

Trabajo Fin de Grado

Grado en Fisioterapia

EL ESTRÉS, LAS LESIONES Y LA REHABILITACIÓN
PSICOLÓGICA DE LOS DEPORTISTAS

STRESS, INJURIES AND PSYCHOLOGICAL
REHABILITATION OF ATHLETES

Verónica Álvarez Herrera

Curso 2013/2014 - Junio

AUTORIZACIÓN DEL TUTOR PARA LA PRESENTACIÓN DEL TRABAJO FIN DE GRADO

Centro:

Titulación:

| |
|--|
| |
| |

DATOS ALUMNO/A:

Apellidos _____ Nombre _____
DNI / Pasaporte _____ Dirección _____ C.Postal _____
Localidad _____ Provincia _____ Teléfono _____
E-mail _____

TÍTULO DE TRABAJO DE FIN DE GRADO:

| |
|--|
| |
|--|

LOS/LAS TUTORES/AS

Apellidos:..... Nombre:.....
Apellidos:..... Nombre:.....

AUTORIZACIÓN DEL /DE LOS TUTORES/AS

D/D^a..... profesor/a del Departamento de.....,de la Facultad del campus de,

AUTORIZA a D/D^a....., a presentar la propuesta de **TRABAJO FIN DE GRADO**, que será defendida en

....., de de 20 .. .

LOS/LAS TUTORES/AS

Fdo.:

SR. PRESIDENTE DEL TRIBUNAL DE EVALUACIÓN

RESUMEN

Las lesiones deportivas son fuente de tensión, dolor y sufrimiento, no sólo para la persona que las sufre, sino también para la gente que se encuentra a su alrededor y para el fisioterapeuta que acompaña al atleta. No sólo debe recuperar al deportista en el menor tiempo posible sino que además esta recuperación debe ser efectiva. Y esto no es posible sin tratar los aspectos psicológicos que acompañan a la rehabilitación física.

Se necesita saber por qué y cómo surgen estas lesiones, para aprender acerca de la prevención y de la recuperación más efectiva con el fin de que el deportista no se demore en la práctica de la actividad deportiva. Aparte de los factores físicos que influyen en las lesiones, también existe un componente emocional, que a veces no recibe la importancia que merece, ya que en muchos casos es lo que permite al deportista recuperarse, dejar de sentir dolor, o incluso dejar de lesionarse.

Por esta razón, es imprescindible conocer cuáles son los factores que predisponen al atleta a lesionarse, para elaborar una propuesta de intervención realista que permita prevenir las lesiones o, en su defecto, asegurar la óptima recuperación del deportista. El objetivo de este Trabajo de Fin de Grado es realizar una revisión de los modelos teóricos explicativos de la influencia de la psicología en la aparición de las lesiones y en la recuperación de las mismas, así como de las principales recomendaciones para llevar a cabo intervenciones integrales en el ámbito de la lesión deportiva.

ABSTRACT

Sport injuries are a source of tension, pain and suffering, not only for the person who suffers but also for the people who are around them, including the physiotherapist. This professional not only has to recover the athlete as soon as possible, but also he has to get an effective recovery. And this is not possible without taking into account psychological aspects.

We need to know why these injuries occur, to learn about prevention and more effective recovery for the athlete not delay the practice of sport. Aside from the physical factors influencing injuries, there is also an emotional component which sometimes does not get the attention it deserves. In many cases, this emotional factor allows the athlete to recover, stop feeling pain or even stop injury.

For this reason, it is essential to know which factors predispose the athlete to be more likely to get injured, especially if our goal is to develop a proposal for a realistic intervention to prevent injuries or trying to ensure an optimum recovery of the athlete. The objective of this Final Project is making a review of the theoretical models explaining the influence of psychological factors on sport injuries, focusing on the appearance of the lesions and the recovery thereof, and on the main recommendations to carry out comprehensive interventions in the field of sports injuries.

INDICE

| | |
|---|----|
| 1. INTRODUCCIÓN..... | 5 |
| 2. EL PAPEL DE LOS EFECTOS PSICOLÓGICOS EN LAS LESIONES DEPORTIVAS..... | 5 |
| 2.1. ESTRÉS Y ACTIVACIÓN..... | 5 |
| 2.2. PREVENCIÓN..... | 7 |
| 2.3 APARICIÓN DE LAS LESIONES..... | 8 |
| 2.4 AFRONTAMIENTO DE LAS LESIONES..... | 11 |
| 2.5 AFRONTAMIENTO DEL DOLOR..... | 16 |
| 3. BENEFICIOS OCULTOS DE LAS LESIONES DEPORTIVAS..... | 20 |
| 4. REPERCUSIONES PARA LA PRÁCTICA FISIOTERAPÉUTICA..... | 21 |
| 4.1 INTERVENCIÓN POST-LESIONAL..... | 24 |
| 4.2 MODELO DE ACTUACIÓN PARA DEPORTISTAS QUE DEBAN COMPETIR LESIONADOS..... | 25 |
| 4.3 MODELO DE ACTUACIÓN PARA DEPORTISTAS QUE EVITAN LA RECUPERACIÓN..... | 27 |
| 4.4 MODELO DE ACTUACIÓN PARA DEPORTISTAS QUE DEBEN RETIRARSE COMO CONSECUENCIA DE UNA LESIÓN..... | 28 |
| 5. CONCLUSIONES..... | 30 |
| 6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 31 |

1. INTRODUCCIÓN

En este trabajo se expone una revisión de los factores psicológicos más ampliamente investigados que influyen en la práctica deportiva. Específicamente, se ha querido hacer hincapié en aquellos que afectan a la predisposición de un deportista a tener una lesión, así como aquellos que influyen en la recuperación de las mismas, donde la repercusión es mucho mayor, ya que se unen a los elementos de dolor y disfuncionalidad física, todos aquellos de orden psicológico y laboral, que hacen mucho más compleja la recuperación.

La gran demanda de sacrificio tanto físico como psicológico, y el alto nivel de exigencia, en muchas ocasiones, pueden llegar a provocar múltiples traumatismos y lesiones que obligan al atleta a suspender o a readaptar su actividad deportiva. Este problema se encuentra en diferentes niveles de rendimiento deportivo, pero con múltiples causas diferentes; algunas lesiones serán por falta de dominio corporal y técnico, entre otras; mientras que en alto rendimiento será más probable que sean por exceso de confianza o por una exigencia muy elevada con poco período de preparación y/o de recuperación.

La lesión deportiva es una fuente de tensión, dolor, dudas y sufrimientos para el deportista, aunque también para el entorno que le rodea (club, familiares, amigos, etc.) Todo esto puede llegar a provocar síntomas de etiología depresiva que junto con la lesión física, implique el abandono de la práctica deportiva.

2. EL PAPEL DE LOS EFECTOS PSICOLÓGICOS EN LAS LESIONES DEPORTIVAS

2.1. ESTRÉS Y ACTIVACIÓN.

La activación es un concepto central cuando se habla de rendimiento atlético o de competición deportiva.

El nivel de activación general del organismo en el deporte es esencial para entender la relación entre psicología y rendimiento deportivo. Afecta directamente al funcionamiento físico y mental de todo deportista.

La activación parte de un extremo inferior donde se encuentra la relajación y la calma total, hasta un extremo superior donde se encuentra la tensión, los nervios y la excitación. El nivel óptimo para alcanzar un buen funcionamiento físico y mental en el deportista, estaría en un punto intermedio entre estas dos variables, como señala la teoría de la U invertida de Yerkes-Dodson²; donde se relacionan el nivel de activación y el rendimiento, de manera que niveles de activación extremos, tanto los altos como los bajos, determinarían los puntos más bajos de rendimiento del deportista.

Para Buceta³, la activación negativa puede estar producida por varios factores como son: el miedo a fracasar, la incertidumbre sobre el resultado la insatisfacción respecto a lo que está sucediendo en el transcurso de la competición.

Teniendo en cuenta todos estos aspectos, tanto los niveles extremadamente altos de activación como los extremadamente bajos pueden y

posiblemente lleguen a ocasionar en algún momento del deportista una lesión de mayor o menor gravedad.

Otro concepto estrechamente relacionado con el rendimiento deportivo es el estrés. Según Hans Selye¹: "El estrés es una respuesta no específica del organismo ante cualquier demanda que se le imponga". Dicha respuesta puede ser de tipo psicológica (mental) o fisiológica (física/orgánica)

Todo ser humano posee mecanismos de defensa automáticas dirigidos a enfrentar situaciones de emergencia (estresantes reales) que puede afectar al bienestar personal. Sin embargo, en la actualidad, se vive en un constante estado de sobre-estimulación de naturaleza psicosocial. Las causas principales son de origen social, tales como la competencia, el trabajo, las presiones, el estudio, etc.

La ansiedad es otro estado emocional vinculado al estrés. El individuo ansioso anticipa una desgracia o ruina. Se caracteriza por tirantez e inquietud. Además, también tiene consecuencias como el incremento de la tensión muscular, la sudoración, indigestión, frecuente micción, entre otros.

A pesar de que hoy en día se utiliza el término <<estrés>> como algo negativo, esta denominación no es real. El estrés no siempre es malo. A tal efecto, se han establecido dos tipos de estrés¹:

EUTRÉS: Se trata del estrés positivo. Éste evoca placer, satisfacción y motivación por crear cosas nuevas. El individuo interacciona con su estresor pero manteniendo la mente abierta y creativa, preparando cuerpo y mente para una función óptima. El estrés positivo es indispensable para nuestro funcionamiento y desarrollo. Es imprescindible para la vida.

DISTRÉS: También denominado estrés negativo. Éste es el estrés perjudicial para la salud. Existen numerosas fuentes estresantes en la vida cotidiana: duelo, ruptura de una relación amorosa, mal ambiente en el trabajo, fracaso, etc. Sin embargo, también se dan ocasiones en las que el estrés positivo puede ser también negativo, como por ejemplo, cuando un deportista juega la final de un campeonato.

Para dejar clara la relación y diferencia que existe entre eutrés y distrés, se adjunta la Tabla 1.

Tabla 1. Diferencias entre eutrés y distrés (adaptado de Selye, 1978).

| EUTRÉS | DISTRÉS |
|---|---|
| <p>El eutrés inspira:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Buena Salud - Ejercicio regular - Buenas relaciones - Alta auto-estima - Estabilidad emocional - Habilidad para dar y recibir amor - Disfrute de la vida <p>Y resulta en:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Satisfacción - Felicidad - Vida prolongada - Bienestar | <p>El distrés inspira:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pobre salud - Estilos de vida sedentarios - Pobres relaciones - Baja auto-estima - Inestabilidad emocional - Inhabilidad para amar - Rechazo - Percepción pesimista de la vida <p>Y resulta en:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Descontento - Tristeza - Enfermedad - Muerte prematura |

A pesar de que el estrés tiene su lado positivo, esta sobreactivación que se produce sólo tendrá un efecto positivo (eutrés) hasta un cierto límite. Después de sobrepasar éste, pierde su eficacia y contribuye a que el comportamiento sea más torpe y desorganizado (distrés). Una de las causas más frecuentes en la vulnerabilidad de ciertos deportistas hacia las lesiones es el distrés.

2.2. PREVENCIÓN

Aunque a los fisioterapeutas no les compete la prevención de lesiones a nivel psicológico, sí es importante saber que ésta es tan o más primordial que la prevención puramente física. Por ello, se exponen en este apartado algunas ideas presentadas por Palmi⁴. Este autor propone un programa de intervención psicológica para la prevención de lesiones deportivas, en el que se integran los siguientes contenidos:

1. Mejorar la formación de los técnicos
 - a) Información de factores de riesgo
 - b) Importancia de la preparación física
 - c) Importancia de los hábitos deportivos

2. Entrenar recursos psicológico
 - a) Control de activación
 - b) Control atencional
 - c) Control de imágenes y pensamientos
 - d) Ajuste de objetivos
3. Planificación bajo objetivos realistas
 - a) Progresión de exigencia
 - b) Variedad de ejercicios y situaciones
 - c) Ajuste del entrenamiento a la individualidad
4. Mejorar los recursos técnicos
 - a) Información post-ejecución
 - b) Análisis de videos: acciones exitosas y erróneas
 - c) Entrenamientos simulando condiciones de competición.

2.3 APARICIÓN DE LAS LESIONES

En muchas ocasiones, cuando un deportista se lesiona, las causas que se le suelen dar a tal ocurrencia son puramente accidentales, es decir, << pisó mal y se dobló el tobillo>>, <<cayó con todo el peso del cuerpo sobre la rodilla mal colocada>>, <<lo empujó un jugador del equipo contrario>>, etc. Sin embargo, muchos estudios han sugerido que no sólo estos factores situacionales y momentáneos son los encargados de provocar una lesión.

Según los estudios realizados por diferentes investigadores^{5,6,7} la aparición de las lesiones se debe a dos grandes bloques de factores: los factores internos y factores externos.

Factores internos del atleta: Corresponden a aquellos relacionados con las características físicas y fisiológicas de cada uno (morfotipo), y a las relacionadas con la personalidad y los recursos adaptativos con los que cuenta un atleta para adaptarse a las diferentes situaciones.

En el modelo que se presenta en la Figura 1, adaptado del de Andersen y Williams⁸, se analiza el efecto excitador o inhibitor que provocan los estresores en el deporte, que desembocan en un desequilibrio tensional importante y que según cada individuo y su capacidad de afrontamiento, pueden o no provocar una lesión deportiva.

A continuación, se explican brevemente los factores que se representan en el esquema generado⁶

- Personalidad y morfotipo

Corresponde a los ya mencionados factores internos del atleta, que no se pueden escoger o cambiar, aunque se pueden modular.

- Historia de estrés

Corresponde a los cambios en el estado de ánimo del jugador como consecuencia de los acontecimientos que se van dando en su día a día (incluyendo en el ámbito deportivo).

– Recursos de afrontamiento

Es la capacidad que posee cada persona para adaptarse a las distintas situaciones que van sucediendo durante toda su vida. Cada deportista tiene diferentes estrategias para afrontar el éxito o el fracaso. Aquellos que sean capaces de readaptar su vida a las nuevas exigencias con mayor facilidad, tendrán menos probabilidades de sufrir una lesión; siendo al contrario, los que más riesgo corren de caer lesionado.

– Respuesta de estrés

Tras recibir el impacto que provocará mayor tensión, e intentar afrontar el problema de la mejor manera posible, se produce una respuesta a esta demanda. Esta respuesta del organismo será mejor o peor dependiendo de los factores comentados con anterioridad; y esta marcará o no, cambios en la funcionalidad del organismo pudiendo favorecer la aparición de la lesión.

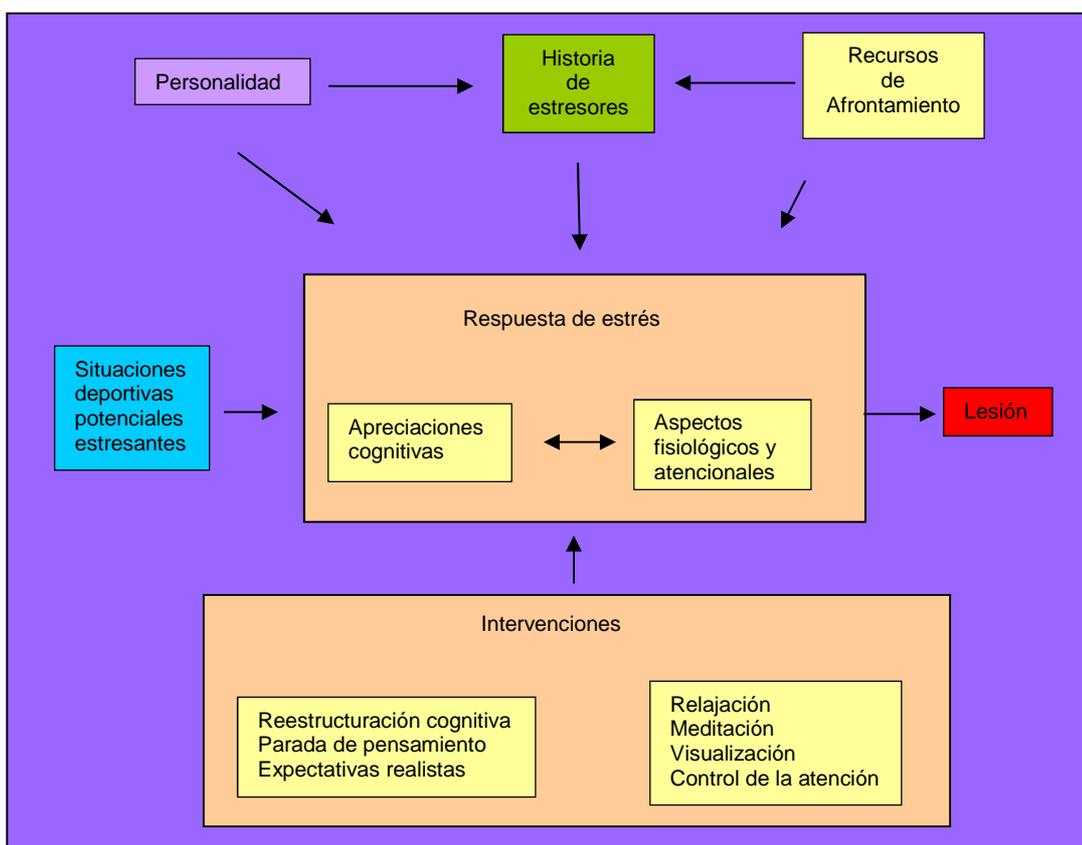


Figura 1. Fuente: Adaptado de Williams y Andersen (1988)

Factores externos al atleta: Aquí se tienen en cuenta todos aquellos elementos que rodean al deportista y que pueden influir en su comportamiento aumentando el riesgo de lesión. Generalmente se agrupan los componentes y características del material y de las instalaciones deportivas donde se basa la actividad, y

también el comportamiento de los demás que puede ocasionar lesiones a otros (agresiones).

El abordaje personal de las lesiones ha sido también estudiado desde la teoría cíclica afectiva de Heil⁵. Desde esta teoría se propone que un deportista ante una lesión presenta las siguientes respuestas: angustia, negación y enfrentamiento. La angustia supone el impacto emocional negativo de la lesión, incluyendo el shock que ésta produce: rabia, culpabilidad, humillación e impotencia. La negación incluye sentimientos de poca credibilidad y, posiblemente incapacidad para aceptar la lesión. El enfrentamiento supone un cierto nivel de aceptación de la severidad de la lesión y el uso adecuado de estrategias para contrarrestar lo que ésta acarrea. Heil⁵ señala que la angustia y la negación son más predominantes durante las primeras etapas de la recuperación, y que los deportistas, poco a poco, van asumiéndola y encontrando como enfrentarse a ella con ayuda del tratamiento.

Es importante tener en cuenta que algún tipo de factor situacional o ambiental puede suponer un cambio en su respuesta (p.e.: si un deportista ve un vídeo de su lesión puede volver a la respuesta de angustia o negación).

Por su parte, la Teoría de la Valoración Cognitiva de las respuestas frente a lesiones deportivas⁹ plantea que la respuesta del deportista ante una lesión se produce por la interacción entre la personalidad y los factores situacionales. El autor sugiere factores de personalidad que pueden influir en la valoración cognitiva (p.e.: los deportistas que tienen una mayor autoestima suelen realizar una valoración más positiva que las personas con baja autoestima).

El Modelo integral de la respuesta a la lesión deportiva¹⁰ se desarrolló para completar los modelos teóricos anteriores. Se parte de que la respuesta que produce en el deportista tras una lesión dependerá de la relación entre factores personales y factores situacionales. Los factores personales que se deben tener en cuenta son los vinculados a la lesión (historia, severidad, tipo, causas percibidas, etc.) y al propio deportista (psicológicos, demográficos y físicos), mientras que los factores situacionales incluyen al deporte (tipo, nivel de competición, momento de la temporada, estatus y rol, categoría, etc.), los aspectos sociales (influencia de los compañeros de equipo y del entrenador, la dinámica familiar, apoyo social, equipo de médicos y la ética deportiva) y ambientales (el contexto de rehabilitación y la accesibilidad a ella).

El resultante de la interacción de todos estos factores es una respuesta que se sustenta en la valoración cognitiva (habilidades de afrontamiento, disponibilidad del apoyo social, sensación de pérdida, etc.), lo emocional (frustración, miedo, tristeza, tensión, etc.) y lo comportamental (adherencia, uso de apoyo social, etc.). Esta respuesta es la que determinará los resultados de la recuperación. Debido a su importancia, se puede considerar que esta respuesta también tendrá importantes repercusiones en el éxito de la intervención del fisioterapeuta, y que por ello los profesionales de este campo deben atender a dichos factores.

2.4 AFRONTAMIENTO DE LAS LESIONES

Las personas no afrontan de la misma manera las lesiones, por ello, diferentes autores se han interesado por analizar cuáles son las estrategias de afrontamiento que las personas ponen en marcha para encajar el impacto de una lesión.

Cuando hablamos sobre la prevención y recuperación de la lesión en el ámbito deportivo desde el punto de vista psicológico, hay que tener en cuenta que se han desarrollado dos tipos de estudios diferentes, basados en dos teorías completamente diferentes.

En primer lugar, se crearon teorías basadas en los procesos de "grief" (término anglosajón para designar aflicción, duelo, dolor, etc.), donde se explica que el deportista ve la disfuncionalidad ocurrida por la lesión, como algo terrible e irreparable.

Por otro lado, han aparecido teorías basadas en los modelos de estrés, en los que es cómo el deportista interpreta la lesión y no el hecho de que esta ocurra, lo que determina la respuesta de afrontamiento del atleta.

La diferencia teórica existente entre estos dos puntos de vista se ha resuelto mediante un modelo explicativo que relaciona las dos propuestas anteriores. Es el llamado modelo integrador sobre la prevención y recuperación de las lesiones deportivas de Wiese-Bjornstal, Smith, Shaffer y Morrey¹⁰. Sin embargo, antes de profundizar en este modelo integrador, es importante mencionar cada uno de los marcos teóricos que lo conforman.

Existen cuatro aproximaciones teóricas diferentes que incluyen el concepto *grief* entre sus especificaciones: los modelos de etapas^{11, 12, 13}, los modelos de componentes¹⁴, los modelos de fases¹⁵ y los modelos de tareas¹⁶. Sin embargo, de estas cuatro aproximaciones teóricas, sólo los modelos de etapas han sido capaces de explicar la recuperación de las lesiones en el ámbito deportivo.

El más conocido de estos modelos es el formulado por Kubler-Ross¹³, un modelo que, a pesar de haber recibido críticas por ser demasiado genérico y por no tener en cuenta las diferencias individuales, se ha generalizado a la población deportiva, siendo uno de los más citados en la literatura sobre las lesiones.

El Modelo de etapas de Kubler-Ross¹³

Este modelo intenta explicar la respuesta de un individuo a la enfermedad. Originariamente se desarrolló para explicar las reacciones de los pacientes terminales ante la enfermedad, pero un amplio número de psicólogos vieron en él un marco de referencia para explicar la recuperación de las lesiones en el ámbito deportivo. Por esta razón, fue generalizado a la población deportiva^{17, 18, 19}, pasando a ser objeto de estudio para algunos autores.

El modelo consta de cinco etapas secuenciales que intentan justificar la reacción del deportista ante la lesión:

- Negación. En esta etapa inicial, los deportistas acostumbran a no aceptar el hecho de haber sufrido una lesión: en pleno shock, no pueden creer lo que les ha ocurrido y tienden a quitarle importancia.

- **Cólera.** Cuando el deportista reconoce la gravedad de la lesión, comienza a sentirse frustrado y enfadado consigo mismo y con los que le rodean: “que asco, con lo bien que me iban las cosas”, “estoy harto de esta mala suerte”, “si no me hubiesen presionado tanto”... etc.

- **Negociación.** El deportista lesionado empieza a hacer frente a la realidad, tomando conciencia de lo que supone la lesión y su recuperación: “la lesión es seria, pero si me esfuerzo lo suficiente tal vez pueda acabar la temporada”, “si salgo de esta, no arriesgaré tanto la próxima vez”... etc.

- **Depresión.** El deportista es consciente del alcance de la lesión y de sus consecuencias: “que mala suerte”, “la temporada ha acabado para mí”, “ya no puedo hacer nada para evitarlo”... etc.

- **Aceptación.** Tras superar el estado depresivo, el deportista acepta su situación y comienza a concentrar todos sus esfuerzos en el proceso de rehabilitación y en la vuelta a la actividad: “voy a trabajar a tope para recuperarme lo antes posible”, “puedo aprovechar el descanso para obtener el título de entrenador”... etc.

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

Como se mencionaba anteriormente, este modelo es adaptado del modelo de cinco etapas elaborado por Kubler-Ross¹⁰ para identificar las fases por las que pasa una persona en el duelo por la pérdida de un ser querido. Presentamos a continuación algunos ejemplos de pensamientos que representan cada fase:

- **Negación**

«Me siento bien», «esto no me puede estar pasando, no a mí».

- **Ira**

« ¿Por qué a mí? ¡No es justo!», « ¿cómo me puede estar pasando esto a mí?».

- **Negociación**

«Dios, déjame vivir al menos para ver a mis hijos graduarse», «haré cualquier cosa por un par de años más»

- **Depresión**

«Estoy tan triste, ¿por qué hacer algo?»; «voy a morir, ¿qué sentido tiene?»; «extraño a mis seres queridos, ¿por qué seguir?»

- **Aceptación**

«Esto tiene que pasar, no hay solución, no puedo luchar contra la realidad, debería prepararme para esto».

Si se hace una comparación entre éste último y la lesión deportiva, queda expuesto que el duelo que se produce en la lesión se debe a la pérdida de la consecución de la actividad deportiva, y es en la primera etapa (negación), donde

el fisioterapeuta debe prestar mayor atención, ya que un período prolongado en esta fase, puede llevar a que el deportista no asuma un papel activo en la rehabilitación, sino que, por contra, llegue incluso a desarrollar conductas de evitación en la recuperación.

Sin embargo, no se debe forzar la aceleración del proceso de aceptación, ya que cada individuo pasará las fases anteriores con un período de tiempo diferente. Aunque esto no implica que las fases se hagan en ese orden ni que un individuo pase por todas ellas.

El impacto emocional que provoca una lesión en un deportista es significativo. No sólo el fisioterapeuta debe acompañar y apoyar al deportista sino también debe ayudarlo a pasar por estas fases (siempre respetando el tiempo de asimilación de cada jugador). Si el jugador no es capaz de llegar a la fase de aceptación, es muy poco probable que se pueda realizar una rehabilitación efectiva. Se necesita una persona motivada y con ganas de salir adelante para que pueda soportar los dolores por los que pasará durante la recuperación y aún así tenga ganas de rehabilitarse. En resumen, que tenga una buena adherencia al tratamiento.

Los Modelos de Apreciación Cognitiva

Estos modelos derivan de aquellos basados en la respuesta del estrés. Señalan que la lesión es una fuente de estrés y que será más o menos grave según como sea capaz el deportista de afrontarla.

a) El Modelo de Gordon¹⁷

Considera que la personalidad y la motivación del deportista es el factor determinante en la apreciación de su lesión. He aquí el por qué cada atleta responde a las dificultades de manera diferente.

b) El Modelo de Wiese y Weiss²⁰

Wiese y Weiss presentan un modelo de respuesta de estrés a la lesión deportiva que comprende cuatro estados.

- Momento de la lesión
- Momento del pensamiento, donde el deportista lleva a cabo apreciaciones de la lesión.
- Momento de la respuesta emocional, donde se suceden la incertidumbre, ansiedad, preocupación y demás emociones que pueden aumentar el dolor y retardar el proceso de curación.
- Momento del tratamiento, donde se observa la adherencia a la rehabilitación o la ausencia de ella.

c) El modelo de Wiese-Bjornstal y Smith²¹

Basándose en los modelos de Andersen y Williams⁸, y de Wiese y Weiss²⁰, Wiese-Bjornstal y Smith²¹ elaboran una propuesta que sugiere que los factores personales y situacionales predisponen al individuo a la lesión. En concreto²², las diferentes fuentes de estrés propuestas 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.

El Modelo Integral de Wiese-Bjornstal et al¹⁰.

Aunque a priori se comentaba la diferencia entre dos teorías completamente contrariadas (modelo de etapas y los de apreciación cognitiva), Wiese-Bjornstal, Smith, Shaffer y Morrey¹⁰ elaboran un modelo teórico que relaciona ambas teorías, y no sólo eso, sino que además explican que son complementarias entre ellas.

Este modelo explica que los factores personales y situacionales actúan como mediadores en la apreciación cognitiva que el deportista realiza de la situación, y condicionan las respuestas cognitivas, emocionales y conductuales de ese mismo deportista ante la lesión. La Figura 2 representa el modelo:

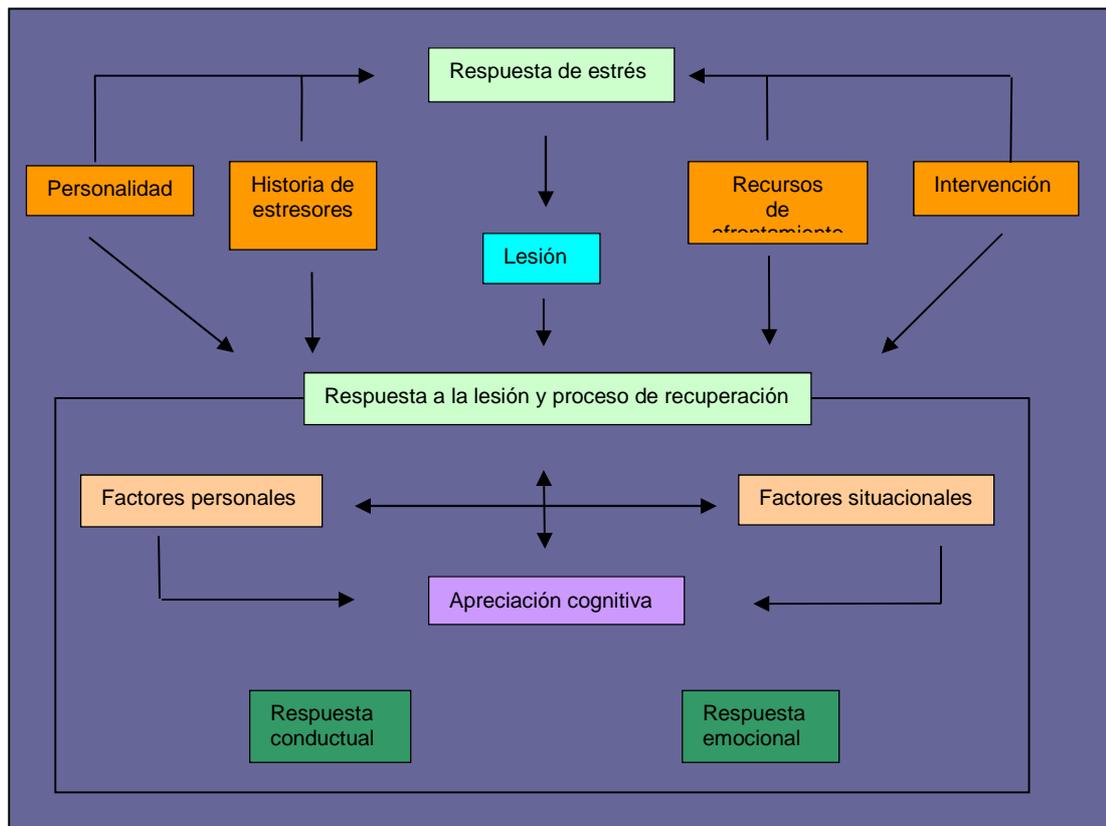


Figura 2. Fuente: Modelo Integral de Wiese-Bjornstal et al. (1998)

Se puede decir, pues, que según el Modelo Integral de Wiese-Bjornstal y sus colaboradores, las tres modalidades de respuesta que origina la respuesta global del individuo ante la lesión son: la respuesta cognitiva, la respuesta emocional y la respuesta conductual.

a) *La Respuesta Cognitiva.*

Después de sufrir una lesión, los deportistas tienden a realizar una serie de apreciaciones cognitivas acerca de las causas de la lesión y las repercusiones de la misma.

Una de las apreciaciones cognitivas posteriores a la lesión más estudiadas es la autopercepción, un término que según Wiese-Bjornstal et al¹⁰, se puede

explicar como *“la percepción que un individuo tiene sobre sí mismo”* y que hace referencia a variables psicológicas como la autoeficacia, la autoconfianza, el autoconcepto y la autoestima. Brewer²³ por ejemplo, encontró que esta variable predecía la depresión experimentada por el lesionado en el periodo post-lesional. Poco después, Leddy, Lambert y Ogles²⁴ evaluaron la autoestima en deportistas lesionados, encontrando diferencias significativas en las mediciones realizadas antes y después de la lesión. En otro estudio, Chang y Grossman²⁵ demostraron que el nivel de autoestima fue menor en los deportistas lesionados que en los no lesionados. También Shaffer²⁶, encontró que las lesiones estaban relacionadas con el nivel de autoeficacia, de manera que los deportistas que habían sufrido con anterioridad una lesión tuvieron un mayor nivel de autoeficacia para la rehabilitación que aquellos que no habían tenido lesiones previas.

Pero además, existen también variables cognitivas que pueden tener un efecto positivo o negativo sobre la recuperación de la lesión, como por ejemplo: las percepciones del deportista lesionado sobre el alcance de la lesión (percepción del dolor, gravedad, etc.) Uno de los estudios que han evaluado estas apreciaciones en el contexto del Modelo Integral de Wiese-Bjornstal et al. es el realizado por Daly, Brewer, Van Raalte, Petitpas y Sklar²⁷, que demostró, que las apreciaciones cognitivas estaban relacionadas de forma significativa con el estado de ánimo del deportista.

b) La Respuesta Emocional.

La respuesta emocional es uno de los aspectos más estudiados en la psicología deportiva. Weiss y Troxel²⁸, por ejemplo, entrevistaron a varios deportistas federados lesionados y en sus conclusiones destacaba que entre las reacciones más comunes de los atletas a la lesión figuraban: la rabia, la depresión, la tensión, el insomnio y la pérdida de apetito.

Smith et al²⁹., evaluaron el estado de ánimo de algunos deportistas antes y después de la lesión, dando como resultado un incremento significativo en los niveles de depresión y angustia, así como menores niveles de fatiga y de vigor.

Estos estudios permiten extraer algunas ideas generales sobre la respuesta emocional del deportista ante las lesiones²²:

1^a.- La lesión, a menudo, viene acompañada de alteraciones emocionales, siendo el pesimismo y el sentimiento de incapacidad para afrontar la situación dos de las características de la aparición de la misma.

2^a.- Existen variaciones significativas en el estado emocional de los deportistas, estando relacionadas con la percepción de recuperación que tiene el lesionado.

3.- La intensidad y la duración de la respuesta emocional varía según las características personales y situacionales de los deportistas, influyendo de manera significativa la gravedad de la lesión y el nivel competitivo del lesionado.

c) La Respuesta Conductual.

La respuesta conductual del deportista lesionado, es básicamente la adherencia a los programas de recuperación.

Los estudios realizados sobre la adherencia a los programas de rehabilitación han confirmado la relación existente entre esta variable y diferentes factores personales, como la motivación interna, la tolerancia al dolor y/o la autoconfianza, y situacionales, como creencia en la eficacia del tratamiento y/o la conveniencia del programa de rehabilitación.

Igualmente, el apoyo social y las expectativas deportivas son factores relacionados con esta variable, pudiéndose demostrar que los deportistas que mostraron mayor adherencia fueron aquellos que tuvieron mayor motivación intrínseca, percibieron más apoyo social, creyeron en la eficacia del tratamiento y dirigieron sus esfuerzos más hacia el cumplimiento de la tarea que a los resultados. Asimismo, cuanto mayor es la ansiedad que el atleta experimenta, menor será su adherencia al programa de rehabilitación.

2.5 AFRONTAMIENTO DEL DOLOR

Un factor importante en la recuperación de toda persona, sobretodo en deportistas, es el dolor. ¿Cuánto de importante es la sensación de dolor en una lesión? Muchas veces el deportista no puede volver a la actividad deportiva aunque los tejidos se hayan reparado completamente debido a esta sensación.

¿Qué significa el dolor? ¿Existe el mismo umbral de dolor para todas las personas? ¿Todos lo afrontamos de la misma manera?

En este apartado, se explica cómo se desarrolla el dolor en una lesión, cómo influye éste en la actividad diaria y deportiva y también cómo y de qué manera las personas consiguen afrontarlo.

¿Qué es el dolor?

El dolor es la forma en la que el cuerpo responde a una lesión o enfermedad. Todas las personas reaccionan al dolor de diferentes maneras. Lo que para una persona es doloroso, puede no serlo para otra.

Normalmente podemos distinguir entre dos tipos de dolor³⁰, “Dolor físico” y “Dolor emocional”; sin embargo, a pesar de que mucha gente quiere diferenciar estos dos tipos, el dolor de la lesión y la angustia se procesan en el cerebro de una manera bastante similar. Esto implica que, aunque muchas veces el dolor se debe a una lesión importante o enfermedad de los tejidos, siempre existirá un contexto emocional que variará la situación.

En las experiencias emocionales de dolor, no sólo habrá un cambio a nivel psicológico y psicosocial, sino también un cambio físico, como por ejemplo variación en la tensión muscular o alteración de la cicatrización celular.

¿Qué factores pueden provocar o agravar el dolor?

Para Butler y Moseley³⁰, los factores que provocan o agravan la sensación de dolor son los siguientes.

Aunque parezca mentira, una de las fuentes de dolor más comunes son los pensamientos.

Cuando se ve a alguien haciéndose daño o dándose un golpe, las personas de su alrededor que lo está viendo, experimentan una sensación de “empatía” con aquel individuo que lo sufre y pueden incluso llegar a experimentar ese dolor.

Pues algo muy parecido ocurre con los pensamientos. Muchas investigaciones científicas han determinado que los pensamientos son una fuente de información muy potente y que éstos pueden incidir en la aparición del dolor o en la agravación del mismo.

Otra fuente importante es la adrenalina. Ésta no se asocia directamente con el dolor, pero cuando existen niveles extremadamente elevados de adrenalina persistentemente en el cuerpo, puede provocar sensación de dolor, ya que los receptores nociceptivos están más sensibles a cualquier estímulo.

El dolor crónico y el estrés están muy asociados a los niveles de adrenalina persistentemente altos.

El factor miedo se irá desarrollando durante todo este trabajo. Psicológicamente el miedo influye en muchas reacciones y emociones, de hecho incide en como se mueve, se comporta y se experimenta el dolor en las personas. Las fuentes de miedo son diversas, y entre las más comunes en personas con dolor persistente cabe citar las siguientes³⁰

- Dolor
- Gravedad de la causa del dolor
- No saber lo que es
- Temor a que los demás no crean que duele
- No recibir compensación
- Necesitar ayuda
- Ciertos movimientos, cualquier movimiento
- Re-lesionares o que se agrave

¿Cómo puede el dolor llegar a incapacitar?

A menudo y sobretodo, hoy en día, donde las listas de espera para pedir cita en la seguridad social son extremadamente largas, las personas que no pueden permitirse el pago de un médico o un fisioterapeuta particular, demoran el tratamiento, intentando abstraerse del dolor el mayor tiempo posible. Esto por supuesto, puede agravar la situación provocando la incapacidad.

Existen dos maneras concretas o dos vías específicas por las que el dolor puede llegar a incapacitar. Normalmente, estas vías se relacionan con dos tipos de personas.

- Persona tipo A: Cuyo patrón común es de gente con miedo al dolor y a volver a lesionarse.

- Vía de incapacidad por dolor:

Se suele iniciar la molestia ejecutando una actividad como ir en bicicleta, trabajando en el ordenador, etc. y la respuesta habitual es suspender la actividad. Con el tiempo, la cantidad de actividad necesaria para provocar dolor disminuye lentamente y finalmente, conduce a discapacidad y probablemente depresión.

- Persona tipo B: Cuyo patrón común es de gente perfeccionista y llena de energía.

- Vía de incapacidad por dolor:

El dolor se manifiesta pero se tolera tanto como se puede. La persona lo ignora y se distrae de éste, hasta que ya no puede más y el dolor se vuelve insoportable.

Esta suele ser la vía por la que pasa un jugador que se exige mucho a sí mismo y no es capaz de reconocer ni dolores ni lesiones (a veces por miedo a perder la titularidad o por no parecer débil).

La característica común de ambos estilos es que el nivel de actividad final llega a ser extremadamente bajo. Este nivel de actividad es bajo porque el dolor domina a la persona.

Modelos explicativos del dolor

Para entender que cambios sostienen la aparición del dolor, se crearon cinco modelos por los que se puede identificar los procesos que subyacen al dolor³⁰

1. Modelo de procesamiento distribuido

Este modelo explica que al igual que los pensamientos, las emociones y el miedo producen impulsos nerviosos que comunican dolor, el daño biológico y fisiológico real en los tejidos también lo provocan.

En resumen, tanto los pensamientos como el daño en los tejidos provocarán o agravarán el dolor.

2. Modelo de las capas de cebolla

Llamado así porque se puede hacer una comparación entre los procesos del dolor y una cebolla. En el centro se encontraría el daño biológico y fisiológico en los tejidos (nocicepción) y cubriendo en capas a este centro, se hallarían los otros aspectos que influyen en la aparición y agravación del dolor, como son: actitudes y creencias, sufrimiento, conductas de huida del dolor y entorno social. Todas estas influyen y están influenciadas por el dolor.

3. Modelos basados en el miedo

Haciendo referencia a lo ya mencionado, recalcando el poder que tienen los pensamientos y sobre todo el miedo al dolor

4. Modelo evolutivo.

Este modelo hace hincapié en los que los evolucionistas defienden. Desde el punto de vista evolutivo, se considera que cualquier cambio en la fisiología del

sistema nervioso está orientado a proteger los tejidos. Por tanto, el dolor aparece como una advertencia de un cambio que promueve la supervivencia de las generaciones posteriores.

5. Modelo de toma de decisiones clínicas.

Como todos los dolores no son iguales y las personas que los sufren tampoco, se debe saber tomar una decisión clara sobre el tratamiento adecuado basado en la mejor evidencia científica³¹.

El afrontamiento del dolor

Al igual que se comentaba que el afrontamiento de las lesiones no son iguales en todos deportistas, para el afrontamiento del dolor pasa algo muy similar.

El afrontamiento es la capacidad de identificar, manejar y superar los problemas que nos estresan cada día. La capacidad de afrontamiento de cada individuo tiene distintos puntos fuertes y débiles. Pero todos se pueden mejorar.

Como el dolor tiene un impacto emocional muy fuerte, los aspectos que le rodean y la interacción de la persona que lo sufre harán que éste sea más o menos grave.

En este caso, también existen dos tipos de personas y las estrategias que utilizan cada una para enfrentarse al dolor. Aquellas que lo afrontan de manera activa tendrán una visión más positiva y controlarán el dolor, y aquellas que lo afrontan de manera pasiva experimentarán dolores más fuertes y descontrolados debido a la visión pesimista sobre su problema. Estas estrategias pueden clasificarse como estrategias activas y pasivas³⁰.

Los ejemplos de estrategias de afrontamiento activo son los siguientes:

- Aprender acerca del problema
- Buscar maneras de moverse
- Explorar y empujar poco a poco los límites del dolor
- Mantenerse positivo
- Hacer planes

Ejemplos de estrategias de afrontamiento pasivas

- Evitando la actividades
- No haciendo nada
- Esperando que pase algo
- Creyendo que alguien tiene la respuesta

Con todas las estrategias ya mencionadas para intentar disuadir la sensación de dolor, es necesario también, hacer hincapié en una manera muy utilizada de que desaparezca o de que por lo menos disminuya.

La distracción es una potente forma para desactivar el dolor. No sólo lo alivia, también se puede combinar con ejercicios creativos de rehabilitación, para obtener una mayor eficacia en los resultados de los mismos

3. BENEFICIOS OCULTOS DE LAS LESIONES DEPORTIVAS

Aunque normalmente se suele considerar que la ocurrencia de una lesión es un accidente fatal para el que la sufre y para los que le rodean, ya sea el equipo (por una pérdida de uno de sus miembros en un período de tiempo inexacto), como la familia, amigos, etc. En algunas ocasiones la lesión conlleva ciertas cuestiones positivas para el deportista.

Las fuentes de estrés sobretodo en alto rendimiento son numerosas y muy intensas. El nivel de exigencia, el sacrificio y la competición implican que el deportista esté plenamente centrado en su cometido y en el de su equipo. Por esto, muchas veces la lesión supone un alivio para el jugador, ya que muchas de sus funciones y sus objetivos se sustituyen por la mejora de su estado de salud, con lo que le eximen de cualquier otro tipo de responsabilidad.

Debido a ello, aparecen los denominados <<*malingers*>> (*fingidores*), deportistas que intencionadamente mienten o exageran sobre su lesión con el objetivo de eludir su compromiso y excusar su participación en la competición³²

Justificar el bajo rendimiento, la suplencia, la pérdida de una beca deportiva, no defraudar con las expectativas, llamar la atención, etc. Son las causas más frecuentes que utilizan estos jugadores para fingir o exagerar una lesión.

Aunque el trabajo del fisioterapeuta en el momento de la lesión sea la curación física del deportista, también es indispensable analizar en primer lugar si la lesión es fingida o es real. En cualquier caso, y aún reconociendo la dificultad que implica esto; existen algunas diferencias en los comportamientos entre un deportista lesionado y otro que no lo está.

Actitud hacia la lesión:

- Lesionados: Sienten frustración y pena cuando se lesionan porque no pueden contribuir en los objetivos del equipo
- Fingidores: Siempre sitúan los objetivos colectivos en un segundo plano.

Implicación en el tratamiento:

- Lesionados: Intentan asistir a todos los entrenamientos y partidos de su equipo, acuden a las sesiones de recuperación y se esfuerzan por seguir las indicaciones de los médicos, fisioterapeutas y psicólogos deportivos.
- Fingidores: Buscan en el tratamiento la excusa perfecta para evitar el entrenamiento y la competición, mientras consiguen atención y simpatía.

En estos casos, lo mejor es una colaboración interdisciplinar con el profesional de la psicología, el equipo médico, el preparador físico y por supuesto

el fisioterapeuta, ya que trabajar esta compleja situación desde una única visión interdisciplinar, puede optimizar los trabajos de prevención y tratamiento de lesiones deportivas.

Así pues, como señala Heil⁵, *“la lesión es uno de los obstáculos más importantes para el exitoso rendimiento de los deportistas; mientras que la habilidad para aceptar la realidad producida por la lesión, además de una buena actitud delante del proceso de rehabilitación, es fundamental para la longevidad de la carrera deportiva y la consecución del máximo potencial atlético.”*

4. REPERCUSIONES PARA LA PRÁCTICA FISIOTERAPÉUTICA

Numerosas lesiones se producen hoy en día mientras se practica deporte. En las últimas décadas, éstas han aumentado de forma directamente proporcional al número de practicantes de la actividad deportiva.

Como fisioterapeutas es importante saber llevar la rehabilitación física pero también acompañar en la rehabilitación psicológica del deportista. Es por eso que se detallan más adelante intervenciones específicas para las situaciones en las que puede verse implicado un fisioterapeuta deportivo.

En primer lugar, se exponen brevemente algunas estrategias psicológicas que como profesionales de la fisioterapia se pueden ejercer, ya que no entrañan dificultad y permiten acoplarse perfectamente a la rehabilitación funcional, mejorándola de forma exhaustiva.

Relajación.

En muchas ocasiones, cuando se produce una lesión se asocia a un mecanismo involuntario de tensión muscular en la zona lesionada. La relajación en estos casos puede servir para controlar esta tensión, algunas manifestaciones del estrés, y favorece la circulación sanguínea en la zona relajada (asociada a una mejor recuperación).

Con este procedimiento se pretende enseñar la relajación mediante ejercicios en los que las personas deben tensar y destensar, alternativamente, distintos grupos musculares, para que de esta forma, aprendan a discriminar entre las sensaciones de tensión y las de relajación, y lleguen a ser capaces de identificar las señales fisiológicas de tensión.

Biofeedback

Consiste en aportar información sobretodo visual (aunque también se puede de forma auditiva) sobre las funciones del organismo relacionadas con la lesión³³.

El biofeedback se suele utilizar para:

a) Reducir nivel de tensión muscular general o específico de la zona lesionada

b) En otros casos aumentar, la tensión muscular en zonas que han perdido musculatura como consecuencia de la lesión.

c) Contribuir a la reeducación neuromuscular o motriz

d) Propiciar el funcionamiento independiente de grupos musculares que suelen actuar al unísono pero que debido a la lesión deben ser entrenados de manera diferente.

e) Ayudar a la ejecución apropiada del trabajo a realizar.

Práctica en imaginación

Consiste en imaginar los procesos físicos y biológicos que deben de producirse en la zona lesionada para que se recupere. Para ello, el deportista debe conocer los procesos y elementos fisiológicos que intervienen (no con demasiada exactitud). Las imágenes deben ser³³:

⤴ Relacionadas con la parte lesionada curándose

⤴ Relacionadas con el tratamiento de fisioterapia que está produciendo la recuperación

⤴ Relacionadas con la parte lesionada, totalmente curada y funcionando perfectamente

La práctica en imaginación suele dividirse por sesiones:

- Antes de comenzar los ejercicios de rehabilitación

- Cuando ya se están realizando

- Al final de la rehabilitación

y deben hacerse constantemente pero sin excederse en el tiempo. Un total de 20 minutos incluida la relajación será perfecto para un buen trabajo de rehabilitación.

Técnicas para el control del dolor.

Se debe diferenciar entre el dolor que se debe tolerar mediante las estrategias expuestas a posteriori, y el dolor que indica que se debe parar la actividad deportiva por peligro de una lesión más grave. En el primer caso, se trata de una respuesta que el deportista deberá superar para obtener éxito en la recuperación; y en el segundo caso, se trata de una señal de <<alarma>> que pone en peligro la lesión del atleta y también la recuperación de la misma. Es aquí donde el fisioterapeuta se encarga de asesorar al deportista y de estar pendiente de sus síntomas de dolor, ayudándole a distinguir cuándo debe perseverar y seguir trabajando neutralizando el dolor y cuándo, por el contrario, debe detenerse ante el dolor³³.

Siete tipos de estrategias mentales para controlar el dolor, han sido consideradas a menudo en la literatura³⁴:

1. Dirigir la atención a estímulos externos

2. Atender a imágenes agradables

3. Atender a imágenes neutras
4. Realizar una actividad mental monótona
5. Imaginar procesos que controlan el dolor
6. Transformar el dolor en una sensación agradables
7. Asociar el dolor a la consecución de un importante reto personal

Autoafirmaciones y autoinstrucciones.

Las autoafirmaciones son frases que se dice uno a sí mismo para controlar su estado psicológico y al mismo tiempo creer en lo que se está diciendo “vamos que tú puedes”

Las autoinstrucciones son órdenes que el deportista se dice a sí mismo para acordarse de completar una acción. Normalmente autoafirmación y autoinstrucción se utilizan de forma consecutiva³³.

Por ejemplo, en una rehabilitación de un deportista con una lesión en el ligamento cruzado anterior. “estoy pasando por un mal momento, pero puedo superarlo” (autoafirmación); “no pienses en el dolor, respira hondo e intenta doblar la rodilla todo lo que puedas, cuánto mejor lo hagas más rápido empezarás a competir” (autoinstrucción).

Apoyo Social

Toda persona enferma, sea de una lesión o de algo más grave, necesita tener cierto apoyo, afecto, atención emocional constante, etc. ya que a veces la situación por la que se pasa (lesión) puede no ser controlable emocionalmente por la persona que la sufre⁴.

En el este contexto, Palmi⁴ establece que existen diferentes tres tipos de apoyo social, cada uno de ellos muy importante. El deportista necesita contar con un entorno que le arroje y le facilite la aceptación y recuperación de la lesión. Estos son:

- El equipo médico: Debe contar con profesionales que sepan hablar y escuchar y busquen alternativas para mejorar el tratamiento.
- El equipo deportivo: La relación con sus compañeros y el entrenador lo ayudará a no desvincularse de la actividad deportiva, lo que también le dará ganas y fuerzas para seguir con la recuperación. He aquí la razón de por qué un entrenador no debe apartar a un lesionado del entorno deportivo, ya que la proximidad a este ámbito mejorará la readaptación deportiva (última fase de la recuperación)
- La familia y amistades más próximas: Ayudará a la mejora del autoestima después del impacto emocional que provocó el accidente.

Un elemento a tener en cuenta es el aprovechamiento que se puede hacer de los miembros del equipo que hayan sufrido una lesión similar y se hayan recuperado. El jugador ya recuperado puede escuchar al jugador lesionado y

ayudarle en las maneras de afrontar la lesión y estrategias para lograr después un máximo rendimiento.

También puede ser muy útil la creación de videos donde se muestre como deportistas lesionados han afrontado las diferentes fases de la lesión y han vuelto a ser los mismos atletas que antes, incluso consiguiendo grandes logros a posteriori.

Optimización del tiempo de inactividad

Aunque el deportista esté en un período de descanso debido a la lesión, es importante aprovechar para incentivarle con ciertas habilidades psicológicas que son fundamentales para un mejor afrontamiento en su vida deportiva, al margen de la lesión, como son: establecimiento de objetivos, control del estrés, etc.; incluso para la potenciación de estrategias técnico-tácticas propias del deporte que se practica³³.

4.1 INTERVENCIÓN POST-LESIONAL

Esta es, quizás, la fase más importante dentro del ámbito fisioterapéutico, ya que es aquí donde en todos los casos se precisa la ayuda del profesional de la fisioterapia.

En este contexto, destacan dos fases³⁵. La fase de inmovilización y la fase de movilización.

Fase de Inmovilización

Esta es la fase más dura por la que pasa el deportista a nivel psicológico. Después de sufrir una lesión, la visión se torna al pesimismo y a la depresión. Es en este momento cuando el fisioterapeuta debe ejercer como una fuente de apoyo social, tanto a nivel médico como a nivel de equipo.

Lo ideal es que utilizara estrategias psicológicas como las ya mencionadas en otros apartados, como son:

- La comunicación: Saber hablar y escuchar
- Relajación
- Determinación de objetivos (Quizás lo más importante). Realizando ejercicios que no incluyan la parte lesionada para no perder la forma física.

Fase de Movilización

Esta es la fase más larga, el deportista irá recuperando su funcionalidad y progresivamente se irá incorporando al trabajo en equipo. Se proponen tres fases por las que pasará el jugador³⁵.

- Recuperación:

Corresponde al período en el que se va realizando la mejora de la lesión. El deportista deberá afrontar muchos momentos incómodos y de dolor, por lo que también tendrá que valerse de técnicas de relajación junto con un importante apoyo social para soportar los cambios emocionales por los que pasará en este período.

El fisioterapeuta deberá hacer uso en cada sesión del establecimiento de objetivos a corto plazo para mantener elevada la motivación del jugador.

- Readaptación

Equivale a la fase donde el deportista empieza a adquirir la tonificación muscular de todo el cuerpo y vuelve a recuperar la forma física perdida después de la lesión

En este caso, el establecimiento de objetivos debe ser a medio plazo (semanal).

- Reentrenamiento

En este período el objetivo es volver al trabajo de entrenamiento y competición.

Lo correcto en esta fase, sería trabajar la confianza y la concentración en cada acción.

También se tendrá en cuenta el establecimiento de objetivos, pero esta vez, deberán ser marcados en cada entrenamiento, objetivos muy específicos.

Del mismo modo, el apoyo social no se dejará de lado, siempre es un factor importante. El deportista acaba de salir de una lesión y a veces las cosas no salen como le gustaría, sentirse respaldado mejorará su integración con el grupo y la autoconfianza.

4.2 MODELO DE ACTUACIÓN PARA DEPORTISTAS QUE DEBAN COMPETIR LESIONADOS

Muchas veces, en el deporte hay que arriesgar. La fisioterapia deportiva debe estar enfocada a la rehabilitación del deportista a una velocidad extrema que le permita seguir compitiendo si así lo exige el juego.

Sin embargo, en determinadas situaciones los atletas no acaban de recuperarse del todo y deben competir, ya sea porque es un partido importante (como una final, semifinal, etc.) o porque no hay otra alternativa, por falta de medios no hay más jugadores o no hay más que jueguen en ese puesto.

Por tanto, el fisioterapeuta por exigencia del club o por exigencia del jugador que quiere participar, deberá aliviar el dolor, evitar un empeoramiento de la lesión y también preparar al jugador psicológicamente para que incluso con las limitaciones de su lesión, pueda dar un cien por cien de su capacidad.

En este caso, el fisioterapeuta y el jugador deberán analizar los pros y contras de competir bajo lesión. Es decir, el jugador ha de tener toda la información sobre su lesión y las consecuencias que puede acarrearle forzar en la competición.

No sólo implica que la recuperación no va a ser efectiva y que quizás el trabajo ejercido en la rehabilitación, no va a dar sus frutos sino que además, la lesión puede agravarse y pasar de ser una con un protocolo de actuación sencillo,

a una con un protocolo de actuación más complejo. Repercutiendo así, en el futuro de la vida deportiva del atleta.

Una vez que ya sabe cuál es su estado real, se debería preguntar al deportista si con toda la información que ha recibido, está dispuesto a arriesgar. Si cree, que en su estado, va a poder aportar al equipo lo mismo que cuando está al cien por cien. También se ha de tener en cuenta el estrés que ello le va a suponer, ya que es una situación complicada.

Lo primero que se debe hacer es tener en cuenta cuáles van a ser las fuentes de estrés para el deportista³³.

Una lesión es una responsabilidad importante para quien la sufre. Se debe prestar atención a los cuidados oportunos que implica, y tener presente que existen numerosos altibajos en la recuperación, a veces parece estar mejor de lo que realmente está, esto suele acarrear un exceso de confianza y por tanto, puede significar el agravamiento de la lesión.

Otro factor importante viene relacionado con el miedo. Tanto el miedo a agravar los síntomas como el miedo a no cumplir las expectativas. El deportista debe adaptarse a sus limitaciones y a partir de ahí establecer cuáles serán las posibilidades de conseguir los objetivos marcados.

Una vez que se conocen las fuentes de estrés que tendrá el deportista cuando tenga que competir lesionado, la intervención a nivel psicológico a realizar podría constar de diversas partes.

1. Conocer la repercusión de la lesión en el funcionamiento deportivo: ¿qué pérdidas deportivas puede suponer la lesión? ¿hay amenaza de que pueda perder su status o rol dentro del equipo? ¿debe cambiar sus objetivos deportivos de la temporada?...

2. Evaluación del dolor. El dolor es una experiencia subjetiva estresante: ¿dónde duele y con qué intensidad? Para conocer la intensidad se puede utilizar una escala de 0 (ausencia de dolor) a 10 (máximo dolor).

De hecho se puede confeccionar junto con el deportista una hoja de auto registro de su experiencia de dolor, como se presenta en el anexo 1.

Conocer su nivel de dolor, dará una idea de hasta qué punto el deportista está en condiciones de competir lesionado.

Para obtener un buen rendimiento del deportista, será necesario incidir en él en varios aspectos.

Tanto en la competición como en los entrenamientos, si es necesario que el jugador lleve vendajes y/o protecciones, el fisioterapeuta deberá insistir en que el deportista ensaye con ellos en cada una de las situaciones para que se adapte lo mejor posible y comprenda cuáles serán sus limitaciones. También si existe algún tipo de molestia o dolor provocada por estos accesorios poder modificarlos para que sean lo más cómodo y funcional posible.

Además, como ya se comentaba anteriormente, aunque el jugador se encuentre lesionado deberá trabajar en las mismas aptitudes que los demás miembros del equipo junto con las tareas de rehabilitación propias, favoreciendo la integración de éste en el momento de la competición.

Otro factor importante será el miedo que sentirá el deportista a lesionarse de mayor gravedad.

El jugador debe prepararse para sentir molestias, dolores, etc. Pero siempre apoyado por el fisioterapeuta, que sepa indicarle estrategias a seguir para bajar el nivel de estrés provocado por el miedo. Una buena estrategia puede ser la relajación y la realización de autoafirmaciones y autoinstrucciones, utilizándolas en el momento en el que sienta mayores molestias.

El control de la lesión para el deportista, es una pieza clave. Esto engloba los cambios emocionales que sentirá el jugador, el control de sus expectativas y de las expectativas de los demás.

A veces, el deportista sentirá que se encuentra bien, que no siente dolor, esto le dará un exceso de confianza y optará por arriesgar. Es primordial, hacerle entender, que a veces las percepciones que tiene uno de su cuerpo no son las correctas, y que arriesgar cuando no se está totalmente recuperado y sin aprobación del fisioterapeuta, le puede suponer una baja aún más larga.

A esto se le suma, que el deportista no podrá rendir como le gustaría a él, ni como los demás esperan que rinda, y es labor del fisioterapeuta y del entrenador, elaborar un establecimiento de objetivos, donde vaya obteniendo las metas propuestas y así, conserve la motivación y las ganas de superarse a sí mismo.

Como último punto, no por ello menos importante, es la realización de las conductas necesarias y rutinarias antes y después de cada entrenamiento y/o competición (masajes, estiramientos, relajación, vendajes funcionales, carreras, etc.).

Estas pautas, sirven como un modelo de ejemplo a seguir dónde un fisioterapeuta puede respaldarse para enfrentarse a este tipo de situaciones y no ver perjudicado su trabajo de rehabilitación.

4.3 MODELO DE ACTUACIÓN PARA DEPORTISTAS QUE EVITAN LA RECUPERACIÓN

Esta situación es muy parecida a la comentada en el apartado 3. Sin embargo, a diferencia del caso mencionado, aquí sí existe una lesión real.

Los deportistas que evitan la recuperación, lo hacen, generalmente, con la intención de huir por esta vía del estrés del entrenamiento y la competición, y también, en ocasiones, como medio de atraer la atención de los demás o como consecuencia de una baja motivación por la actividad deportiva.³⁶

Esto es una situación compleja para el profesional de la fisioterapia, un paciente que no se quiere recuperar, muy difícilmente mostrará adherencia al tratamiento rehabilitador y por tanto, no existirá mejora de la disfuncionalidad del jugador.

En primer lugar, el fisioterapeuta deberá analizar las fuentes que le provocan estrés junto con el deportista³³.

Cuando se haya establecido la comunicación fisioterapeuta-paciente y se hayan diagnosticado dichas fuentes, pueden llevarse a cabo estrategias de relajación y de práctica en imaginación, donde se muestren situaciones en las que se resuelvan las causas del estrés.

A partir de entonces, es necesario hacer crecer la motivación del jugador. El establecimiento de objetivos es una buena opción. Deben ser alcanzables y que no resulten demasiado amenazantes, aumentando que los deportistas lo afronten. Pero tampoco deben ser muy sencillos de conseguir, ya que esto provocaría aburrimiento y por tanto, falta de interés, llevando al deportista a la conducta de escape o evitación.

Para aquellos deportistas que sólo intentan llamar la atención, la mejor arma será no darle mayor importancia, evitar que el resto del equipo esté constantemente pendiente de él y favorecer la sensación de que una vez recuperado obtendrá más atención de los demás que si sigue lesionado.

Al mismo tiempo, intentar aumentar las tareas de rehabilitación, y si el jugador siente gratificación en el contacto con el fisioterapeuta, se pueden crear sesiones rutinarias de prevención y aprovecharlas para reforzarle por no estar lesionado y continuar activo.

Cuando se acerque el momento de la reaparición, hay que tener en cuenta que es una situación muy estresante para el deportista, y es muy probable que se produzca de nuevo la conducta de evitación.

Aplicando las estrategias adecuadas para la eliminación del estrés y/o su control, no tiene que haber problema con el atleta.

De todas maneras es importante que se le siga observando sobretodo en las primeras semanas de actividad, para ir resolviendo con él los momentos de estrés que puedan surgir.

4.4 MODELO DE ACTUACIÓN PARA DEPORTISTAS QUE DEBEN RETIRARSE COMO CONSECUENCIA DE UNA LESIÓN

La retirada definitiva como consecuencia de una lesión suele ser una experiencia traumática con un importante impacto psicológico. La intervención en estos casos, diferente a la más habitual con deportistas que esperan volver a la actividad normal, debe ser exclusivamente dirigida por un psicólogo deportivo. Sin embargo, muchas veces no se cuenta en ese momento oportuno con un profesional de la psicología y por tanto, un fisioterapeuta (como cualquier profesional de la salud) debe tener en cuenta ciertas estrategias para dar <<malas noticias>>.

Comunicar malas noticias es, probablemente, una de las tareas más difíciles que deben enfrentar los profesionales de la salud, lo tienen que hacer con mucha frecuencia y esto puede ser un motivo de gran ansiedad. Los receptores de las malas noticias difícilmente olvidan dónde, cuándo y cómo les fue comunicada una mala noticia.

Estudios realizados al respecto han demostrado que una comunicación no efectiva puede tener un impacto adverso de larga duración.

Con el fin de facilitar esta tarea se presenta a continuación un protocolo que puede ser de utilidad para comunicar información sobre la necesidad de retirarse³⁷:

PASO 1

Primero que nada, el fisioterapeuta debe asegurarse de encontrar un lugar privado y tranquilo y consecutivamente, llevar al deportista, al entrenador y a un familiar cercano, si así lo requiere.

PASO 2

Orientado a obtener impresión sobre lo que el jugador sabe.

A veces, los deportistas refieren no haber entendido su problema, a pesar de habersele explicado con anterioridad; esto puede significar que el jugador está adoptando una postura de negación o la búsqueda de una explicación que no suponga tal gravedad para sí mismo.

Decodificar señales es una habilidad esencial para entender los sentimientos de los pacientes. Por eso, es importante identificar lo que el deportista siente mediante su comunicación verbal y no verbal.

PASO 3

Averiguar qué quiere saber el jugador acerca de su lesión.

Se debe preguntar si quiere información detallada sobre su problema; en el caso de que la respuesta sea negativa, se debe dejar tiempo de reflexión para volver a entrar en la conversación más tarde.

En el caso de que la respuesta sea positiva, se procederá a compartir la información

Es primordial utilizar el vocabulario del atleta. Se le debe preguntar en cada momento si ha entendido lo que se le ha explicado.

PASO 4

Después de haber pasado ese “mal trago”, llega el momento de ofrecer una perspectiva positiva y establecer posibles planes de futuro.

Para ello deben tenerse en cuenta los siguientes puntos:

- Aceptar las opiniones y los puntos de vista del paciente y sus familiares.
- Sensibilidad
- Desarrollar explicaciones comprensibles que el deportista pueda recordar.
- Desarrollar un plan conjunto.
- Clarificar los pasos que se han de seguir.
- Establecer planes: explicar qué hacer cuando las cosas no se producen como estaban previstas.

Aún sabiendo el enorme desafío que significa comunicar malas noticias, los profesionales de la salud involucrados podrán ofrecer una presencia terapéutica eficaz en el momento de máxima necesidad del deportista.

El mensaje debe ser firme, pero con un delicado equilibrio entre prudencia y esperanza. La actitud profesional y las habilidades de comunicación desempeñan un papel fundamental y decisivo en el modo en que el paciente aborda su problema.

5. CONCLUSIONES

Tradicionalmente, en el ámbito fisioterapéutico se le ha dado una importancia exclusiva a la recuperación en el aspecto físico del deportista, desatendiendo aspectos fundamentales como la adaptación psicológica a la lesión y su rehabilitación.

Especialmente en la fisioterapia deportiva se manejan técnicas de curación que reducen el período de tiempo requerido para la rehabilitación física, pero a esto, también se le debe añadir una intervención para facilitar un ajuste psicológico paralelo.

Factores como el estrés son predictores de lesión. Es fundamental enseñar al deportista a gestionar su estrés como medio de prevenir sus consecuencias negativas. Así como intervenciones cognitivo-conductuales son formas de ayudar a que los deportistas respondan a sus lesiones de manera psicológicamente más positiva y adaptativa.

También se ha de tener en cuenta que el deportista se debe exigir siempre el máximo y físicamente su cuerpo está preparado para ello, por eso el dolor en ellos es distinto a una persona que hace ejercicio de manera esporádica. En este caso ante el dolor la persona debe parar porque es señal de que se puede lesionar pero en el deporte de élite, el dolor es señal de ponerse las pilas y mejorar la respiración, la ejecución, la atención y concentración para dar lo mejor de sí, algo que no sería viable si no existiese una figura como la de un psicólogo deportivo o en su defecto un fisioterapeuta que supiera las bases del completo rendimiento deportivo a efectos de una lesión.

En este trabajo se opta por una aproximación educativa a la rehabilitación donde sobretodo el fisioterapeuta, los entrenadores y los psicólogos del deporte, enseñen al deportista cómo responder psicológicamente a una lesión de forma positiva y trabajar con técnicas especiales para la prevención o para facilitar un rápido ajuste psicológico y un afrontamiento adaptativo.

Como fisioterapeutas, el saber acompañar al deportista a lo largo de las diferentes reacciones que va a tener, como consecuencia de la lesión deportiva, mejorará el paso por estos momentos y mejorará también la recuperación funcional (tanto física como psicológica).

En un equipo deportivo, el mayor momento de angustia para un fisioterapeuta será la lesión del deportista dado que la recuperación debe ser la más rápida y eficaz posible. Por tanto, se deben desarrollar ciertas estrategias e intervenciones psicológicas para poder favorecer esta progresión, el paso de la inmovilización al de la movilización y reentrenamiento.

Además, se aportan conceptos, fases y propuestas de intervención, que son válidas para cualquier nivel deportivo con la única diferencia que en deportes

de alto rendimiento las repercusiones e influencias son mucho más exageradas que en los demás deportistas.

No obstante, también la psicología de las lesiones deportivas pueden servir a todas aquellas personas afectadas por una disfuncionalidad, con una gran repercusión psicológica y en ausencia de una patología orgánica grave aunque no tengan nada que ver con el ámbito deportivo.

En resumen, por mucho que a veces se deje de lado la psicología y el fisioterapeuta desarrolle su rehabilitación centrado exclusivamente en el estado físico, en este trabajo se pone de manifiesto que la mente y el cuerpo van unidos y que, al final, una rehabilitación completa y eficaz será aquella que una ambos términos.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. SELYE, H. The stress of life. Nueva York: McGraw Hill. (Original publicado en 1956); 1978.

2. YERKES, R. M. & DODSON, J. D. The Relation of Strength of Stimulus to Rapidity of Habit-Formation. Journal of Comparative Neurology and Psychology. 1908; (18).459-482.

3. BUCETA, J. M. Estrategias psicológicas para entrenadores de deportistas jóvenes. Madrid. Dykinson; 2004

4. PALMI, J. Visión psicosocial en la intervención de la lesión deportiva. Cuadernos de Psicología del Deporte. 2001; 1(1): 69-79.

5. HEIL, J. Psychology of Sport injury. Champaign. Human Kinetics; 1993

6. PALMI, J., PEIRAU, X., SANUY, X. Y BIOSCA, F. (en prensa). Esport i Lesió, En Actas X. Jornades de l'Associació Catalana de Psicologia de l'Esport (ACPE), Lleida: Publicacions de la Diputació de Lleida.

7. PARGMAN, D. Psychological dimensions of Sport injuries. En proceedings. World Congress in Sport psychol.gy. 8th. Lisboa: ISSP; 1993

8. ANDERSEN, M. B. & WILLIAMS, J. M. A model of Stress and Athletic injury: Prediction and Prevention. Journal of Sport and Exercise Psychology. 1988; 10 (3): 294-306.

9. BREWER, B. W. Review and critique of models of psychological adjustment to athletic injury. Journal of Applied Sport Psychology. 1994; (6): 87-100.

10. WIESE-BJORNSTAL, D. M., SMITH, A. M., SHAFFER, S. M. & MORREY, M. A. An Integrated Model of Response to sport injury: psychological and sociological dynamics. Journal of Applied Sport Psychology. 1998; (10): 46-69.

11. AVERILL, J. A. Grief: its nature and significance. Psychological Bulletin. 1968; 70: 721-748.

12. ENGEL, G. L. Is grief a disease? A challenge for medical research. Psychosomatic Medicine. 1961; 23: 18-22.

13. KUBLER-ROSS, E. On death and dying. London: MacMillan; 1969.

14. BUGEN, L. A. Human grief: a model for prediction and prevention. *American Journal of Orthopsychiatry*, nº 47, pp. 196-206; 1977
15. BOWLBY, J. *Attachment and Loos*. (Vol. 3) Middlesex, UK: Penguin; 1991.
16. WORDEN, W. *Grief counselling and grief therapy: a handbook for the mental health practitioner*. London: Routledge; 1991
17. GORDON, S. Sport Psychology and the injured athlete: a cognitive behavioral approach to injury response and injury rehabilitation. *Sport Science Periodical on Research and Technology in Sport*.1986; 1: 1-9.
18. GORDON, S., MILLIOS, D. & GROVE, J. R. Psychological aspects of the recovery process from sport injury: the perspective of sport physiotherapist. *Australian Journal of Science and Medicine in Sport*. 1991; 23: 312-318.
19. HODGE, K. & MCNAIR, P. J. Psychological rehabilitation of sports injuries: practical guidelines for the sports medicine team. *New Zealand Journal of Sports Medicine*. 1990; 18(4): 64-67.
20. WIESE, D. M. & WEISS, M. R. Psychological rehabilitation and physical injury: implication for the sports medicine team. *The Sport Psychologist*. 1987; 1 (4): 318-330.
21. WIESE-BJORNSTAL, D. M. & SMITH, A. M. Counselling strategies for enhanced recovery of injured athletes within a team approach. En D. Pargman (ed.) *Psychological bases of sports injuries*. Morgantown: FIT; 1993. 149-182.
22. RAMIREZ, A. *Lesiones deportivas: Un análisis psicológico de su recuperación*. Tesis doctoral. Universidad del País Vasco; 2000.
23. BREWER, B. W. Self identity and specific vulnerability to depressed mood. *Journal of personality*.1993; 61: 343-364.
24. LEDDY, M. H., LAMBERT, M. J. & OGLES, B. M. Psychological consequences of athletic injury among high level competition. *Research Quarterly for Exercise and Sport*.1994; 65: 349-354.
25. CHANG, C. S. & GROSSMAN, H. Y. Psychological effects of running loss on consistent runners. *Perceptual and Motor Skills*.1988; 66: 875-883.
26. SHAFFER, S. M. *Attributions and self-efficacy as predictors of rehabilitative success*. Unpublished Masters Thesis: University of Illinois,1991.
27. DALU, K. M., BREWER, B. W., VAN RAALTE, J. L., PETITPAS, A. J. & SKLAR, J. H. Cognitive appraisal, emotional adjustment and adherence to rehabilitation following knee surgery. *Journal of Sport Rehabilitation*. 1995; 4: 22-30.
28. WEISS, M. R. & TROXELL, R. K. Psychology of the injured athletic. *Athletic training*. 1986; 21 (2): 104-109.
29. SMITH, A. M., STUAR, M. J., WIESE-BJORNSTAL, D. M., MILLINER, E. K., O'FALLON, W. J. & CROWAON, C. S. Competitive athletes: pre and post injury mood state and self-esteem. *Mayo Clinic Proceedings*.1993; 68: 939-947.

30. BUTLER, D., & MOSELEY, L. Explain pain. Australia. Noigroup Publications; 2003.
31. HIGGS, J. & JONES, M. Clinical Reasoning in the Health Professions. 2nd ed. Butterworth-Heinemann; 2000.
32. KANE, B. Trainer counselling to avoid three face-saving maneuvers. Athletic Training. 1984; 19: 171-174.
33. BUCETA, J. M. Psicología y lesiones deportivas: prevención y recuperación. Madrid. Dykinson; 1996.
34. WACK, J. T. & TURK, D. C. Latent structures in strategies for coping with pain. Health Psychology. 1984; 3: 27-43.
35. PALMI, J. Componentes psicológicos en la prevención e intervención de las lesiones deportivas. Rev.de Psicol. Gral. y Aplic.,1995; 48 (1): 161-170.
36. ROTELLA, R. J., OGILVI, B. C. & PERRIN, D. H. The malingering athlete: Psychological considerations. En D. Pargman (edition) Psychological Bases of Sport Injuries. Morgantown, WV: Fitness Information Technology. 1993
37. BUCKMAN, R. & KANSON, Y. Breaking bad news: a six-step protocol. Buckman R, editor. How to break bad news: a guide for health care professionals. Baltimore: The Johns Hopkins University Press. 1992; 65-97.