proceso de estrés y otras centradas en el proceso de dolor. La valoración cognitiva y los modelos del proceso de dolor, aplicados a la lesión, pueden ser componentes de un modelo de estrés más integrador, que da evidencia de la naturaleza dinámica del proceso de rehabilitación. Este modelo integrado postula que los factores previos y posteriores a la lesión influyen en la respuesta psicológica, y la misma puede cambiar con el tiempo de forma dinámica. Igualmente, el resultado de este proceso es la recuperación tanto física como psicológica.

Aporta, además, la visión de que el estrés no es solo un factor de riesgo a sufrir lesiones, sino que puede suponer un obstáculo en la recuperación del deportista, por la fuerte carga de ansiedad (Wiese-Bjornstal et. al 1998); asimismo, que el estado de ánimo posterior a presentarse la lesión no es estático, y tendrá un valor significativo en la recuperación.

Este modelo, además de ser más integrativo y específico, aporta algunas bondades sobre el tema en general de psicología y lesiones deportivas que se ha venido manejando desde las primeras investigaciones en el tema, que dieron como resultado el modelo de Andersen y Williams (1988). Este nuevo modelo biopsicosocial planteado se enfrenta a la tarea de dotar de más especificidad al área que estudia la psicología de las lesiones deportivas, dada la complejidad que estos estudios significan. Por mencionar un ejemplo, toma cuenta más allá de la medicina deportiva; también los factores psicosociales y personales. A los cuerpos técnicos, médicos, entrenadores y fisioterapeutas les urgía contar con un enfoque más holístico e integral, debido a la importancia de las áreas y personas involucradas en la “psicología de lesiones deportivas”, y también que tomara en cuenta la prevención, cuidado, rehabilitación y ejercicio, influenciados por los múltiples factores psicológicos y sociales que rodean al atleta en todo el proceso que abarca la lesión (Wiese-Bjornstal, 2014).

La siguiente figura es el modelo propuesto por Wiese-Bjornstal, Smith, Shaffer y Morrey (1998), el cual contempla base el modelo de estrés y lesión de Andersen y Williams (1988), tomando en cuenta los factores relacionados con la vulnerabilidad a la lesión, como la personalidad y el historial de estresores, los cuales darán una respuesta al estrés y se verán reflejados en dicha respuesta los recursos de afrontamiento y la intervención ante estos factores.

Figura 4. Modelo integrado de la respuesta a la lesión deportiva y el proceso de rehabilitación



Modelo Integrado de la Respuesta Psicológica a la Lesión y al Proceso de Rehabilitación de Wiese-Bjornstal et al. (1998)

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

2.4.5 Modelo global psicológico de las lesiones deportivas (Olmedilla y García-Mas, 2009)

Los investigadores Olmedilla y García-Mas (2009), posterior a la revisión de los modelos ya existentes en los que se determina la relación entre los factores psicológicos y la lesión deportiva, consideran que no basta con identificar la vinculación entre los factores y la lesión, sino que además resulta necesario erigir un modelo explicativo y de intervención que permita predecir futuros riesgos y que, a su vez, pueda ser demostrado en un contexto experimental.

En ese entendido, de acuerdo con Peña (2019), citando a Olmedilla y García-Mas (2009), se establecen tres ejes: causal, temporal y conceptual, los cuales se describen seguidamente.

- Eje causal: En él se organizan las variables psicológicas que interfieren con la lesión deportiva tanto antes como después de esta. Es decir, siguiendo este eje se lleva a cabo una representación de antecedentes o causas psicológicas de la lesión, donde se tiene como referencia el modelo de estrés y lesión (Williams y Andersen, 1998) y las consecuencias o efectos psicológicos de la lesión deportiva, donde podemos encontrar la teoría cíclica afectiva (Heil, 1993) o el modelo integrado de la respuesta psicológica a la lesión y al proceso de rehabilitación (Wiese-Bjornstal, 1998).
- Eje temporal: Hace referencia a aspectos situacionales en tres momentos de la lesión deportiva: antes, durante y después de la lesión. Estos aspectos no tienen por qué ser psicológicos.
- Eje conceptual: En este se organizan los aspectos psicológicos que, tras investigaciones realizadas, se consideran especialmente relevantes en la lesión deportiva. Se trata de la motivación, la

ansiedad competitiva, el estrés psicosocial, conductas de riesgo, estados de ánimo y recursos de afrontamiento (p. 18).

Figura 5. Modelo global psicológico de las lesiones deportivas



Fuente: Olmedilla-Zafra y García-Mas (2009).

2.5 Ámbito de investigación en las lesiones deportivas

El campo de la psicología de las lesiones deportivas ha experimentado una notable evolución desde los trabajos iniciales de Little (1969) y Bramwell *et al.* (1975). Hasta finales de los años ochenta, la investigación se centraba principalmente en el estudio del estrés y la personalidad como factores determinantes para sufrir una lesión. Sin embargo, fue en 1988 cuando Andersen y Williams presentaron su modelo psicosocial sobre el estrés y la ocurrencia de las lesiones, marcando un cambio significativo en la investigación aplicada sobre la prevención y recuperación de estas lesiones.

A partir de los años noventa, se comenzó a trabajar en la prevención y recuperación de las lesiones desde una perspectiva multidisciplinaria, con un énfasis creciente en las variables psicosociales. Se desarrollaron dos enfoques alternativos para abordar la rehabilitación desde una perspectiva psicológica: los modelos de etapas y los modelos de

apreciación cognitiva. Estos enfoques han sido el foco principal de la investigación en los últimos años y han llevado a la psicología de las lesiones deportivas a ocupar un lugar destacado entre las disciplinas dedicadas a la prevención y tratamiento de las lesiones en el ámbito del deporte.

2.5.1 Los modelos de etapas

Cuando se aborda la prevención y recuperación de lesiones deportivas desde una perspectiva psicológica, es esencial tener en cuenta que la investigación se ha desarrollado principalmente desde dos enfoques teóricos distintos, a veces contrapuestos. Por un lado, se han propuesto modelos basados en procesos de "duelo" o "aflicción", donde la discapacidad asociada a la lesión se percibe como una pérdida irremediable, una parte esencial de uno mismo. Por otro lado, han surgido teorías relacionadas con el estrés, que sugieren que la forma en que el individuo interpreta la lesión, más que la lesión en sí misma, determina su respuesta.

Afortunadamente, la rivalidad entre estos enfoques parece haber sido superada con la presentación de un nuevo modelo integrador sobre la prevención y recuperación de lesiones deportivas: el de Wiese-Bjornstal, Smith, Shaffer y Morrey (1998). Este modelo sugiere que ambos enfoques no son excluyentes, sino complementarios.

En cuanto a los modelos de etapas, son parte de un conjunto más amplio de teorías que se basan en el concepto de *duelo* o *aflicción*, que ha sido central en la literatura sobre lesiones deportivas. Aunque el término "duelo" es ambiguo, autores como Ramírez (2000) han proporcionado definiciones que ayudan a aclararlo:

- Linderman (1944) describe el duelo como una reacción normal ante una situación angustiada.
- Simons (1977) lo define como un sufrimiento emocional intenso causado por una pérdida.
- Karl (1987) lo describe como tanto una experiencia de pérdida como el proceso de recuperación de dicha pérdida.

- Rodgers y Cowles (1991) sugieren que el duelo se produce en cualquier situación percibida como una pérdida.

Se pueden destacar entre la bibliografía especializada cuatro aproximaciones teóricas que incluyen el concepto de duelo: los modelos de etapas (Averill, 1968; Engel, 1961; Kubler-Ross, 1969), los modelos de componentes (Bugen, 1977), los modelos de fases (Bowlby, 1991) y los modelos de tareas (Worden, 1991). Sin embargo, solo los modelos de etapas han logrado explicar la recuperación de las lesiones deportivas de manera satisfactoria: asumen que los deportistas transitan por una serie de etapas predecibles hasta alcanzar un ajuste apropiado a la lesión. El más distinguido de estos modelos es el formulado por Kubler-Ross (1969) a partir de una muestra de enfermos terminales; modelo que, a pesar de críticas por ser demasiado genérico, se ha utilizado ampliamente en la literatura sobre lesiones deportivas.

Modelo de etapas de Kubler-Ross (1969)

Ofrece una visión general que busca explicar la respuesta de un individuo ante la enfermedad. Originalmente diseñado para comprender las reacciones de pacientes terminales, este modelo ha sido ampliamente adoptado por psicólogos que lo ven como un marco útil para entender la recuperación de lesiones en deportistas. Consiste en cinco etapas secuenciales que describen la reacción del deportista ante una lesión:

1. Negación: En esta fase inicial, los deportistas tienden a no aceptar la lesión, mostrando comportamientos como falta de adherencia a la rehabilitación o minimizando la gravedad del problema.
2. Cólera: Una vez que aceptan la realidad de la lesión, los deportistas pueden experimentar sentimientos de frustración y enojo consigo mismos o con otros.

3. Negociación: En esta etapa, el deportista intenta racionalizar la lesión y encontrar formas de lidiar con ella, como establecer metas de recuperación o reconsiderar su enfoque en el deporte.
4. Depresión: El deportista se enfrenta plenamente a la realidad de la lesión, lo que puede llevar a sentimientos de tristeza, incertidumbre sobre el futuro y una sensación de pérdida.
5. Aceptación: Finalmente, el deportista llega a aceptar la lesión y se compromete a concentrar sus esfuerzos en rehabilitarse y en volver a la actividad deportiva.

A pesar de la influencia significativa del modelo de Kubler-Ross, los modelos de etapas en el ámbito deportivo tienen sus raíces en una investigación pionera realizada por Suinn en 1967. En su artículo "Psychological reactions to physical disability", Suinn sugirió que los atletas enfrentan las lesiones de manera similar a la población no deportiva, por lo que la secuencia de reacciones podría ser la misma: contemplando las fases de choque, negación, depresión o ansiedad y aceptación parcial o total.

Aportaciones realizadas por diversos autores han dado lugar a la creación de varios modelos explicativos que, a pesar de compartir el mismo marco teórico, difieren con respecto a la naturaleza y el número de etapas que proponen. Por ejemplo, Gordon (1986) y Lynch (1988) proponen que los deportistas pasan por una serie de etapas similares a las descritas por Kubler-Ross para recuperarse óptimamente de sus lesiones. McDonald y Hardy (1990) también sugieren un modelo basado en dos estados emocionales: el choque y la retirada, basado en sus observaciones de las respuestas emocionales de deportistas lesionados.

Otros autores, como Pendersen (1986), plantean la existencia de tres etapas; Gordon y Lindgren (1990) amplían su propuesta a cuatro; y Rotella (1985) y Uemukai (1993) llegan a diferenciar cinco: negación, ira/enfado, angustia, depresión y aceptación. Tales

modelos con un número variable de etapas amplían o matizan las fases descritas por Kubler-Ross.

Sin embargo, algunos teóricos contemporáneos, como Evans y Hardy (1995), han criticado más los modelos de etapas que proponen alternativas empíricamente evaluables. Es importante señalar que Kubler-Ross nunca presentó su modelo como un paradigma para explicar la respuesta del deportista ante una lesión, y ha sido criticado por aquellos que le atribuyeron esa interpretación; esto a pesar de ser una herramienta perfectamente válida para entender por qué una persona hace lo que hace y se comporta como se comporta.

En palabras de Kubler-Ross: "Estos estados no son absolutos, y no todos los atraviesan en la misma secuencia de manera predecible. Pero este paradigma puede ser una herramienta válida para entender por qué un paciente se comporta de cierta manera" (1975, p. 10).

Algunos autores cuestionan si los modelos de etapas reflejan con precisión las respuestas emocionales de los atletas, especialmente dado el entorno de alta exigencia competitiva en el deporte. Brewer (1994) afirma que no todos los atletas responden de la misma forma a las lesiones; a raíz de esto sugiere que los modelos basados en procesos de estrés pueden ser más adecuados para explicar las respuestas emocionales y conductuales del deportista ante su lesión.

2.5.2 Los modelos de apreciación cognitiva

Los enfoques iniciales para abordar la recuperación de lesiones deportivas se enfocaron principalmente en adaptar modelos de etapas. Sin embargo, recientemente los modelos de apreciación cognitiva han ganado prominencia entre los psicólogos deportivos, por considerarlos valiosas herramientas prácticas para evaluar e intervenir en este contexto. Estos modelos explicativos se derivan de teorías basadas en la respuesta al estrés, que ven la lesión como un estresor que desencadena una respuesta emocional influenciada por la evaluación cognitiva del individuo, la cual está determinada por una serie de factores

personales y situacionales. Dicha evaluación cognitiva, a su vez, influye en la conducta del individuo, especialmente en el proceso de recuperación de la lesión.

Desde la propuesta inicial de Gordon en 1986, han surgido importantes contribuciones teóricas en este campo, como los modelos presentados por Wiese y Weiss en 1987, Wiese-Bjornstal y Smith en 1993, y Wiese-Bjornstal, Smith, Shaffer y Morrey en 1998. Estos modelos han tenido un impacto significativo en investigaciones posteriores, lo que justifica su reiterado análisis.

a) Modelo de Gordon (1986)

Este enfoque se distingue por resaltar la relevancia de la personalidad del deportista lesionado en su respuesta al estrés provocado por la lesión. Gordon argumenta que la manera en que un deportista percibe y reacciona ante una lesión está completamente determinada por su personalidad y motivaciones individuales. Aspectos como las interpretaciones cognitivas de la lesión, las respuestas fisiológicas, somáticas y emocionales ante su ocurrencia, y las estrategias de afrontamiento están estrechamente ligados a las características personales y motivacionales del sujeto. Esta conexión ayuda a comprender por qué los deportistas suelen reaccionar de manera diferente ante situaciones similares.

b) Modelo de Wiese y Weiss (1987)

Siguiendo la línea de otros modelos de apreciación cognitiva, Wiese y Weiss (1987) destacan la importancia de las características personales y la naturaleza de la lesión en la respuesta del deportista lesionado. Inspirados en el modelo de estrés de Selye (1974), que consideran adecuado para aplicarlo a la población deportiva, Wiese y Weiss presentan su propuesta como un modelo cognitivo-social de respuesta al estrés ante una lesión deportiva, compuesto por cuatro estados. El primero ocurre en el momento mismo de la lesión, donde el deportista percibe el incidente como altamente estresante. Luego sigue el estado del "pensamiento", donde el deportista realiza evaluaciones cognitivas pertinentes de la situación. La respuesta emocional del individuo constituye el tercer estado, donde pueden

surgir emociones como ansiedad, incertidumbre y preocupación, las cuales pueden afectar negativamente la recuperación. El cuarto y último estado es el conductual, caracterizado por la adhesión o falta de ella al programa de rehabilitación.

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

Este modelo se construye sobre las bases del modelo de Andersen y Williams (1988), que abarca todos los factores que intervienen en la relación entre el estrés y las lesiones deportivas, como la personalidad, la historia de estresores y los recursos de afrontamiento. Además, retoma los principios de Wiese y Weiss (1987) que destacan la importancia de los aspectos cognitivos, emocionales y conductuales en la respuesta del deportista lesionado durante la recuperación.

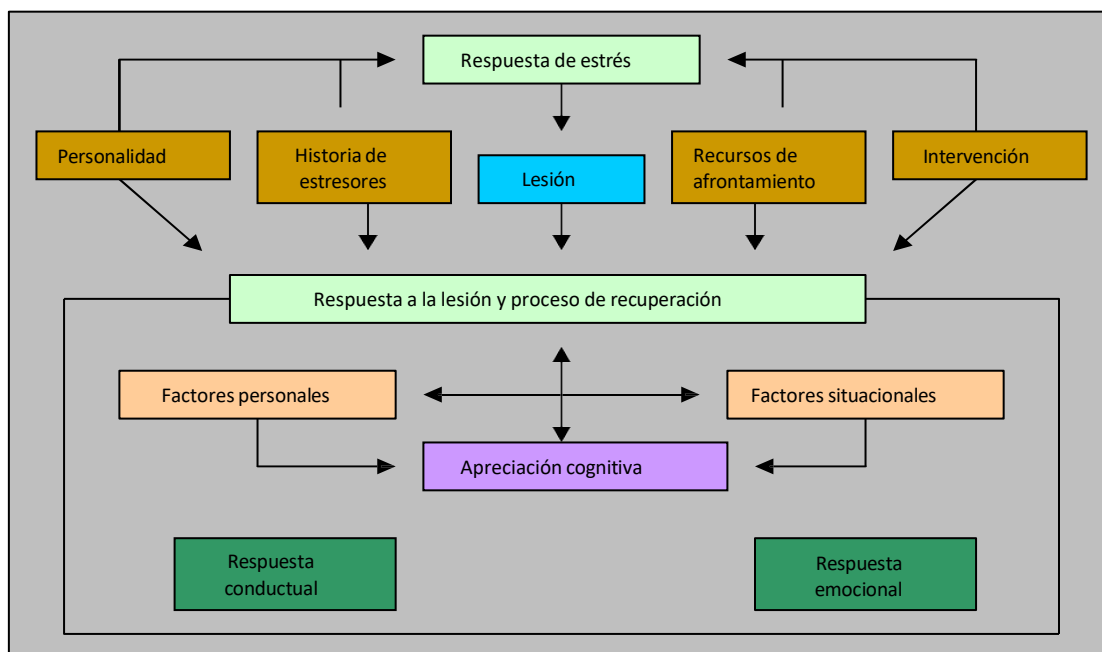
En esta propuesta teórica se otorga una considerable importancia al papel mediador de los factores situacionales, tales como el entorno deportivo, social y ambiental, así como a las diferencias individuales en términos psicológicos, demográficos y físicos. Se enfatiza también la interacción con el equipo médico deportivo. Sin olvidar, por supuesto, el papel fundamental que juegan los componentes cognitivos, emocionales y conductuales de la respuesta del lesionado en el proceso de recuperación, tal y como se proponía en el modelo de Wiese y Weiss. Desde esta perspectiva holística, se sugiere que tanto los factores personales como los situacionales predisponen al individuo a sufrir una lesión y, al mismo tiempo, influyen en su respuesta cognitiva, emocional y conductual durante el proceso de recuperación.

Wiese-Bjornstal y Smith plantean la hipótesis de que diversos estresores, como eventos vitales, tensiones cotidianas y lesiones previas, también tienen un impacto significativo en la fase post-lesional, pudiendo afectar considerablemente la recuperación del deportista. Asimismo, señalan que diferentes estresores propuestos por Andersen y Williams (eventos vitales, tensiones diarias, lesiones previas, etc.) tienen también mucho que ver en la fase post-lesional, pudiendo afectar a la recuperación del deportista (Ramírez, 2000).

2.5.3 El modelo integral de Wiese-Bjornstal *et al.* (1998)

A lo largo de la historia, ha existido una notable rivalidad entre los modelos de etapas y los de apreciación cognitiva en el ámbito de la prevención y recuperación de lesiones deportivas. Sin embargo, la introducción del modelo de Wiese-Bjornstal, Smith, Shaffer y Morrey (1998) ha demostrado que ambas perspectivas no solo son sensatas y razonables, sino que también pueden complementarse perfectamente, como coinciden los defensores de esta nueva alternativa. Ramírez (2000) lo explica por el hecho de que "el sentido de pérdida que prevalece en la lesión deportiva –modelo de etapas– es un tipo de apreciación cognitiva que conduce a emociones comúnmente asociadas con la pérdida y el dolor, y se manifiesta conductualmente en el proceso de recuperación de la lesión" (p. 116).

Desde esta perspectiva, los modelos de etapas aplicados a las lesiones deportivas podrían incorporarse a un modelo de estrés general integrado. Este modelo consideraría, por un lado, los factores personales y situacionales que influyen en la apreciación cognitiva que realiza el deportista ante la situación, y por otro, las respuestas cognitivas, emocionales y conductuales del deportista frente a la lesión.



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

a) *La respuesta cognitiva*

La respuesta cognitiva de los deportistas tras una lesión es un área de investigación que ha recibido atención limitada, y principalmente testimonial. Entre las diversas apreciaciones cognitivas estudiadas figura la autopercepción, un término que Wiese-Bjornstal *et al.* explican como “la percepción que un individuo tiene sobre sí mismo” y que hace referencia a variables psicológicas como la autoeficacia, la autoconfianza, el autoconcepto y la autoestima, las cuales han sido objeto de estudio.

Por ejemplo, Brewer (1993) señala que entre las apreciaciones cognitivas posteriores a la lesión más revisadas encontró que la autoeficacia física predijo la depresión experimentada por los lesionados durante la recuperación. Leddy, Lambert y Ogles (1994) evaluaron la autoestima global y física en deportistas lesionados, hallando diferencias significativas antes y después de la lesión. Chang y Grossman (1988) demostraron que los deportistas lesionados tenían niveles más bajos de autoestima que los no lesionados. Además, Shaffer (1991) encontró que el historial de lesiones está relacionado con la autoeficacia para la rehabilitación, pues es mayor en aquellos con lesiones previas.

Además de estas apreciaciones, las percepciones del deportista sobre el alcance de la lesión también influyen en su recuperación. Aspectos como la percepción del dolor, la gravedad de la lesión, la sensación de pérdida y la interrupción de expectativas a corto y largo plazo son cruciales, aunque poco estudiados. Un estudio de Daly *et al.* (1995) evaluó las apreciaciones cognitivas en el contexto del modelo integral de Wiese-Bjornstal *et al.*, demostrando su significativa relación con el estado de ánimo del deportista.

En el contexto de las lesiones deportivas, la respuesta cognitiva de los jugadores lesionados es crucial para su proceso de recuperación. Investigaciones teóricas y empíricas han resaltado la importancia de la autoestima, la autoeficacia y la autoconfianza en la forma en que los atletas enfrentan y superan los desafíos asociados con sus lesiones.

La autoestima, que se refiere a la valoración que un individuo tiene de sí mismo, juega un papel fundamental en la respuesta cognitiva de los jugadores lesionados. En palabras de Harter (1999), "una alta autoestima está asociada con una mejor adaptación a las adversidades y un mayor bienestar psicológico" (p. 90). En el contexto deportivo, fortalecer la autoestima de los jugadores puede ayudarles a mantener una perspectiva positiva y resiliente durante su proceso de rehabilitación.

La autoeficacia, por su parte, definida como la creencia en la propia capacidad para ejecutar las acciones necesarias para manejar situaciones específicas, es otro componente crítico en la respuesta cognitiva de los atletas lesionados. Bandura (1997) explica que la autoeficacia, que está estrechamente vinculada con la autoestima, impacta considerablemente en cómo las personas perciben y enfrentan los desafíos. Las creencias en la propia capacidad influyen en la motivación, la persistencia y la resiliencia, elementos esenciales para una rehabilitación exitosa. Los jugadores con alta autoeficacia tienden a desarrollar estrategias de afrontamiento efectivas y a mantenerse motivados durante su proceso de recuperación.

Por último, la autoconfianza, que es la creencia general en la propia capacidad para tener éxito en diversas situaciones, también desempeña un papel crucial en la respuesta cognitiva de los atletas lesionados. Maddux (2002) señala que una alta autoconfianza está vinculada con una mayor persistencia y esfuerzo, además de una actitud positiva frente a los obstáculos. Mantener un alto nivel de autoconfianza ayuda a los atletas a mantenerse motivados y a esforzarse constantemente, incluso cuando enfrentan dificultades.

Las investigaciones de Locke y Latham (2002), por su parte, subrayan que "las personas con alta autoeficacia tienden a establecer metas desafiantes y a planificar detalladamente los pasos necesarios para alcanzarlas, demostrando una actitud proactiva y una mayor capacidad para organizar y anticipar las acciones requeridas para lograr sus objetivos" (p. 261). Este enfoque proactivo y la capacidad de organizar y anticipar los pasos necesarios para la recuperación son manifestaciones claras de autoeficacia y autoconfianza, que a su vez pueden fortalecer la autoestima del jugador lesionado.

b) La respuesta emocional

La respuesta emocional de un deportista lesionado es un componente crucial que influye significativamente en su proceso de rehabilitación y recuperación. Las lesiones deportivas no solo afectan físicamente al atleta, también pueden dejar un profundo impacto emocional. Las respuestas emocionales pueden variar ampliamente, incluyendo sentimientos de negación, enojo, angustia y aceptación. Comprender estas respuestas es esencial para proporcionar un apoyo integral y efectivo durante el proceso de recuperación.

Negación

La negación es una de las primeras respuestas emocionales que los deportistas lesionados pueden experimentar; al enfrentar una lesión grave, muchos atletas inicialmente se niegan a aceptar la gravedad de su condición. Esta fase actúa como un mecanismo de defensa para amortiguar el impacto emocional inmediato de recibir una noticia difícil. Según Heil (1993), "la negación puede servir como un mecanismo temporal de defensa que protege al atleta del impacto emocional inmediato de la lesión, permitiéndole tiempo para asimilar la situación" (p. 77).

Enojo

El enojo es otra respuesta emocional común entre los deportistas lesionados, caracterizada por sentimientos intensos de frustración y resentimiento. Los atletas pueden sentir una gran impotencia y percibir la situación como extremadamente injusta, dirigiendo su ira hacia diversas fuentes, como la propia lesión, los entrenadores, el personal médico o incluso sus compañeros de equipo. Evans y Hardy (1995) señalan que "el enojo es una fase en la que prevalecen sentimientos intensos de frustración y resentimiento, y puede estar dirigido hacia varias fuentes, incluida la propia lesión" (p. 143).

Angustia

La angustia es una respuesta emocional que puede surgir durante el proceso de rehabilitación, especialmente cuando el progreso es lento o cuando el atleta enfrenta la posibilidad de no volver a su nivel de competencia anterior. La incertidumbre sobre el futuro y la percepción de una pérdida significativa pueden provocar sentimientos de ansiedad y depresión. Al respecto, Smith y Smoll (1990) afirman que "la angustia emocional, que incluye sentimientos de ansiedad y depresión, es común entre los atletas lesionados y puede afectar negativamente su proceso de recuperación" (p. 151).

Aceptación

La aceptación es la fase crucial en la respuesta emocional de los deportistas lesionados. Implica reconocer y asumir la realidad de la lesión y comprometerse completamente con el proceso de rehabilitación. La aceptación marca una transición importante desde las emociones iniciales de negación, enojo y angustia hacia una actitud más positiva y proactiva; Brewer (1994) destaca precisamente que "la aceptación de la lesión y el compromiso con la rehabilitación son esenciales para una recuperación efectiva y para el regreso al deporte" (p. 92).

Al igual que en otros campos de la psicología, la respuesta emocional ante las lesiones deportivas es uno de los aspectos más investigados y citados en la literatura científica. Weiss y Troxel (1986), por ejemplo, entrevistaron a varios atletas federados lesionados y encontraron que las reacciones más comunes incluían rabia, depresión, tensión, insomnio y pérdida de apetito. Smith *et al.* (1993) evaluaron el estado de ánimo de deportistas antes y después de una lesión, observando un aumento significativo en los niveles de depresión y angustia en los lesionados, así como menores niveles de fatiga y vigor. Resultados similares fueron obtenidos por Leddy *et al.* (1994), quienes confirmaron niveles más altos de depresión en los deportistas lesionados en comparación con los no

lesionados o recuperados, a pesar de no encontrar diferencias significativas en la evaluación previa a la temporada.

Estos estudios evidencian una amplia diversidad en la investigación de la respuesta emocional ante las lesiones, con distintas poblaciones estudiadas y una variedad de diseños e instrumentos de medición. Sin embargo, a pesar de las dificultades, se pueden extraer algunas ideas generales sobre la respuesta emocional del deportista ante las lesiones:

1. La lesión suele ir acompañada de alteraciones emocionales, siendo el aumento de emociones negativas y la sensación de incapacidad para hacer frente a la situación dos características prominentes.
2. Se observan variaciones significativas en el estado emocional durante el periodo de recuperación, relacionadas estrechamente con la percepción de recuperación del lesionado.
3. La magnitud y duración de la respuesta emocional varían según las características individuales y situacionales de cada deportista lesionado. La gravedad de la lesión y el nivel competitivo del deportista parecen ser factores influyentes. Por ejemplo, los deportistas que compiten experimentan alteraciones emocionales más intensas pero se recuperan más rápidamente en comparación con aquellos que practican deporte por recreación.

c) La respuesta conductual

Cuando nos referimos a “respuesta conductual” del deportista lesionado, estamos hablando principalmente de lo que se conoce en la literatura psicológica como “adherencia” a los programas de recuperación. Este tema ha ido emergiendo gradualmente como un área de interés científico en la psicología de las lesiones deportivas, dada su importancia para el éxito en la recuperación, que está presumiblemente ligado al cumplimiento de los planes de rehabilitación. Evaluar la adherencia de los deportistas lesionados es una tarea complicada, dada la amplia gama de demandas conductuales que implica.

Los estudios sobre la adherencia a los programas de rehabilitación realizados en las últimas décadas han confirmado la relación entre esta variable y diversos factores personales y situacionales. Entre los factores personales se incluyen la motivación interna, la tolerancia al dolor y la autoconfianza, mientras que entre los situacionales se encuentran la creencia en la eficacia del tratamiento y la conveniencia del programa de rehabilitación. Además, el apoyo social y las expectativas deportivas también están estrechamente relacionados con la adherencia. Se ha observado que los deportistas más adherentes suelen tener mayor motivación intrínseca, percibir más apoyo social, creer en la eficacia del tratamiento y enfocar sus esfuerzos en el cumplimiento de la tarea más que en los resultados.

Las respuestas conductuales abarcan una amplia gama de comportamientos y reacciones emocionales que los atletas exhiben como resultado de sus lesiones. Estas respuestas pueden incluir cambios en la motivación y niveles variables de ansiedad. Según Brewer (1994), "los atletas lesionados a menudo experimentan una variedad de respuestas emocionales y conductuales, incluyendo ansiedad, depresión, fluctuaciones en el estado de ánimo y cambios en la motivación" (p. 89).

La motivación de un atleta lesionado puede verse seriamente afectada por la lesión; a su vez, el estado de ánimo puede fluctuar significativamente durante el proceso de recuperación. Sentimientos de tristeza, frustración y depresión son comunes, especialmente cuando la lesión impide al atleta participar en su deporte, y esta pérdida temporal de la capacidad para entrenar y competir puede disminuir la motivación del deportista, afectando su adherencia al programa de rehabilitación. Podlog y Eklund (2007) advierten que "la motivación para rehabilitarse y regresar al deporte puede verse influenciada por la gravedad de la lesión, el apoyo social y las expectativas personales del deportista" (p. 271). Mantener altos niveles de motivación y un estado de ánimo positivo es esencial para el bienestar emocional del deportista y es vital para asegurar que siga comprometido con su recuperación y logre una rehabilitación exitosa.

La ansiedad es otra respuesta conductual común en deportistas lesionados; esta puede manifestarse como preocupación, tensión y miedo sobre el futuro y la capacidad para volver a competir. Smith y Smoll (1990) afirman que "la ansiedad es una reacción común entre los atletas lesionados, y su manejo adecuado es crucial para evitar que afecte negativamente la recuperación" (p. 150); por tanto, la gestión de la ansiedad es esencial para evitar que esta interfiera con el proceso de rehabilitación.

2.6 El proceso de rehabilitación y sus características

Al referirnos propiamente a cómo se concibe el término "rehabilitación deportiva", debemos entender que se enrumba hacia un objetivo básicamente de curación de las lesiones producidas por la práctica deportiva en particular; una rehabilitación que busca acelerar la recuperación, evitar recaídas y devolver a la persona su máxima funcionalidad.

El proceso de rehabilitación de una lesión suele ser traumático para el jugador; sobre todo, por el dolor que conlleva la lesión, y también por la carga psicológica que implican la inactividad y la incertidumbre. De ahí que sea básica la existencia de un plan de rehabilitación coherente y personalizado que tome en cuenta todas las variables físicas y psicológicas. También es imprescindible que el jugador sea consciente del alto riesgo que corre de sufrir una recaída en caso de no seguir estrictamente las indicaciones médicas, del preparador físico y del equipo de apoyo psicológico.

Olmedilla (2005), citado por Rovelli (2011), destaca que para que el proceso de rehabilitación en el que se encuentra un jugador lesionado sea óptimo y puedan obtenerse resultados se requiere contar con los siguientes elementos:

- Un apoyo social favorecedor, contenedor y protector.
- Un diagnóstico médico preciso y a tiempo.
- Una aceptación por parte del jugador con respecto a sus posibilidades y al duelo por el estado de salud perdido.

- Apoyo del grupo de compañeros, como así también del cuerpo técnico; profundizar en las expectativas y los objetivos a alcanzar, trabajar interdisciplinariamente entre los distintos profesionales ligados al área de la salud relacionados con el deporte, como lo son el médico, el kinesiólogo, el preparador físico, el psicólogo, y con el grupo de compañeros como soporte emocional y social (p. 11).

Siguiendo en esta línea de abordaje, el planteamiento de Olmedilla (2005) es claro al identificar que, junto con los procesos de recuperación física, se hace necesario el acompañamiento terapéutico que un psicólogo deportivo puede brindar. Aunado a lo anterior, su conocimiento de técnicas y estrategias específicas contribuye a que el jugador lesionado evolucione de una forma favorable; como señala Rovelli (2011), aquel puede:

trabajar con metas a corto plazo, enfatizando en no perder la relación con el grupo, utilizar técnicas para aumentar la autoconfianza y la motivación. Utilizar técnicas de relajación e imaginación, un trabajo cognitivo de adaptación al nuevo rol, y por último una preparación referida a los posibles miedos relacionados con la vuelta al juego (p. 11).

Una vez entendidas las posibles variables inmersas en una lesión deportiva, es necesario visualizar la rehabilitación como un proceso complejo que requiere del control de tres factores mutuamente influyentes:

1. La rehabilitación física.
2. El programa de entrenamiento deportivo.
3. La atención psicológica de las repercusiones de la lesión, como las habilidades de autocontrol para apoyar los procedimientos de rehabilitación (Mendelsohn, 1999, y otros).

Específicamente, la rehabilitación del deportista lesionado va a estar mediada por el cumplimiento de los tratamientos, sin que se afecte el gesto técnico de las ejecuciones como consecuencia del miedo a volverse a lesionar, y la regulación adecuada de la actividad. Esta recuperación también va a depender de cuán capaz sea el deportista para

afrontar su problema. Varios autores coinciden en que pueden existir cambios en los enfoques con los que se afronta la lesión, muy subjetivos en cada atleta; por lo que se sugieren un abordaje mediante las siguientes tres áreas:

1. Cognoscitivo: con aumento de las capacidades de análisis, juicio, crítica, decisión, y control de los procesos perceptivos y de la memoria.
2. Psicomotor: con aumento de las capacidades de aprendizaje, control y regulación del movimiento y con una mejorada autoconciencia, en el plano kinestésico del propio cuerpo.
3. Psicoafectivo: con el control mejorado de la emotividad y del ansia, con un consiguiente aumento de la autoestima, de la confianza en sí mismo y de la capacidad de hacer frente a los problemas (Mendelsohn, 1999, y otros).

Por otra parte, es importante tomar en cuenta que el grado de complejidad cognitiva del deportista ante una lesión le permitirá disponer de más estrategias de afrontamiento y de coparticipación activa en su proceso de recuperación. La complejidad cognitiva es un rasgo indicador de la estructura cognitiva de la personalidad y de la capacidad psíquica para construir la conducta social de un modo multidimensional, es decir, que el proceso de recuperación se podría llevar a cabo desde un punto de vista integral. De cuanta más complejidad cognitiva disponga el deportista, tendrá un sistema de dimensiones mucho más variado para percibir las consecuencias y alternativas de su recuperación. Por lo tanto, con un proceso de rehabilitación abordado desde todos los componentes del individuo como tal (mente, cuerpo y espíritu), se podría alcanzar un desarrollo integral en el deportista lesionado, asegurándole una recuperación integral, mejor y más rápida.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

En este apartado se establecen los principales elementos metodológicos y epistemológicos que brindan sustento al objeto de estudio de la investigación. Al respecto de la relevancia del marco metodológico en una investigación, Barrantes (2016) se refiere a este como “El corazón de la investigación, el cual ayudará a producir los alimentos que le facilitarán crecer y vivir” (p. 123), recalcando la importancia de este apartado, con el cual se podrá acceder a lo que se desea investigar.

3.1 Descripción del enfoque y diseño de investigación

Con base en el objeto de estudio de esta investigación, el enfoque es cualitativo, considerando el criterio de Hernández-Sampieri y Mendoza (2018): “la investigación desde la ruta cualitativa se enfoca en comprender los fenómenos, explorándolos desde la perspectiva de los participantes en su ambiente natural y en relación con el contexto” (p. 390). En el presente estudio interesa sobremanera conocer y analizar cómo los participantes perciben y experimentan este acontecimiento que atraviesan, adentrándose, de manera integral, en las emociones, percepciones, significados y conductas que se suscitan como parte del proceso de rehabilitación de una lesión deportiva grave.

Barrantes (2016) señala que esta visión de la investigación cualitativa “requiere de un profundo entendimiento del comportamiento humano y las razones que lo gobiernan” (p. 95). Se otorga especial énfasis y atención en la persona: sus emociones, percepciones y conductas; aspectos de gran trascendencia para dar cumplimiento a los objetivos planteados. Es por ello que se considera el enfoque cualitativo como el adecuado para que, desde la perspectiva de los participantes, se comprendan los fenómenos que les rodean y se logre profundizar en sus experiencias, perspectivas, opiniones y significados, con miras a lograr la comprensión de su realidad y subjetividad (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

La parte humana de la experiencia vivencial de los deportistas tras la lesión deportiva grave, y su respectivo proceso de rehabilitación, facilita una mejor comprensión de los elementos psicológicos que interactúan y les atraviesan, a raíz de este suceso en sus vidas; además, aporta un material epistemológico de gran relevancia para la comprensión de dicho proceso.

En cuanto a lo referido al tipo de metodología, considerando las características de esta investigación y dado que se requiere un mayor acercamiento al objeto de estudio y los aspectos característicos de los sujetos de investigación, se ha seleccionado la metodología fenomenológica pues, como indican Mendieta-Izquierdo, Ramírez-Rodríguez y Fuerte (2015), este tipo de metodología tiene como objetivo ir descubriendo las notas relacionadas entre sí por fundamentación a través de lo dado por el fenómeno estudiado, es decir, una comprensión intencional que da sentido.

Álvarez (2003) y Mertens (2015) explican que la metodología fenomenológica se fundamenta en las siguientes premisas:

- Se pretenden describir y entender los fenómenos desde el punto de vista de cada participante y desde la perspectiva construida colectivamente.
- Se basa en el análisis de discurso y temas, así como en la búsqueda de sus posibles significados.
- El investigador confía en la intuición, en la imaginación y en las estructuras universales para lograr aprender las experiencias de los participantes.
- El investigador contextualiza las experiencias en términos de su temporalidad (momento en que sucedieron), espacio (lugar en el cual ocurrieron), corporalidad (personas que las vivieron) y el contexto relacional (los lazos que se generaron durante las experiencias).

Desde esa panorámica, tomando en cuenta que esta investigación se centra en las valoraciones cognitivas, las respuestas emocionales y conductuales que elaboran los futbolistas luego de haber sufrido una lesión deportiva grave y durante el proceso de rehabilitación, por medio de la metodología fenomenológica se puede profundizar en las experiencias de los participantes de la investigación, no con el propósito de darles una explicación, sino de identificarlas y otorgarles su validez humana. Se trabaja directamente sobre las vivencias de los participantes, con miras a llegar a mejores interpretaciones y comprensión de estas.

En lo referente al método, para efectos de este trabajo se ha establecido el estudio de caso. De acuerdo con Martínez (2006), este método de investigación tiene como fin comprender, en mayor profundidad, las dinámicas presentes en contextos singulares. Yin (1989) establece que este método es apropiado para temas novedosos, razón por la cual la opinión, las vivencias y otras perspectivas que brinden los sujetos de información constituyen un insumo valioso. Sobre esto, este autor ha establecido los siguientes aspectos distintivos:

- Examina o indaga sobre un fenómeno contemporáneo en su entorno real.
- Las fronteras entre el fenómeno y su contexto no son claramente evidentes.
- Se utilizan múltiples fuentes de datos.
- Puede estudiarse tanto un caso único como múltiples casos (p. 23).

Por medio del método de estudio de casos, la investigación se instrumentalizó para ahondar y analizar, exhaustiva y cualitativamente, las particularidades de la población participante, la cual atravesaba por una situación única y concreta, como lo es el presentar una lesión deportiva grave en el contexto del fútbol profesional masculino en Costa Rica.

3.2 Procedimientos para la selección de participantes

De acuerdo con Barrantes (2016), la población universo de estudio corresponde a “aquellas personas físicas o corporativas que brindarán información” (p. 124). Es decir, son los sujetos inmersos de múltiples formas en la temática u objeto de estudio, a los cuales se les aplicarán las técnicas para la recolección de datos.

Los sujetos de investigación fueron 3 futbolistas de primera división, de distintos equipos de fútbol de Costa Rica, que sufrieron una lesión deportiva grave, y que estaban al momento del estudio atravesando por el complejo proceso de rehabilitación, que los mantuvo por entre 4 a 6 meses lejos de su práctica profesional deportiva. Guardián (2011) plantea que el sujeto de investigación es aquel quien, en su acto de conocer, recibe información e imágenes del mundo y genera, a partir de esto, un procesamiento: las interpreta y explica con el lenguaje con el que valora o juzga. Así, el sujeto es acción, un ser activo y creador. En esta línea, los participantes de este estudio son los actores principales del proceso, pues sin la información que ellos aportan no tendría sentido.

Con base en lo anterior, se establecieron como participantes estos 3 jugadores de fútbol de alto rendimiento de primera división de Costa Rica que están transcurriendo por este un proceso de rehabilitación. Tres participantes es una cantidad que permite realizar un mejor proceso de triangulación al ser un número impar; pero, a la vez, aporta mayor variedad de experiencias de las que aportaría el estudio de un solo caso. Se considera oportuno el trabajo con esta cantidad de jugadores, justo por ese interés en profundizar, de la manera más completa, exhaustiva e integral, en la experiencia vivencial psicológica de estos, después de la lesión deportiva grave y estar atravesando el proceso de rehabilitación. Los participantes de la investigación se encontraban en ese momento en distintas etapas de su proceso de rehabilitación post lesión.

Para tener acceso a los sujetos de investigación se acudió al Centro de Especialidades Terapéuticas San Rafael (CET), ubicado en el cantón de San Rafael de Heredia, Costa Rica, en virtud de la naturaleza de los servicios que brinda en terapia física

y rehabilitación, tanto atendiendo población general como a atletas de alto rendimiento. En el caso específico del trabajo de este centro con futbolistas de primera división, posee convenios con varios equipos de fútbol, a los cuales les provee servicios de terapia física y rehabilitación, por lo cual se realizó el contacto para el reclutamiento de los participantes de interés de este trabajo investigativo, según los criterios de inclusión y exclusión propuestos.

Dicho centro cuenta con un base de datos de los jugadores que presentan lesiones, la cual contiene información específica respecto al tipo de lesión, gravedad y tiempo de rehabilitación: información clave en la selección de los jugadores participantes. Aunado a esto se contó con la participación directa del director del centro, quien no solo es el terapeuta físico principal, sino además se convirtió en un eslabón clave para crear un vínculo de confianza y apertura de los participantes para colaborar con el desarrollo de esta investigación. Se contactó de manera directa a aquellos jugadores referidos por el centro que cumplieran con los criterios de inclusión; esto posterior al contacto previo del director del centro con cada uno de ellos. Se inició con un preámbulo sobre los fines de la investigación de manera general, a manera de que dichos jugadores señalaran el interés o no en participar.

Otro colaborador clave de esta investigación fue el psicólogo del deporte, el cual figuró como profesional consultor en la triangulación para la obtención de resultados fidedignos. Este profesional cuenta con una amplia experiencia en el área y se desempeña en la Fedefútbol.

Tabla 1. Criterios de inclusión y exclusión para la selección de los participantes

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Ser jugador de fútbol de primera división costarricense.	Que la lesión no sea de índole deportiva o producida durante la práctica del fútbol.
Ser de sexo masculino y mayor de 18 años.	Estar llevando un proceso médico que amerite uso de algún fármaco que comprometa su participación coherente en la investigación.

Ser jugador titular en su equipo.	No encontrarse llevando un proceso formal de rehabilitación (recuperándose en reposo NO activo).
Haber sufrido una lesión deportiva grave que le implique más de 3 meses fuera de su actividad deportiva profesional.	
Que al momento de la investigación se encuentre en alguna etapa del proceso de rehabilitación posterior a la lesión grave.	

Fuente: Elaboración propia (2022).

3.3 Técnicas de recolección de la información

Se utilizó para este fin la entrevista a profundidad, técnica que permite recolectar información de manera flexible y profundizando en aspectos oportunos de acuerdo con los objetivos de la investigación. Se trata de una conversación con un propósito, que posibilita entender el mundo de la persona a partir de la verbalización de hechos y relatos (Álvarez-Gayou, 2003).

La entrevista a profundidad se desarrolló durante el año 2023, en sesiones con cada participante. Para cada sesión se contó con una guía semiestructurada de preguntas que lograra una orientación más oportuna de la conversación y una exploración de los aspectos requeridos para los fines del estudio. Además, según lo planificado, se realizaron tres momentos de entrevista a profundidad semiestructurada, cada una de una hora a hora treinta minutos, aproximadamente, con cada uno de los 3 participantes de manera individual. De esta forma se contó entonces con tres entrevistas por participante, que abarcaron diferentes objetivos cada una; además, una cuarta sesión a manera de devolución final de las entrevistas. Es importante resaltar que, para la formulación de los enunciados de las sesiones de entrevista, se contó con la asesoría del experto consultor en el área de psicología del deporte.

Cada entrevista se llevó a cabo previa aprobación del participante; por supuesto, esto requirió la revisión conjunta de un documento de consentimiento informado, para aclarar cualquier duda y firmarlo por todas las partes involucradas en la investigación, anterior a iniciar cualquier paso de esta. Posteriormente se procedió de igual manera con el consentimiento de los participantes a grabar cada sesión; material que luego fue transcrito para procesar de manera más accesible los resultados. Las sesiones de entrevista se llevaron a cabo en un lugar idóneo, donde cada participante contó con un espacio donde se podía sentir seguro, y con la apertura para expresarse libremente. La idea era proporcionar un ambiente de confidencialidad y comodidad tanto para el participante como para la investigadora.

3.4 Técnicas para la sistematización y análisis de la información

La información de las entrevistas se grabó y se tomaron notas de campo. Posteriormente, se realizaron las transcripciones de las grabaciones, utilizando un sistema de codificación creado por la investigadora. A partir de esto, se llevó a cabo una sistematización de los datos, para analizarlos a partir de las categorías de análisis planteadas en la investigación.

Cada informe de entrevista reflejó la información pertinente sobre cada momento suscitado en el desarrollo de esta; los posibles elementos influyentes, tales como la comunicación no verbal de los participantes, entendiéndola como manifestaciones o gestos que van junto al discurso y pueden expresar algún sentimiento o información relevante para los fines de la investigación; además de posibles nociones teóricas o analíticas surgidas espontáneamente, para contextualizar y enriquecer el análisis.

Para el análisis de la información se emplearon las siguientes categorías de análisis, acordes con los objetivos de este estudio.

Tabla 2. Categorías de análisis

<p>OBJETIVO ESPECÍFICO</p>	<p>CATEGORÍA DE ANÁLISIS Y DEFINICIÓN</p>	<p>TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN</p>
<p>Describir la respuesta emocional, particularmente en cuanto a emociones como la negación, el enojo, la angustia y la aceptación, que atraviesan tres futbolistas de primera división de Costa Rica a partir de sufrir una lesión deportiva grave.</p>	<p style="text-align: center;"><i>Respuesta emocional</i></p> <p><u>Definición:</u> En el ámbito de las lesiones deportivas, se refiere a las reacciones internas y sentimientos que un deportista experimenta tras sufrir una lesión.</p> <p>En esta categoría, se analizan aspectos relacionados con las emociones como la negación, el enojo, la angustia y la aceptación; se enfoca en analizar y documentar las diferentes etapas emocionales que experimentan los futbolistas lesionados. Se busca entender cómo estas emociones afectan su recuperación y cómo evolucionan a lo largo del tiempo.</p>	<p style="text-align: center;">Entrevista a profundidad</p>
<p>Explorar la valoración cognitiva, específicamente sobre aspectos relacionados con autoestima, autoeficacia y autoconfianza que construye un grupo de futbolistas de primera división de Costa Rica, durante el proceso de</p>	<p style="text-align: center;"><i>Valoración cognitiva</i></p> <p><u>Definición:</u> Procesos mentales mediante los cuales los individuos interpretan y dan sentido a sus experiencias.</p> <p>En este caso, se hace énfasis en investigar y comprender cómo los futbolistas perciben y evalúan sus capacidades y valor personal (autopercepciones) durante la rehabilitación de una lesión grave, específicamente la autoestima, autoeficacia y autoconfianza.</p>	<p style="text-align: center;">Entrevista a profundidad</p>

rehabilitación de una lesión deportiva grave.		
Identificar cómo la ansiedad, el estado de ánimo y la motivación influyen en la respuesta conductual de tres futbolistas de primera división de Costa Rica durante el proceso de rehabilitación de una lesión deportiva grave.	<p style="text-align: center;"><i>Respuesta conductual</i></p> <p><u>Definición:</u> Acciones y comportamientos observables que los deportistas exhiben como reacción a una situación específica; en este caso, durante el proceso de rehabilitación de una lesión deportiva grave. Estas respuestas pueden estar influenciadas por aspectos como la ansiedad, el estado de ánimo y la motivación.</p>	Entrevista a profundidad

Fuente: Elaboración propia (2022).

3.5 Procedimiento para el desarrollo de la investigación

El desarrollo de la investigación se dividió en cuatro etapas principales:

Etapas 1: Selección de los participantes

En este primer momento, se realizó un acercamiento a los posibles participantes que cumplieran en su totalidad con los criterios de selección; se les explicaron con detalle los objetivos y alcances de esta investigación y se les invitó a integrarse a ella, de acuerdo con su total consentimiento, interés por participar y compromiso de formar parte de todo el proceso de desarrollo. Esta etapa tan importante fue acompañada por el fisioterapeuta a cargo del trabajo de rehabilitación física de los jugadores dentro de C.E.T; centro que colaboró como filtro y primer acercamiento con los posibles participantes. Una vez hecha una preselección y primer contacto telefónico, se procedió a elegir o descartar según los objetivos del estudio y los criterios de elección de participantes planteados.

Etapa 2: Trabajo de campo

En esta etapa, se inició con la explicación y firma del consentimiento informado; una vez concretado este paso, se prosiguió con la aplicación de las entrevistas a profundidad con una guía de preguntas semiestructuradas para cada uno de los 3 jugadores, de manera individual, por espacio de alrededor de una hora a hora y treinta minutos, según lo requerido. Se procuró ahondar en los objetivos de cada una de las sesiones de entrevista, según lo planteado. Igualmente, se programó una cuarta sesión que sirviera como espacio de devolución y cierre de aquellos aspectos relevantes tanto para la investigadora como para los participantes. En casi todos los casos esta sesión extra sirvió de espacio de retroalimentación de la relevancia del trabajo psicológico dentro del ámbito deportivo, y la notable falta de este tipo de abordaje en la práctica del fútbol nacional; esto según lo expresado por las vivencias personales de los jugadores participantes.

Etapa 3: Sistematización de la información

En esta fase se llevó a cabo la sistematización de los datos, lo cual incluyó la transcripción y categorización de la información obtenida.

Etapa 4: Análisis de la información

En este punto final, se realizó el análisis y la contrastación teórica de la información obtenida, tanto por lo aportado por los participantes en las entrevistas como nutriéndose de las contribuciones del experto en psicología del deporte como experto consultor. Este profesional, desde su amplia experiencia en el campo deportivo nacional y en específico en la parte del fútbol, contribuye con información y datos relevantes que suman a los alcances de esta investigación.

De igual manera, el marco teórico propuesto sirve como elemento de enlace de toda aquella información recabada en la etapa del trabajo de campo que, en suma, estructura los elementos de análisis para alcanzar los resultados propuestos en este estudio.

3.6 Criterios para garantizar la calidad de la información

Para garantizar la fiabilidad de la información, se procedió a grabar las entrevistas y llevar un diario de campo detallado de cada una; esto permitió una mayor rigurosidad en la información a la hora de analizarla. Fue trascendental dentro de lo planteado para esta investigación lograr garantizar la calidad de la información, por medio de la autenticidad; que hace referencia a lograr confianza en las personas para expresar sus sentimientos y, con esto, obtener información veraz y confiable.

Asimismo, la triangulación permitió validar los datos recolectados desde los diferentes instrumentos y técnicas utilizados, como los que se ha mencionado en apartados anteriores. La información recabada en las entrevistas con cada uno de los participantes se contrastó puntualmente con los criterios de experiencia práctica del consultor experto en psicología del deporte y los objetivos planteados por este estudio. Además, todos estos datos se enlazaron con una base teórica robusta de muchos investigadores que han ahondado y desarrollado los constructos teóricos base de la teoría actual en psicología del deporte.

La triangulación descrita posibilitó no solamente generar validez y confiabilidad de la información obtenida, sino generar mejoras en el conocimiento; en específico, aplicado a la realidad contextual de los jugadores de fútbol profesional de Costa Rica. Ese afán de alcanzar la mayor validez y calidad de la información fue el que prevaleció al efectuar el método de triangulación que permitió la convergencia entre múltiples fuentes diferentes.

Este sistema de clasificación permitió a través de los datos recolectados encontrar categorías comunes y darle validez al análisis. En el caso de esta investigación, se utilizó en particular la triangulación mediante tres fuentes de datos: la revisión de literatura, las entrevistas a profundidad y la opinión de un profesional experto en el área de psicología del deporte. La triangulación proporcionó al estudio fuentes valiosas adicionales, minimizando las deficiencias de una investigación con una sola fuente, al involucrar las tres fuentes antes

citadas; las cuales se complementan y verifican entre sí y a la vez aportan información más rica y completa.

3.7 Consideraciones éticas para la protección de los participantes de la investigación

Para el resguardo y la protección de las personas participantes, la información obtenida fue manipulada únicamente por la persona investigadora y su equipo asesor (directora de tesis y consultor experto en psicología del deporte), asegurando, de esta manera, los datos suministrados y las personas que los brindan. Además, quienes forman parte de la investigación tuvieron bajo su conocimiento previamente quién tendría acceso al contenido de las entrevistas, y contaron con el derecho de retirarse del estudio en el momento que así lo ameritaran, sin ninguna presión u obligación a continuar. Sumado a esto, se utilizó un consentimiento informado (ver “Anexos”) donde se explicaba el proceso de la indagación, sus objetivos, los beneficios y posibles riesgos. El consentimiento también contempló y dejó claras las medidas de confidencialidad con las que se manejaría la información, las cuales corresponden al derecho de anonimato y la manipulación de la información únicamente por la persona investigadora y su equipo asesor. Este consentimiento informado, redactado con un lenguaje claro, sencillo y de fácil comprensión, se entregó y se leyó en presencia de cada una de las personas participantes, para su respectiva firma. Únicamente posterior a este acuerdo por ambas partes de manera formal y escrita se procedió a iniciar con el trabajo de campo.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS

En este apartado se lleva a cabo un análisis detallado de los datos recopilados durante la investigación. El objetivo principal es comprender y dar sentido a la información obtenida a través de las entrevistas en profundidad con los participantes. El análisis se efectuó tomando como referencia los objetivos específicos planteados en la investigación. A partir de estos, se establecieron categorías de análisis temáticas y teóricas mediante una codificación mixta de los datos, lo cual implicó realizar una lectura exhaustiva para identificar temas o dimensiones relevantes y elementos centrales. A través de este análisis, se logró obtener una comprensión más profunda del fenómeno estudiado y poder responder a las preguntas de investigación planteadas.

4.1 Perfil general de los participantes

Como forma de acercamiento y caracterización general de los participantes se expone la descripción de estos guardando su identidad, conforme a las regulaciones éticas que rigen una investigación en esta línea.

Perfil de participante E1

Jugador de primera división en Costa Rica

Nombre: Participante 1 (E1)

Estado civil: Divorciado

Edad: 36 años

Hijos: femenina de 14 años y masculino de 6 años.

Estudios: Universitarios en Preescolar Bilingüe y en Ingeniería de Sistemas; actualmente cursa la licencia de técnico de fútbol.

Lugar de crianza: Heredia

Lugar de residencia: Heredia.

Perfil de participante E2

Jugador de primera división en Costa Rica

Nombre: Participante 2 (E2)

Estado civil: casado

Edad: 35 años

Hijos: femenina de 3 años y masculino de 8 años.

Estudios: Secundaria inconclusa, actualmente cursa la licencia de técnico de fútbol.

Lugar de crianza: San José

Lugar de residencia: San José

Perfil de participante E3

Jugador de primera división en Costa Rica

Nombre: Participante 3 (E3)

Estado civil: soltero

Edad: 38 años

Hijos: No.

Estudios: Universitarios en Terapia Física y en Educación Física; licencia de técnico de fútbol vigente.

Lugar de crianza: San José

Lugar de residencia: San José.

4.2 Principales hallazgos

Este apartado se centra en presentar los resultados obtenidos de las entrevistas a profundidad realizadas a los tres jugadores de fútbol que han sufrido lesiones graves, a partir de una guía de preguntas semiestructuradas que procuraron no limitar al participante en una única respuesta sino, por el contrario, guiar una narración fluida sobre su vivencia en distintos aspectos claves de interés para esta investigación. Con ello se buscó proporcionar una visión integral de sus experiencias durante el proceso de rehabilitación, y contribuir a una mejor comprensión de la complejidad psicológica asociada a las lesiones deportivas.

Cada entrevista abordó aspectos específicos y coherentes con los objetivos planteados en esta investigación, los cuales buscan dar respuesta al objetivo principal: “Analizar los elementos psicológicos asociados a los procesos de rehabilitación en futbolistas de primera división de Costa Rica que atraviesan por una lesión deportiva grave”, con el interés de conocer mediante la experiencia subjetiva de los directamente implicados los elementos psicológicos del proceso de rehabilitación de una lesión deportiva.

Adicionalmente, se contó con el aporte de un profesional en psicología del deporte, el Lic. Luis D. Hernández Bonilla, máster en Psicología de la Actividad Física y Deporte; lo cual enriqueció el análisis de los resultados, proporcionando un criterio experto sobre lo que este enfoque considera que ocurre en los procesos de rehabilitación de deportistas ante lesiones graves.

Los resultados encontrados durante las entrevistas con los tres jugadores se organizaron según las categorías de análisis propuestas: la respuesta emocional vista desde la negación, el enojo, la angustia y la aceptación; la valoración cognitiva desde aspectos como la autoestima, la autoeficacia y la autoconfianza; y la respuesta conductual relacionada con la ansiedad, el estado de ánimo y la motivación.

Sobre la respuesta emocional

La respuesta emocional de los jugadores lesionados es un componente fundamental del proceso de rehabilitación que puede influir significativamente en su recuperación física y mental. Al respecto, Olmedilla y García-Mas (2009) destacan que "la gestión emocional adecuada en deportistas lesionados es crucial, ya que las emociones negativas pueden obstaculizar la adherencia al tratamiento y prolongar la recuperación, mientras que las emociones positivas pueden facilitar la resiliencia y la rehabilitación efectiva" (p. 145). Enfrentar una lesión deportiva grave no solo implica lidiar con el dolor físico y las limitaciones funcionales, sino también con una serie de emociones intensas y a menudo impactantes. Estas emociones pueden variar en intensidad y manifestación a lo largo del tiempo, afectando el bienestar general del deportista y su capacidad potencial para adherirse a los programas de rehabilitación.

Describir la respuesta emocional de un futbolista que atraviesa el proceso de rehabilitación de una lesión deportiva grave implica reconocer las diversas fases emocionales que experimenta, desde la negación y el enojo inicial hasta la aceptación y la alegría final; cada fase está marcada por emociones y desafíos específicos. Brewer (1994) destaca que la rehabilitación de una lesión deportiva es un proceso emocional multifásico que incluye fases de negación, enojo, y eventualmente, aceptación. Comprender estas fases es esencial para proporcionar un apoyo emocional adecuado a los deportistas.

En las entrevistas realizadas a los jugadores participantes se buscó identificar la presencia de estas etapas emocionales. En el desarrollo de estas se puede evidenciar el grado de carga emocional y lo difícil del proceso para cada uno de ellos; no solo refiriéndose a la lesión desde el dolor a nivel físico que les provoca, sino además a nivel emocional. Salieron a relucir las repercusiones y temores que encierra esta condición de fragilidad que altera la práctica deportiva y su dinámica en los diferentes contextos en los que interactúan. El manejo de estas emociones guarda una relación directa con el éxito de la rehabilitación. Al respecto, Brewer (1994) subraya que "las respuestas emocionales a las lesiones deportivas incluyen una amplia gama de sentimientos que pueden afectar significativamente el proceso de rehabilitación. La capacidad de manejar estas emociones está estrechamente relacionada con la efectividad de la recuperación" (p. 41).

Este análisis se centra en explorar y profundizar las distintas emociones que experimentan los jugadores durante el proceso de rehabilitación de una lesión deportiva grave, centrándose en emociones como: angustia, enojo, negación y aceptación. A través de extractos de entrevistas con los tres jugadores lesionados, se describe cómo se manifiestan estas emociones en los diferentes momentos del proceso de rehabilitación, buscando proporcionar una visión comprensiva y detallada de la respuesta emocional de cada uno. Se parte de que reconocer y abordar estas emociones facilita una recuperación efectiva y sostenible.

Negación

En las entrevistas realizadas a los jugadores, estos mencionan haber pasado por un periodo de negación al momento de lesionarse. El comenta:

cuando sentí el dolor, mi primer pensamiento fue "esto no puede estar pasando...". Estaba jugando bien, tenía un buen desempeño a ese punto. Pensé: "no creo que sea tan grave, tal vez solo necesite unos días de descanso. Mi equipo me necesita y no puedo fallarles". No quería ni pensar en que iba de estar fuera por mucho tiempo.

Este extracto contribuye a evidenciar varios aspectos clave que ilustran la negación como una respuesta emocional común y compleja ante una lesión deportiva grave. La frase "esto no puede estar pasando" denota incredulidad y *shock*; aspectos propios de la fase de negación. Se comprende que la misma puede actuar como un amortiguador emocional, permitiendo al individuo evitar el impacto inmediato de la lesión (Brewer, 1994).

En el relato de este jugador se puede observar cómo, en un primer momento, minimiza la gravedad de su lesión cuando expresa "no creo que sea tan grave, tal vez solo necesite unos días de descanso". Subestimar una situación de pérdida como la vivida por El resulta una expresión propia del mecanismo de negación que podría retrasar el inicio del tratamiento adecuado (Olmedilla & García-Mas, 2009). Según D. Hernández, psicólogo del deporte, "la negación es una fase normal en los jugadores con una lesión grave, dada la dimensión e impacto que tiene en su vida este acontecimiento; este mecanismo de defensa

puede dificultar el proceso de rehabilitación si no se maneja de manera adecuada” (D. Hernández, comunicación personal, febrero 2023).

En lo expresado por E1 también es posible reconocer la presión por cumplir con las expectativas del equipo y la sensación de ser indispensable, lo que pueden intensificar la negación de la lesión, por causa de esa fuerte sensación de responsabilidad (Palmi, 2010). Por otro lado, en el comentario "no quería ni pensar en que iba a estar fuera por mucho tiempo", E1 evidencia la evitación del reconocimiento de la duración y seriedad del daño sufrido, como un mecanismo común entre los deportistas (Smith & Smoll, 1990); respuesta que contribuye con el manejo del estrés y la ansiedad asociados con la realidad de una recuperación prolongada.

En el caso del entrevistado E2, es posible reconocer la negación cuando expresa: "*lo primero que pensé fue: «No puede ser que me vuelva a pasar algo así» —porque ya me había pasado, ya sabía que me había pasado algo grave—. «No puede ser, ¿otra vez? No me puedo creer que esto me va a dejar fuera de juego por mucho tiempo»*". Este fragmento refleja una fuerte incredulidad sobre lo que le sucedió, mostrando que la negación es una respuesta común inicial a una lesión grave, donde los deportistas tienden a subestimar la gravedad de su condición como un mecanismo de defensa (Evans y Hardy, 1995); y más aun considerando que se trata de una repetición de la situación adversa, es decir, que no era la primera vez que experimentaba una lesión grave.

E2 agrega que se decía: "*No, seguro de que es solo una molestia temporal. No puede ser que esté sucediendo de nuevo, después de todo el esfuerzo que he puesto a este punto del campeonato*". El jugador señala nuevamente esta incredulidad y tiende a menospreciar la gravedad de su lesión. Esta negación primera es una reacción típica, como ya se ha venido señalando, donde el atleta no quiere aceptar la posibilidad de una lesión grave. Según Ross (1969), "la negación permite al individuo evitar el dolor emocional inicial de aceptar una pérdida grave, actuando como un mecanismo de defensa que brinda tiempo para asimilar gradualmente la realidad de lo ocurrido" (p. 34).

Además, este jugador expresa frustración y negación al pensar en el esfuerzo que ha empeñado hasta el momento; esa percepción suele presentarse en los atletas que han mostrado ser propensos a las lesiones. Tal como señalan Wiese-Bjornstal *et al.* (1998), "los

sentimientos de injusticia y desesperanza son reacciones emocionales frecuentes en atletas que experimentan lesiones recurrentes, lo que puede intensificar la negación y dificultar la aceptación de la realidad" (p. 41).

En la misma línea de negación, el participante E2 expresa algo muy similar al comentar que lo que piensa ante esta incidencia inicialmente es: "*¿Por qué a mí? ¿Por qué ahorita? ¿Por qué siempre me han pasado las lesiones en momentos muy claves para mí? Siempre mi frase es ¿por qué a mí?*". Al parecer se hace presente un sentimiento de injusticia y victimización; sobre esto, Brewer (1994) comenta que las lesiones deportivas pueden desencadenar una amplia gama de respuestas emocionales, incluyendo negación, frustración y sentimientos de injusticia. El deportista siente que está siendo injustamente afectado, lo cual es una característica común en la fase de negación.

La frase "*¿Por qué ahorita?*" resalta la frustración por el momento inoportuno de la lesión, exacerbando esa percepción de injusticia y la dificultad para aceptar la realidad. El deportista señala, además, un patrón percibido de "mala suerte", lo que refuerza su resistencia a aceptar la situación actual.

E3, por su parte, expresa:

No podía entender por qué me estaba pasando algo así de nuevo. Ya tenía muchas lesiones atrás; sabía que podía ser la que me sacara del todo de esto. Yo me decía "es solo un golpe"; intenté creer que no era nada grave para seguir jugando, pero ¡qué va!

En este jugador se puede apreciar la concordancia con los anteriores participantes respecto de la incredulidad y negación. Esta fase es esperable cuando los atletas enfrentan lesiones de manera repetida, ya que no quieren aceptar que su situación ha empeorado. Para Heil (1993), "la negación es una defensa psicológica que permite a los atletas evitar el dolor emocional inicial de aceptar la gravedad de su situación, proporcionando tiempo para asimilar la realidad" (p. 121).

E3 menciona que ya tenía "muchas lesiones" previas y que esta podría significar su despedida definitiva del deporte, lo cual aumenta su miedo y negación. Andersen y Williams (1988) destacan, enlazado a lo anterior, que los atletas con un historial de lesiones

recurrentes pueden experimentar una intensificación de la negación y la frustración obstaculizando el proceso de rehabilitación.

Como los otros jugadores participantes, este jugador trata de minimizar la gravedad de su lesión diciéndose a sí mismo "es solo un golpe", y se esfuerza por creer que no es nada grave para poder seguir jugando. Este reflejo de negación puede ser una estrategia para evitar enfrentar inmediatamente la realidad dolorosa que le significa todo lo que trae consigo la lesión. Al respecto, Rotella y Heyman (1986) comentan: "la negación de la gravedad de la lesión permite a los atletas mantener una apariencia de normalidad y continuar participando en el deporte, aunque esto pueda empeorar la lesión a largo plazo" (p. 221).

El análisis de los testimonios de los jugadores E1, E2 y E3 permite reconocer varios aspectos comunes en la respuesta emocional de negación ante una lesión deportiva grave. Es posible identificar la negación como mecanismo psicológico de defensa, que experimentan los afectados por lesiones graves que los colocan fuera de la práctica del fútbol por un tiempo prologado; de forma que este mecanismo es una ayuda para tomar distancia del evento y empezar a elaborar lo que es considerado como una pérdida. Los tres jugadores tienden a reaccionar inicialmente con incredulidad y minusvaloración de la gravedad de sus lesiones; E1 y E2 se convencen a sí mismos de que sus lesiones son solo molestias temporales o golpes menores. Esta forma de ver lo que les ha sucedido refleja la negación como el recurso psicológico empleado para enfrentar una realidad muy compleja para los jugadores.

Otro punto en común identificado es el hecho de que son reincidentes en este tipo de incidencia (lesiones), y esto es algo que les genera impotencia y frustración: sentimientos que parecen comunes entre los atletas con un historial de lesiones recurrentes y que pueden intensificar la negación.

La negación desempeña un papel significativo como mecanismo psicológico de defensa para estos deportistas; es importante comprender que su identidad está estrechamente ligada a su rendimiento deportivo, por lo que el reconocer una lesión grave puede constituir una amenaza a su autoimagen y autoestima. Asimismo, esta etapa es también una manera de evitar el dolor emocional: si admitir la gravedad puede traer

consigo sentimientos de pérdida, tristeza y ansiedad, Brewer (1993) sostiene que "la negación puede servir como un amortiguador emocional, ayudando a los individuos a evitar el dolor inmediato asociado con el reconocimiento de una lesión grave, lo que permite una aceptación gradual de la situación" (p. 30).

Aferrarse a esta fase de negación de la realidad de una lesión puede conllevar un retraso en el tratamiento, lo que puede agravar la lesión y prolongar el tiempo de recuperación. Además, esta negación puede generar un impacto psicológico prolongado donde el jugador experimenta altos niveles de frustración y ansiedad por no poder participar en su deporte. Incluso, la negación puede llevar al atleta a caer en estados de depresión y aislamiento. Según Brewer (1994), la incapacidad de aceptar la realidad de una lesión puede resultar en una recuperación más lenta y en problemas emocionales adicionales, debido a la falta de afrontamiento adecuado de la situación.

D. Hernández, psicólogo del deporte, comenta al respecto que: "no siempre se cumple el orden de las fases o etapas en cuanto la respuesta emocional en la lesión; no siempre se cumple el orden del de cuando pasan por esos estadios, pero sí la que siempre estará es la negación, en cuanto la situación de lesión grave. Esa es la primera, la titular. Las otras algunas veces se las saltan, pero la negación es así es como la titular" (D. Hernández, comunicación personal, febrero 2023). Recalca así cómo esta fase es casi inseparable dentro del proceso de los atletas post lesión deportiva grave.

Enojo

Al analizar extractos de las entrevistas es posible reconocer aspectos vinculados a la fase del enojo como parte de la respuesta emocional a partir de la vivencia de la lesión. En el caso del participante E1, expresa: "*Ya no vuelvo a jugar más. Ese fue mi primer pensamiento: yo dije «No, ya no vuelvo a jugar más. Me opero y no juego más»*". En sus palabras, que manifiestan una actitud de molestia, es posible percibir resignación, derrota quizá; lo cual puede responder a la fase de enojo dirigido hacia la situación, donde el jugador visualiza la lesión como un punto de potencial final de su carrera deportiva. En cuanto a esto, autores como Wiese-Bjornstal *et al.* (1998) afirman que los atletas tienden experimentar enojo y frustración intensos cuando una lesión amenaza con terminar su

carrera. Además, el enojo suele ser una respuesta común en las etapas iniciales de la reacción a una lesión deportiva, junto con la negación; el jugador está luchando contra la aceptación de su nueva realidad (Evans y Hardy, 1995).

Por otra parte, el participante E2, en frases como: "*Me molesta, me enoja no poder hacer nada para acelerar mi recuperación. Es desesperante estar al margen y no poder contribuir al equipo*", evidencia posiblemente esta fase de enojo en la que se encuentra. Su comentario expresa cierto grado de frustración relacionado con el hecho de no poder intervenir o apresurar su recuperación; se manifiesta una sensación de inhabilidad, que es un tema recurrente en el proceso de rehabilitación. El enojo y desesperación, la combinación de molestia y desesperación, indican un alto nivel de frustración emocional, fomentada por verse "al margen" y no poder ser de utilidad de la forma en que acostumbraba. Al respecto, Brewer (2021) comenta que "Las emociones negativas, como la frustración y el enojo, son comunes en los atletas lesionados debido a su incapacidad para controlar o acelerar su recuperación. Estos sentimientos de impotencia pueden intensificarse cuando los atletas se sienten marginados y no pueden contribuir a su equipo" (p. 88).

En este participante, además, se puede observar un claro sentido de compromiso y contribución; la incapacidad de contribuir al equipo puede estar relacionada con su sentido de responsabilidad y pertenencia, y su enojo se recrudece cuando estas necesidades no se pueden cumplir; aún más en el caso particular de este jugador, que desempeñaba un papel de líder en su equipo.

Para D. Hernández, psicólogo del deporte, "la fase del enojo es común en los deportistas lesionados: estos suelen experimentar sentimientos de impotencia debido a su incapacidad para la práctica de su deporte. Esta emoción puede ser tanto una barrera como una oportunidad en el proceso de rehabilitación; si bien el enojo puede disminuir la motivación y el compromiso del atleta con su recuperación, también, si es canalizado positivamente, puede servir para impulsar su determinación y enfoque en el tratamiento" (D. Hernández, comunicación personal, febrero 2023).

Para el participante E3 no es diferente: de igual forma parece enfrentarse a esta etapa de enojo, comenta al respecto: "*Chicha [enojo/molestia] la verdad que sí, por*

haberme ido así, por una lesión. Me parece que no era la manera, pero, diay, tocó. Sacrifiqué tantas cosas en esta temporada, y al final me lesioné". En este caso da la impresión de que surgen una combinación de sentimientos de frustración y enojo; este jugador muestra enfado hacia sí mismo y hacia la situación de la lesión, señalando "*haberme ido así*" y "*no era la manera*"; esta aparente autorrecreminación puede ser su forma de enojo. Según Wiese-Bjornstal *et al.* (1998), los sentimientos de culpa y enojo son comunes entre los atletas lesionados, y estos pueden interferir con su capacidad para participar activamente en su recuperación (p. 43).

E3 expresa también un fuerte sentimiento de injusticia, usual en atletas que perciben que han sido privados injustamente de su capacidad para competir y contribuir al equipo debido a una lesión. Al respecto, Taylor y Ogilvie (1994) señalan que "los atletas frecuentemente experimentan enojo como una respuesta a la percepción de injusticia y pérdida de control sobre su situación" (p. 142).

Hay una carga de sacrificio y frustración en E3, sobre todo cuando menciona que ha sacrificado "tantas cosas"; reflejando una decepción y enojo por lo que ha perdido debido a la lesión. Brewer (1994) describe que los deportistas pueden experimentar altos niveles de autocrítica y frustración por las decisiones tomadas; puede presentarse un sentimiento de enojo dirigido hacia sí mismo y a su entorno, algo frecuente en las etapas de reacción a una lesión.

Sobre esta fase de enojo, D. Hernández, psicólogo del deporte, describe: "reconocer y normalizar el enojo puede ayudar a aplacar parte de la carga emocional que se lleva tras el impacto en su vida que trae la lesión deportiva; sumado a un entorno de apoyo, puede facilitar la expresión de emociones, proporcionar estrategias de afrontamiento, y fomentar una actitud positiva hacia la rehabilitación" (D. Hernández, comunicación personal, febrero 2023).

Por otra parte, esta etapa de enojo presente en la respuesta emocional "es una respuesta común en los atletas lesionados, caracterizada por sentimientos de frustración, impotencia y resentimiento, a menudo dirigidos hacia la situación de la lesión y las limitaciones que esta impone" (Evans y Hardy, 1995, p. 59). El enojo puede ser una manifestación de la frustración y de la percepción de pérdida de control; puede ir dirigido

hacia varias fuentes: a sí mismo, a la propia lesión, a los entrenadores, al personal médico, e incluso a los compañeros de equipo que siguen compitiendo (Wiese-Bjornstal, Smith, Shaffer & Morrey, 1998).

El análisis de los testimonios de los jugadores E1, E2 y E3 revela varios aspectos distintivos que comparten en cuanto a la respuesta emocional de enojo que experimentan ante sus lesiones deportivas graves, como son la frustración, impotencia y autorrecriminación: aspectos que impactan significativamente su proceso de recuperación y salud emocional.

Angustia

Para analizar los extractos de las entrevistas de los participantes en lo que se considera la fase de angustia, es importante identificar los elementos clave de la misma y cómo afecta a los deportistas durante el proceso que atraviesan.

Sí, a mí me pasó. Yo obviamente me angustié los primeros meses al punto de que no quería jugar más; entonces para mí sí fue, por supuesto, mucha angustia, que la complementé y lo logré sacar porque, bueno, hubieron [sic] factores familiares que fueron los que me ayudaron, obviamente (E1).

En este extracto se puede evidenciar que la angustia se incrementó durante los primeros meses tras la lesión y que la gravedad de su angustia lo llevó, inclusive, a considerar retirarse del fútbol. Destaca además el rol del apoyo familiar, mencionando que su familia fue crucial para superar esta etapa; esto subraya la importancia de un sistema de apoyo sólido para manejar la angustia, tal como lo expresa Palmi (2010): "El apoyo familiar juega un papel fundamental en la recuperación de los deportistas lesionados, proporcionando el respaldo emocional necesario para manejar la angustia y promover una actitud positiva hacia la rehabilitación" (p. 77).

Por otra parte, se muestra una afectación importante a nivel emocional que le influye a nivel de su práctica deportiva evidenciada en expresiones como "no quería jugar más". Sobre este aspecto relevante, Brewer (1994) señala que: "La gravedad de la lesión y

la consiguiente afectación emocional pueden llevar a los deportistas a experimentar un deseo de abandonar su carrera, reflejando el impacto significativo que la lesión tiene en su bienestar psicológico" (p. 92).

El participante E1, siguiendo en esta línea de análisis, comenta:

Por supuesto, uno pasa por ese sentimiento de angustia en algún momento en todas las lesiones. El que te dice que no, creo que te está mintiendo, porque es lo más normal. Tal vez unos en un lapso más corto, otros más largo... ¡diay!, que me pasó a mí durante un año [aquí hace referencia a una lesión anterior], que yo creo que esa casi que se convirtió de angustia a una depresión, porque al final de cuentas no me llenaba otra vez intentarlo. Creo que siempre hay angustia, sí.

En este extracto E1 revela cómo considera que en todo proceso lesional se viven sentimientos de angustia, al punto de que pueden llevar a caer en una depresión; reconoce que la duración y la intensidad de estas emociones son variables. Hace referencia a una experiencia previa de angustia y tristeza que afectó su capacidad para encontrar satisfacción en volver a intentar recuperarse y jugar; esto muestra cómo una lesión puede tener efectos emocionales a largo plazo.

Además, se observa una posible persistencia de la angustia al momento de la entrevista, ya que E1 admite que “siempre” hay algo de angustia, indicando que estas emociones pueden ser recurrentes y persistentes. En la literatura al respecto, Wiese-Bjornstal *et al.* (1998) sugieren que la angustia y la depresión pueden ser respuestas prolongadas a lesiones deportivas, que afectan tanto el estado emocional como la motivación del deportista, tal como se evidencia en este participante.

El participante E2, al respecto de la angustia, comenta:

Sí, sí, sí, sentí mucha angustia. Era ver irse un sueño, la verdad; obviamente el sueño era ir al mundial, pero, diay, no se pudo. Pero, bueno, estuvo el sueño también de poder compartir con la selección que fue al mundial, en todo el campamento, diay, obviamente en los entrenamientos, los

amistosos... Todo eso, diay, lo compartimos con ellos. Pero, bueno, no se pudo. Eso es algo que lo deja muy triste y angustiado.

Para este participante la angustia que experimenta obedece a la pérdida que le implica la lesión: la pérdida de un sueño; expresa aflicción y angustia al ver cómo su meta de ir al mundial se desvaneció debido a la lesión. Atraviesa además en esta etapa por una aparente valorización de experiencias alternativas; aunque no pudo ir al mundial, E2 encuentra algún consuelo en haber participado en los entrenamientos y amistosos con la selección, lo que muestra una capacidad de encontrar aspectos positivos a pesar de la angustia que atraviesa. A propósito, Evans y Hardy (1995) advierten que “la pérdida de oportunidades significativas debido a una lesión puede desencadenar una profunda angustia en los deportistas” (p. 67).

En el caso de lo aportado por E3 en cuanto al sentimiento de angustia que encierra la lesión deportiva grave, este señala:

Claro que sentí angustia; todo lo que me ha costado... Pero prefiero hacerme a un lado cuando ya dije: “Es mejor que me vaya”, a que la gente me empiece a decir: “Es que ¡qué malo! Es que esto y lo otro”. En una cosa deportiva y alto rendimiento no se puede ver uno mal, más que sale en televisión, sale en prensa, sale en todos lados. Eso es angustiante. Entonces yo dije: “Ya, no estoy funcionando. Mejor me hago un lado”.

En este jugador se denota cómo la angustia que le causa la lesión está relacionada con la autoestima y los juicios sociales con respecto a su desempeño; esta emoción está vinculada con su rendimiento y el miedo a ser juzgado negativamente, aspectos que contribuyen a su decisión de abandonar la profesión. Por otra parte, en la frase "*no estoy funcionando*" refleja una autoevaluación negativa, lo que agrava su angustia emocional. Para Wiese-Bjornstal *et al.* (1998), los atletas lesionados a menudo enfrentan una compleja interacción de factores psicológicos, entre los cuales la autoestima y la presión social desempeñan roles cruciales. La percepción pública y el impacto del juicio negativo pueden exacerbar los sentimientos de angustia y afectar significativamente la respuesta emocional del deportista.

Por último, y muy relevante, está esa decisión de "hacerse a un lado", comentario que implica renunciar a algo que es central para su identidad y autoestima: la práctica del fútbol; una decisión que cambiaría completamente su forma de vida. Es lo que Brewer (1994) subraya en estos términos: "la percepción de los demás y el temor a ser juzgados pueden aumentar significativamente la angustia en los deportistas lesionados, lo que en algunos casos puede llevarlos a tomar decisiones drásticas sobre su carrera" (p. 92).

Tal como se aprecia en los diferentes extractos aportados por los participantes, la angustia es una respuesta emocional compleja que emerge frecuentemente en los jugadores de fútbol tras sufrir una lesión deportiva grave, y esta puede tener un impacto significativo en el bienestar mental y la motivación del deportista. La angustia no solo surge por el dolor físico y las limitaciones impuestas por la lesión, sino también por la interrupción de la carrera deportiva. Como informa Brewer (1994), "la angustia es una respuesta emocional común entre los deportistas lesionados, quienes pueden temer por su futuro en el deporte y enfrentar incertidumbre sobre su recuperación" (p. 46).

Esta emoción puede manifestarse en varios niveles y afectar múltiples aspectos de la vida del deportista: desde la frustración por la falta de control sobre el proceso de recuperación, hasta el miedo a no poder regresar al nivel de rendimiento previo; pasando por la angustia tras la pérdida de momentos significativos como competencias y torneos.

Además, la presión social y la percepción pública pueden exacerbar esta emoción, contribuyendo a una mayor carga emocional general. Gould *et al.* (1997) explican que la angustia emocional en los atletas lesionados puede intensificarse debido a la pérdida de oportunidades deportivas significativas y la presión externa para regresar rápidamente a la competencia.

Aceptación

A continuación se exponen extractos de las entrevistas con los jugadores, destacando cómo cada uno de ellos experimenta y maneja la fase de aceptación de su situación lesional.

En el caso del participante E1, comenta: "*A uno le toca entender que esto lleva tiempo; uno quiere que lo operen y al otro día ya jugar, pero ya me ha pasado que, si uno se apura y no hace caso, casi siempre se vuelve a lesionar, o llega más inseguro a jugar*". El deportista, en este caso, da la impresión de contar con una clara comprensión de que la recuperación no sucede de un día para otro; requiere tiempo. Esta aceptación de la realidad es fundamental para evitar recaídas y lograr una recuperación completa; la referencia a experiencias previas puede indicar que E1 ha aprendido de sus errores anteriores y ahora acepta la importancia de seguir los tiempos y procedimientos adecuados. Además, la mención de la posibilidad de volver a lesionarse o jugar con inseguridad subraya la importancia de aceptar las recomendaciones médicas para evitar consecuencias negativas a largo plazo. Evans y Hardy (1995) en esta línea señalan que "la aceptación de una lesión deportiva es un paso crucial para que el atleta se comprometa plenamente con su recuperación y mantenga una actitud positiva durante el proceso" (p. 233). Este aporte refuerza la importancia de la aceptación en el proceso de rehabilitación de E1.

En el caso del participante E2, con respecto a la aceptación agrega que:

Desde que me operaron yo ya quería estar, pero no, obviamente no me sentía bien, la verdad. Y ya cuando me empecé a sentir bien, el doctor me dijo: "No, es que yo vi su brazo, yo vi su hueso cómo estaba; yo fui el que tuve que alinear su hueso, y yo vi que no que no aguanta otra fractura más". Entonces había que tener tiempo. Al doctor obviamente yo lo respeto en eso; entonces tengo que tener paciencia, por más que me sienta bien y que ya yo podía, tal vez, tengo que respetar la decisión del doctor".

En el jugador E2 se puede observar una aceptación significativa al respetar la opinión y decisión del médico, reconociendo la gravedad de su lesión y la necesidad de un tiempo adecuado para recuperarse. En este sentido, "la aceptación no solo alivia el estrés emocional, sino que también mejora la adherencia al tratamiento y promueve una recuperación más efectiva" (Brewer, 1994, p. 91). La confianza en el equipo médico y la paciencia para seguir sus recomendaciones son cruciales para una recuperación segura. Aunque E2 indica sentir que podría volver a jugar, acepta la necesidad de ser paciente y

evitar apresurarse, lo que refleja una madurez emocional y una comprensión profunda del proceso de rehabilitación.

Sobre esta fase de la aceptación, el participante E3 comparte: "*Pues sí, yo vi mi último partido que jugué y yo dije: "Casi a mis 40 años qué bien que juego todavía". Pero bueno, era tiempo ya de cerrar este capítulo; había que seguir, hay otras cosas para mí*". En el argumento del jugador E3 parece evidenciarse una aceptación madura del fin de una etapa en su vida deportiva, reconociendo que es tiempo de "cerrar el capítulo" y avanzar hacia nuevas oportunidades. La valoración de sus logros pasados y la apertura a nuevas posibilidades reflejan una posible aceptación no solo del fin de su carrera como jugador de fútbol profesional, sino también una disposición para seguir adelante con nuevas perspectivas. Al respecto, Evans y Hardy (1995) señalan que "la aceptación ayuda a los deportistas a desarrollar resiliencia, permitiéndoles enfrentar futuros desafíos con una actitud más positiva y proactiva" (p. 233). Esto refuerza la idea de que la aceptación no solo facilita la transición después de la carrera deportiva, sino que también fomenta la resiliencia emocional, tal como lo evidencia el testimonio de este jugador.

Estos extractos de las entrevistas permiten observar la presencia de la fase de aceptación en la respuesta emocional de los jugadores ante sus lesiones deportivas; cada jugador parece expresar una comprensión y un reconocimiento de su situación, la necesidad de tiempo para la recuperación, y la disposición para seguir adelante con nuevas perspectivas.

La fase de aceptación es clave en la respuesta emocional de los jugadores de fútbol que han sufrido una lesión deportiva grave. Este proceso implica reconocer y asumir la realidad de la lesión, así como comprometerse plenamente con el proceso de rehabilitación; marca una transición significativa desde las emociones iniciales de negación, enojo y angustia hacia una actitud más positiva y proactiva, que es esencial para la recuperación física y emocional.

La aceptación no es una etapa que se alcance de manera inmediata o sencilla, es el resultado de un proceso emocional complicado en el que el deportista pasa por diferentes fases o etapas y enfrenta múltiples desafíos. Según el modelo de duelo de Kübler-Ross (1969) esta señala que "la aceptación es la etapa final, en la que el individuo llega a un

entendimiento y resignación sobre la situación" (p. 45). En el contexto deportivo esto implica que el jugador reconoce la gravedad de su lesión, comprende las limitaciones temporales o permanentes que puede conllevar, y se compromete con las acciones necesarias para recuperarse.

El análisis de los extractos de las entrevistas sirve como elemento para comprender de manera más integral la respuesta emocional de estos deportistas lesionados. Para D. Hernández, psicólogo del deporte, "De hecho el modelo que se utiliza en lesiones es el mismo modelo de los duelos: la primera fase es la negación, y de ahí se parte. Entonces se tramita desde la respuesta más primitiva, es más visceral, es mucho más emocional primero, y lo que a uno le toca hacer es racionalizar eso, o sea, encender, activar la parte cognitiva para llegar a un momento de aceptación; pero sin lugar a duda la primera respuesta es emocional cien por ciento" (D. Hernández, comunicación personal, febrero 2023).

Es crucial, por tanto, iniciar comprendiendo y abordando la respuesta emocional del deportista lesionado, debido a que estas emociones pueden afectar directamente su motivación para participar en la rehabilitación y su adherencia a los tratamientos recomendados. Además, identificar y trabajar adecuadamente las emociones negativas puede prevenir problemas de salud mental, como la depresión y la ansiedad, que pueden surgir o exacerbarse a raíz de la lesión.

4.3 Sobre la valoración cognitiva

La valoración cognitiva de la situación de lesión en el contexto de la rehabilitación deportiva se realiza inicialmente a través de las autopercepciones del deportista, específicamente enfocándose, en este caso, en la autoestima, la autoeficacia y la autoconfianza. Estos tres aspectos son cruciales para entender cómo un atleta percibe y evalúa su capacidad para enfrentar y superar los desafíos durante su recuperación.

Se refiere a la forma en que los deportistas interpretan y evalúan su situación tras la lesión. Al respecto, Brewer (1994) destaca que "la valoración cognitiva que los deportistas hacen de su lesión y su rehabilitación influye directamente en su comportamiento,

motivación y emociones, afectando tanto su recuperación física como su bienestar psicológico" (p. 91).

El análisis de esta categoría hace énfasis, por tanto, en investigar y comprender cómo los futbolistas perciben y evalúan sus capacidades y valor personal durante la rehabilitación de una lesión grave, valiéndose de su autoestima, autoeficacia y autoconfianza.

Autoestima

Sobre este aspecto, el siguiente extracto de E1 colabora en proporcionar una visión de cómo el jugador ha desarrollado su autoestima a lo largo de su carrera, especialmente en el contexto de enfrentar y superar lesiones:

Yo creo que uno la desarrolla también [la autoestima], porque yo sí, yo sí creo que, digamos, en mis inicios obviamente uno tiene que pasar por etapas como la vida de ir aprendiendo cosas, pero yo creo que yo he desarrollado también ese carácter. Vas adaptando una personalidad distinta de cómo enfrentar ciertas cosas, ¿verdad? Entonces yo creo que eso uno puede desarrollarlo, puede trabajar muchísimo; porque yo creo que a todos nos han dicho –y más en este deporte en el que uno se desenvuelve– que a veces le hace falta “personalidad” para jugar, “personalidad” para afrontar cosas. Y sí, yo creo que uno aprende, aprende a tener esa personalidad, ese carácter que uno necesita para para ciertas situaciones, ¿verdad? Yo sí yo sí creo que eso pesa mucho, la verdad.

De manera que E1, en su discurso, destaca que la autoestima y el carácter no son inherentes desde el principio, sino que se desarrollan a lo largo del tiempo a través de experiencias y aprendizajes. Este proceso de desarrollo personal es crucial para la formación de una autoimagen fuerte y positiva.

Este jugador asegura que ha adaptado su personalidad para enfrentar diversas situaciones, lo cual podría indicar un proceso constante de autoevaluación y cambio; el deportista es capaz de reconocer sus fortalezas y trabajar en sus áreas de mejora. Comenta,

además, que en el ambiente de la práctica del fútbol profesional se espera que los jugadores desarrollen una personalidad sólida, la cual es indispensable para hacer frente a situaciones difíciles propias de su deporte; aspecto que E1 considera ha trabajado. Esto se puede relacionar a una alta autoestima basada en la confianza sobre la propia capacidad de crecimiento y ajuste. Bandura (1997), acerca de esto, sostiene que la autoestima y la capacidad de adaptación se fortalecen mediante la autoevaluación y el ajuste continuo, lo cual es esencial para mantener una autoestima saludable. En el ámbito deportivo, además, se espera que los atletas desarrollen una fuerte personalidad y carácter para afrontar los retos, lo que en sí mismo puede actuar como un desafío y un motivador para fortalecer la autoestima. Con respecto a este último aspecto, Palmi (2010) señala que "el entorno deportivo demanda a los atletas no solo habilidades físicas, sino también una personalidad robusta y resiliente, lo que no solo les ayuda a enfrentar los desafíos deportivos, sino que también contribuye significativamente al fortalecimiento de su autoestima" (p. 77).

El análisis del extracto de E1 permite visualizar cómo la autoestima parte de la valoración cognitiva, es crucial en el proceso de rehabilitación; la capacidad de adaptarse, aprender y desarrollar un carácter resiliente no solo influye en la percepción de sí mismo, también en su capacidad para superar las adversidades y regresar con éxito al deporte. D. Hernández, psicólogo del deporte, agrega que "La autoestima puede verse seriamente afectada por una lesión; es vital trabajar en fortalecer la autoimagen positiva del jugador, ayudándole a reconocer sus logros y capacidades más allá de su desempeño deportivo" (D. Hernández, comunicación personal, febrero 2023).

En el caso del participante E2, extractos como el siguiente aportan para profundizar sobre esto:

Sí, correcto, yo me considero superpositivo; en serio, yo sí, sí creo que soy así. Yo creo en mí, y que tengo buena actitud también para enfrentar las cosas. Desde el inicio de mi carrera, siempre he sabido que desarrollar una fuerte autoestima es esencial para enfrentar los retos que se le presentan a uno.

Por consiguiente, él mismo se describe como una persona muy positiva, con actitud para enfrentar retos, lo cual se relaciona con poseer una autoestima sólida. Expresa una

firme creencia en sí mismo en argumentaciones como: “yo creo en mí”. Estos comentarios se enlazan con lo que refiere Bandura (1997), quien sostiene que “una autoidentificación positiva y una fuerte autoestima son indicativos de una valoración cognitiva elevada, lo que permite a los individuos confiar en sí mismos y afrontar los desafíos con una actitud proactiva” (p. 184).

La mención de tener "buena actitud también para enfrentar las cosas" apunta a que el participante aborda los retos con una mentalidad optimista y proactiva, algo que puede relacionarse a su autoestima. Smith (2006) sugiere que "la autoestima positiva es crucial en el proceso de recuperación de lesiones deportivas, ya que influye directamente en la capacidad del atleta para abordar desafíos con determinación durante la rehabilitación" (p. 235).

Este jugador reconoce la importancia de desarrollar una fuerte autoestima desde el inicio de su carrera; una reflexión que evidencia que el deportista ha entendido y aplicado el valor de la autoestima a lo largo de su trayectoria, lo que le ha permitido enfrentar y superar los retos con mayor eficacia. Lo expresado por el participante permite evidenciar cómo la autoestima puede influir en su valoración cognitiva durante el proceso de rehabilitación; como una autopercepción positiva, la creencia en sus propias capacidades y la actitud optimista son componentes claves dentro de este periodo.

Un último aporte al análisis con respecto de la autoestima lo podemos extraer de la entrevista al participante E3:

Yo siento que la personalidad mía es luchadora. En el caso mío, yo nunca he tenido las cosas fáciles y siempre me han costado; entonces siempre he trabajado por lo mucho o poco que he ganado en el fútbol, y siempre me he caracterizado por ser alguien que se esfuerza, que va por más.

La forma en que este jugador se describe contribuye a una valoración cognitiva positiva; ese reconocimiento de ser alguien que lucha y se esfuerza constantemente se relaciona con su autoestima. Para Brewer (1994), "una fuerte autoestima, basada en la perseverancia y la dedicación, es crucial para la recuperación efectiva" (p. 91), y destaca precisamente el papel de la autoestima en los procesos de rehabilitación. Bandura (1997),

por su parte, refuerza esta afirmación agregando que: "la creencia en la capacidad propia para enfrentar y superar desafíos es un componente clave de una fuerte autoestima. La autoidentificación como una persona perseverante y dedicada refuerza esta valoración positiva" (p. 120).

Además, cuando E3 menciona que "*nunca he tenido las cosas fáciles y siempre me han costado*", sigue demostrando una autoestima alta; esta percepción de haber logrado el éxito a través del esfuerzo personal fortalece su autoestima, ya que reconoce el valor de su trabajo y dedicación. Este participante se ve a sí mismo como alguien que "se esfuerza, que va por más"; esta autoidentificación con el esfuerzo y la dedicación refleja una autoestima sólida, ya que valora su capacidad para trabajar duro y superar obstáculos.

La autoestima es un aspecto estratégico en la valoración cognitiva de los deportistas lesionados. Rosenberg (1965) describe la autoestima precisamente como un componente esencial de la autoevaluación que influye en cómo las personas perciben su valor personal y su capacidad para enfrentar y superar los desafíos. Una alta autoestima está relacionada con una mayor resiliencia y una mejor adaptación a las adversidades, como puede significar el enfrentar una lesión deportiva.

En cada uno de los extractos, parte del discurso aportado por los participantes refleja cómo la autoestima influye en la valoración cognitiva de un deportista lesionado; muestra cómo el reconocer y valorar su crecimiento personal, mantener una actitud positiva y confiar en su capacidad para superar los desafíos le aporta al deportista para transitar el proceso de rehabilitación con mayor resiliencia y éxito. La confianza en sí mismo y una actitud positiva ayudan a enfrentar su rehabilitación con determinación y perseverancia. La autoestima que expresan mantiene la motivación alta, algo que es esencial para adherirse al programa de rehabilitación y seguir trabajando hacia la recuperación. Algo notorio en los tres casos es que su autopercepción de autoestima les aporta en cómo manejar el estrés y la ansiedad asociados con la lesión, promoviendo un estado emocional más estable y saludable durante este proceso.

En este análisis, si bien es cierto E1, E2 y E3 comparten una fuerte autoestima que influye positivamente en su valoración cognitiva y recuperación de lesiones, hay diferencias en cómo cada uno manifiesta y desarrolla este aspecto. En lo expresado por los

tres jugadores se subrayan diversas formas en que la autoestima puede influir en la percepción y manejo de las lesiones deportivas. Bandura (1997) plantea que la autoestima, entendida como la valoración que una persona tiene de sí misma, es fundamental en la manera en que los individuos perciben sus capacidades y enfrentan los desafíos: una alta autoestima puede fortalecer la motivación y la resiliencia, permitiendo a los individuos enfrentar las dificultades con mayor confianza y persistencia; esto será clave en el éxito del proceso de recuperación.

Autoeficacia

Con respecto al análisis de las entrevistas, específicamente lo relacionado con la autoeficacia, el siguiente extracto de E1 colabora en mostrar cómo esta característica puede influir en la valoración cognitiva del deportista lesionado:

Cuando me lesioné, supe que iba a ser un camino difícil, porque ya había pasado por ahí antes; pero también supe que tenía la capacidad de superarlo. Siempre he sido alguien que enfrenta los desafíos de frente, y esta vez no va a ser diferente. Tengo un plan claro para mi rehabilitación. Sé que tengo que poner de mi parte, y confío en que, con un trabajo fuerte y la dedicación, voy a volver más fuerte que antes. Yo sé que puedo; voy a hacer todo lo necesario para recuperarme pronto y regresar a jugar.

En sus palabras E1 reconoce que el camino de la recuperación será difícil, pero también expresa una fuerte creencia en su capacidad para superarlo. Al respecto, Brewer (2001) indica que "la autoeficacia, o la creencia en la capacidad propia para llevar a cabo acciones necesarias, es crucial para la motivación y la adherencia al tratamiento durante la recuperación de una lesión deportiva" (p. 87). Por tanto, la aparente capacidad de autoeficacia expresada en el comentario anterior será un instrumento importante para E1 en su proceso de recuperación.

El aspecto de que este jugador ya tenga una experiencia previa en afrontar situaciones de lesión tendrá implicaciones en su proceso de recuperación actual. E1 relata haber pasado por una situación similar anteriormente, lo cual refuerza su autoeficacia, en

consonancia con la tesis de Bandura (1997): "las experiencias previas exitosas son una fuente poderosa de autoeficacia, ya que proporcionan pruebas tangibles de la propia capacidad para manejar desafíos" (p. 67).

Por otra parte, el participante E1 parece tener un plan claro para su rehabilitación y está comprometido a poner de su parte para seguirlo. Esa fuerte creencia en la autoeficacia motiva a las personas a fijarse metas desafiantes y a comprometerse con su consecución, lo cual es fundamental para una recuperación exitosa de una lesión deportiva (Bandura, 1997).

E1 expresa contar con una buena actitud ante el proceso que enfrenta, mostrada en comentarios como: "*confío en que, con un trabajo fuerte y la dedicación, voy a volver más fuerte que antes*", un indicativo de autoeficacia. Sobre este aspecto, Bandura (2001) afirma que "la autoeficacia no solo influye en la creación de objetivos y la tenacidad para lograrlos, sino que también fomenta una actitud optimista y una fuerte determinación para enfrentar desafíos" (p. 10). La determinación de E1, esta creencia en la propia capacidad, puede ser decisiva en el éxito de la rehabilitación, motivando una persistencia y un esfuerzo continuo.

La autoeficacia de E1 influirá, a la vez, en su motivación; esto lo argumenta Bandura (1997), quien explica que la autoeficacia y la motivación están profundamente interconectadas, señalando que una alta autoeficacia puede aumentar la motivación y la persistencia, lo cual permite a los individuos seguir de manera más efectiva los programas de rehabilitación y superar los desafíos que se presenten.

La seguridad en su capacidad para afrontar retos, basada en experiencias previas; la planificación, el compromiso, la actitud positiva y su determinación no solo facilitarán la rehabilitación física, sino que colaborarán en su bienestar psicológico promoviendo una actitud resiliente.

Con respecto a lo aportado por el participante E2, el siguiente extracto de su entrevista puede proporcionar una visión de cómo la autoeficacia se presenta en su proceso de rehabilitación:

Yo creo que la actitud marca el proceso de recuperación que usted vaya a llevar, si se recupera bien o no, porque, como dices, he tenido compañeros

que uno ve que son muy vagos, entonces no les gusta ir a las terapias, o tal vez no lo hacen como deberían de hacerlo. Un día de estos estaba haciendo un ejercicio en un gimnasio ahí con el preparador físico de nosotros para la rehabilitación, y llegó un doctor y me dice: “[nombre del jugador], ¿cómo está?”, y yo tenía desde que me había operado no lo había visto, y yo: “Doctor, ¿cómo está? Qué gusto verlo”. Y me dice: “No, aquí lo veo haciendo cosas que no debería estar haciendo” [risas], me dice el doctor. Estaba pegando unos brincos al cajón y eso, entonces el preparador físico le dijo: “Doctor, este mae siempre tiene una actitud positiva, no se queda quieto; entonces si al mae no le duele o si el mae quiere hacerlo yo siempre lo dejo”, le dijo el preparador físico al doctor. Entonces yo creo que mi actitud marca mucho la pauta de recuperación.

En este extracto E2 enfatiza cómo, desde su punto de vista, la actitud influye significativamente en el proceso de recuperación, mostrando que una actitud positiva puede marcar la diferencia entre una recuperación exitosa y una que no lo será. Este comentario puede reflejar una autoeficacia consolidada, ya que el jugador cree que su capacidad puede mediar positivamente en su recuperación a través de su actitud y comportamiento; la creencia de que su actitud afecta significativamente su recuperación es un indicador de autoeficacia; E2 se siente capaz de influir en su propio proceso de rehabilitación. Bandura (1997) afirma que una alta autoeficacia afecta significativamente la manera en que los individuos enfrentan desafíos y tareas difíciles, promueve una actitud efectiva y la convicción de que sus acciones se reflejarán en los resultados. Además, resalta la importancia de esta creencia en la capacidad propia para organizar y ejecutar las acciones necesarias para manejar situaciones futuras, considerándola un factor crucial en la motivación y el comportamiento proactivo.

Por otra parte, E2 describe que ha visto compañeros que no se comprometen adecuadamente con su rehabilitación; tal observación refuerza su propia creencia en la importancia de una actitud activa y comprometida durante el proceso de recuperación, lo cual puede entenderse como manifestación de autoeficacia. En esta línea, Vealey (2001) señala que "una actitud proactiva y diligente es crucial para el éxito en el deporte, ya que

estas características están estrechamente relacionadas con la autoeficacia y la motivación. Los atletas que demuestran estas cualidades son más propensos a comprometerse plenamente con sus programas de entrenamiento y rehabilitación, lo cual es esencial para la recuperación y el rendimiento óptimo" (p. 554).

La interacción de E2 con el preparador físico y el doctor resalta la percepción del jugador sobre su propia actitud proactiva en el proceso. El reconocimiento del preparador físico de que E2 "siempre tiene una actitud positiva" y "no se queda quieto" es una validación externa de la autoeficacia de E2; este tipo de retroalimentación positiva puede reforzar aún más su autoeficacia y su compromiso con la rehabilitación. El preparador físico apoya esta autoeficacia al permitirle continuar con los ejercicios mientras no le causen dolor, mostrando confianza en la capacidad de E2 para juzgar sus propios límites. La importancia de este aspecto es sustentada por Bandura (1997) al referir que el respaldo social y la retroalimentación positiva de figuras de autoridad, como entrenadores y médicos, pueden mejorar la autoeficacia, aumentando la confianza del individuo en sus propias capacidades.

El jugador E2 muestra, además, una fuerte persistencia y determinación al continuar su rehabilitación de manera activa, incluso realizando ejercicios que otros podrían evitar. Al respecto, Feltz, Short, y Sullivan (2008) afirman que "los individuos con alta autoeficacia son más propensos a comprometerse plenamente con sus programas de rehabilitación y a persistir en tareas desafiantes debido a su confianza en su capacidad para superar obstáculos y mejorar su condición física" (p. 405). La determinación es una señal de autoeficacia en el caso de E2, ya que cree en su capacidad y se esfuerza de manera constante por mejorar.

Continuando sobre el análisis de la autoeficacia, se agrega el aporte de lo expresado por el participante E3:

Ya después de que usted lo operan y todo, usted tiene que pensar: "Me tengo que recuperar, me tengo que poner bien, porque si no me recupero no juego, y sino juego no estoy en el equipo y mi carrera se va echar para abajo". Entonces ¿qué hago yo? Diay, pensar positivamente. Siempre me ha gustado mucho el ejercicio de gimnasio: estudié terapia física, entonces eso

me hace entender que la paciencia, hacer caso a los doctores, fisioterapeutas, a los readaptadores... Uno tiene que manejar mentalmente lo que pasa, tiene que trabajar mucho también la mente para recuperarse. Yo decía: "Bueno, si el equipo médico dice que yo me recupero en 6 meses, yo me recupero en 4 meses". Es mi meta.

En este extracto del jugador E3 se puede observar una fuerte determinación al establecer objetivos para su recuperación. En expresiones como "*me tengo que recuperar, me tengo que poner bien*" este jugador muestra su capacidad de mentalizarse y comprometerse con los objetivos, aspecto que puede considerarse una manifestación de autoeficacia. Sobre esto, Bandura (1997) señala que "una alta autoeficacia impulsa a las personas a fijarse metas desafiantes y a perseverar en alcanzarlas, ya que tienen una firme convicción en su capacidad para influir en los resultados mediante su esfuerzo y estrategias" (p. 3).

Además, E3 recalca la importancia de pensar positivamente; en ese tenor, Maddux (2002) explica que "una alta autoeficacia está asociada con una actitud positiva hacia la superación de obstáculos, lo que refuerza la motivación y la persistencia" (p. 277). Por tanto, esta actitud es trascendental para la autoeficacia y para alcanzar objetivos sustanciales dentro del proceso de rehabilitación. Por otra parte, E2 refiere que su formación en terapia física es un recurso para entender mejor el proceso de recuperación; este conocimiento aumenta su autoeficacia, ya que se siente más capacitado para seguir las recomendaciones médicas y entender su propio avance y mejoría. Bandura (1993) enfatiza en este aspecto refiriendo que "las habilidades y conocimientos específicos en un área particular fortalecen la autoeficacia, ya que estos recursos permiten a los individuos abordar problemas con mayor confianza y eficacia" (p. 133).

E3 demuestra, a su vez, su compromiso con seguir las indicaciones del equipo de profesionales a cargo; este abordaje se relaciona con su autoeficacia: el jugador cree en su capacidad para seguir el plan de rehabilitación. En cuanto a este importante aspecto, Olmedilla *et al.* (2011) argumentan que "la autoeficacia incluye la confianza en la capacidad propia para adherirse a los planes de tratamiento y seguir las recomendaciones médicas, lo cual es esencial para una recuperación efectiva y la consecución de objetivos de

salud" (p. 153). Los atletas con alta autoeficacia se muestran más comprometidos a seguir rigurosamente los programas de rehabilitación y a colaborar con los profesionales de la salud, lo que es esencial para este proceso; tal cual parece ser el caso del jugador E3.

Este jugador enfatiza acerca de la importancia de manejar mentalmente el proceso de rehabilitación; su capacidad para gestionar el aspecto mental de la recuperación podría ser un indicador de alta autoeficacia, ya que esta no solo se refiere a las habilidades físicas, sino también a la capacidad de manejar los aspectos psicológicos de una situación, lo que es crucial para la recuperación completa (Bandura, 1997).

Además el participante E3 establece una meta ambiciosa de recuperarse más rápido de lo previsto: *"si el equipo médico dice que yo me recupero en 6 meses, yo me recupero en 4 meses"*. Esto tendrá relación con lo que comenta Bandura (1991), quien sostiene que la autoeficacia es un predictor clave de la autorregulación y la persistencia, permitiendo a los individuos establecer y perseguir metas altas incluso en circunstancias desafiantes, como en este caso le significa la lesión deportiva grave. Este objetivo de E3 se relacionará entonces con una alta autoeficacia, ya que está dispuesto a esforzarse sobre las expectativas para acelerar su recuperación.

El análisis del extracto muestra que la autoeficacia del jugador lesionado E3 se manifiesta en varias dimensiones: su determinación, el pensamiento positivo, conocimiento y competencia, adherencia a las recomendaciones médicas, manejo mental y establecimiento de metas ambiciosas. Estas características no solamente reflejan una alta autoeficacia, también serán cruciales para su proceso de recuperación. En relación precisamente al aporte de este jugador, para D. Hernández, psicólogo del deporte, "en cuanto a la autoeficacia, en mi experiencia, los jugadores que confían en su habilidad para seguir un plan de rehabilitación específico y lograr su recuperación suelen mostrar mayor perseverancia y resiliencia; en la mayoría de las ocasiones salen de su proceso con mucho éxito" (D. Hernández, comunicación personal, febrero 2023).

Con respecto a lo que se logra analizar en los extractos aportados por los tres participantes, la autoeficacia es un factor, en principio, determinante en la valoración cognitiva de los jugadores lesionados, dado que incide en la motivación, persistencia y estrategias de recuperación. La alta autoeficacia evidenciada en los jugadores E1, E2 y E3

les permitirá enfrentar los desafíos de la rehabilitación con una actitud positiva, establecer metas claras y adherirse a las recomendaciones médicas, asegurando así una recuperación potencialmente efectiva.

Autoconfianza

Con respecto a la autoconfianza, en extractos como los siguientes aportados por los participantes estos contribuyen a analizar cómo se presenta en cada caso; el jugador E1 comenta al respecto:

Me educaron de que nunca hay que echar para atrás, y también es un patrón que yo he seguido para con mis hijos. Recuerdo el momento que me lesioné; sentí miedo, pero ahí me recordé a mí mismo que he superado esto antes. Dije: “tengo esto bajo control, he trabajado duro toda mi carrera y no voy a dejar que esto me pare”. Cada día de rehabilitación me esfuerzo al máximo porque sé que todo cuenta. Mi familia siempre me ha visto como alguien fuerte y capaz, y no pienso decepcionarlos: tengo fe en Dios y confianza en mí que pronto voy a volveré a jugar.

En este extracto, E1 destaca cómo fue educado con la mentalidad de nunca retroceder ante los desafíos, un valor que también ha inculcado en sus hijos. Este comentario puede ilustrar cómo la educación y los valores familiares influyen y proporcionan una base sólida para la autoconfianza en el caso del participante E1, permitiéndole enfrentar adversidades con determinación. Bandura (1986) señala al respecto que “la autoconfianza está profundamente influenciada por los valores y creencias inculcadas en la familia” (p. 124), tal como evidencia este caso.

Por otro lado, el participante E1 admite haber sentido miedo en el momento de la lesión, pero rápidamente cayó en la cuenta de que ha superado situaciones difíciles antes. Este reconocimiento del miedo seguido por una autoafirmación positiva, utilizando experiencias pasadas como un recurso para superarlo, es indicativo de una autoconfianza fortalecida. Así lo señala Bandura (1997) al referir que las experiencias exitosas previas son una fuente significativa de autoconfianza, ya que ofrecen pruebas concretas de la capacidad

personal para enfrentar y superar el desafío; por tanto, le sirve de sustento a E1 para afrontar la situación que ya conoce.

Este jugador enfatiza en su dedicación y esfuerzo constante en la rehabilitación, consciente de que cada pequeño progreso es importante. Este compromiso diario también refleja su autoconfianza y determinación. Para Maddux (2002), “una alta autoconfianza está asociada con una mayor persistencia y esfuerzo, así como con una actitud positiva hacia la superación de obstáculos” (p. 277); la persistencia y el esfuerzo constante son reflejo de una autoconfianza sólida donde E1 cree firmemente en su capacidad para mejorar y recuperar su forma física y pronto volver a la práctica deportiva.

Este jugador, además, menciona como elemento importante a su familia; el apoyo familiar y la percepción positiva que tiene de sí mismo. Olmedilla y García-Mas (2009) destacan que: "la percepción de uno mismo como una persona fuerte y capaz, apoyada por la familia, es crucial para mantener una alta autoconfianza y motivación, especialmente en el contexto de la rehabilitación de deportistas lesionados" (p. 45), significándole una fuente de aliento para seguir adelante en su proceso de recuperación.

Finalmente, el participante E1 expresa tener fe en Dios y confianza en sí mismo para volver a jugar. Este aspecto es muy significativo: Bandura (1986) sugiere en este sentido que "la espiritualidad y la autoconfianza personal pueden actuar como fuentes complementarias de motivación y resiliencia en el enfrentamiento de desafíos" (p. 256). La fe en un poder superior y la confianza en sus propias capacidades proporcionan a este jugador una fuente adicional de fuerza y motivación, ayudándole a mantener una perspectiva positiva y a esforzarse para alcanzar su recuperación.

El extracto de E1 contribuye a mostrar cómo diversos factores interactúan en su manifestación de autoconfianza durante el proceso de rehabilitación: la educación y los valores familiares, el reconocimiento y la superación del miedo, el esfuerzo constante, el apoyo familiar y la fe en Dios se combinan para fortalecer su autoconfianza.

En el caso del participante E2, este señala en cuanto a la autoeficacia que:

el positivismo que uno le ponga, creer en uno mismo; porque también pienso que la cabeza es fundamental en esto: si usted tiene una mente débil

a usted una lesión lo puede dejar botado. Yo en mi rodilla tengo 5 operaciones, en la misma rodilla derecha, y he tenido compañeros que con UNA operación ya han dejado jugar. No sé si habrá sido por la mente o la lesión fue más grave, pero yo tengo 5 operaciones y yo siempre he dicho: "Voy para adelante, soy fuerte y positivo, de esta salgo".

El jugador en el extracto resalta la importancia del positivismo y la creencia en uno mismo durante el proceso de recuperación de lesiones. Feltz, Short y Sullivan (2008) visualizan que "la autoconfianza está fuertemente asociada con la actitud positiva y la autoestima, y juegan un papel crucial en cómo los individuos abordan y manejan los desafíos, incluidas las lesiones deportivas" (p. 89). Esta afirmación resalta la valoración cognitiva positiva y la autoconfianza como factores clave en el proceso de rehabilitación; además, cómo la creencia en la propia eficacia puede influir en la motivación, la persistencia y la resiliencia, todas ellas aspectos clave en este proceso.

Además, E2 da a entender que tener una mente débil puede hacer que una lesión sea devastadora, mientras que una mente fuerte garantiza la recuperación. Tal observación puede indicar que E2 considera la fortaleza mental como un componente crucial de su autoconfianza y su capacidad para recuperarse.

E2 también relata su experiencia personal con múltiples operaciones en la misma rodilla y cómo, a diferencia de algunos colegas que abandonaron el deporte tras una sola operación, él ha continuado jugando. Esta comparación destaca su autoconfianza y resiliencia. Las experiencias personales de superación y la persistencia en continuar jugando después de múltiples operaciones parecen contribuir con la autoconfianza de E2; tal como señala Bandura (1997): "las experiencias previas exitosas son una fuente eficaz de autoconfianza, ya que proporcionan pruebas de la propia capacidad para manejar desafíos" (p. 80).

Por último, E2 afirma que sus mantras han sido: "*voy para adelante, soy fuerte y positivo, de esta salgo*". Esta declaración tiende a reflejar la firmeza de su determinación, elemento crucial en la autoconfianza. Sobre este aspecto, Brewer y Shillinglaw (1992) explican que "una alta autoconfianza está relacionada con una mayor persistencia y esfuerzo, además de fomentar una actitud positiva ante la superación de obstáculos" (p. 75).

Es el caso de E2, quien demuestra una actitud proactiva y resiliente, confiando en su capacidad para superar las dificultades físicas y mentales que le signifique el proceso que atraviesa.

Este extracto aportado por el participante E2 sirve para observar la autoconfianza y la fortaleza mental como condiciones indispensables en la valoración cognitiva de los atletas lesionados. Además, a través de su actitud positiva, la creencia en sí mismo y el aporte de las experiencias personales de superación E2 demuestra contar con una fuerte autoconfianza que le permitirá atravesar de manera más efectiva el proceso de rehabilitación. D. Hernández, psicólogo del deporte, comenta al respecto que “la autoconfianza juega un papel determinante en cómo los jugadores enfrentan su rehabilitación; el mantener una buena autoconfianza ayuda a los atletas a permanecer motivados y a esforzarse de manera constante, incluso frente a los problemas que suelen presentarse en el proceso de recuperación” (D. Hernández, comunicación personal, febrero 2023). La importancia de una mentalidad fuerte, la persistencia y la resiliencia son elementos clave en el proceso de recuperación de E2, subrayando la influencia de la autoconfianza en su percepción y manejo de las lesiones deportivas.

El siguiente extracto de entrevista aportado por el participante E3 también sirve para evidenciar la presencia de la autoeficacia:

En el caso mío, yo lo tengo claro o sea siempre he tenido la fortaleza. Sé que no ha sido fácil, [pero] no pienso negativamente, o sea, tengo que ver de qué manera mejoro o evoluciono mis lesiones, al punto de que llegue bien a jugar, o sea, que no llegue con miedo. Yo desde que me lesioné ya voy pensando: “Bueno, ¿ahora qué sigue?”. Tengo que ir moviéndome para ver qué me va a ayudar a partir de aquí, qué tenemos que hacer después de aquí y con quién voy a terminar recuperándome. Ver todo eso, que es tedioso, que es cansado, sí, porque las lesiones al principio, cuando son operaciones, son lentas las recuperaciones. Pero yo confío en que yo puedo.

Lo expresado por E3 es ilustrativo de la importancia de la fortaleza mental y la claridad con la que enfrenta las dificultades: su enfoque positivo se relaciona con lo señalado por Bandura (1997), quien destaca que “las creencias en la propia eficacia juegan

un papel central en la determinación de la forma en que las personas piensan, se sienten y actúan. Una alta autoconfianza mejora la motivación y la resiliencia, permitiendo a los individuos enfrentar los desafíos de manera más efectiva y persistente” (p. 103).

La actitud proactiva de E3, evidente en su planificación meticulosa desde el momento de la lesión, su enfoque en el trabajo propio y la capacidad de organizar el plan de acción necesario para su recuperación, son indicadores de autoconfianza. Para Brewer (1994), "los atletas con alta autoconfianza son más propensos a adoptar un enfoque estratégico y proactivo en su rehabilitación, estableciendo metas específicas y detalladas y anticipando los pasos necesarios para su recuperación" (p. 90).

E3 también reconoce que el proceso de recuperación es tedioso y cansado, especialmente después de operaciones, pero mantiene su confianza en su capacidad para recuperarse. Con ello trasluce una persistencia y determinación que son características fundamentales de la autoconfianza.

Finalmente, E3 concluye con una declaración de confianza en su capacidad para recuperarse: "*yo confío en que yo puedo*". En este sentido, las creencias de autoconfianza influyen en el pensamiento, la motivación y el comportamiento del atleta, determinando su respuesta ante los desafíos (Bandura, 1994). Esta afirmación subraya la creencia de E3 en su habilidad para superar las lesiones y regresar a jugar.

El extracto de E3 contribuye a observar cómo, a través de su fortaleza mental, proactividad, planificación, persistencia y confianza en su capacidad para recuperarse, el jugador evidencia una alta autoconfianza que le permitirá enfrentar y superar los desafíos propios de la rehabilitación.

A través del análisis de lo comentado por los participantes E1, E2 y E3, se visualiza cómo los tres comparten una alta autoconfianza y una mentalidad resiliente que les permiten enfrentar los desafíos de la rehabilitación de sus lesiones. En el caso de E1, se basa en la influencia de su educación y valores familiares; para E2, mediante la comparación con compañeros y destacando la importancia de una mente fuerte; y en la experiencia de E3 es a través de una planificación y actitud proactiva.

Explorar la valoración cognitiva sobre aspectos como la autoestima, la autoeficacia y la autoconfianza en jugadores lesionados resulta básico para comprender y mejorar el proceso de rehabilitación de estos atletas; comprender y fortalecer estos elementos no solo contribuye a mejorar su bienestar psicológico, sino que también promueve su recuperación y un retorno exitoso a la práctica del deporte. Al respecto, D. Hernández, psicólogo del deporte, hace hincapié en que “es fundamental reconocer la autoestima, la autoeficacia y la autoconfianza como componentes esenciales en la respuesta cognitiva de los jugadores lesionados. La integración de estos aspectos en las estrategias de rehabilitación puede hacer una diferencia significativa en la forma en que los jugadores enfrentan y superan sus lesiones; de ahí lo importante de abordarlas en la intervención psicológica antes y durante el proceso de recuperación” (D. Hernández, comunicación personal, febrero 2023).

4.4 Sobre la respuesta conductual:

La respuesta conductual de un deportista lesionado es otro aspecto fundamental que considerar en el proceso de rehabilitación posterior a una lesión deportiva grave. Factores emocionales y cognitivos como la ansiedad, el estado de ánimo y la motivación influyen directamente en cómo un atleta se comporta y enfrenta su recuperación; por tanto, constituyen factores críticos que impactan en la respuesta conductual de un jugador lesionado.

Este análisis indaga acerca de la presencia y la posible influencia de dichos factores en la respuesta conductual de los tres deportistas lesionados participantes de la investigación.

Ansiedad

Por medio de algunos extractos de las entrevistas realizadas a los tres jugadores se expone cómo se expresa la ansiedad en cada caso. Iniciando con el participante E1, este comenta:

¿Ansiedad? Altísima, altísima. Por todo, y más uno que está acostumbrado a siempre estar activo, a ser hiperactivo. Yo no sé, yo prefiero ser de los de

adentro que estar afuera, ¿me entendés? O sea, el estar fuera viendo que no podés ayudar, no hacer nada, o el mismo estar fuera por no poder entrenar, todo ese tipo de cosas a mí me da la ansiedad. El estrés da mucha cosa, verdad, porque no es solo ansiedad, para mí eso es terrible, es algo que me cuesta muchísimo controlar. Hay un lapso de la rehabilitación que vos sentís que no avanzás ni retrocedés, o sea, estás en un stand-by que, diay, el nombre lo dice: ah, ¿verdad? Ni para adelante ni para atrás. Entonces obviamente hay frustración, ansiedad en estos momentos, porque, diay, no estás viendo mejoras, verdad. No se da la mejora de lo que uno está viviendo en el en el momento.

Este jugador describe una experiencia de importante presencia de ansiedad durante su proceso de rehabilitación, al parecer fomentada por su naturaleza hiperactiva y la frustración de no poder participar activamente en su deporte, algo que influirá probablemente en su respuesta conductual. Reconoce sentir una gran ansiedad y estrés debido a la incapacidad de entrenar y ayudar a su equipo, lo que puede conducir a sensaciones de frustración y estancamiento en su recuperación. Autores como Smith y Smoll (1990) sostienen, con base en esto, que la ansiedad es una reacción frecuente entre los atletas lesionados, agravada por la preocupación sobre su posición en el equipo y las implicaciones contractuales.

La alta ansiedad puede llevar al jugador a no llevar a cabo tareas necesarias relacionadas con su rehabilitación, especialmente aquellas que percibe que podrían exacerbar su sensación de ineficacia. Olmedilla y García-Mas (2009) comentan que: "la ansiedad en deportistas lesionados puede conducir a comportamientos de evitación de actividades terapéuticas, debido al temor de aumentar el dolor o el estrés emocional asociado con la recuperación" (p. 215). Por otra parte, la tensión y el estrés mencionados por E1 pueden manifestarse en comportamientos físicos como, por ejemplo, tensión muscular, que podría complicar aún más su proceso de rehabilitación.

La percepción de no avanzar que expresa E1 podría influir en su ansiedad; sobre esto, Brewer (2007) argumenta que "el estancamiento percibido durante el proceso de rehabilitación puede aumentar los niveles de ansiedad y disminuir la motivación del

individuo, lo que a su vez puede afectar negativamente su adherencia al tratamiento y su progreso general" (p. 224).

Por último, el sentimiento que menciona de no poder contribuir podrá llevar al jugador a aislarse, evitando interacciones con su equipo y entrenadores, algo que puede afectar su estado emocional y aumentar su sensación de ansiedad. El aislamiento social es una consecuencia común de la lesión deportiva, y puede afectar negativamente la recuperación del atleta al reducir el acceso al apoyo emocional y motivacional necesario en ese momento de inestabilidad (Olmedilla y García-Mas, 2009).

Sobre cómo repercute esta ansiedad en el proceso de rehabilitación, E1 expresa: "*Hay momentos que esa ansiedad de no avanzar hace como que uno diga «No, mejor ya no más». Uno se desespera, quiere avanzar rápido*". El jugador describe cómo la ansiedad de no avanzar en su rehabilitación genera desaliento y pensamientos de abandonar el proceso. La sensación de ansiedad acrecentada por este obstáculo podría llevar al jugador a una respuesta conductual negligente hacia las tareas de su plan de recuperación; un tipo de respuesta común en atletas que sienten que no están cumpliendo con sus expectativas. Como comentan Olmedilla y García-Mas (2009), "la ansiedad en deportistas lesionados puede llevar a la evitación de actividades terapéuticas y a un aumento de la desesperación, afectando negativamente su proceso de rehabilitación" (p. 120).

En el caso del participante E2, este señala:

Yo creo que hay como una fusión, porque obviamente uno trata de estar tranquilo, estar controlado, pero también por ahí puede entrar el estrés y la ansiedad, por el hecho de que tal vez usted diga: "Bueno, si yo no juego otro va jugar, y tal vez lo haga bien y yo aquí lesionado". Entonces, a la hora de renovar un contrato, yo creo que por ahí entra mucho la parte del estrés en este tema. Pero también, di, uno tiene que estar tranquilo, por el hecho de que fue una lesión, de que tampoco se pueden apresurar las cosas... Pero entonces tal vez usted está afuera, y tal vez otro compañero que juega mi posición está haciendo las cosas bien; obviamente uno nunca le desea el mal, pero lo que uno piensa es que tal vez a la otra persona le está yendo bien y usted apenas en el proceso de recuperación. Entonces uno

necesita volver, para volver a demostrar lo que usted puede dar en el equipo. Eso genera mucha ansiedad.

E2 describe cómo la ansiedad se presenta durante su proceso de rehabilitación de la lesión deportiva combinada con el estrés de perder su posición en el equipo y las implicaciones contractuales que esto conlleva; a pesar de sus esfuerzos por mantener la calma, la posibilidad de que otro jugador sobresalga en su lugar genera una notable preocupación. De esta forma, la situación de considerable grado de ansiedad debido a la incertidumbre que atraviesa puede influir de manera significativa en su respuesta conductual durante la rehabilitación, llevándole inclusive a tomar acciones riesgosas para alcanzar una recuperación casi forzada de su lesión, y así no poner en riesgo su futuro en el deporte. Es lo que Wiese-Bjornstal *et al.* (1998) identifican como "la presión por recuperar el rendimiento anterior y la competencia con compañeros de equipo pueden generar altos niveles de ansiedad, llevando a los atletas lesionados a apresurar su regreso al deporte, incluso cuando no están físicamente preparados, lo cual puede comprometer su recuperación y aumentar el riesgo de recaídas" (p. 131).

La ansiedad producida ante esta posibilidad de ser reemplazado y la preocupación por el rendimiento de otros pueden llevar también al jugador por un camino opuesto: presentando conductas evitativas ante actividades de rehabilitación que perciba como ineficaces o que incrementen su ansiedad al percibir que no promueven avances a la velocidad que pretende (Andersen y Williams, 1988); además, debido al temor de aumentar el dolor o el estrés emocional asociado con la recuperación.

Por otra parte, la sensación de estar estancado en la recuperación puede exacerbar la ansiedad del deportista, impactando negativamente en su motivación y el cumplimiento del tratamiento (Wiese-Bjornstal, Smith, Shaffer & Morrey, 1998). De la misma forma, la presión por demostrar su valía expresada por este jugador podría resultar un factor que influya en una adherencia inconsistente al plan de rehabilitación.

Al preguntar directamente a al participante si cree que la ansiedad que señala le afecta en el proceso de rehabilitación, E2 comenta: "*Bueno... Creo que a veces, porque me hace pensar más cosas de la cuenta, no me deja tal vez enfocarme en estar bien, en hacer todo lo que sé que tengo que hacer*". Se observa cómo la ansiedad da indicios de influir en

su respuesta conductual durante el proceso de rehabilitación. Señala presentar un exceso de pensamientos que, de acuerdo con Olmedilla y García-Mas (2009), se relacionan con la ansiedad, argumentando que "la ansiedad puede provocar una sobrecarga cognitiva que dificulta la concentración y el enfoque en las tareas necesarias para la rehabilitación" (p. 213). Esa sobrecarga mental puede llevar a errores o descuidos en la ejecución de las actividades terapéuticas.

La preocupación constante y, por tanto, la ansiedad producto de esta pueden influir en el jugador con respecto a cómo asume su proceso de rehabilitación. Brewer (1994) explica que "la ansiedad elevada puede llevar a comportamientos de evitación, donde el individuo pospone o evita actividades terapéuticas debido al miedo o la incomodidad que estas generan" (p. 79); esto tiende a prolongar el tiempo de recuperación y afectar la efectividad del tratamiento.

Por su parte, el participante E3 brinda el siguiente testimonio:

Sí me ha tocado aprender a controlar la ansiedad, he conocido personas que me han "bajado dos rayitas", digo yo. Porque a veces, diay, yo quiero... quiero... quiero salir de esto rápido, y a veces tal vez me duele o me quejo, el brazo no se levanta bien, y yo me estreso. Y ellos me dicen: "Es que es así el proceso de lento; el cuerpo se va a recuperar en una semana y ya está. Va a tener dolores porque está con debilidad, tiene que fortalecer". Y uno se siente ansioso, como que uno no sabe cuánto va a llevar, cuándo puedo volver a jugar... Eso lo afecta a uno en la terapia, porque uno quiere todo como ya. Hace que uno se enoje.

E3 comenta sus dificultades para controlar la ansiedad durante el proceso de rehabilitación, señalando cómo esta emoción afecta su respuesta conductual. La ansiedad en este caso se manifiesta por su deseo de acelerar el proceso de recuperación, lo que a su vez intensifica el estrés cuando los resultados no son inmediatos. La pretensión de E3 de salir rápidamente de su estado lesional refleja una ansiedad por regresar al juego lo más pronto posible; esa ansiedad por volver al deporte puede causar que el atleta lesionado tome decisiones imprudentes y experimente altos niveles de frustración cuando su recuperación no avanza tan rápido como desea. Esto puede conllevar repercusiones importantes (Smith y

Smoll, 1990): el jugador describe cómo el dolor y la lentitud de la recuperación aumentan su ansiedad; y cómo esta parece intensificarse debido a la incertidumbre sobre cuándo podrá regresar a jugar. Para Brewer (2001), esta percepción de demora en la recuperación y la experiencia continua del dolor pueden exacerbar el estrés y la ansiedad en los deportistas lesionados, convirtiéndose en obstáculos en su proceso de rehabilitación.

La ansiedad de E3 por recuperar su estado físico rápidamente podría afectar su participación en la terapia; la impaciencia y la sensación de urgencia de una recuperación pronta, más allá del tiempo pronosticado, pueden resultar en una adherencia inconsistente al tratamiento y un incremento en la frustración cuando no se observan mejoras de manera inmediata (Brewer, 1994).

El análisis de los jugadores lesionados E1, E2 y E3 revela cómo la ansiedad parece influir de manera negativa en la respuesta conductual. Esta parece incrementarse por diferentes aspectos, incluyendo la sensación de estancamiento, la preocupación por la competencia y el deseo de acelerar la recuperación. Las expresiones ansiosas pueden afectar en la motivación, la adherencia al tratamiento y el estado emocional; y por ende influyen en las conductas que exhibe el jugador durante su tratamiento. Esto potencialmente se traduciría en un prolongamiento del proceso de recuperación, aumentando la frustración y el estrés. Para D. Hernández, psicólogo del deporte, “en la respuesta conductual median las expectativas de recuperación que tiene el jugador, y cómo puede ir manejando los estados de ansiedad y estrés que emergen ante el miedo, la impotencia y la frustración que implica no poder controlar el tiempo y el éxito de su recuperación, o los cambios que se den en el equipo durante su ausencia. La ansiedad crece en ellos porque la lesión pone en riesgo su futuro deportivo” (D. Hernández, comunicación personal, febrero 2023).

Estado de ánimo

Este factor psicológico es fundamental en la respuesta conductual de los jugadores lesionados durante el proceso de rehabilitación; las emociones y sentimientos que experimentan los atletas lesionados pueden afectar significativamente su comportamiento, motivación y adherencia a los programas de recuperación durante su proceso de

rehabilitación. Este análisis explora de manera general cómo el estado de ánimo influye en la respuesta conductual de los jugadores lesionados, destacando la importancia de abordar los aspectos emocionales junto con los físicos propios de la lesión deportiva.

Al referirse a este aspecto de análisis, el participante E1 comenta:

Bueno yo... por supuesto me da mal humor, o sea, obviamente se apodera de uno el mal humor; el aislarse me pasó, o sea, yo sí me aislé, como que no quiero en momentos que nadie me ayudara. Sí, me he puesto insoportable, diría yo, hasta cierto punto, verdad, que mi conducta fue... Creo que sí, que estaba molesto con todo mundo, sin ser ellos obviamente los responsables de verdad de lo que me pasó. Creo que esa fue la mayoría de mis reacciones, al menos al principio, verdad. Ya lo voy controlando mejor y, bueno, ya más positivo. La resiliencia que siempre me caracteriza en estos procesos; también creo que mi disciplina, a pesar de todas las cosas: de la frustración y todas esas cosas malas que a uno se le vienen a la cabeza, yo siempre intento mantener el enfoque también.

El jugador describe cómo su estado de ánimo se ve afectado durante su proceso de rehabilitación, mostrando una serie de aspectos percibidos como negativos dentro de este proceso, tales como el mal humor y la frustración, así como su esfuerzo por mantenerse positivo y resiliente. El jugador menciona cómo su mal humor lo llevó a aislarse y a rechazar la ayuda de los demás; comportamiento que a todas luces puede ser perjudicial. Ese encerramiento en sí mismo durante la rehabilitación pueden obstaculizar el proceso de recuperación, ya que el apoyo social es fundamental para el bienestar emocional y la adherencia al tratamiento (Brewer, 1994).

Por otra parte, la frustración y el mal humor que evidencia E1 en lo expresado puede constituir lastres en su conducta, haciendo complicado y molesto para las personas de su entorno lidiar con él, aunque reconozca que ellos no son responsables de su situación. Este comportamiento puede crear un ambiente negativo, generando tensiones en sus relaciones interpersonales e inclusive afectando la dinámica del equipo, dificultando su proceso de recuperación (Olmedilla y García-Mas, 2009).

A pesar del mal humor inicial que el jugador comenta haber afrontado, destaca su posterior capacidad de resiliencia y disciplina para superar las dificultades emocionales y mantener el enfoque en su recuperación.

El participante E2, con respecto a su estado de ánimo, externaliza lo siguiente:

Yo creo que cuando uno tiene dolor le da le da miedo, le dan hasta ganas de renunciar, porque obviamente no es fácil cuando uno siente ese dolor y llega donde el fisioterapeuta y él le tiene que doblar la rodilla a la fuerza, para que su rodilla o sus articulaciones vuelvan a reaccionar. Eso yo creo que muchas veces, el dolor, yo siento que es lo que lo hace a uno también dudar de si va a estar bien... Yo creo que tristeza es lo primero que uno siente en este momento, porque ya sé que es algo que va a tomar tiempo la recuperación, y al principio tal vez uno lo que siente es tristeza... Yo creo que uno enfrenta muchas conductas, porque hay veces que uno tal vez, diay, hasta impotencia puede sentir, porque muchas veces uno se siente que no avanza tal vez a la velocidad que uno quiere; que tal vez usted dice: "Bueno, ya hice todas las terapias, me puse todo el hielo, lo hice todo perfecto y espero ya mañana sentirme un poco mejor", y tal vez se levanta y sigue con el mismo dolor, sigue mal. Entonces muchas veces uno siente frustración. Yo creo que esas son las cosas que uno tiene que tratar de manejar en todo momento de la lesión.

Para el jugador E2 su estado de ánimo se ve importantemente afectado durante su proceso de rehabilitación, pues expresa sentimientos y emociones relacionadas a lo que explica Brewer (1994): "los estados emocionales negativos como el miedo, la tristeza y la frustración pueden influir significativamente en la actitud y el comportamiento de los atletas lesionados durante su recuperación" (Brewer, 1994, p. 76); estas emociones presentes en E2 pueden interponerse en su proceso de rehabilitación exitoso.

E2 menciona, además, que el dolor y la intensidad de las sesiones de fisioterapia pueden generar miedo y dudas sobre su capacidad para recuperarse completamente. Este miedo podría llevar a una menor constancia en el tratamiento y a comportamientos evitativos, lo cual puede retrasar el progreso en la rehabilitación. Según Olmedilla y

García-Mas (2009) "la percepción de incapacidad y el miedo al dolor pueden disminuir la adherencia al tratamiento y aumentar la probabilidad de recaídas" (p. 152).

La tristeza expresada es una emoción predominante al inicio de la recuperación, debido a la consciencia de que será prolongada y difícil, más aún si se cuenta con experiencias anteriores. Al respecto, Brewer (1994) indica que "los atletas que experimentan altos niveles de tristeza pueden mostrar una menor disposición a participar activamente en su proceso de rehabilitación" (Brewer, 1994, p. 82). Además, esta emoción puede reducir la motivación y el compromiso con el plan de tratamiento, afectando negativamente la adherencia y el progreso de este.

El sentimiento de impotencia y la frustración por no avanzar a la velocidad deseada pueden llevar también al jugador a experimentar una disminución en la motivación y un aumento en comportamientos de desesperanza y abandono del tratamiento. La frustración por la falta de progreso puede hacer que el deportista sienta que sus esfuerzos son en vano, lo que puede desmotivarlo a seguir con las terapias. Argumentado este aspecto, Palmi (2010) señala que "la frustración acumulada puede llevar a una reducción significativa en el esfuerzo y la perseverancia, cruciales para la recuperación efectiva" (p. 65).

La resiliencia que E2 señala a pesar de los sentimientos de impotencia que atraviesa, le será de utilidad para manejar las dificultades emocionales durante su rehabilitación. Olmedilla y García-Mas (2009) enfatizan en la importancia de la capacidad del deportista para gestionar su estado emocional durante la rehabilitación como aspecto crucial para una recuperación exitosa; la resiliencia, en el caso de E2, puede convertirse en una aliada en este sentido.

Por su parte, el participante E3 expresa a propósito de su estado de ánimo:

El mío ha sido muy pasivo, o sea, muy tranquilo. En mi casa saben que yo soy muy callado y a veces piensan que estoy bravo, pero no es eso, es que yo pienso mucho. No sé por qué pienso tanto: "¿Qué va a pasar? ¿Qué es esto? ¿Cómo hago? ¿Qué veo? ¿Qué leo?". Soy muy aparte, entonces siempre el estado de ánimo mío se ve como si yo fuera amargado, pero es

simplemente que estoy como en un estado de paz. Intento pensar cómo puedo mejorar y salir de la lesión rápido.

El jugador E3 describe cómo su estado de ánimo durante la rehabilitación ha sido marcado por una actitud pasiva y tranquila, aunque esto puede ser mal comprendido por los demás, interpretándolo como “amargura” o “enojo”. Este estado de ánimo puede reflejar una forma particular de enfrentar la situación, caracterizada por la introspección y la reflexión, lo que podría implicar tanto aspectos positivos como negativos para el éxito de la recuperación.

E3 menciona que piensa mucho sobre su situación, lo cual puede ser una forma de enfrentar su lesión de manera más estratégica. Sobre esto, Smith y Smoll (1990) indican que “la reflexión y la planificación consciente pueden ser estrategias efectivas para enfrentar lesiones, ya que permiten a los atletas abordar su situación de manera más estratégica y deliberada, lo cual puede mejorar su recuperación” (p. 146). Este comportamiento reflexivo puede influir, a la vez, en su adherencia al tratamiento, ya que está constantemente evaluando cómo puede mejorar su situación y superar la lesión. Además se relacionará con un buen estado de ánimo, el cual lo potencia a asumir este tipo de abordaje para su situación.

La percepción externa de su estado de ánimo puede influir en sus interacciones sociales y apoyo emocional. Si los demás piensan que está enojado, pueden evitar ofrecerle el apoyo que necesita; y el apoyo social, como se vio en párrafos anteriores, es un factor crítico en la recuperación de atletas lesionados, ya que ayuda a mitigar los efectos negativos del aislamiento y la ansiedad (Brewer, 2001). Este valor del apoyo social también es reforzado con el aporte de D. Hernández, psicólogo del deporte, quien comenta que: “muchos jugadores suelen sentirse frustrados, tristes o incluso deprimidos debido a la lesión; en estos casos, es esencial proporcionar un entorno de apoyo donde se sientan comprendidos y valorados, y donde puedan expresar sus emociones abiertamente” (D. Hernández, comunicación personal, febrero 2023).

A pesar de que su estado de ánimo es percibido negativamente por otros, E3 intenta mantener una actitud positiva y reflexiva; este enfoque puede contribuir en aumentar su resiliencia y su capacidad para enfrentar los desafíos de la rehabilitación. Olmedilla y

García-Mas (2009) recalcan que la resiliencia y una actitud positiva son esenciales para la recuperación de los atletas lesionados, ya que influyen significativamente en su compromiso con el tratamiento. Esta tendencia a reflexionar puede significarle, además, una forma de intentar recuperar el control y desarrollar estrategias para enfrentar su situación; no obstante, puede necesitar apoyo adicional para traducir esta introspección en acciones concretas que mejoren su estado de ánimo y su proceso de recuperación.

E3 es consciente de que su estado de ánimo tranquilo le ayuda a manejar mejor el estrés y la ansiedad asociados con su lesión. Palmi (2010) concuerda con que "un estado de ánimo positivo y tranquilo puede ser beneficioso para los atletas lesionados, ya que facilita la adherencia al tratamiento y contribuye a una recuperación más rápida y efectiva" (p. 80).

Según lo descrito y analizado, el estado de ánimo de los jugadores lesionados es un factor crucial en su respuesta conductual durante la rehabilitación. La capacidad de manejar el mal humor, la tristeza y la reflexión de manera efectiva puede determinar el éxito del proceso de recuperación. El apoyo social adecuado y una actitud resiliente son dos de las mayores armas para enfrentar los desafíos emocionales y físicos que el jugador encuentra en su camino hacia la recuperación; además, este estado de ánimo influye directamente en la motivación, la adherencia al tratamiento y la interacción con el entorno, elementos todos fundamentales para el éxito de la rehabilitación.

Motivación

La motivación es aquella fuerza interna o externa que impulsa a los jugadores a actuar y persistir en sus objetivos de recuperación; profundizar en este aspecto puede ser de utilidad para mostrar el nivel de compromiso del jugador con su rehabilitación, su disposición, actitudes y acciones para seguir las recomendaciones médicas, así como la capacidad para mantenerse enfocado en sus metas.

Al analizar lo referente a la motivación durante el proceso de rehabilitación de la lesión, E1 comenta en su entrevista:

Creo que mi motivación es mi personalidad. Yo creo que uno... no sé, si no se motiva solo, si no tienes tus disparadores, te puedes quedar hasta sentado

en una silla toda tu vida, esperando que pase algo. Entonces para mí el ser positivo, el pensar que sí puedo hacer lo que me proponga, creo que va más en mi personalidad... En mi familia me hicieron una persona positiva: siempre digo "Yo puedo, yo quiero y yo lo hago"; también yo pienso que desde muy pequeño fue eso, la verdad. Yo sí me considero que he tenido una buena carrera y sí he logrado darles buenas cosas de regreso a mi familia. Eso me mantiene aquí fuerte y seguro de que voy a salir bien.

El jugador E1 expresa cómo su motivación está profundamente arraigada en su personalidad y en el ambiente familiar en el que creció. Su enfoque en la automotivación y el pensamiento positivo son elementos clave que le ayudan a mantener la fuerza y la seguridad necesarias para superar los desafíos asociados con la rehabilitación.

Lo comentado por E1 muestra la importancia de la automotivación en su comportamiento durante la rehabilitación; su personalidad proactiva lo impulsa y no le permite resignarse a la pasividad. Maddux (2002) explica que "la motivación interna desempeña un papel crucial en la adherencia al tratamiento y en la recuperación de los atletas lesionados, promoviendo un comportamiento activo y comprometido durante el proceso de rehabilitación" (p. 130).

La motivación de E1, fortalecida por el apoyo familiar, puede influir significativamente en su respuesta conductual durante la rehabilitación. Este entorno positivo no solo fomenta una actitud perseverante, sino que impulsa al jugador a adherirse consistentemente a su plan de recuperación. Tal como Gould, Finch, y Jackson (1993) afirman: "el apoyo social, incluyendo el respaldo familiar, es esencial para la motivación y la resiliencia de los deportistas, especialmente durante periodos de rehabilitación" (p. 27). Este apoyo puede traducirse en una mayor persistencia y esfuerzo del jugador en seguir las indicaciones médicas, asistir a las terapias y mantener una mentalidad positiva frente a los desafíos de su recuperación.

Este jugador destaca la importancia que tienen para él sus logros pasados y la satisfacción de haber proporcionado cosas buenas a su familia. Para Harter (1999), los logros personales previos y la satisfacción de haber apoyado positivamente a los seres queridos pueden fortalecer notablemente la motivación y el sentido de propósito de una

persona; algo que al parecer lo incentiva para seguir adelante, refuerza su determinación y conducta positiva durante la recuperación.

Además, este mismo participante E1 aporta otro extracto de interés al expresar:

también el hecho de que yo soy una persona que, por la posición que juego, por el rol que tengo, en la mayoría de todos los equipos siempre he sido capitán y líder y todo lo demás; entonces yo sí noto mucho la diferencia cuando yo no juego, porque, por ejemplo, no hablan igual. No es lo mismo que yo esté enfrente por trayectoria, experiencia y lo demás, uno genera cosas diferentes: más confianza hacia otros, hacia el mismo entrenador... Uno sabe que lo necesitan ahí, y eso hace que uno quiera estar de vuelta pronto.

La motivación de E1 en esta declaración parece derivarse también de su papel de líder del equipo, lo que influye directamente en su deseo de recuperarse rápidamente. Según Cruz (2001), "el liderazgo dentro de un equipo deportivo puede ser una fuente importante de motivación para los jugadores, especialmente durante la recuperación de una lesión" (Cruz, 2001, p. 134). Los atletas que demuestran estas cualidades de líder serán más propensos a comprometerse plenamente con sus programas de entrenamiento y rehabilitación, lo cual es esencial para la recuperación y el rendimiento óptimo. Su reconocimiento de la diferencia que su presencia hace en el equipo le proporciona un fuerte incentivo para seguir su régimen de rehabilitación de manera diligente.

E1 expresa sentirse responsable no solo por su rendimiento individual, sino también por el bienestar de su equipo. La percepción de ser fundamental para la cohesión y éxito del equipo puede incrementar considerablemente la motivación del deportista, reforzando su compromiso y esfuerzo (Cruz, 2001). La motivación y autoeficacia, más allá de afectar el establecimiento de metas y la persistencia para alcanzarlas, también promueven una actitud positiva y una fuerte determinación para superar los desafíos del proceso de rehabilitación.

El deseo de regresar para apoyar a su equipo y entrenador aumenta la adherencia de E1 a su plan de rehabilitación. Su motivación está intrínsecamente ligada a su identidad como líder, lo que refuerza su comportamiento proactivo y constante en la rehabilitación.

Palmi (2010) destaca que la percepción de ser necesario y valioso para el equipo puede motivar considerablemente a los atletas lesionados a esforzarse más en su rehabilitación. La fuerte motivación y el sentido de propósito pueden ayudar a mitigar el estrés y la ansiedad que a menudo acompañan el proceso de rehabilitación (Harter, 1999).

Continuando el análisis con respecto a la motivación, el participante E2 expresa:

El positivismo, esa es mi motivación. Es lo que yo utilizo siempre. Bueno, primero la confianza en Dios, y segundo el positivismo. Yo sé que si uno le hace creer a la mente que puede, que es un proceso que hay que llevar y toma todo positivo, entonces siento que puede ser mejor así... El apoyo de mi familia ha sido importante, y la confianza en que yo puedo superar esta rehabilitación y jugar.

La motivación de E2, basada según comenta en el positivismo y la confianza en Dios, influirá significativamente en su respuesta conductual durante la rehabilitación. Esta creencia le permite mantener un enfoque optimista y resiliente, lo cual se traduce en mayor adherencia al tratamiento y una persistencia constante en la realización de las terapias recomendadas. Hodge, Lonsdale y Ng (2008) destacan que "la fe religiosa y la creencia en un poder superior pueden proporcionar un fuerte sentido de propósito y motivación, lo cual es crucial para mantener la perseverancia y la adherencia a los programas de rehabilitación" (p. 310). Por tanto, la espiritualidad y el optimismo de E2 actúan como catalizadores que potencian su comportamiento proactivo y comprometido con su recuperación, minimizando la probabilidad de abandono del tratamiento y mejorando su capacidad para afrontar los desafíos emocionales y físicos del proceso.

En su reflexión de que "*si uno le hace creer a la mente que puede (...), entonces siento que puede ser mejor así*" refleja una alta autoeficacia; esta creencia en la propia capacidad para manejar las demandas y desafíos es fundamental para mantener la motivación y el compromiso con el tratamiento, lo que resulta esencial para una recuperación efectiva (Bandura, 1997).

El apoyo de la familia es otro factor que se rescata del testimonio de E2: el soporte emocional y el respaldo de seres queridos pueden proporcionar una fuente de motivación

durante este proceso. Esto se relaciona a lo descrito por Palmi (2010) acerca de que "el entorno familiar es fundamental en la recuperación de los deportistas, ya que proporciona un apoyo emocional crucial y una motivación adicional que ayuda a los atletas a superar los desafíos asociados con la rehabilitación" (p. 79). Esta conexión emocional con la familia refuerza la resiliencia y la capacidad del jugador para enfrentar los obstáculos propios del proceso que atraviesa.

Se suma al análisis acerca de la motivación y su influencia dentro de la respuesta conductual el aporte del jugador E3, quien señala:

Claro, yo me motivo pensando y viendo el esfuerzo que uno realiza durante muchos meses por volver a estar en una cancha. O sea, la gente puede ser que diga: "¿Se pone contento por volver a entrenar?", y yo: "Claro, es lo más lindo del mundo: entrenar, entrenar bien, es lo más lindo que hay, porque es mi trabajo y lo extraño mucho". Apenas me dicen: "Tiene alta médica", esa palabra "alta médica" era para mí... bueno, increíble. Llegar a ese momento me motiva.

Este participante describe cómo su motivación se fundamenta en el esfuerzo y la emoción de volver a entrenar, enfatizando en la importancia de la rehabilitación y el regreso a la actividad física.

La motivación de E3, basada en su amor por el deporte, por el entrenamiento y su deseo de regresar a la cancha, influirá positivamente en su respuesta conductual. Este alto nivel de motivación puede significarle una mayor adherencia a los programas de rehabilitación: el llevar a cabo las tareas que se le asignen, y un esfuerzo constante en cada sesión de terapia. Al respecto, Smith y Smoll (1990) afirman que la motivación intrínseca es fundamental para mantener la persistencia y el esfuerzo necesarios durante la recuperación de una lesión deportiva.

E3 describe cómo la expectativa de recibir el alta médica y volver a entrenar lo mantiene motivado; esta actitud positiva es crucial para enfrentar el proceso de rehabilitación de manera efectiva. Palmi (2010) enfatiza que "una actitud efectiva y la percepción de progreso pueden mejorar significativamente la adherencia al tratamiento y

los resultados de la rehabilitación” (p. 85). La emoción de volver a entrenar y la visión positiva del futuro pueden aumentar la motivación del jugador; además ayudan a reducir el estrés y la ansiedad que acompañan a la recuperación de una lesión.

Esta reducción del estrés es fundamental para mantener la salud mental del jugador y para asegurar una recuperación física integral. Sobre este aspecto, Olmedilla y García-Mas (2009) destacan la importancia de la motivación y una buena actitud en la gestión de las emociones durante la rehabilitación de una lesión deportiva; destacándolos como factores protectores que influyen en una recuperación potencialmente exitosa y más pronta.

E3 agrega:

Además jugar fue mi sueño siempre, desde niño. O sea, yo pequeñito veía a mi papá jugar y cuando ya empecé a estar en ligas menores siempre me recuerdo ver a la primera división entrenando, y yo por dentro me decía: “Algún día yo voy a estar ahí”, esa era mi palabra en mi mente... Bueno, no fue fácil llegar a primera división para mí, y por eso cuando juego lo disfruto tanto, porque sé lo que me ha costado. Eso me motiva a estar aquí, a hacer las cosas que me dicen los fisioterapeutas.

En este señalamiento, el participante E3 describe cómo parte de su motivación se basa en el amor por el fútbol y los sacrificios que ha hecho para llegar a la primera división; esto lo impulsa a seguir las indicaciones de los fisioterapeutas y a comprometerse plenamente con su proceso de rehabilitación. Es lo que Brewer y Redmond (2017) describen así: "la conexión emocional con el deporte y la percepción de logro personal son factores clave que impulsan la motivación de los atletas lesionados durante su rehabilitación" (p. 76). En este sentido, E3 refleja esa conexión emocional al recordar su deseo de niño de llegar a la primera división y cómo esta meta alcanzada lo enrumba a seguir trabajando duro. Esta motivación se traduce en una respuesta conductual positiva, donde el jugador seguirá rigurosamente su plan de rehabilitación y mantendrá un alto nivel de compromiso con su recuperación, influenciado por el profundo vínculo emocional que ha construido con su deporte y su trayectoria personal.

La historia personal de E3, marcada por su perseverancia desde las ligas menores hasta la primera división, refuerza su resiliencia y determinación para superar la lesión. Esta resiliencia es esencial para enfrentar los desafíos y mantener una buena actitud durante este proceso. Olmedilla y Domínguez-Igual (2016) al respecto afirman que “los sueños y aspiraciones a largo plazo pueden proporcionar una fuente continua de motivación y resiliencia para los deportistas, especialmente durante periodos de rehabilitación” (p. 98).

La motivación de E3 también se reflejará en su adherencia al tratamiento y en su disposición a seguir las instrucciones de los profesionales de salud. La creencia de que podrá volver a jugar y disfrutar del fútbol lo impulsa a seguir el plan de rehabilitación.

De manera general en cuanto a la influencia decisiva de la motivación que comentan E1, E2 y E3, se reafirma que la persistencia, la resiliencia y la adherencia al tratamiento son elementos claves de la respuesta conductual durante una rehabilitación, y emergen de la motivación intrínseca y extrínseca. D. Hernández, psicólogo del deporte, agrega en este sentido que: “la motivación es quizás el factor más determinante en el proceso de recuperación. Los jugadores que mantienen una fuerte motivación, basada en su amor por el deporte y sus anhelos personales, suelen tener una recuperación más exitosa, suelen entregarse más al proceso y mostrar conductas mayores conductas adaptativas” (D. Hernández, comunicación personal, febrero 2023).

Estos factores no solo facilitan su recuperación física, sino que también les proporcionan la fortaleza mental necesaria para superar los retos emocionales y físicos asociados con las lesiones deportivas. Su persistencia se verá reflejada en su constancia en seguir las indicaciones médicas y realizar las terapias necesarias; la resiliencia se podrá expresar en su capacidad para enfrentar y superar los momentos de frustración y los retrocesos en su recuperación.

En cuanto a la respuesta relacionada a conductas de adherencia al tratamiento, se puede decir que a partir de la alta motivación el jugador desarrolla un mejor compromiso con el proceso de rehabilitación, lo que se traducirá en el cumplimiento de las sesiones de fisioterapia y el seguimiento a las recomendaciones del equipo médico.

Este análisis permite rescatar que aspectos como la ansiedad, el estado de ánimo y la motivación están profundamente interconectados y juegan un rol fundamental en la respuesta conductual de los futbolistas lesionados durante su proceso de rehabilitación. La ansiedad puede ser un obstáculo significativo, que afecte la adherencia al tratamiento y el progreso de la recuperación. El estado de ánimo, por su parte, influirá en la disposición de los jugadores para interactuar y recibir apoyo; mientras que la motivación emerge como un factor clave para promover la persistencia y la resiliencia. Para optimizar la recuperación de los deportistas, es esencial abordar estos factores psicológicos de manera integral, proporcionando apoyo emocional acompañado de estrategias de manejo de la ansiedad y fomentando una motivación positiva y sostenida.

Los hallazgos de esta investigación subrayan la importancia de los elementos psicológicos en el proceso de rehabilitación de futbolistas que han sufrido lesiones graves. La respuesta emocional, con etapas desde la negación hasta la aceptación, revela el profundo impacto que estas lesiones producen en los atletas. La valoración cognitiva, centrada en la autoestima, la autoeficacia y la autoconfianza, destaca cómo estas percepciones influyen en su capacidad para afrontar y superar las dificultades. Por su parte la respuesta conductual, influenciada por la ansiedad, el estado de ánimo y la motivación, muestra cómo estos factores afectan en la adherencia al tratamiento y la recuperación.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES

A partir de los objetivos planteados y el análisis de los hallazgos en esta investigación, es posible delimitar las siguientes conclusiones:

Al profundizar en los elementos psicológicos asociados a los procesos de rehabilitación en futbolistas de primera división de Costa Rica que enfrentan una lesión deportiva grave, se han identificado diversas emociones, sentimientos, valoraciones y conductas. Fue posible reconocer que para los participantes de esta investigación, todos ellos atletas profesionales que se encontraban atravesando su proceso de recuperación durante el desarrollo de este estudio, el evento lesional no solo afectó su práctica deportiva inmediata; además repercutió en los distintos contextos que conformaban su vida cotidiana, profesional y personal, en el momento de la lesión y el proceso de rehabilitación. Los hallazgos extraídos de esta investigación permiten evidenciar cómo este complejo universo psicológico influye directamente en el modo en que los jugadores transitan por su recuperación, impactando tanto en su vida profesional como personal.

De acuerdo con los resultados de la investigación, se ha podido concluir que la importancia de los aspectos psicológicos en el proceso de rehabilitación de los futbolistas de primera división de Costa Rica, participantes de esta investigación, con frecuencia es subestimada tanto por los propios atletas como por aquellos involucrados en el ámbito deportivo, ya que la lesión en el contexto deportivo y el subsiguiente proceso de rehabilitación suelen ser vistos como cuestiones exclusivamente físicas, manejadas principalmente por el equipo de rehabilitación física. Sin embargo, esta perspectiva es limitada y no aborda la complejidad de la experiencia del atleta lesionado. Esto se constata en la propia vivencia de los jugadores participantes inmersos dentro del entorno del fútbol nacional, el cual aún no toma conciencia de la necesidad de un enfoque integral que incluya el apoyo psicológico.

A partir de las entrevistas realizadas a los tres jugadores, se identificaron varios factores determinantes que influyen de manera significativa en su proceso de recuperación. En particular, se subraya la necesidad de abordar de forma integral las respuestas emocionales, cognitivas y conductuales, lo cual resulta esencial para garantizar una recuperación óptima de la lesión.

En cuanto a la respuesta emocional, se identifican distintas etapas emocionales que los participantes experimentaron durante su proceso de rehabilitación: se destacan la negación, el enojo, la angustia y la aceptación. Lo expresado evidencia las repercusiones y temores asociados a esta situación de vulnerabilidad, que impacta no solo el rendimiento deportivo, sino también las interacciones en diversos ámbitos. Las respuestas emocionales ante las lesiones deportivas abarcan una amplia gama de sentimientos que influyen profundamente en el proceso de recuperación del atleta. Por lo tanto, la habilidad para gestionar estas emociones se vincula directamente con el éxito de la rehabilitación.

En cuanto a las etapas de la respuesta emocional vividas por los participantes, fue posible concluir que:

- ✓ La negación, como etapa inicial, les sirvió como un mecanismo de defensa, permitiéndoles amortiguar el impacto emocional inmediato que les implica la lesión. Sin embargo, la persistencia en esta negación pudo influir en el retraso del inicio del tratamiento adecuado. Fue posible reconocer que los jugadores de la investigación, inicialmente, subestimaron la gravedad de su lesión, intentando continuar con sus actividades normales, lo cual pudo haber sido perjudicial para su recuperación.
- ✓ La fase de enojo se manifiesta en los jugadores participantes de la investigación por medio de sentimientos de frustración e impotencia, debido a su incapacidad para participar activamente en el deporte, lo que genera un alto nivel de estrés emocional. Este enojo no solo se dirige hacia su situación, sino también hacia sí mismos y a veces hacia su entorno cercano: familia, equipo médico, terapeutas físicos, entrenadores y compañeros de equipo. Se puede identificar cómo en esta fase suele complicarse la comunicación, y por ende se dificulta el apoyo necesario

para su recuperación; los jugadores expresan sentir mayor aislamiento y menos comprensión en esta etapa del proceso.

- ✓ La angustia se presenta en los participantes como una emoción prevalente que puede evolucionar hacia la depresión, especialmente cuando el jugador enfrenta largos periodos de inactividad e incertidumbre sobre su regreso al deporte, como es el caso del proceso de recuperación de la lesión deportiva grave en estos tres jugadores. Esta etapa de angustia tiende a complicar el proceso de rehabilitación y requiere de una atención psicológica adecuada. Los jugadores participantes expresaron atravesar momentos de profunda tristeza y desesperanza, aunados a la angustia en esta etapa, ante el temor de no volver nunca a su nivel anterior de desempeño. Esta angustia tiende a llevar a una disminución en su motivación para participar en el tratamiento y en sus actividades diarias.
- ✓ Finalmente en esta línea, la etapa de aceptación de las circunstancias de la lesión fue crucial. Los tres jugadores lograron llegar a esta etapa con éxito, lo que les proporcionó las herramientas emocionales necesarias para seguir adelante con su proceso de rehabilitación. La aceptación permite a los atletas comprometerse plenamente con su recuperación y mantener una actitud saludable durante el proceso, lo cual es fundamental para su rehabilitación efectiva. Esta etapa de aceptación no solo involucra reconocer la gravedad de su lesión, sino también adaptarse a las nuevas realidades y limitaciones temporales que enfrentan. La aceptación también facilita la apertura a recibir y seguir el apoyo de los profesionales de la salud y de su entorno social, lo cual procura una recuperación integral.

El manejo de las emociones durante la rehabilitación es, por tanto, un componente esencial que puede determinar el éxito o fracaso del proceso. Las fases de negación, enojo, angustia y aceptación no solo reflejan el estado emocional de los jugadores participantes, sino que también influyen directamente en sus comportamientos y decisiones a lo largo de su recuperación. El reconocimiento y el apoyo adecuado a estas etapas emocionales pueden mejorar significativamente el bienestar y el rendimiento de los jugadores, facilitando una recuperación más rápida y efectiva.

En cuanto a la respuesta cognitiva, los resultados de la investigación mostraron que, elementos como la autoeficacia, la autoestima y la autoconfianza son fundamentales en el proceso de rehabilitación, influyendo directamente en la manera en que los participantes perciben y enfrentan sus lesiones. Estos factores cognitivos, más allá de afectar su percepción de la situación, determinaron su comportamiento y compromiso con el tratamiento.

La autoestima y la autoconfianza jugaron un papel decisivo, permitiendo a los jugadores participantes de la investigación mantener una actitud positiva y resiliente frente a la adversidad que implica su estado lesional y su consecuente recuperación. Esta percepción positiva de sí mismos y su capacidad para adaptarse a las dificultades destacan como aspectos esenciales que son de utilidad a los jugadores participantes para manejar el estrés y las dificultades durante su proceso de rehabilitación. Los jugadores que mostraron mantener una alta autoestima y autoconfianza evidenciaron ser más propensos a enfrentar los desafíos con una actitud proactiva, lo cual es crucial para el éxito de la rehabilitación.

La autoeficacia manifestada motivó a los futbolistas participantes de la investigación a establecer metas claras en su proceso de rehabilitación y comprometerse a alcanzarlas. La creencia en su propia capacidad influye significativamente en la motivación y la persistencia, aspectos esenciales para su recuperación efectiva. En los tres jugadores se muestra una alta autoeficacia, lo que se traduce en una tendencia a ser más perseverantes y a mantener un enfoque positivo, incluso cuando enfrentan obstáculos en su recuperación.

Estos factores, además de ser parte de la respuesta cognitiva, también afectan cómo los jugadores participantes de la investigación manejan la incertidumbre y el estrés asociados a su lesión. Una alta autoeficacia y una fuerte autoestima mostraron relación con que estos jugadores lograran mitigar los efectos negativos del estrés, ayudándoles a mantenerse motivados y enfocados en sus objetivos de rehabilitación. La autoconfianza, por su parte, proporciona una base sólida para su resiliencia, que permite a los jugadores recuperarse de los contratiempos y continuar avanzando hacia su recuperación.

La respuesta cognitiva de los tres jugadores lesionados del estudio, como se logró constatar, está marcada por la percepción de la autoeficacia, la autoestima y la autoconfianza, fundamentales para su proceso de rehabilitación. Estos elementos, además

de influir en cómo perciben y enfrentan su lesión, determinan su comportamiento y compromiso con el tratamiento.

Por otra parte, se observa cómo la ansiedad, el estado de ánimo y la motivación influyen significativamente en la respuesta conductual de los futbolistas lesionados participantes durante su proceso de rehabilitación.

La ansiedad se mostró como un aspecto relevante en la respuesta conductual de los participantes. La sensación de estancamiento, el miedo a ser reemplazado por un compañero y la incertidumbre sobre el proceso de recuperación intensificaron sus niveles de ansiedad. Estos factores llevaron en algunos momentos del proceso a una respuesta conductual de adherencia inconsistente al tratamiento, mostrando conductas de evitación a asistir a las sesiones de rehabilitación y/o a comportamientos imprudentes, como intentar acelerar la recuperación realizando movimientos o ejercicios antes de estar físicamente preparados.

El estado de ánimo de los futbolistas lesionados parte de la investigación es otro elemento que probó ser de importancia en cuanto a su influencia en la respuesta conductual. Estados emocionales negativos como el mal humor, la tristeza y la frustración, expresados por los participantes, obstaculizan la comunicación con el equipo de rehabilitación y menoscaban la adherencia al tratamiento. Un estado de ánimo más calmado y reflexivo, aunque también presentó sus desafíos, pudo contribuir a mantener la motivación y la paz mental necesarias para una recuperación exitosa en uno de los casos. Es esencial, por tanto, que los equipos de rehabilitación reconozcan y aborden estos estados emocionales, que suministren el apoyo necesario a los jugadores para manejar sus emociones y así lograr que estos mantengan un enfoque positivo y proactivo. La gestión emocional durante la rehabilitación evidenció ser de gran valía para una recuperación exitosa. La resiliencia y la actitud positiva son esenciales para lograr la adherencia al tratamiento y la capacidad de enfrentar los desafíos emocionales y físicos de manera satisfactoria.

La motivación se mostró, de igual forma, como un factor determinante en la respuesta conductual de los participantes lesionados. La automotivación y una mentalidad positiva revelaron ser cruciales para que estos futbolistas se mantuvieran activos y comprometidos con su proceso de recuperación; esto se manifiesta en la práctica de

conductas participativas durante las sesiones de rehabilitación, así como el acatamiento de instrucciones por parte del equipo médico. Su motivación no solo demostró provenir de su pasión por el fútbol y el deseo de volver a jugar, sino también del apoyo social de sus familiares, amigos, entrenadores y compañeros de equipo. Este respaldo emocional y motivacional fue esencial para gestionar la ansiedad y mantener una buena actitud. Este apoyo social percibido por lo jugadores les provee un entorno de seguridad y motivación que facilita la adherencia al tratamiento y el manejo del estrés.

El proceso de rehabilitación analizado mediante las vivencias personales de estos tres futbolistas de primera división de Costa Rica que atraviesan una lesión deportiva grave evidencia que este proceso no solo depende de los tratamientos médicos y fisioterapéuticos, sino también de una serie de factores psicológicos que juegan un papel crucial. Abordar las respuestas emocionales, fortalecer la autoeficacia y la autoconfianza y asegurar un sólido apoyo social revelaron ser aspectos esenciales para promover una recuperación integral. Además, como ha quedado demostrado a lo largo de la investigación, entender y gestionar estos elementos y dar validez a los aspectos psicológicos y a la salud mental del atleta lesionado durante su rehabilitación puede hacer la diferencia entre una recuperación exitosa y una prolongada lucha con las secuelas serias, dado que le permite regresar a su nivel de rendimiento previo a la vez que fortalece su bienestar general y su resiliencia frente a futuros desafíos.

Estas conclusiones subrayan la necesidad de una aproximación integral y multidisciplinar en la rehabilitación de lesiones deportivas, donde los aspectos psicológicos sean tratados con la misma importancia que los aspectos físicos, asegurando así una recuperación completa y sostenible. Identificar estos elementos psicológicos permite a los profesionales de la salud, incluyendo profesionales en psicología del deporte y fisioterapeutas, proporcionar un apoyo más completo y personalizado.

La investigación ha demostrado que la respuesta emocional, cognitiva y conductual de los jugadores lesionados influye significativamente en su proceso de recuperación. Gestionar adecuadamente la ansiedad, el estado de ánimo y la motivación será fundamental para una rehabilitación efectiva. La capacidad de los jugadores para manejar sus

emociones, mantener una actitud positiva y resiliente, y recibir el apoyo necesario de su entorno es vital para superar los desafíos asociados con la lesión

En resumen, se puede decir que reconocer y valorar los elementos psicológicos asociados al proceso de rehabilitación de los jugadores de fútbol lesionados gravemente es fundamental para asegurar una recuperación exitosa y duradera. Este enfoque integral beneficia a los atletas en su retorno al deporte, pero trasciende esa función y también les proporciona las herramientas necesarias para enfrentar futuros desafíos con una mayor resiliencia y bienestar general.

CAPÍTULO VI

RECOMENDACIONES

Este capítulo pretende brindar recomendaciones dirigidas a los actores relevantes directamente relacionados con los intereses de la investigación. Las recomendaciones que se exponen se plantean basadas en el análisis de los elementos psicológicos asociados a los procesos de rehabilitación en futbolistas de primera división de Costa Rica que enfrentan una lesión deportiva grave, tomando en consideración los aportes personales expresados por los participantes de la investigación y la importancia general del aspecto emocional y psicológico en el contexto del fútbol nacional.

A los jugadores

1. Visibilizar su necesidad de intervención psicológica:

- Es relevante que el jugador cree conciencia de la necesidad de buscar acompañamiento psicológico adaptado a sus necesidades individuales, sobre todo en los momentos en que se ve inmerso en un proceso de rehabilitación de lesión deportiva grave.
- La disposición del jugador lesionado a recibir psicoeducación acerca de técnicas cognitivas y conductuales será trascendental para aceptar la realidad de su lesión; y con ello poder canalizar el enojo y negación de manera constructiva.
- Es importante el aprendizaje e implementación, por parte del jugador lesionado, de terapias de relajación, *mindfulness* y entrenamiento en habilidades de afrontamiento que le permitan reducir los niveles de ansiedad y angustia, habituales en el proceso de rehabilitación.

2. Trabajar en el fortalecimiento de la autoeficacia y la autoconfianza

- Es importante que el jugador establezca metas realistas y alcanzables durante su rehabilitación para mantener la motivación.

- El jugador debe realizar contantemente un autoanálisis de su proceso, que fomente una retroalimentación positiva y le permita reconocer los pequeños logros; con el fin de fortalecer la confianza en sus capacidades.

3. Fomento de la resiliencia

El jugador requiere incorporar estrategias para desarrollar y fortalecer la resiliencia emocional, tales como:

- Aprender a manejar las emociones negativas, como la frustración y la tristeza. Puede valerse de técnicas como la respiración profunda, el control del pensamiento y el establecimiento de metas.
- Participar en sesiones de grupo con otros atletas lesionados puede ofrecer un apoyo emocional valioso y una oportunidad para compartir estrategias de afrontamiento.
- Escribir sobre las emociones y experiencias durante la recuperación puede ser una salida saludable para el estrés y ayudar al jugador a procesar sus sentimientos.
- Involucrar a la familia y al entorno social en el proceso de rehabilitación puede proporcionarle un apoyo emocional constante que colabore a fortalecer su resiliencia.

4. Educación y capacitación continuas

- El jugador debería tener acceso a materiales educativos sobre la gestión del estado emocional y la importancia de la autoeficacia y la autoconfianza en la recuperación.
- Es de gran aporte que el jugador se mantenga informado sobre la naturaleza de su lesión deportiva, el proceso de recuperación y la importancia de mantener una mentalidad resiliente; esto le puede ayudar a comprender sus sentimientos y reducir la ansiedad.

5. Participación en programas de apoyo social

- Buscar (o, en su defecto, organizar) e involucrarse activamente, por parte de los propios jugadores lesionados, en grupos de apoyo donde puedan compartir sus experiencias y estrategias de afrontamiento cuando atraviesan el evento lesional.
- Fomentar espacios de mentoría entre jugadores veteranos y aquellos en proceso de rehabilitación para proporcionar orientación y apoyo emocional.

La implementación de estas recomendaciones podría contribuir de manera significativa a mejorar los resultados de la rehabilitación de futbolistas que, al igual que los participantes de esta investigación, están inmersos en un proceso de recuperación tras una lesión deportiva grave.

A los equipos de fútbol profesional

1. Implementación de programas de apoyo psicológico:

- Promover la presencia de profesionales en psicología del deporte dentro de los equipos, con el fin de garantizar un apoyo constante y personalizado para los jugadores.
- Trabajar con los jugadores para establecer metas realistas y alcanzables durante su rehabilitación, lo que ayudará a preservar la motivación y la autoeficacia.
- Reconocer y celebrar los pequeños logros y progresos durante la rehabilitación para fortalecer la confianza y la resiliencia de los jugadores.
- Gestionar la implementación de terapias grupales e individuales de manera regular, para ayudar a los jugadores lesionados a manejar sus emociones y desarrollar estrategias de afrontamiento efectivas.
- Realizar evaluaciones psicológicas periódicas para monitorear el estado emocional y mental de los jugadores lesionados, ajustando las intervenciones según sea necesario.
- Incorporar a la familia en el proceso de rehabilitación, realizando sesiones de orientación sobre cómo pueden apoyar emocionalmente y motivar al jugador

durante su recuperación. Conjuntamente, organizar actividades donde los jugadores y sus familias puedan participar unidos, fortaleciendo así el apoyo emocional.

2. Fortalecer el apoyo social: Fomentar un entorno de apoyo dentro del equipo donde los jugadores se sientan respaldados por sus compañeros, entrenadores y personal médico.

3. Capacitación continua para el personal técnico

- Ofrecer talleres y capacitaciones para entrenadores, personal técnico, fisioterapeutas y equipo médico sobre la importancia de los aspectos psicológicos en la rehabilitación de lesiones deportivas.
- Entrenar al personal técnico en habilidades de comunicación efectiva para proporcionar retroalimentación positiva y motivadora a los jugadores lesionados.

4. Desarrollo de programas educativos

- Implementar programas educativos dentro de los equipos para concienciar a todos los miembros sobre la importancia de la salud mental y emocional en el deporte.
- Educar sobre técnicas de manejo del estrés y estrategias de afrontamiento para que los jugadores puedan aplicarlas durante su rehabilitación y en su vida deportiva en general.

Un equipo que invierta en el bienestar psicológico de sus jugadores facilitará una recuperación más rápida y efectiva y al mismo tiempo será el promotor de un ambiente deportivo saludable y resiliente. Esta aproximación holística no solo beneficia a los jugadores en su proceso de rehabilitación, sino que fortalece al equipo en su conjunto, mejorando el rendimiento y la cohesión.

A los terapeutas físicos

Integración de aspectos psicológicos en el tratamiento:

Es fundamental que los fisioterapeutas reconozcan que las lesiones deportivas no solo afectan el cuerpo, sino también el estado emocional y psicológico del jugador. Integrar aspectos psicológicos en el tratamiento puede acelerar la recuperación y mejorar el bienestar general del deportista. Comprender y abordar emociones como la frustración, la ansiedad y la negación es indispensable para un tratamiento eficaz.

Además, ayudar a los jugadores a establecer metas realistas y progresivas durante su rehabilitación fortalece su autoeficacia y mantiene alta su motivación. Celebrar cada pequeño logro y ofrecer refuerzos positivos son estrategias clave para fomentar la resiliencia y la confianza en sí mismos.

Practicar la escucha activa y empática durante las sesiones de fisioterapia permite que los jugadores se sientan comprendidos y apoyados. Brindarles palabras de aliento y un apoyo constante les ayuda a mantener una actitud positiva y a enfrentar mejor las dificultades del proceso de rehabilitación.

Asimismo, la colaboración y comunicación fluida con otros profesionales del equipo rehabilitador, como psicólogos deportivos, entrenadores y médicos, es esencial para ofrecer un enfoque cohesivo y multidisciplinario en el tratamiento de las lesiones.

Finalmente, participar en programas de formación continua y talleres permite a los fisioterapeutas no solo mantenerse actualizados con las últimas técnicas de rehabilitación y avances en fisioterapia deportiva, sino también adquirir conocimientos en primeros auxilios psicológicos y técnicas de manejo del estrés y relajación, lo que resulta beneficioso tanto para los fisioterapeutas como para los jugadores.

A la Federación Nacional de Fútbol de Costa Rica

1. Implementación de programas de salud mental en los clubes

Es esencial que los clubes de fútbol en Costa Rica desarrollen e implementen programas de salud mental para apoyar el bienestar emocional de sus jugadores. Estos programas deben incluir la colaboración de profesionales en psicología del deporte, quienes pueden asesorar en el diseño e implementación de talleres sobre gestión emocional, manejo

del estrés, y otros aspectos psicológicos clave. Además, es importante incorporar metodologías adicionales que ayuden a los atletas a manejar mejor la presión, prevenir el desgaste mental y facilitar una recuperación más completa y equilibrada en caso de lesiones deportivas.

Asimismo, es necesario promover la educación sobre psicología del deporte mediante la organización de talleres y cursos de capacitación dirigidos a entrenadores, preparadores físicos y otros miembros del personal técnico. Esto ayudará a crear conciencia sobre la importancia de los aspectos psicológicos en la práctica deportiva, especialmente durante la rehabilitación de lesiones.

2. Promoción de la salud mental en el fútbol costarricense

- Desarrollar campañas de concienciación sobre la importancia de la salud mental en el deporte, dirigidas a jugadores, entrenadores y el público en general.
- Establecer políticas claras y programas de salud mental en las ligas y divisiones de fútbol, asegurando que todos los clubes implementen medidas de apoyo psicológico para sus jugadores.

3. Fomento de la investigación en psicología del deporte

Apoyar la investigación en psicología del deporte para identificar las mejores prácticas en la rehabilitación de lesiones y el apoyo emocional de los deportistas.

A los estudiantes en cuanto a futuras investigaciones

1. Ampliar el alcance de la investigación

- Realizar estudios longitudinales que acompañen a los jugadores durante todo su proceso de rehabilitación y su posterior regreso al deporte, para entender mejor los cambios en sus respuestas emocionales, cognitivas y conductuales a lo largo del tiempo.
- Incluir una muestra más amplia y diversa de jugadores de distintas divisiones y categorías, para generalizar mejor los hallazgos y comprender cómo varían las respuestas psicológicas según el nivel de competencia y la experiencia deportiva.

2. Investigaciones multidisciplinarias

Fomentar investigaciones en colaboración con profesionales en psicología del deporte, fisioterapeutas, entrenadores, médicos y demás personal de salud, para desarrollar enfoques integrales y personalizados que aborden tanto los aspectos físicos como psicológicos de la rehabilitación.

3. Intervenciones psicológicas específicas

- Implementar intervenciones que giren en torno a evaluar la eficacia de diferentes tipos de intervenciones psicológicas (como la terapia cognitivo-conductual, la meditación y el *mindfulness*) en la mejora de la recuperación y el bienestar emocional de los jugadores lesionados; o que se centren en profundizar alrededor del impacto de programas de apoyo psicológico continuo, tanto durante la rehabilitación como después de la vuelta al deporte, para determinar su efectividad en la prevención de recaídas y en la mejora del rendimiento deportivo.
- Realizar investigaciones con el objetivo de examinar cómo los factores socioculturales y el entorno familiar repercuten en la respuesta emocional y conductual de los jugadores lesionados, y cómo estos pueden emplearse para diseñar intervenciones más efectivas.

4. Evaluación y mejora de programas existentes

Ejecutar estudios de evaluación de los programas de salud mental y apoyo psicológico ya implementados en los clubes deportivos, para identificar áreas de mejora y las mejores prácticas.

Estas recomendaciones para futuras investigaciones tienen como objetivo profundizar en la comprensión de los elementos psicológicos asociados al proceso de rehabilitación de futbolistas lesionados, con el fin de contribuir al desarrollo de estrategias más efectivas y completas para su recuperación. Su implementación puede transformar significativamente el manejo de las lesiones deportivas en el fútbol costarricense,

promoviendo un enfoque integral que aborde tanto los aspectos físicos como los emocionales y cognitivos.

BIBLIOGRAFÍA

Abenza-Cano, L. (2010). *Psicología y lesiones deportivas: Un análisis de factores de prevención, rehabilitación e intervención psicológica* [tesis doctoral]. Murcia: Universidad Católica San Antonio. <https://repositorio.ucam.edu/bitstream/handle/10952/100/TESIS%20COMPLETA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Abenza-Cano, L., Olmedilla-Zafra, A. & Ortega-Toro, E. (2010). Efectos de las lesiones sobre las variables psicológicas en futbolistas juveniles. *Revista latinoamericana de psicología*, 42(2), 265-277. <http://www.scielo.org.co/pdf/rlps/v42n2/v42n2a09.pdf>

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*, 26(1), 159-168. <https://revistas.um.es/analesps/article/view/92161/88751>

Acosta, N., Cetina, M., Ramírez, J. & Montealegre-Mesa, L. M. (2019). Programas preventivos, una estrategia para el jugador de fútbol. Revisión bibliográfica. *Actividad física y deporte*, 6(1), 109-128. <https://revistas.udca.edu.co/index.php/rdafd/article/view/1442/1873>

Aguirre Rivas, C. J. (2019). *Evaluación de un modelo explicativo psicosocial sobre la ocurrencia y gravedad de las lesiones deportivas* [tesis doctoral]. Monterrey: Universidad Autónoma de Nuevo León. <http://eprints.uanl.mx/18537/1/1080289239.pdf>

Aguirre-Loaiza, H. H. & González, J. F. (2014). Factores motivacionales, variables deportivas y sociodemográficas en deportistas universitarios. *Tesis Psicológica*, 9(1), 130-145. <https://revistas.libertadores.edu.co/index.php/TesisPsicologica/article/view/361/363>

Almeida, P. L., Olmedilla, A., Rubio, V. J. & Palou, P. (2014). La psicología en el reino de las lesiones deportivas: De qué se está hablando. *Revista de Psicología del Deporte*, 23(2), 395-400. https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/666986/psychology_almeida_rpd_2014.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Alonso, L. E. (1998). *La mirada cualitativa en sociología: Una aproximación interpretativa*. Madrid: Editorial Fundamentos. <https://books.google.co.cr/books?id=eJ2x6-0wPn8C&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false>

Alonso, L. E. & Callejo, J. (1999). El análisis del discurso: del postmodernismo a las razones prácticas. *REIS: Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, (88), 34-74. <https://reis.cis.es/index.php/reis/article/view/1149/1500>

Álvarez-Herrera, V. (2014). *El estrés, las lesiones y la rehabilitación psicológica de los deportistas* [trabajo de fin de grado]. Tenerife: Universidad de la Laguna. <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/342/EL%20ESTRES%2c%20LAS%20LESIONES%20Y%20LA%20REHABILITACION%20PSICOLOGICA%20DE%20LOS%20DEPORTISTAS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Álvarez-Gayou, J. L. (2003). *Cómo hacer investigación cualitativa*. México: Paidós.

Andersen, M. B. & Williams, J. M. (1988). A model of stress and athletic injury: Prediction and prevention. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 10, 294-306. <https://sportsdiscovery.net/4247/3a5952fcfae51fe74f3b28b5a3880d79f194.pdf>

Bahr R. & Krosshaug, T. (2005). Understanding injury mechanisms: A key component of preventing injuries in sport. *British Journal of Sports Medicine*, 39, 324-329. https://www.researchgate.net/publication/7829313_Understanding_injury_mechanisms_A_key_component_of_preventing_injuries_in_sport

Baldi López, G., Florentino, M. T. & Sabbadini, M. L. (2014, abril). Variables psicológicas y rendimiento deportivo en un equipo de fútbol profesional de la ciudad de San Luis. *IX Congreso Argentino y IV Latinoamericano de Educación Física y Ciencias*. La Plata, Argentina. https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.9883/ev.9883.pdf

Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. Nueva Jersey: Prentice-Hall.

Bandura, A. (1993). Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning. *Educational Psychologist*, 28(2), 117-148. https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1207/s15326985ep2802_3

Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. Nueva York: Freeman.

Barrantes-Echavarría, R. (2016). *Investigación: Un camino al conocimiento. Un enfoque cuantitativo y cualitativo*. San José: EUNED.

Brewer, B. W. (1994). Review and critique of models of psychological adjustment to athletic injury. *Journal of Applied Sport Psychology*, 6(1), 87-100. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10413209408406467>

Brewer, B. W. (2001). "Psychology of sport injury rehabilitation". En: R. N. Singer, H. A. Hausenblas & C. M. Janelle (eds.). *Handbook of Sport Psychology* (pp. 404-419). Nueva York: Wiley.

Brewer, B. W. & Redmond, C. (2017). Psychology of sport injury rehabilitation. En: G. Tenenbaum & R. C. Eklund (eds.). *Handbook of Sport Psychology* (pp. 71-90). Nueva York: Wiley.

Brewer, B. W. & Shillinglaw, R. (1992). Evaluation of a psychological skills training workshop for male intercollegiate lacrosse players. *Sports Psychology*, 6, 139-147.

Brewer, B. W., Andersen, M. & Van Raalte, J. (2002). Psychological aspects of sports injury rehabilitation: Towards a biopsychosocial approach. En: D. L. Mostofsky & L. D. Zachkowsky (eds.). *Medical Aspects of Sport and Exercise*. West Virginia: Fitness Information Technology.

Cáceres, P. (2003). Análisis cualitativo de contenido: Una alternativa metodológica alcanzable. *Psicoperspectivas*, 2(1). <https://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/view/3>

Catalá, P. & Peñacoba, C. (2020). Factores psicológicos asociados a la vulnerabilidad de lesiones. Estudio de caso en un equipo de fútbol semi-profesional. *Revista de psicología aplicada al deporte y al ejercicio físico*, 5(1). https://www.revistapsicologiaaplicadadeporteyejercicio.org/archivos/2530_3910_rpadef_5_1_e3.pdf

Cócola, F. (2010). *Estrategias de afrontamiento en jugadores de hockey sobre patines* [tesis]. Mendoza: Argentina. Universidad del Aconcagua. http://bibliotecadigital.uda.edu.ar/objetos_digitales/34/tesis-980-estrategias.pdf

Coleman, J. & Hendry, L. (2003). *Psicología de la adolescencia*. Madrid: Morata. <https://clea.edu.mx/biblioteca/files/original/9d07ab878a8993e15115cc2eedc876f1.pdf>

Corbin, J. & Strauss, A. (1990). *Basics of Qualitative Research: Grounded Theory Procedures and Techniques*. Londres: Sage.

Córdova, B. (2005). *Percepción del psicólogo del deporte sobre su formación profesional permanente* [tesis de maestría]. La Habana: I.S.C.F.

Correa, J. E., Meneses-Echávez, J. F., Barengo, N. C., Tovar, G., Ruiz-Castellanos, E., Lobelo, F. & Ramírez-Vélez, R. (2015). Iniciativas escolares y deportivas lideradas desde la Fédération Internationale de Football Association (FIFA): Revisión sistemática. *Global Health Promotion*, 22(3), 67-76. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1757975914543575>

Cortés, G. (1989). *Perspectivas de desarrollo de la psicología del deporte en Costa Rica* [tesis de licenciatura]. San José: Universidad de Costa Rica.

Cox, R. (2009). *Psicología del deporte: Conceptos y sus aplicaciones*. Madrid: Médica Panamericana. <https://books.google.com.pe/books?id=Kd-gACAIW0IC&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false>

Cruz, J. (2001). *Psicología del deporte: Teoría y práctica*. Madrid: Síntesis.

Dosil-Díaz, J. (2004). *Psicología de la actividad física y del deporte*. Madrid: McGraw-Hill.

Erlandson, D., Harris, E., Skipper, B. & Allen, S. (1993). *Doing Naturalistic Inquiry: A Guide to Methods*. Newbury Park, California: Sage. https://books.google.co.cr/books?id=M_QoCgAAQBAJ&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false

Evans, L. & Hardy, L. (1995). Coping strategies and emotional responses to athletic injury: A study of elite athletes. *Journal of Sport Rehabilitation*, 4(2), 95-110.

Evans, L. & Hardy, L. (2002). Injury rehabilitation: A goal-setting intervention study. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 73(3), 310-319. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02701367.2002.10609025>

Fallas, N. (2008). *Factores psicológicos relacionados con la incidencia y recuperación de las lesiones deportivas en futbolistas* [tesis doctoral]. Heredia: Universidad Nacional. <https://repositorio.una.ac.cr/server/api/core/bitstreams/931065d6-8f3e-4d80-9ee5-584a8a969727/content>

Feltz, D. L., Short, S. E. & Sullivan, P. J. (2008). *Self-Efficacy in Sport: Research and Strategies for Working with Athletes, Teams, and Coaches*. Illinois: Human Kinetics.

Flick, U. (2007). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Morata.
https://edmorata.es/wp-content/uploads/2020/06/Flick.Disen%CC%83oInvestigacionCualitativa.PR_.pdf

García-Lopes de Almeida, P. (2008). *Variables psicológicas y rendimiento deportivo en el fútbol profesional* [tesis doctoral]. Madrid: UNED.

González, A., Estrella, J. & Olmedilla, A. (2018). Características psicológicas que influyen en las lesiones deportivas de triatletas amateurs de Yucatán, México. *Revista de Psicología del Deporte*, 26(2), 71-77. <https://archives.rpd-online.com/article/download/v26-n4-gonzalez-reyes-moo-et-al/2124-10309-1-PB.pdf>

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

Gould, D., Udry, E., Bridges, D. & Beck, L. (1997). Stress sources encountered when rehabilitating from season-ending ski injuries. *The Sport Psychologist*, 11(4), 361-378.

Hare, R., Evans, L. & Callow, N. (2008). Imagery use during rehabilitation from injury: A case study of an elite athlete. *The Sport Psychologist*, 22(4), 405-422.
<http://ereserve.library.utah.edu/Annual/ESS/4780/Galli/imagery.pdf>

Harter, S. (1999). *The Construction of the Self: A Developmental Perspective*. Nueva York: Guilford Press.

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

Hernández-Sampieri, R. & Mendoza-Torres, C. (2018). *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. México: McGraw-Hill Educación.
https://campusvirtual.icap.ac.cr/pluginfile.php/236322/mod_resource/content/1/Metodologi%CC%81a%20de%20la%20Investigacio%CC%81n.pdf

Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C. & Baptista-Lucio, P. (2014). *Metodología de investigación*. México: McGraw-Hill Interamericana.
https://apiperiodico.jalisco.gob.mx/api/sites/periodicooficial.jalisco.gob.mx/files/metodologia_de_la_investigacion_-_roberto_hernandez_sampieri.pdf

Jiménez, A. & Chacón, M. (2010). *Exploración de algunos factores motivantes para participar en deporte, estudio en tres disciplinas deportivas a nivel de la primera división (fútbol, voleibol y baloncesto)* [tesis de licenciatura]. San José: Universidad de Costa Rica.

Kübler-Ross, E. (1969). *On Death and Dying*. Nueva York: Macmillan.
https://www.psicoterapia-palermo.it/PDFS/On%20Death%20and%20Dying_Kubler%20Ross%20Elizabeth.pdf

Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. Nueva York: Springer.
<https://books.google.co.cr/books?id=i-ySQQuUpr8C&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false>

León-Orna, A. A. (2019). *El temperamento y su relación con el rendimiento deportivo de fútbol en integrantes del campeonato de primera división de Huánuco, 2018* [tesis de licenciatura]. Perú: Universidad de Huánuco.
<https://repositorio.udh.edu.pe/bitstream/handle/123456789/1747/LE%c3%93N%20ORNA%2c%20Alvaro%20Andr%c3%a9.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

León, S. (2001). *Aplicación y evaluación de un programa de modelamiento simbólico para incrementar el número de jugadas ofensivas en un equipo de fútbol costarricense de segunda división* [tesis de licenciatura]. San José: Universidad de Costa Rica.

Liberal García, R. (2014). *Impacto psicológico de las lesiones deportivas* [tesis doctoral]. Mallorca: Universitat de les Illes Balears.
https://ibdigital.uib.es/greenstone/collect/tesisUIB/archives/Liberal_.dir/Liberal_Garcia_Rebeca.pdf

Llana, S., Pérez, P. & Lledó, E. (2010). La epidemiología del fútbol: Una revisión sistemática. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, 10(37), 22-40. <http://cdeporte.rediris.es/revista/revista37/artfutbol130.htm>

López, N., Alburquenque, F., Domínguez, R., Sánchez, I. & Barroso, C. (2005). Valoración de la incidencia lesional en el futbolista juvenil y amateur. *EFDeportes*.
<https://efdeportes.com/efd84/lesional.htm>

Maddux, J. E. (2002). "Self-efficacy: The power of believing you can". En: C. R. Snyder & S. J. López (eds.). *Handbook of Positive Psychology* (pp. 277-287). Nueva York:

Oxford University Press.

http://www.ldysinger.com/@books1/Snyder_Hndbk_Positive_Psych/Snyder_Lopez_Handbook_of_Positive_Psychology.pdf

Martínez-Carazo, P. C. (2006). El método de estudio de caso: Estrategia metodológica de la investigación científica. *Pensamiento & gestión*, (20), 165-193.

<https://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/pensamiento/article/view/3576/2301>

Matus, E., Molino, J. & García, G. L. M. (2020). El efecto de un programa de intervención psicológica en la motivación deportiva de los jugadores de fútbol. *Revista iberoamericana de psicología del ejercicio y el deporte*, 15(1), 67-73.

<http://repositorio2.udelas.ac.pa/bitstream/handle/123456789/359/Dialnet->

[ElEfectoDeUnProgramaDeIntervencionPsicologicaEnLaM-](http://repositorio2.udelas.ac.pa/bitstream/handle/123456789/359/Dialnet-)

[7501133%281%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio2.udelas.ac.pa/bitstream/handle/123456789/359/Dialnet-7501133%281%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Mendelsohn, D. (1999). Lesiones deportivas: prevención y rehabilitación desde la psicología del deporte. *EFDeportes*. <http://www.efdeportes.com/efd17a/lesion.htm>

Mertens, D. M. (2015). *Research and Evaluation in Education and Psychology* (4th ed.). Thousand Oaks, California: Sage.

Monge-Fallas, J. & Portilla-Calvo, R. (2010). *Fútbol y procesos de grupo: Comunicación e interacción en un conjunto de jugadores de fútbol y su influencia en el rendimiento competitivo* [tesis de licenciatura]. San José: Universidad de Costa Rica.

Ortín-Montero, F. J., Garcés de los Fayos, E. J. & Olmedilla-Zafra, A. (2010). Influencia de los factores psicológicos en las lesiones deportivas. *Papeles del psicólogo*, 31(3), 281-288. <https://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1857.pdf>

Nideffer, R. M. (1983). The injured athlete: Psychological factors in treatment. *Orthopedic Clinics of North America*, 14(2), 373-385. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0030589820313547>

Olmedilla, A. & Domínguez-Igual, A. (2016). La psicología del deporte: Un recurso esencial en la prevención y tratamiento de lesiones deportivas. *Revista de psicología del deporte*, 25(2), 98.

Olmedilla, A., Ortega, E. & Gómez, J. M. (2014). Influencia de la lesión deportiva en los cambios del estado de ánimo y de la ansiedad precompetitiva en futbolistas.

Cuadernos de psicología del deporte, 14(1), 55-62.
<https://revistas.um.es/cpd/article/view/190961/157681>

Olmedilla, A., Ortega, E., Garcés de los Fayos, E., Abenza, L., Blas, A. & Laguna, M. (2015). Perfil psicológico de los jugadores profesionales de balonmano y diferencias entre puestos específicos. *Revista latinoamericana de psicología*, 47(3), 177-184.
<http://www.scielo.org.co/pdf/rlps/v47n3/v47n3a04.pdf>

Olmedilla, A., Ortín, F. J. & Ortega, E. (2004). Un análisis descriptivo de la percepción de los jugadores de fútbol respecto a los factores que pueden provocar lesiones. *Cuadernos de psicología del deporte*, 4(1-2), 201-213.
<https://revistas.um.es/cpd/article/view/112551/106791>

Olmedilla-Zafra, A. & García-Mas, A. (2009). El modelo global psicológico de las lesiones deportivas. *Acción psicológica*, 6(2), 77-91.
<https://www.redalyc.org/pdf/3440/344030762008.pdf>

Olmedilla-Zafra, A., Ortega-Toro, E., Abenza-Cano, L. & Boladeras-Esteve, A. (2011). Lesiones deportivas y psicología: una revisión (2000-2009). *Cuadernos de psicología del deporte*, 1(1), 45-57. <https://revistas.um.es/cpd/article/view/121691/114391>

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2010). Recomendaciones mundiales sobre la actividad física para la salud.
http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789243599977_spa.pdf

Ortega Antolínez, L. Á. *Estrategias de afrontamiento de los deportistas en competición, tras una lesión* [trabajo de fin de grado]. España: Universidad de León.
https://buleria.unileon.es/bitstream/handle/10612/10947/ORTEGA_ANTOL%c3%8dNEZ_LUIS%20%c3%81NGEL_Diciembre_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Ortí, A. (1996). La apertura y el enfoque cualitativo o estructural: La entrevista abierta semidirectiva y la discusión de grupo. En M. García Ferrando, J. Ibáñez y F. Alvira (eds.). *El análisis de la realidad social: Métodos y técnicas de investigación* (pp. 189- 221). Madrid: Alianza Editorial.

Ortín, F., Olivares, E. M., Abenza, L., González, J. & Jara, P. (2014). Variables psicológicas e intervención en el periodo postlesión en el contexto deportivo: Revisión y propuestas de intervención. *Revista de psicología del deporte*, 23(2), 465-471.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=235131674028>

Palmeira, A. (2007). Antecedentes psicológicos de la lesión deportiva. *Revista de psicología del deporte*, 8(1). <https://archives.rpd-online.com/article/download/86/86-86-1-PB.PDF>

Palmi-Guerrero, J. (2001). Visión psico-social en la intervención de la lesión deportiva. *Cuadernos de psicología del deporte*, 1(1), 69-79. <https://revistas.um.es/cpd/article/view/100541/95901>

Palmi-Guerrero, J. & Solé-Cases, S. (2014). Psicología y lesión deportiva: Estado actual. *Apunts. Educación física y deportes*, 4(118), 23-29. <https://revista-apunts.com/wp-content/uploads/2020/11/023-029-3.pdf>

Pérez, A. (2000). *Fuentes de estrés y estrategias de afrontamiento en un grupo de futbolistas de primera división* [tesis de licenciatura]. San José: Universidad de Costa Rica.

Pinnock-Branford, A. (2007). *Síndrome de sobreentrenamiento y su relación con la presencia de lesiones en miembros inferiores de futbolistas de alto rendimiento durante el campeonato 2005-2006* [tesis de licenciatura]. San José: Universidad de Costa Rica.

Podlog, L. & Eklund, R. C. (2007). Professional coaches' perspectives on the return to sport following serious injury. *Journal of Applied Sport Psychology*, 19(2), 207-225. https://www.researchgate.net/publication/232822112_Professional_Coaches'_Perspectives_on_the_Return_to_Sport_Following_Serious_Injury

Prieto-Andreu, J. M. (2015). Variables deportivas y personales en la ocurrencia de lesiones deportivas. Diferencias entre deportes individuales y colectivos. *Retos: Nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación*, (28), 21-25. <https://recyt.fecyt.es/index.php/retos/article/view/34819/19058>

Prieto, J. M., Palmeira, A. L. & Olmedilla, A. (2015). Ansiedad competitiva, competitividad y vulnerabilidad a la lesión deportiva: Perfiles de riesgo. *Revista iberoamericana de psicología del ejercicio y el deporte*, 10(2), 293-300. https://accedacris.ulpgc.es/bitstream/10553/13607/1/0537108_20152_0015.pdf

Ramírez, A. (2000). *Lesiones deportivas: Un análisis psicológico de su recuperación* [tesis doctoral]. San Sebastián: Universidad del País Vasco/EHU.

Rawls, J. (1971). *A Theory of Justice*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press. <https://giuseppicapograssi.wordpress.com/wp-content/uploads/2014/08/rawls99.pdf>

Redondo, M. (2020). *Estrategias de afrontamiento que desarrollan atletas universitarios ante una lesión deportiva: Un estudio desde la psicología de deporte* [tesis de licenciatura]. Heredia: Universidad Nacional. <https://repositorio.una.ac.cr/server/api/core/bitstreams/ab3da207-8214-44db-9fdf-c6a5c7b71089/content>

Rodríguez, M. P. & Morán, C. (2010). Historia de la psicología del deporte en México. *Revista iberoamericana de psicología del ejercicio y el deporte*, 5(1), 117-134. <https://www.redalyc.org/pdf/3111/311126267009.pdf>

Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent Self-Image*. Nueva Jersey: Princeton University Press. https://books.google.co.cr/books?id=YR3WCgAAQBAJ&printsec=frontcover&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false

Rotella, R. J. & Heyman, S. R. (1986). Stress, injury, and the psychological rehabilitation of athletes. En: J. M. Williams (ed.). *Applied Sport Psychology: Personal Growth to Peak Performance* (pp. 221-238). Nueva York: McGraw-Hill.

Sánchez, A. & Ariza, H. (2012). Psicología de la actividad física y del deporte. *Hallazgos*, 9(18), 189-205. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=413835216011>

Schunk, D. H. (1995). Self-efficacy and education and instruction. En: J. E. Maddux (ed.), *Self-Efficacy, Adaptation, and Adjustment: Theory, Research, and Application* (pp. 281-303). Nueva York: Plenum Press. <https://books.google.co.cr/books?id=mRmsBAAAQBAJ&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false>

Smith, R. E. & Smoll, F. L. (1990). Self-esteem and children's reactions to youth sport coaching behaviors: A field study of self-enhancement processes. *Developmental Psychology*, 26(6), 987-993. <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2F0012-1649.26.6.987>

Taylor, S. E. (1989). *Positive Illusions: Creative Self-Deception Healthy Mind*. Nueva York: Basic Books.

Vargas, D. (2007). *Elementos de la masculinidad hegemónica y arquetípica presentes en la autopercepción del rendimiento deportivo de los jugadores de un equipo de fútbol de alto rendimiento costarricense* [tesis de licenciatura]. San José: Universidad de Costa Rica.

Vealey, R. S. (2001). Understanding and enhancing self-confidence in athletes. En: R. N. Singer, H. A. Hausenblas & C. M. Janelle (eds.). *Handbook of Sport Psychology* (2nd ed., pp. 550-565). New York: Wiley.

Viquez, D. (2006). *Juventud, barras de fútbol e identidad social* [tesis de Licenciatura en Psicología]. San José: Universidad de Costa Rica. <https://repositorio.sibdi.ucr.ac.cr/server/api/core/bitstreams/b08b0ba7-c868-4244-8d21-c6317e6dd26a/content>

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

Weinberg, R. S., & Gould, D. (2011). *Foundations of Sport and Exercise Psychology*. Illinois: Human Kinetics. https://books.google.co.cr/books?id=7NqVBAAAQBAJ&printsec=frontcover&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false

Wiese, D. M. & Weiss, M. R. (1987). Psychological rehabilitation and physical injury: Implications for the sports-medicine team. *The Sport Psychologist*, 1(4), 318-330.

Wiese-Bjornstal, D. (2014). Reflections on a quarter-century of research in sports Medicine Psychology. *Journal of Sport Psychology*, 23(2), 411-421. <https://archives.rpd-online.com/article/download/v23-n2-wiese-bjornstal/1535-5437-2-PB.pdf>

Wiese-Bjornstal, D. M., Smith, A. M., Shaffer, S. M. & Morrey, M. A. (1998). An integrated model of response to sport injury: Psychological and sociological dynamics. *Journal of Applied Sport Psychology*, 10, 46-69. <https://smplab.wordpress.com/wp-content/uploads/2012/05/wiese-bjornstal-et-al-1998-an-integrated-model-of-response-to-sport-injury.pdf>

Wiese-Bjornstal, D., Kenow, L. & Flint, F. (2012). Psychological aspects of sport injury and rehabilitation. En: S. K. Hillman (ed.). *Core Concepts in Athletic Training* (pp. 537-558). Illinois: Human Kinetics.

https://books.google.co.cr/books?id=RO96DwAAQBAJ&printsec=copyright&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false

Williams, J. M. & Andersen, M. B. (2007). Psychosocial antecedents of sport injury and interventions for risk reduction. En: G. Tenenbaum & R. C. Eklund (eds.), *Handbook of Sport Psychology* (3rd ed.). Nueva York: Wiley.

Williams, J. M. & Andersen, M. B. (1998). Psychology of injury and injury rehabilitation. En: J. M. Williams (ed.). *Applied Sport Psychology: Personal Growth to Peak Performance* (pp. 409-423). Nueva York: McGraw-Hill Education.

Williams, J. M. (2015). *Applied Sport Psychology: Personal Growth to Peak Performance*. Nueva York: McGraw-Hill Education.

Zimmerman, B. J. (2000). Self-efficacy: An essential motive to learn. *Contemporary Educational Psychology*, 25(1), 82-91.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0361476X99910160/pdf?md5=104a5b69a556820955731e05c6e26423&pid=1-s2.0-S0361476X99910160-main.pdf>

Zuckerman, M. (1979). *Sensation Seeking: Beyond the Optimal Level of Arousal*. Nueva Jersey: Erlbaum.

ANEXOS

Anexo 1

Cronograma de actividades

Actividad	Fecha de realización
Acercamiento con el Centro de Rehabilitación, contacto para selección de participantes (CET)	Octubre 2022
Proceso formal de construcción de instrumentos	Noviembre 2022
Selección de los participantes	Noviembre/diciembre 2022
Revisión y firma de consentimiento informado	Segunda semana diciembre 2022
Primera entrevista a profundidad	Primera y segunda semanas de enero 2023 (tomar en cuenta que se trata de jugadores lesionados)
Segunda entrevista a profundidad	Tercera y cuarta semanas de enero 2023 (tomar en cuenta que se trata de jugadores lesionados)
Tercera entrevista a profundidad	Segunda y tercera semanas de febrero 2023 (tomar en cuenta que se trata de jugadores lesionados)
Cuarta sesión con participantes para cierre	Segunda y tercera semanas de marzo 2023
Análisis y procesamiento de la información	Entre abril 2023 y diciembre 2023
Formulación del documento formal de trabajo final de graduación	Entre enero 2024 y abril 2024

Anexo 2

Consentimiento informado

Investigación: Elementos psicológicos asociados a los procesos de rehabilitación en futbolistas de alto rendimiento competitivo. Un estudio de casos de un grupo de jugadores de primera división de Costa Rica, quienes atraviesan por una lesión deportiva grave: Un análisis desde la psicología del deporte.

Nombre del investigador(a) tutor(a): _____

Nombre de investigadora principal: _____

Nombre de la persona participante: _____

A. PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN: Como parte del plan de estudios del grado de licenciatura de la carrera de Psicología de la Universidad Nacional (UNA), la estudiante e investigadora Melisa Porras Brenes, cédula 4 0175 0332, debe llevar a cabo una investigación. Por ello, se seleccionó el tema “Elementos psicológicos asociados a los procesos de rehabilitación en futbolistas de alto rendimiento competitivo. Un estudio de casos de un grupo de jugadores de primera división de Costa Rica, quienes atraviesan por una lesión deportiva grave: Un análisis desde la psicología del deporte.

La indagación tendrá el objetivo de analizar los elementos psicológicos que se presentan en los procesos de rehabilitación de un grupo de futbolistas de primera división de Costa Rica, quienes atraviesan por una lesión deportiva grave, y estará bajo la supervisión investigativa de _____, que tendrá la figura de director(a) de tesis.

B. ¿QUÉ SE HARÁ?: Si accede a participar, su aporte consistirá en realizar tres entrevistas para conocer aspectos personales y vivenciales, relacionados con el proceso de

rehabilitación deportiva que actualmente está atravesando. Se le realizará una entrevista a la vez, de aproximadamente 1 (una) hora, y, en caso de que así usted lo autorice, será grabada y se tomará nota de sus comentarios. Las grabaciones serán transcritas y su información será utilizada para fines estrictamente académicos, conservando el anonimato.

C. RIESGOS: No existe ningún riesgo asociado con su participación en esta investigación. Tiene derecho a negarse a participar o dejar de hacerlo en el momento que lo desee, si así lo dispone. La información que brinde, así como sus opiniones y comentarios, son absolutamente confidenciales y serán utilizados con fines estrictamente académicos.

D. BENEFICIOS: No obtendrá ningún beneficio directo con su participación en esta investigación. No obstante, los resultados del estudio podrían ser publicados y divulgados en el ámbito universitario tanto nacional como internacional, lo que permitiría generar reflexión, discusión y debate, a fin de recuperar distintos puntos de vista en torno a la temática de interés.

E. VOLUNTARIEDAD: Su participación en esta investigación es voluntaria y puede negarse a participar o retirarse en cualquier momento en que lo considere necesario y no afrontará por ello ningún tipo de repercusión.

F. CONFIDENCIALIDAD: Su participación en este estudio es confidencial. Los resultados podrían aparecer en una publicación científica o divulgarse en una reunión científica, pero de una manera anónima. Únicamente las personas encargadas de la investigación y personal asistente bajo supervisión tendrán acceso a la información que usted brinde.

G. INFORMACIÓN: Antes de que dé su autorización, debe hablar con la persona responsable de la investigación y esta debe haber contestado satisfactoriamente todas sus preguntas acerca del estudio y sus derechos. En caso de necesitar información, por favor comunicarse con Melisa Porras Brenes al número telefónico 8846-5925, al correo

melypb81@gmail.com o a la Escuela de Psicología de la Universidad Nacional, al correo escuelapsicologia@una.cr.

H. Finalmente, es importante que sepa que no perderá ningún derecho por firmar este documento y que recibirá una copia de esta fórmula firmada para su uso personal.

Firma de sujeto participante: _____

CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído toda la información descrita en esta fórmula antes de firmar. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido contestadas de forma adecuada. Por lo tanto, declaro que entiendo de qué trata el proyecto y las condiciones de mi participación, y accedo a intervenir como sujeto de investigación en este estudio.

*Este documento debe ser autorizado en todas las hojas mediante la firma (o en su defecto con la huella digital) de la persona que será participante o de su representante legal.

Nombre, firma y cédula de la persona participante

Lugar, fecha y hora

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

Lugar, fecha y hora

Anexo 3

Guía de entrevista a los jugadores de fútbol

Entrevista 1

Objetivo específico 1

Describir la respuesta emocional, particularmente en cuanto a emociones como la negación, el enojo, la angustia y la aceptación, que atraviesan tres futbolistas de primera división de Costa Rica a partir de sufrir una lesión deportiva grave.

1. ¿Cuántas veces en su práctica deportiva se ha lesionado de manera que sea considerada grave, o sea con más de tres meses fuera de la práctica deportiva?
2. Cuando le ha sucedido, ¿en ese momento específico qué siente? ¿Qué es lo primero que le pasa por la cabeza?
3. ¿Cómo lo hace sentir el estar lesionado?
4. ¿Cuál suele ser su sentir luego de escuchar la perspectiva acerca del diagnóstico que le da el cuerpo médico?
5. ¿Cómo siente que le afecta la lesión?
6. En este momento, ¿en qué grado considera que la lesión afecta su salud?
7. ¿Conoce cuáles son los síntomas de las diferentes fases o pasos de la recuperación? ¿Cuál es su percepción de estos?
8. ¿Cree que lleva a cabo un rol activo en el proceso de recuperación? Cuénteme por qué o cómo.
9. ¿Cómo siente que se adapta a esta nueva situación?
10. ¿Qué estrategias a nivel personal siente que utiliza en este proceso? ¿Cómo le aportan?
11. ¿Qué herramientas usa cuando se siente bajo presión durante este proceso de rehabilitación?
12. ¿Cómo cree que su familia influye en el proceso de rehabilitación?
13. ¿Cómo cree que sus compañeros influyen en estos procesos de rehabilitación?
14. ¿Cuál es su actitud cuando las cosas no salen como las planeó?
15. En este momento actual de Copa Mundial de Fútbol, con jugadores que se lesionan en medio de este contexto, ¿qué siente cuando ve que les sucede?

16. ¿Siente que de alguna manera esta lesión, o alguna anterior, influyó en su carrera profesional de algún modo?
17. ¿Hay algún aspecto desde lo emocional que crea que influye en presentar una lesión deportiva?
18. ¿Qué siente una vez que le dan de alta de una lesión grave?
19. En una palabra ¿cómo lo hace sentir la situación de atravesar una lesión?

Entrevista 2

Objetivo específico 2

Explorar la valoración cognitiva, específicamente sobre aspectos relacionados con la autoestima, autoeficacia y autoconfianza de tres futbolistas de primera división de Costa Rica, durante el proceso de rehabilitación de una lesión deportiva grave.

1. ¿Cree que lleva a cabo con éxito los procesos de recuperación en lo que corresponde de su parte?
2. ¿Cuál cree que debe ser su participación en los procesos de rehabilitación?
3. ¿Qué aspectos considera claves para su proceso de recuperación?
4. ¿Cómo le gusta invertir el tiempo mientras está en receso de su práctica deportiva?
5. ¿Cree que su lesión tenga un lado positivo?
6. ¿Qué grado de confianza tiene en el equipo recuperador normalmente?
7. ¿Cuánto cree que su lesión afectará a su rendimiento deportivo?
8. ¿Cuánto realmente ha afectado la lesión su rendimiento deportivo al regresar a las prácticas?
9. Desde lo psicológico ¿cuáles cree que son las herramientas que ha empleado para sobrellevar este proceso de rehabilitación?
10. ¿Piensa que la recuperación cumplirá los plazos previstos desde sus propias expectativas?
11. ¿Qué aspectos siente que sean más importantes para su recuperación?
12. ¿Considera que usted tiene algún papel en la recuperación?
13. ¿Siente que la lesión influirá en la consecución de los objetivos de su carrera deportiva?
14. ¿Qué emociones experimenta cuando juega?
15. ¿Siente que ser deportista lo hace una mejor persona?
16. ¿Qué le hace sentir confianza?
17. ¿Qué hace para calmar los nervios cuando regresa a jugar, posterior a la lesión?
18. ¿Qué palabra lo describe?
19. ¿Cree que la actitud es un factor para ganar?
20. ¿Cree que la actitud es un factor para mejorar en los procesos de rehabilitación?

21. ¿Cree que ese proceso de rehabilitación de la lesión y todo lo que conlleva le aporta algo en su carrera deportiva?
22. ¿Cree que le aporta algo como persona en los demás aspectos de su vida?
23. ¿Considera que tiene confianza en sí mismo? ¿Por qué?
24. ¿Cómo cree que la confianza tiene que ver en el proceso de rehabilitación?
25. Exprésame en tres palabras cómo se describe cuando enfrenta una situación difícil.
26. ¿Qué herramientas cree que utiliza para afrontar la lesión?
27. ¿Qué aspectos cree que son importantes desde lo familiar y de equipo que le aporten en el proceso de rehabilitación?
28. ¿Cómo se visualiza en el futuro?
29. ¿Qué hace para planificar ese futuro? ¿Cuáles son sus expectativas?

Entrevista 3

Objetivo específico 3

Identificar cómo la ansiedad, el estado de ánimo y la motivación influyen en la respuesta conductual de tres futbolistas de primera división de Costa Rica durante el proceso de rehabilitación de una lesión deportiva grave.

1. Pensemos en conductas. ¿Cuáles cree que sean las que se enfrenta al tener la lesión?
2. ¿Cuáles conductas cree que demuestra en las terapias de recuperación?
3. ¿Qué conductas cree que son negativas y cuáles aportan para este proceso?
4. ¿Conoce qué cantidad de tiempo le lleva normalmente superar la lesión que padece?
5. ¿Cómo le hace sentir esa espera para el regreso en el proceso de rehabilitación?
6. ¿Cómo evalúa su estado de ánimo tras esa noticia?
7. ¿Considera que hay algún grado de ansiedad en este proceso? ¿Por qué?
8. ¿Cómo se siente cuando no logra alcanzar los objetivos de su proceso de rehabilitación?
9. ¿Qué considera clave para manejar esos sentimientos o conductas que atraviesa?
10. ¿Cuál es su percepción del equipo para el cual juega en este momento sin usted como parte?
11. ¿Cómo cree que el equipo se desenvuelve sin su participación activa?
12. Durante la rehabilitación ¿participa de los entrenamientos de otra manera no activa?
¿Qué crees que le aporta estar ahí?
13. ¿Qué lo motiva para competir?
14. ¿Cuál considera es su actitud en este momento frente a su lesión?
15. ¿Cómo se siente lejos de su dinámica diaria de entrenamiento de alto rendimiento?

16. ¿De qué herramientas se vale en ese tiempo fuera? ¿Qué actividades realiza para bajar la ansiedad propia del proceso?
17. ¿Qué cree que pasará si no regresa a la práctica deportiva en el tiempo previsto?
18. ¿Cuál ha sido su actitud ante el proceso de rehabilitación?
19. ¿Considera que usted juega algún papel en este proceso? ¿Cuál sería?
20. ¿Cómo se siente alejado de su práctica deportiva?
21. En general ¿cuáles serían tres aspectos que cree vitales y lo motivan a atravesar los complicados procesos de rehabilitación?
22. ¿Se considera una persona positiva?
23. ¿De dónde sale ese positivismo?

Anexo 4

OPINIÓN DE EXPERTO EN TRIANGULACIÓN

Entrevista al psicólogo del deporte

¿Hace cuánto tiempo se desempeña como psicólogo del deporte? ¿Tiene conocimientos de alrededor de cuántos psicólogos están inmersos en su práctica dentro del deporte del fútbol profesional en Costa Rica?

¿Cómo fue su proceso para entrar al deporte como psicólogo?

¿Qué valor considera se le da en los equipos de fútbol a la labor del psicólogo?

¿Cómo es la respuesta de jugadores y equipo técnico a su función?

¿Cuál es su percepción de la psicología en el deporte?

¿Cuál es su forma de trabajar con los jugadores?

¿Cuál es su definición de una lesión deportiva grave?

¿Suele trabajar en procesos de rehabilitación de lesiones deportivas graves? ¿Sí o no, y por qué? (de ser la respuesta negativa).

¿Cuál considera, desde su experiencia profesional, que es la primera respuesta psicológica posterior a darse la lesión deportiva grave: una respuesta de tipo emocional, cognitivo o conductual?

Si es el caso de que ve los tres tipos de respuesta, según cada una, ¿cuáles son los aspectos o manifestaciones más comunes en cada tipo?

¿Considera que hay un orden de aparición de los tipos de respuesta particular en la mayoría de los casos, o las tres se presentan simultáneamente?

Desde su práctica profesional ¿qué expresan más comúnmente los jugadores desde lo psicológico y desde lo emocional?

¿Qué le han expresado ellos que los hace sentir el estar lesionados de manera grave?

¿Cuáles son las reacciones más comunes que ha notado desde su práctica en los procesos de rehabilitación de lesiones deportivas graves, ubicándolas dentro de lo que obedece a lo de orden cognitivo, emocional y conductual?

¿Considera que los jugadores pasan por una etapa de duelo post lesión deportiva grave y por sus distintas fases?

¿Considera que para los jugadores la parte psicológica juega algún papel en su recuperación, en cuanto su actitud hacia esta?

¿Cuál valor ha percibido que ellos otorgan al papel de lo psicológico en el proceso de rehabilitación?

¿Hay algún tipo de acompañamiento psicológico en los procesos de recuperación post lesión en el fútbol de primera división, o de selecciones nacionales? ¿Por qué piensa que no? (en caso de no haber).

¿Cuál es el estado de ánimo que ha notado en su práctica profesional que manifiestan los jugadores en estos procesos de rehabilitación?

¿Cómo cree que aspectos tales como la autoestima, autoeficacia y autoconfianza influyen en los procesos de rehabilitación?

¿Cuál es la manera que comúnmente ha observado en que los jugadores enfrentan aspectos como la ansiedad, estado de ánimo y motivación dentro de estos procesos de rehabilitación?

¿Cuáles herramientas psicológicas/emocionales ha presenciado en su práctica que son utilizadas por los jugadores lesionados para afrontar esta situación?

¿Qué papel considera que juegan los compañeros de equipo, el cuerpo técnico, la familia o la pareja dentro de estos procesos de rehabilitación, para los jugadores?

¿Qué valor considera le otorga el equipo médico a lo psicológico dentro de los procesos de rehabilitación de los jugadores lesionados?

¿Cómo manejan los jugadores lesionados la parte psicológica al no alcanzar los objetivos de rehabilitación propuestos? ¿Qué emociones, conductas o aspectos cognitivos son los más notorios en ante esta realidad, positivos y negativos?

Desde su experiencia ¿qué aspectos son básicos de abordar en estos procesos de rehabilitación, de parte de los profesionales en psicología?

¿Cómo aborda en su práctica este tipo de trabajo dentro los procesos de rehabilitación en caso de lesiones graves?

¿Cómo ha percibido que los hace sentir el estar lesionados?

Desde su óptica, ¿cuál es la importancia que se le da al psicólogo y a sus intervenciones, dentro de los equipos de primera división nacional y dentro de selecciones nacionales?

¿Qué tipo de trabajo o procesos son los más comunes realizados por el psicólogo o la psicóloga dentro del fútbol nacional?

¿Cree que el aspecto del género del profesional en psicología dentro del fútbol nacional de primera división y selecciones nacionales tiene alguna relevancia?

¿Cuál cree que es la visión de los jugadores de fútbol profesional del papel del psicólogo dentro del fútbol, y dentro de los procesos de rehabilitación de una lesión deportiva grave propiamente?

¿Qué impresiones o aportes finales podría hacer desde su práctica profesional con respecto al papel del psicólogo dentro de los procesos de rehabilitación de lesiones deportivas?