

UNIVERSIDAD DE PALERMO  
Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales

Carrera de Psicología

Trabajo Final Integrador

Título: Técnicas de intervención psicológicas para la recuperación de una triatleta lesionada

Autor: Esther Viviana Bekierman

Tutor: Lic. Pablo Nigro

## ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	4
2. OBJETIVO GENERAL.....	4
2.1. Objetivos Específicos.....	4
3. MARCO TEÓRICO.....	5
3.1. Psicología deportiva.....	5
3.2. Lesiones deportivas .....	6
3.3. Consecuencias psicológicas de la lesión deportiva.....	8
3.3.1. Modelo centrados en las reacciones emocionales del deportista.....	8
3.3.2. Modelo integrado.....	9
3.4. Modelo para la intervención psicológicas en las lesiones deportivas .....	16
3.5 La vuelta del deportista rehabilitado a la competición .....	19
4. METODOLOGÍA .....	21
4.1. Tipo de estudio .....	21
4.2. Participantes .....	21
4.3. Instrumentos .....	22
4.4. Procedimiento .....	22
5. DESARROLLO.....	22
5.1. Objetivo 1: Describir las consecuencias psicológicas que produce una lesión grave en una triatleta de competición lesionada.....	22
5.2. Objetivo 2: Describir las técnicas de intervención psicológicas orientadas a la recuperación de una triatleta de competición lesionada .....	30
5.3. Objetivo 3: Analizar los cambios percibidos por la triatleta en cuanto al impacto psicológico de la lesión a lo largo del proceso de rehabilitación .....	34
6. CONCLUSIONES .....	36
6.1. Objetivos.....	36
6.2. Limitaciones, fallas, perspectiva crítica y aporte personal.....	39

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	41
8. ANEXOS .....	43
8.1. Entrevista semiestructurada a la Triatleta.....	44
8.2. Entrevista semiestructurada al Psicólogo .....	74

## 1. INTRODUCCIÓN

Luego de explorar otras alternativas para realizar la práctica profesional se escogió como institución a un club del barrio de Núñez. Para llevarla a cabo se concurrió al club en distintos días y horarios, en los que se realizaron diferentes actividades con el fin de recaudar el material necesario, cumpliendo con un total de 280 horas.

Las tareas más destacadas llevadas a cabo fueron la observación de entrenamientos de gimnasia artística, vóley, básquet, hockey sobre césped, natación, atletismo y fútbol de distintas categorías, asistencia a las reuniones semanales que efectúa el equipo de psicólogos, entrevistas semi-estructuradas con diferentes profesionales que asisten a los diferentes deportistas, como psicólogos, médico, kinesiólogo, nutricionista, preparador físico y cuerpo técnico. Además, en distintas ocasiones se asistió a la pensión en donde viven los jugadores de reserva y juveniles.

En un principio la propuesta fue entrevistar a un jugador de fútbol de la categoría 96 quien apenas comenzó a jugar en primera división tuvo que ser operado de ligamentos cruzados anteriores de la rodilla derecha. Pero debido al estado anímico del jugador que atravesaba el proceso de rehabilitación se decidió entrevistar a una triatleta que había sufrido la misma lesión y ya se encontraba recuperada y con un mejor estado anímico en general.

A partir de las diferentes tareas realizadas, se describieron las técnicas de intervención psicológicas orientadas a la recuperación de una triatleta de competición lesionada.

## 2. OBJETIVO GENERAL

Describir las técnicas de intervención psicológicas orientadas a la recuperación de una triatleta de competición lesionada.

### 2.1. Objetivos Específicos

1: Describir las consecuencias psicológicas que produce una lesión grave en una triatleta de competición lesionada.

2: Describir las técnicas de intervención psicológicas orientadas a la recuperación de una triatleta de competición lesionada.

3: Analizar los cambios percibidos por la triatleta en cuanto al impacto psicológico de la lesión a lo largo del proceso de rehabilitación.

### 3. MARCO TEÓRICO

#### 3.1. Psicología deportiva

El nacimiento de la psicología del deporte tiene sus orígenes en Europa a partir de 1897 cuando la psicología hacía sus primeras investigaciones de laboratorio; y se consolida en todos los continentes a mediados del siglo XX con la creación de distintas asociaciones, federaciones, congresos y ediciones de revistas científicas (Roffé, 2009).

Con el correr del tiempo, esta disciplina fue experimentando grandes cambios en cuanto a sus aspectos aplicados, teóricos y metodológicos. En una revisión bibliográfica realizada por Cruz Feliú (1997) explica cómo fue evolucionando la psicología deportiva en dichos aspectos: En cuanto a los aspectos aplicados, los primeros psicólogos del deporte se apoyaban en un enfoque clínico orientado a evaluar la personalidad de los atletas para ayudarlos a resolver sus problemas. En la década del 80 proliferó un enfoque más educativo y preventivo con un gran avance respecto a la intervención terapéutica dirigido a optimizar el rendimiento deportivo. En cuanto a los aspectos teóricos, en la década del 70 primó un enfoque cognitivo que ofreció al campo nuevas técnicas para la preparación psicológica. Una década después bajo un enfoque interconductual se destacó el valor que tienen los sujetos que interactúan con el deportista en la situación deportiva. En cuanto a los aspectos metodológicos, se ha planteado la necesidad de evaluar las hipótesis y teorías en investigaciones de campo sin descuidar la efectividad y validez de la teoría tendiendo un puente entre la investigación básica y la aplicada.

En la actualidad, la psicología del deporte ha adquirido entidad propia, tanto en el área de investigación como en su aspecto más aplicado. Esto se fue dando gracias a la creciente demanda de psicólogos deportivos en distintos ámbitos, al esfuerzo realizado para desarrollar métodos, técnicas e instrumentos específicos, útiles y válidos; a la oferta de formación especializada; al trabajo de diversas organizaciones, consejos y federaciones que trabajan en dicho campo fomentando encuentros, jornadas y congresos internacionales (Chirivella, 2010b).

La psicología del deporte hoy es definida como la ciencia que aplica los principios de la psicología en el ámbito deportivo con el fin de mejorar el rendimiento y considerando el deporte como un vehículo para el enriquecimiento humano (Cox, 2008). En este contexto, la función del psicólogo del deporte se da en cuatro grandes áreas: investigación, -para generar nuevos conocimientos que den respuesta desde el campo de la salud biopsicofísica-; enseñanza, -tanto en ámbitos de educación formal como no formal-; clínica, -para detectar o tratar trastornos emocionales que precisen tratamiento- y por último, el área de asesoramiento e intervención, -tanto para los deportistas como para su familia y entrenadores, con el objetivo de fomentar, entre otras cualidades, la motivación, la concentración, la confianza, y prevenir el abandono de la práctica o sobrecargas de estrés que podrían llevar a lesiones- (Roffé, 2009).

#### 3.2. Lesiones deportivas

Tanto la actividad física como el deporte implican una cantidad importante de beneficios y al mismo tiempo pueden acarrear algunos riesgos y consecuencias. Aunque los beneficios

superan a los problemas físicos, las lesiones son un riesgo importante para quienes practican cualquier tipo de actividad en la que el cuerpo esté involucrado (Bahr & Maehlum, 2007).

La definición de lesión proviene del término latino *laesio*, hace referencia a un daño o alteración morbosa, orgánica o funcional de los tejidos (Iracet, 1992). La lesión deportiva se da cuando dicha alteración o daño es producido como resultado de la práctica deportiva o de la realización de ejercicio físico (Gómez Correa, 2016). En este punto cabe señalar la diferencia entre el deporte y el ejercicio físico: la actividad física alude a cualquier movimiento realizado por un ser humano, natural o planificado, que requiera cierto desgaste de energía y tenga algún fin como proteger la salud, estético, de desempeño, deportivos o rehabilitadores; mientras que el deporte apunta a una actividad institucionalizada con reglas bien definidas y un compromiso físico y de competición con uno mismo y/o con los demás (Chirivella, 2010a).

Desde una perspectiva psicosocial, la lesión deportiva puede ser considerada como un accidente de trabajo (Buceta, 1996) que para los profesionales puede tener repercusiones negativas más allá de la propia salud, como la interrupción de la carrera o la pérdida del status profesional (Olmedilla Zafra & García Mas, 2009)

Una manera de clasificar a las lesiones es según el mecanismo de la lesión y el comienzo de los síntomas: las lesiones por uso excesivo son consecuencia de una sobrecarga repetida y se van desarrollando gradualmente; las lesiones agudas presentan una causa y un comienzo bien definidos y generan una lesión súbita e irreversible. En ocasiones la lesión puede parecer de inicio agudo y en realidad es el resultado de un proceso crónico (Bahr & Maehlum, 2007).

Además, las lesiones se pueden diferenciar según la estructura afectada. Por un lado se encuentran las lesiones de partes blandas, como las cartilaginosas, musculares, tendinosas y ligamentarias; y por otro, las lesiones esqueléticas como las fracturas. (Bahr & Maehlum, 2007).

Según Palmi Guerrero (2001), otra manera de clasificar las lesiones es según la gravedad o la repercusión sobre la cotidianidad del comportamiento del sujeto que la padece.

Esta clasificación presenta distintos tipos de lesiones: leves; moderadas; graves; incapacidad deportiva e incapacidad funcional. Las lesiones leves requieren de algún tipo de tratamiento sin interrumpir el entrenamiento ni las competiciones; las moderadas perjudican al entrenamiento y disminuyen el rendimiento del atleta; las graves conllevan un período de baja deportiva significativo y en ocasiones requieren de internación hospitalaria y/o de alguna intervención quirúrgica; la incapacidad deportiva o lesiones muy graves son aquellas que por un largo período de disfuncionalidad impiden al atleta recuperar su nivel anterior; en última instancia, las de incapacidad funcional, catastróficas o invalidantes son lesiones que implican una disfuncionalidad permanente impidiendo el rendimiento deportivo y con efectos negativos sobre la vida cotidiana.

Las variables psicológicas más destacadas que pueden incrementar o reducir la vulnerabilidad a lesionarse de los deportistas y que contribuyen en el proceso de recuperación o de prevención de futuras recaídas son la motivación, el estrés psicosocial, la atención, la agresividad, la impulsividad, la toma de decisiones, la autoconfianza, la autoestima, la

persistencia, la tolerancia a la frustración, la tolerancia a la adversidad, el estado de ánimo y la comunicación interpersonal (Buceta, 1996).

Es probable que la variable psicológica más relevante sea el estrés psicosocial, ya que por un lado el estrés es una respuesta compleja que puede incrementar el riesgo a las lesiones deportivas y por otro lado, las lesiones son un evento estresante en sí mismo ya que una lesión produce: dolor e incomodidad general; interrumpe la actividad habitual del deportista provocando reacciones emocionales adversas como enojo, irritabilidad o depresión; en ocasiones puede llevar a hospitalizaciones o intervenciones quirúrgicas; puede generar cierta percepción de falta de control sobre la lesión, incertidumbre respecto a la lesión o al futuro deportivo y en general exigen un cambio y un tratamiento a seguir que a veces es lento y doloroso y puede acarrear recaídas o frustración en el deportista y afectar a las personas allegadas (Buceta, 1996).

En otro extremo, cierto grado de estrés puede manifestarse en forma positiva impulsando a los deportistas a adherirse a medidas de prevención o rehabilitación y en otras ocasiones las lesiones pueden convertirse en mecanismos de escape para evitar fuentes mayores de estrés como el que puede producir el exceso de responsabilidad en la competición (Buceta, 1996).

El impacto que tenga la lesión en el deportista va a depender de diversos factores: por un lado está la naturaleza y la severidad de la lesión; por otro, la reacción del deportista al tratamiento, la rehabilitación y lo que sienta el deportista frente a su participación en dicho deporte (García Ucha, 2004).

Como el deportista actúa con su propio cuerpo, las limitaciones físicas producidas por las lesiones adquieren un significado muy especial (García Ucha, 2004). La lesión es uno de los grandes impedimentos para el rendimiento exitoso de un deportista (Heil, 1993). Detrás de una lesión física siempre hay una lesión en la mente que influirá en los aspectos emocionales y sociales del deportista, por ello es fundamental abordar la prevención y la recuperación de las lesiones desde una perspectiva biopsicosocial (Gómez Correa, 2016).

### 3.3. Consecuencias psicológicas de la lesión deportiva

En el campo de la lesión deportiva existe una gran dispersión de datos, teorías y conceptos aplicados que generan mucha confusión para tratar y explicar las lesiones deportivas (Olmedilla Zafra & García Mas, 2009). Las numerosas investigaciones producidas en los últimos años que estudian las relaciones entre los factores psicológicos y la lesión deportiva se pueden resumir en dos modelos teóricos: Los modelos centrados en las reacciones emocionales del deportista y el modelo integrado de la respuesta psicológica a la lesión y al proceso de rehabilitación (Montero, de Los Fayos & Olmedilla Zafra, 2010).

#### 3.3.1. Modelos centrados en las reacciones emocionales del deportista

Los modelos centrados en las reacciones emocionales del deportista provienen de la secuencia de reacciones psicológicas descritas por Kubler-Ross (1969, citado en Olmedilla Zafra & García Mas, 2009), quien desarrolló el modelo a partir de una muestra de pacientes terminales. Según la psiquiatra al sufrir la pérdida de un ser querido se transita por cinco etapas: la negación, la ira, la negociación, la depresión y la aceptación.



Un gran número de psicólogos tomaron este modelo como marco de referencia para explicar la recuperación de las lesiones en el ámbito deportivo y describen la manera en que generalmente se suceden estas cinco etapas. La negación de la lesión o de su alcance es la etapa inicial en la que es común ver que los deportistas no acepten el hecho de haber sufrido una lesión; en pleno shock, no pueden creer lo que les ha ocurrido y tienden a quitarle importancia. Responden pensando que no hay daño, que la lesión es menos seria de lo que es en realidad o que se van a rehabilitar instantáneamente (Williams, 1991). Esta etapa se caracteriza por la no aceptación de la lesión, la falta de adherencia a la rehabilitación y/o la negación de la gravedad de la ocurrencia. Los deportistas que no aceptan el hecho de estar lesionados no podrán ser capaces de concentrarse en el proceso de readaptación. Pueden disminuir la posibilidad de recuperación completa y complicar o alargar el período de recuperación dándole lugar a una incapacidad permanente (García Ucha, 2004).

La segunda etapa corresponde al momento de ira o enfado ante lo sucedido; es cuando el deportista reconoce la realidad de la lesión y de su gravedad; se da cuenta de que ésta situación va a afectar el entrenamiento y/o la competición y comienza a sentirse frustrado enfadado consigo mismo y con los que le rodean. (Williams, 1991). La ira es seguida por un sentimiento de pérdida de la libertad para disfrutar y desarrollar la actividad o ambivalencia emocional. En la etapa de negociación el deportista lesionado intenta entrar en razón y darle sentido de la lesión. Puede entender la seriedad de la lesión y esforzarse para alcanzar sus objetivos antes propuestos, o puede pensar en salir de esta situación y no volver a arriesgar tanto en el futuro (Williams, 1991). La cuarta etapa está caracterizada por un momento de depresión que se da cuando el deportista toma conciencia de la lesión y de sus consecuencias, responde con incertidumbre ante el futuro deportivo y emergen pensamientos negativos sobre la recuperación. En la última etapa de aceptación o reorganización el deportista supera el estado depresivo y comienza a focalizar sus esfuerzos en el proceso de rehabilitación y en la vuelta a la actividad (García Ucha, 2004).

Según Buceta (1996) estas fases están influenciadas por el tipo y gravedad de la lesión y otras variables de tipo personal y situacional, por lo tanto no se puede asumir que se apliquen en todos los casos ni que sigan siempre una misma secuencia o que sean fases estancas por las que todos los deportistas lesionados tengan que atravesar necesariamente.

Brewer (1994) también cuestiona a los modelos de etapas y agrega que éstos, además de carecer de apoyo empírico consistente, no reflejan con precisión las respuestas emocionales de los atletas lesionados, ya que el alto nivel de exigencia dado por la competición los puede llevar a afrontar las lesiones de forma muy diferente que la población no deportiva y sugiere que los modelos que incluyen las evaluaciones cognitivas son los más prometedores a la hora de explicar las lesiones en el deporte.

### 3.3.2. Modelo integrado

En general, los modelos cognitivos son teorías explicativas que derivan de los modelos basados en la respuesta de estrés. Para estos modelos, la lesión es un estresor que provoca en la persona una respuesta emocional condicionada por la valoración cognitiva que él mismo realiza de dicha lesión. Esta valoración, a su vez, está determinada por una serie de variables

personales y situacionales que dan lugar a un tipo de respuesta conductual (Wiese-Bjornstal, Smith, Shaffer & Morrey, 1998)

Pese a lo antes dicho, los modelos de evaluación cognitiva y los modelos centrados en las reacciones emocionales (o en el procesamiento del dolor) no son mutuamente excluyentes.

Por ejemplo, el darse cuenta de la lesión es un tipo de evaluación cognitiva que conduce a emociones comúnmente relacionadas con el dolor. De la misma manera, los modelos del procesamiento del dolor pueden subsumirse a modelos del estrés que resultan más integrales (Wiese-Bjornstal et al., 1998).

El modelo integrado de la respuesta psicológica a la lesión y al proceso de rehabilitación de Wiese-Bjornstal et al. (1998) integra algunas teorías basadas en ambos modelos. Este modelo considera que el estrés es tanto un factor de riesgo para sufrir una lesión como un obstáculo en la recuperación del deportista lesionado.

Según Buceta (1996) el estrés puede aumentar la vulnerabilidad a las lesiones por los siguientes motivos: debilita el sistema inmunológico del organismo; reduce el enfoque atencional que puede llevar a cometer errores de ejecución; provoca sobreactivación muscular que puede perjudicar la calidad de los movimientos. Además puede provocar comportamientos de entrenamiento excesivo muy perjudiciales. Respecto al último punto, los deportistas de competición abusan de la práctica deportiva porque consiguen gratificación con la misma, mientras que los deportistas amateurs lo hacen para aliviar síntomas de estrés ajenos al deporte. Por último, un nivel elevado de estrés puede llevar a comportamientos de evitación del mismo mediante una lesión.

Las variables que pueden aumentar significativamente el estrés y en consecuencia el riesgo a lesionarse son: la historia de lesiones previas, sobre todo en la zona lesionada; la edad y el deterioro del cuerpo; la falta de preparación física frente a las exigencias del entrenamiento y la competición; la ausencia de planes de entrenamiento; el cansancio y la falta de períodos significativos de descanso; ausencia de evaluación médica para detectar riesgos; falta de adherencia a medidas preventivas como precalentamiento o uso de vendajes; una alimentación inapropiada; falta de suplementación; condiciones ambientales deficientes en el lugar de la práctica deportiva; falta de equipamiento personal, como zapatillas adecuadas; falta de motivación que puede ocasionar déficits atencionales de alto riesgo; una motivación excesiva, que puede favorecer conductas impulsivas o dificultar el funcionamiento corporal y otro tipo de conductas como sobreesfuerzos (Buceta, 1996).

Para Wiese-Bjornstal et al. (1998) los factores previos a la lesión que dan respuesta al estrés están relacionados a la personalidad del deportista, la historia del estresor, los recursos de afrontamiento y las intervenciones previas. Para estos autores, tanto los factores previos como los posteriores de la lesión influyen en la respuesta psicológica y esta respuesta puede cambiar a través del tiempo de manera dinámica. De hecho, se espera que cambie ya que se intenta obtener como resultado la recuperación tanto física como psicológica.

Como se muestra en la Figura 1, la respuesta psicológica del deportista durante la recuperación es un proceso psicodinámico en el que los factores personales y situacionales intervienen sobre la valoración cognitiva del lesionado y esta valoración al mismo tiempo influye, en mayor o menor medida, en la respuesta emocional y conductual del sujeto, conformando la respuesta psicológica del deportista lesionado (Wiese-Bjornstal et al., 1998).

Según Brewer (1994, citado por Buceta, 1996) las variables situacionales son las que determinan en gran parte el carácter estresante de la lesión y las variables personales pueden exacerbar o amortiguar el carácter estresante de las variables situacionales. Aunque diversos autores clasifican estas variables distintamente, por ejemplo para Buceta (1996) el apoyo social y los recursos de afrontamiento son variables personales mientras que para Wiese-Bjornstal et al., (1998) el apoyo social es un factor situacional y los recursos de afrontamiento son previos a la lesión, hay coincidencia en que la respuesta psicológica es un proceso psicodinámico en donde todos los factores intervienen unos sobre otros.

Según Buceta (1996) las situaciones potencialmente estresantes en el ámbito deportivo están relacionadas a diversos factores: el estilo de vida del atleta que requiere una autodisciplina estricta, viajes frecuentes, cambios de ciudades y de amistades; las demandas del entrenamiento que exige sobreesfuerzos y plantea exigencias de mejora continua y evaluaciones permanentes; la trascendencia que se le da al resultado de la competición; la frustración ante acontecimientos adversos o la incertidumbre del resultado, del propio rendimiento, de la autoevaluación y de la evaluación social en la competición; la relación con los medios de comunicación y el impacto que tiene lo que publican; la relación con los directivos si los hubiere; el entorno del ejercicio físico; la presión social; conflictos familiares; problemas financieros; etc. Todas estas situaciones, además de resultar estresantes y aumentar el aumento de la vulnerabilidad a lesionarse, pueden favorecer o dificultar la adherencia al tratamiento cuando el deportista ya está lesionado.

Una de las variables situacionales más importantes que puede actuar como factor de estrés es el exceso de actividad de los deportistas, tanto por la gran cantidad de horas de entrenamiento sin descanso suficiente como por las múltiples demandas físicas y psicológicas.

Según Buceta (1996) el exceso de entrenamiento, las presiones constantes de la competición, la continua exigencia de alto rendimiento y la permanente evaluación a la que el deportista se ve sometido, pueden contribuir a la respuesta de estrés y originar un agotamiento psicológico que lleve a deteriorar el funcionamiento del deportista y aumentar su vulnerabilidad a las lesiones.

Silva (1990) se ha referido a este cuadro como síndrome del estrés del entrenamiento y plantea que las manifestaciones que suelen observarse a partir del sobreentrenamiento son: falta de energía y entusiasmo, cansancio permanente, aburrimiento, mayor lentitud de reacción, pérdida de precisión, mayor dificultad para detectar y solucionar situaciones de riesgo, consecuencias por el desgaste del entrenamiento, disminución del rendimiento y aumento del riesgo a lesionarse.

Para Wiese-Bjornstal et al., (1998) los factores situacionales potencialmente estresantes están relacionados tanto al deporte que el deportista practica (tipo, nivel de competencia, tiempo de

temporada, factor económico, entrenamiento o competencia y estado económico), como a factores sociales (como la influencia del entrenador, de los compañeros y del equipo médico, la dinámica familiar, el apoyo social y la ética y filosofía del deporte) y al medio ambiente (como el acceso a la rehabilitación y el entorno de la misma).

En cuanto a las variables personales, según Buceta (1996) están vinculadas a: la ansiedad-rasgo y locus de control (se refiere a que los eventos positivos potencialmente estresantes provocan niveles perjudiciales de estrés en los deportistas con tendencia a reaccionar con ansiedad e incrementan el riesgo de lesiones); recursos de afrontamiento (son las estrategias que utilizan los sujetos para combatir el estrés que actúan como mediadores en determinadas situaciones) y apoyo social (en general, cuando el apoyo social se basa en compartir experiencias estresantes puede contribuir a aumentar la vulnerabilidad a las lesiones, mientras que cuando se basa en plantear el reto de superar dificultades emocionales puede contribuir a reducirla). De este modo, cualquier variable que tienda a interpretar las situaciones potencialmente estresantes como retos en lugar de amenazas o a valorar de manera positiva los propios recursos para hacerles frente, podría contribuir a reducir la vulnerabilidad al estrés y a las lesiones.

Para Wiese-Bjornstal et al., (1998) las variables personales están relacionados a las lesiones (la historia de la lesión actual u otra, el tipo y gravedad, la causa percibida y el estado de recuperación) y a las diferencias individuales, que se dividen en cuestiones psicológicas (de personalidad, autopercepción, motivación, tolerancia al dolor, identidad atlética, habilidades de afrontamiento, historia de los estresores y estado de ánimo); demográficas (edad, género, etnia, estado socioeconómico y experiencia deportiva) y relativas al físico (como el estado de salud general, el uso de sustancias para aumentar la potencia muscular y desórdenes alimenticios).

Como se menciona anteriormente, según Wiese-Bjornstal et al. (1998) los factores personales y situacionales se encuentran continuamente en el trasfondo de este proceso dinámico. Las flechas bidireccionales que se encuentran en el centro del modelo representan el carácter dinámico del proceso de recuperación. Además, se agregan dos escenarios a este modelo dinámico: En el primero, las flechas irán hacia una recuperación completa si los resultados de la misma son positivos, en el segundo las flechas irían en dirección opuesta, representando una recuperación completa pero con resultados negativos. Según el modelo integrado de la respuesta psicológica a la lesión y al proceso de rehabilitación, las tres modalidades de respuesta cuya interacción origina la respuesta global del individuo ante la lesión son: la respuesta cognitiva, la respuesta emocional y la respuesta conductual.

La respuesta cognitiva de un individuo al sufrir una lesión puede ser múltiple y variada ya que éste puede hacer valoraciones de las circunstancias, de las causas y de las repercusiones de lo ocurrido, del estado de su recuperación y/o del hecho de contar con soporte social. Además, los atletas evalúan su capacidad de afrontar la experiencia de estar lesionado. Las valoraciones cognitivas (del dolor, de la gravedad de la lesión, de la interrupción de sus objetivos, etc.) son muy importantes ya que tienen un efecto, a veces positivo y otras veces negativo, sobre las

respuestas emocionales y comportamentales de los atletas, y al mismo tiempo éstas se ven afectadas cuando se atraviesa una experiencia de lesión. (Wiese-Bjornstal et al., 1998).

En cuanto a la respuesta emocional, el estudio del estado de ánimo post lesión ha sido un tema bastante estudiado; en muchos casos los hallazgos han concordado pero en otros no tanto. En una revisión bibliográfica realizada por Wiese-Bjornstal et al. (1998) se ha llegado a la conclusión de que los cambios de humor a través del proceso de rehabilitación presentan patrones curvilíneos, lo que significa que el estado de ánimo post lesión no es constante y que presenta variaciones. Por un lado, el perfil de la mayoría de los atletas lesionados no reporta niveles clínicos de depresión y tampoco todos responden a las lesiones de manera depresiva; las modificaciones en el humor no varían mucho entre lesionados y no lesionados, pero puede variar según la gravedad de la lesión ya que una lesión más severa implica más tiempo de inactividad. Por otro lado, los deportistas profesionales tienen más urgencia que los deportistas amateurs por regresar a la práctica; esta urgencia promovida por la frustración, la depresión y el enojo pueden motivar al atleta durante la rehabilitación. Esto habla de que en ocasiones las emociones negativas son funcionales para la recuperación. Otras investigaciones sobre respuestas más extremas muestran que una pequeña porción de atletas lesionados de gravedad trataron de suicidarse; todos ellos habían presentado puntajes altos de depresión, habían sido exitosos en su disciplina, habían pasado por cirugías y fallado en recuperarse a pesar de participar activamente en su rehabilitación.

Por último, la respuesta conductual del deportista lesionado se basa en la adherencia que tenga a los programas de recuperación (Wiese-Bjornstal et al. 1998) y el éxito en la recuperación deportiva es en gran parte consecuencia del cumplimiento de dichos programas (Buceta, 1996).

La adherencia a los programas de recuperación está relacionada tanto a factores personales (como la motivación interna, la tolerancia al dolor, la percepción de la autoeficacia, el control del estrés y las expectativas deportivas) como a factores situacionales (como la creencia en la eficacia del tratamiento, componentes del programa de rehabilitación y el apoyo social) (Buceta, 1996).

Los deportistas que muestran mayor adherencia al tratamiento son aquellos que tienen más motivación intrínseca, perciben más apoyo social, creen en la eficacia del tratamiento y dirigen sus esfuerzos más hacia el cumplimiento de la tarea que a los resultados. Cuando el deportista percibe que adquiere herramientas útiles para superar el problema, aumenta su motivación y mejora la adherencia al tratamiento generando así un proceso de rehabilitación exitoso que ayuda a disminuir el impacto estresante de la lesión. Aquellos deportistas que tienen más ansiedad, menos autoconfianza respecto al tratamiento, falta de motivación interna y de apoyo social percibido, responden con menos adherencia al programa de rehabilitación y suelen entorpecer el avance de la recuperación (Buceta, 1996).

#### 3.4. Modelo para la intervención psicológicas en lesiones deportivas

Son muchos los factores a tener en cuenta cuando se brinda apoyo a un deportista lesionado. Según García Ucha (2004) algunos de ellos son: la circunstancia en que se lesionó, si fue en el entrenamiento o en la competencia; cómo vive el atleta la experiencia deportiva; si tuvo

lesiones anteriores, cuál fue su conocimiento y sus vivencias; las complicaciones que la lesión podría tener en su historial deportivo; la intensidad del daño y la parte del cuerpo involucrada. Además uno de los factores más importantes en este proceso es la personalidad del deportista, ya que sólo quien posea una voluntad férrea va a poder comenzar de nuevo, y realizar esfuerzos musculares y psíquicos que resultan agotadores para vencer la incomodidad y alcanzar el grado de rendimiento deseado (Williams, 1991).

Para Palmi Guerrero (2001) el éxito de la rehabilitación dependerá tanto de su personalidad, como del apoyo afectivo de otras personas y de la comunicación con su entrenador y equipo, ya que es fundamental que el deportista reciba explicaciones acerca de su estado con un programa de rehabilitación alcanzable en donde pueda ir obteniendo resultados inmediatos.

El modelo para la intervención post-lesional (Wiese-Bjornstal et al., 1998) está compuesto por dos fases claramente diferenciadas: la fase de inmovilización y la fase de movilización. Cada una requerirá estrategias psicológicas diferentes a medida que el deportista se vaya acercando a la normalización de su trabajo.

En la fase de inmovilización, el deportista puede requerir o no de hospitalización, será indispensable que éste cuente con estrategias de control de ansiedad para enfrentar el dolor, las dudas y poder aceptar de forma positiva la realidad (Palmi Guerrero, 2001). Las técnicas de intervención psicológica en esta fase están orientadas a:

1.- Habilidades de comunicación: Para que el deportista tenga un buen nivel de control y de aceptación positiva de la realidad es fundamental que reciba información sobre la lesión producida. El psicólogo debe colaborar para mejorar las habilidades de comunicación del equipo médico responsable y escuchar las dudas que el deportista plantee (Palmi Guerrero, 2001). Si el deportista no obtiene información sobre la lesión y el proceso de rehabilitación le será difícil ser positivo y ejercer su autocontrol emocional para poder relajarse (Williams, 1991).

2.- Técnicas de relajación: Consta de sesiones de 10 minutos de relajación muscular progresiva que ayude al deportista a abordar la situación con mayor control de sus niveles de activación y contribuya a sobrellevar los momentos de duda y dolor (Palmi Guerrero, 2001).

La relajación tiene un efecto sobre el sistema nervioso simpático que ayuda a conservar la energía vital necesaria para favorecer la recuperación, componer el estado incómodo del cuerpo e impedir la enfermedad (García Ucha, 2004)

3.- Imaginería: ejercicios de relajación con visualizaciones imaginadas de la zona lesionada que faciliten el efecto Carpenter (microactivación de la zona corporal imaginada) que orienta, junto a otros ejercicios, a que el deportista obtenga un grado de control superior ante el dolor (Palmi Guerrero, 2001). Una técnica de imaginación desarrollada por Rotella (1985) llamada la repetición corporal, facilita la curación, la readaptación y la recuperación completa por medio de imágenes positivas. Esta técnica consta de dos etapas: en la primera se le describe detalladamente al deportista lesionado lo que se ha producido a causa de la lesión, lo que le permite elaborar una imagen mental precisa de la parte de su cuerpo lesionada; en la segunda etapa se le detalla al deportista todos los pasos del proceso de curación (incluida la cirugía si la

hubiere) con el fin que el deportista imagine de una forma precisa los cambios en su cuerpo. Por último se pide al deportista que se imagine el verdadero proceso de curación.

4.- Determinación de objetivos: establecer junto al preparador físico objetivos semanales para trabajar en mantener y/o mejorar el nivel físico del resto del cuerpo que no ha sufrido traumatismo (Palmi Guerrero, 2001).

La fase de movilización es un período mucho más largo en el que el deportista irá recuperando gradualmente sus niveles de funcionalidad motora. En esta fase se distinguen tres bloques o momentos que se irán sucediendo según la zona y características de la lesión: la recuperación, la readaptación y el reentrenamiento.

En el período de recuperación el fisioterapeuta trabaja con el deportista según indicaciones del traumatólogo sobre los componentes del cuerpo deteriorados por la lesión. El deportista necesitará estrategias para controlar las situaciones estresantes y dolorosas y mantener un alto nivel de motivación. Palmi Guerrero (2001) repasa las técnicas psicológicas sugeridas en este período:

1.- Habilidades de comunicación, con información clara y real del proceso de recuperación.

2.- Técnicas de relajación junto a otras técnicas de respiración para los momentos de dolor e imáginería de la zona de la lesión (Palmi Guerrero, 2001).

3.- Determinación de los objetivos del programa, que el deportista con ayuda adecuada va marcando a corto y mediano plazo para mantener un nivel elevado de motivación y notar la progresión del trabajo.

4.- Mejora de aprendizajes deportivos, mediante la observación de videos, lectura de libros y otros medios para emplear el tiempo en formarse en técnicas y tácticas del deporte que practica (Palmi Guerrero, 2001).

5.- Apoyo social, los encuentros y comunicaciones con compañeros u otros atletas que practiquen el mismo deporte son fundamentales en deportistas con lesiones que impliquen un proceso largo de recuperación ya que fomentan la confianza en su rehabilitación. Según Williams (1991) el apoyo social adquiere un papel fundamental en la recuperación del atleta ya que ayuda a restablecer y mantener un sentido del equilibrio que puede ser incluso mejor al que tenía anteriormente.

En el período de readaptación el deportista busca alcanzar el mismo estado físico que tenía antes de la lesión, para lo que debe mantener un alto nivel de motivación y una actitud positiva. Las técnicas psicológicas sugeridas por Palmi Guerrero (2001) en este período son:

1.- Imaginería de afrontamiento: aplicada frente al dolor producido en las sesiones en las que el deportista aumenta el esfuerzo físico. Se realizan visualizaciones de su esfuerzo en el trabajo de recuperación haciendo primero algunos ensayos para procurar ser sensato y poder destacar los momentos negativos y de dudas y pueda mejorarlos en los siguientes ensayos mentales. Nigro (2013) afirma que el proceso de visualización debe ser aplicado sobre desempeños,

fortalezas y habilidades a trabajar, puesto que las imágenes de fatiga o fracaso van en contra de los resultados esperados.

2.- Biorretroalimentación (biofeedback): se aumenta la información de la zona a trabajar para regular el esfuerzo en pos de las necesidades que se presentan.

3.- Determinación de objetivos semanales: para mantener niveles altos de motivación (Cruz Feliú,1997).

4.- Diálogo interno positivo: con el fin de aprender a detectar los pensamientos negativos y transformarlos en objetivos a trabajar convirtiéndolos en forma positiva (Rotella, 1990 citado en Cruz Feliú, 1997).

En el período de reentrenamiento el deportista va alcanzando progresivamente la dinámica de los entrenamientos y logrando su nivel deportivo. En esta etapa es importante perder el miedo al fracaso, olvidar la lesión y reincorporarse al trabajo con los demás deportistas para lo que necesita de confianza y concentración. Las técnicas psicológicas sugeridas por Palmi Guerrero (201) en este período son:

1.- Habilidad de comunicación: explicarle al deportista lesionado su progresión y las dificultades con las que puede encontrarse.

2.- Imaginería de afrontamiento: representación mental de las primeras sesiones del entrenamiento habitual.

3.- Imaginería de maestría deportiva: anticiparse a las sensaciones corporales por medio de la representación mental con el objetivo obtener una mayor confianza y concentración en la actividad.

4.- Determinación de objetivos: indicarle al deportista consignas claras de lo que se pretende trabajar y conseguir para evitar las dudas y autoevaluaciones críticas. Para Williams (1991) el diálogo interno de los deportistas después de una lesión va a determinar su conducta posterior. Es fundamental enseñarle al deportista a reconocer y controlar los pensamientos cuando estos son erróneos o destructivos; interrumpirlos y desviarlos hacia pensamientos más positivos o más apropiados evitando las contradicciones.

Por lo tanto, el psicólogo del deporte dispone de un conglomerado de intervenciones, tanto hacia el deportista como hacia otros miembros del equipo, orientadas a aumentar el bienestar y el rendimiento del atleta (Dasil, 2004).

En síntesis, como consecuencia de una lesión, el deportista va a sufrir un proceso en el que va a ir reaccionando de diferentes maneras: con incertidumbre, sorpresa, valoración cognitiva de la lesión, depresión, aceptación y resignación. El psicólogo del deporte acompañará al deportista con un enfoque interdisciplinar, facilitándole el paso por estos momentos, reduciendo el impacto psicológico de la lesión con técnicas orientadas a mantener la motivación del deportista y utilizando el apoyo social para mantener la confianza del lesionado (Palmi Guerrero, 2001).

3.5 La vuelta del deportista rehabilitado a la competición.



La cultura del deporte, en la que los deportistas se encuentran inmersos, le otorga un valor elevado al hecho de alcanzar el sueño deportivo y los alienta a ignorar el dolor para conseguir la victoria (Wiese-Bjornstal et al., 1998). En general, los deportistas con alto nivel de motivación soportan más el dolor, lo que suele ser perjudicial ya que por un lado están más propensos a las lesiones y por el otro ganan la admiración y el respeto de sus compañeros y entrenadores creando en el deportista una falsa imagen de invulnerabilidad que con el tiempo da lugar tanto a problemas físicos como psicológicos (Williams, 1991).

En este sentido la actitud del entrenador puede ser crucial. Algunos entrenadores dejan de lado a los atletas lesionados para fomentar en ellos una rápida recuperación y señalar que el éxito se logra dando el 110% (Williams, 1991). Éste hábito de esforzarse al máximo sumado al intenso deseo del atleta por superar rápidamente la situación estresante de la lesión puede llevarlo a excederse en las tareas de rehabilitación y perjudicar su recuperación. Por otro lado, cuanto más prolongada haya sido la inactividad, más aumentará la probabilidad de generar estrés ante la vuelta al entrenamiento y la competición. (Buceta, 1996)

Según Buceta, (1996) los factores que pueden contribuir a hacer estresante la vuelta a la actividad deportiva normal son: el cambio que surge de abandonar los hábitos adquiridos en el período de lesión para volver a los anteriores; el paso de un período más tranquilo a la vuelta a la exigencia del entrenamiento y la competición; adaptarse a los cambios ocasionados en su ausencia; presiones de corto plazo como la inminente finalización de un contrato; enfrentarse a sus expectativas y a la de los demás respecto a su rendimiento; aceptar y adaptarse a nuevas limitaciones y el miedo a una recaída u otra lesión.

Conjuntamente, estos factores estresantes pueden llevar a distintas situaciones: volver a lesionarse la misma u otra parte del cuerpo; una merma en la autoconfianza dada por la disminución del rendimiento (ya sea éste parcial o permanente) y depresión general. (Buceta, 1996).

Tanto estos factores estresantes como otras situaciones vitales generadoras de estrés pueden generar en el atleta una disminución de la habilidad deportiva, cognitiva y de flexibilidad emocional, disminuyendo las habilidades para hacerle frente a los problemas y aumentando la predisposición de volver a lesionarse, lo que puede poner en riesgo la motivación y el retorno a la competición; por lo tanto se vuelve muy importante detectarlos para intervenir en forma preventiva (Williams, 1991).

La ventaja que tiene la vuelta del proceso de recuperación a la actividad normal, frente a los cambios que acarrea una lesión, es que el retorno a la actividad normal puede anticiparse, lo que significa una valiosa oportunidad para preparar a los deportistas que se van a enfrentar con esta situación. La intervención psicológica en este momento podrá coordinarse en forma simultánea: al alivio de las situaciones estresantes para que la demanda (por ejemplo, de los entrenadores) se de en forma progresiva; a modificar las variables personales (por ejemplo, ofreciendo nuevas habilidades de afrontamiento) y al control adecuado de las manifestaciones de estrés (Buceta, 1996).

Mientras tanto, el deportista tendrá que contrarrestar lo impuesto por la ética del deporte y comprender la complejidad de todo lo que implica una lesión (Wiese-Bjornstal et al., 1998). El deportista debe saber cuánto dolor tolerar, qué dolor debe ignorar y cuál atender.

La lesión requiere un cambio de actitud para adaptarse satisfactoriamente tanto a la lesión como a la vida misma (Williams, 1991).

Según Williams (1991) cuando el deportista entiende que dar el 110% es imposible, se vuelve extremadamente vulnerable al dolor y a la incapacidad de la lesión y recuperar el control se vuelve parte del proceso de rehabilitación; por ello es fundamental ofrecerle al deportista las herramientas para avanzar hacia adelante y vivir su existencia en forma sana y exitosa. El proceso de rehabilitación no es solo un intento de reparar la parte lesionada, sino que está en interacción con un proceso psicológico dirigido a la totalidad y formando un patrón holístico y continuo en el que es fundamental que el deportista se esfuerce y haga de este proceso una experiencia positiva.

## 4. METODOLOGÍA

### 4.1. Tipo de estudio

El tipo de estudio realizado en este trabajo es descriptivo y de caso único.

### 4.2. Participantes

El presente trabajo de integración final fue basado en el caso de una deportista de alto rendimiento lesionada con una rotura en el ligamento cruzado anterior de la rodilla izquierda. Para preservar la identidad de la atleta y las particularidades del caso, se ha utilizado el nombre N para referirse a la deportista en cuestión.

N comenzó su carrera a los 20 años de edad en aeróbica deportiva, representó a la Argentina formando parte de la selección nacional en varios mundiales y sudamericanos. A los 30 años, tras frustrarse en un mundial, abandonó dicha disciplina para dedicarse al triatlón en donde obtuvo logros muy importantes. Luego de 2 años de estar en la cima, su rendimiento comenzó a disminuir y se lesionó la rodilla, lo que la llevó a quedar al margen del entrenamiento y de la competición por un tiempo aproximado de un año. En la actualidad, con 40 años, después de recuperarse y hacer algunos intentos fallidos por volver al nivel anterior, cambió nuevamente de disciplina, esta vez al atletismo en carreras de media y larga distancia.

### 4.3. Instrumentos

Los mayoría de los datos recolectados surgen de una entrevista semiestructurada elaborada por la pasante, basada en información que se desprende del marco teórico del presente trabajo. Dicha entrevista fue realizada a la deportista en la actualidad. (Ver Anexo).

Además se entrevistó al psicólogo y al equipo de kinesiólogos que acompañaron a la deportista tanto en el momento de la lesión como en la recuperación.

### 4.4. Procedimiento

Se entrevistó al psicólogo quien puso en contacto a la pasante con la deportista. Luego se observó de forma no participante las disciplinas en las que participó y participa la atleta y se le administró a la misma una entrevista semiestructurada con duración de tres horas. Luego de analizar el material obtenido en la entrevista, se entrevistó a los kinesiólogos que acompañaron a la deportista en su recuperación y se volvió a entrevistar al psicólogo.

## 5. DESARROLLO

5.1. Objetivo 1: Describir las consecuencias psicológicas que produce una lesión grave en una triatleta de competición lesionada.

N tuvo una lesión en el ligamento cruzado anterior de rodilla izquierda. De su relato se desprende que la lesión comenzó entre el 2000 y el 2001 cuando cayó luego de dar un mal salto haciendo aeróbica deportiva, “cuando hay mucho cansancio, no coordinas”, explicó en la

entrevista. Esta lesión la llevó a perder la estabilidad de la rodilla. Como es muy miedosa no quiso operarse; se acostumbró a esa inestabilidad y cuando le molestaba usaba una rodillera especial. En el 2014 mientras corría en la cinta, entrenando para un triatlón, sintió como se rompió la rodilla. Tal como se menciona en el marco teórico, dicha lesión puede parecer de inicio agudo pero en realidad, es el resultado de un proceso crónico (Bahr & Maehlum, 2007).

La deportista contó que la lesión requirió de una intervención quirúrgica a raíz de la cual tuvo que dejar de trabajar un mes y tardó un año en volver a competir, por lo que según la clasificación que hace Palmi Guerrero (2001) esta lesión se encasilla como grave.

Al entrevistar a N en relación a las consecuencias psicológicas ocasionadas por la lesión, relata que desde un principio aceptó la importancia y seriedad de la lesión. “le di la importancia que tenía. Me rompí, okey. ¿Qué tengo que hacer, operarme? Me opero. ¿Y ahora? Rehabilitarme. Listo!”. Se enojó con ella misma cuando se dio cuenta del tiempo que perdería y de cómo esto afectaría el entrenamiento y la competición, sintió frustración por no llegar a hacer todo lo planificado y pensó que cuando volviese a la competencia se cuidaría mucho más en relación al descanso.

En su mayoría, las emociones experimentadas por N, coincidieron con las descritas en los modelos centrados en las reacciones emocionales del deportista (Buceta, 1996; Williams, 1991): La atleta asumió haber experimentado enojo, depresión intentado darle sentido a la lesión. Se diferenció de las emociones descritas por dichos autores, en tanto según comentó, no atravesó por un período de negación de la lesión. Si bien la deportista relató haberse deprimido, no se lo adjudicó a la lesión en sí misma, sino a que los días en que estuvo en la casa de su madre casi nadie la llamó o visitó y agregó “me di cuenta de quienes eran mis amigos reales y quienes no y un montón de gente dejó de ser mi amigo automáticamente”. Según el psicólogo “en el ambiente de elite no hay muchas amistades”, es un ambiente muy competitivo con mucho individualismo. Por otro lado dice que sintió ser una molestia para su madre, quien mientras se ocupaba de todas sus necesidades, también cuidaba a su abuelo que agonizaba en el hospital. El período de recuperación coincidió con la muerte de su abuelo, que según Nora había sido como un padre; esa situación sumada a la falta de apoyo de sus amigos y entrenador afectó a la atleta en su estado anímico; lo cual remite a la importancia del apoyo social percibido durante un proceso de recuperación (Buceta,1996;

Palmi Guerrero, 2001; Wiese-Bjornstal et al., 1998; Williams, 1991). Paralelamente, durante todo el proceso de rehabilitación sostuvo la misma incertidumbre que tuvo durante el año previo a la lesión respecto a si volvería a rendir con sus mejores tiempos. Según Brewer (1994, citado por Buceta, 1996), estos aspectos pueden ser determinantes del carácter estresante de la lesión.

En relación al estado anímico de la atleta, el psicólogo dijo que la deportista es muy positiva y que nunca tuvo rasgos de depresión, salvo la angustia lógica que una lesión grave puede ocasionar en una atleta de elite, que aceptó y superó muy rápido la situación y tuvo la misma actitud en relación al duelo por la muerte de su abuelo.

En relación a la falta de apoyo social, el psicólogo se refirió a que la deportista tenía un entrenador a distancia, distancia que se mantuvo en el momento de la rehabilitación. Esto se

debió a que la atleta hizo su carrera sola y nunca eligió entrenadores participativos; una de sus mayores dificultades fue no haber contado con alguien incondicional que la acompañe, que la ayude a preparar, controlar y planificación su carrera. “Es obvio que le molestó que no la apoye en un momento de vulnerabilidad, porque para una atleta el entrenador es una persona muy cercana”. Concluyó el psicólogo. De acuerdo a Wiese-Bjornstal et al., (1998) tanto la influencia del entrenador como de los compañeros, del equipo médico, de la familia, y el apoyo social en general son aspectos que pueden determinar el estilo estresante de la lesión.

En contraposición con la falta de apoyo percibido, lo que ayudó a N a reorganizarse fue la contención que sintió por parte del psicólogo y de los kinesiólogos quienes le hicieron una rehabilitación muy esquematizada, con objetivos claros y comunicándole en forma anticipada por las situaciones que iba a atravesar y los pasos a seguir. También fue de mucha ayuda su madre que la recibió en su casa y se ocupó de sus necesidades durante el tiempo que estuvo allí.

Según el psicólogo, la atleta arrastraba mucho desgaste en el cuerpo sin ningún tipo de cuidado personal. Competía cuando no tenía que competir y no descansaba entre una competición y otra “llegó un momento en que el cuerpo le dijo basta”. Según Buceta (1996) el entrenamiento excesivo y el deterioro del cuerpo pueden aumentar la vulnerabilidad a las lesiones. A diferencia de los deportistas amateurs que entrenan en forma excesiva para aliviar síntomas de estrés ajenos al deporte, los deportistas de competición lo hacen en busca de gratificación. Es posible que el alto nivel de exigencia de la competición haya llevado a N a afrontar la lesión de forma muy diferente a la población no deportiva. Por tal motivo, para describir detalladamente la respuesta psicológica de la deportista a la lesión, se tomarán las bases de modelos cognitivos, que según Brewer (1994), son más prometedores a la hora de explicar las lesiones en el deporte.

Resulta importante relatar los factores previos a la lesión, que influyen tanto en la respuesta psicológica como al proceso de rehabilitación (Wiese-Bjornstal et al., 1998).

Cuando se le preguntó a N acerca de cómo era su vida cotidiana previa a la lesión mencionó que tuvo un pico de sobreentrenamiento seguido de un desajuste fisiológico y pérdida de rendimiento durante el lapso aproximado de un año. Según Buceta (1996) el estrés puede debilitar el sistema inmunológico del organismo y aumentar el riesgo a lesionarse.

Vivía sola, entrenaba los siete días de la semana para competir en triatlón. El triatlón es un deporte extremadamente exigente compuesto por tres disciplinas deportivas, natación, ciclismo y carrera a pie, que se realizan en orden y sin interrupción entre una disciplina y otra. Hay distintas modalidades: según su distancia (larga o corta), según el circuito (tipo de camino) y según reglamentaciones (algunas permiten ir a rueda en el segmento ciclismo). De acuerdo a Wiese-Bjornstal et al., (1998) el tipo de deporte y el nivel de competencia son factores situacionales que pueden determinar el carácter estresante de la lesión. N tenía un excelente rendimiento y competía todos los fines de semana o semana por medio. Según ella, en una competencia fue considerada por un locutor deportivo como la mejor atleta femenina del país. De lunes a viernes, entrenaba por la tarde las tres disciplinas entre cuatro y ocho horas diarias. Los fines de semana que no viajaba para competir, entrenaba desde las ocho de la mañana hasta las cinco de la tarde. Los sábados entrenaba sola y los domingos con amigos. Estas

conductas de sobreesfuerzo sumadas al cansancio, la falta de descanso, la falta de medidas preventivas sobre una lesión crónica (como el uso de una rodillera permanente) y a otros factores como un estilo de vida agitado y la presión implícita de los medios, pueden incrementar la vulnerabilidad a lesionarse (Buceta, 1996).

N trabajaba de lunes a viernes por la mañana en forma independiente; en un gimnasio tenía alumnos personalizados de natación, spinning y complemento y por fuera del gimnasio tenía un grupo de triatlón. Además de ganar plata trabajando, obtenía dinero de premios, lo que le permitía entrenar mucho y trabajar poco, según ella “aunque llegaba ahorcada a fin de mes, no me importaba porque estaba en ese rollo”. Los medios de comunicación hablaban de sus éxitos y eso la ayudaba a tener sponsors. Las marcas que la apoyaban le daban ropa, bicicleta y accesorios porque veían que era popular y salía en todas las páginas de deportes o en revistas. La atleta dijo tener amistades del triatlón con quienes se veía en los entrenamientos y competencias y amistades de la vida con quienes se comunicaba a través de Facebook o Whatsapp. Un mes antes de lesionarse, después de un largo proceso terapéutico por el desgaste que tenía en el cuerpo como consecuencia de la exigencia del entrenamiento y la falta de descanso, cambió de entrenador. N le atribuye la causa de la lesión a un resabio del sobreentrenamiento y comenta “el cuerpo seguía cansado... estaba detonado”. De acuerdo a Wiese-Bjornstal et al., (1998) las intervenciones previas, entre otros factores (como la personalidad, la historia del estresor y los recursos de afrontamiento) influyen directamente sobre el estrés, la lesión y la respuesta psicológica.

La respuesta psicológica del deportista durante la recuperación es un proceso psicodinámico conformado por factores personales y situacionales. Respecto a los factores situacionales, N contó haber tenido un nivel muy alto de rendimiento y un entrenador extremadamente exigente (al que se ha llamado J para preservar su identidad). Según la atleta, J era excelente como entrenador pero tenía un defecto: no le daba descanso. Cuando entrenaba con él hacía las tres disciplinas todos los días, y no descansaba ni siquiera después de las competencias. N relata “el entrenador me preguntaba como estoy y yo le decía que bien...Me daba cuenta que estaba cansada porque no rendía y cuando no rendís es porque ya estás mal”. Estuvo un año para tratar de levantar el rendimiento pero no pudo. Cambió de entrenador (al que se ha llamado Pedro para preservar su identidad) y al mes se lesionó. Según el psicólogo, no es que cambió de entrenador y se lesionó, sino que ya venía con lesiones importantes y con mucho desgaste en el cuerpo debido a la falta de descanso en una competencia que requiere recuperar los músculos. N dijo “Yo no sabía ponerle un stop y cuando reventé ya era tarde”. A raíz de la lesión tuvo que dejar de entrenar, de competir y de trabajar. “Fueron como unas vacaciones” Durante la primer semana no fue a trabajar porque no podía pisar y se dedicó a visitar médicos y hacerse estudios; después se tomó un mes de vacaciones. A los 25 días de haberse lesionado se operó. Como estaba limitada en el andar y en su departamento había escaleras, se fue a la casa de su madre. En esa casa había vivido en su infancia con su madre y sus abuelos maternos quienes habían funcionado como padres para ella. Su abuela ya había fallecido y su abuelo estaba enfermo, internado en el hospital. Según Buceta (1996) las lesiones deportivas son un evento estresante en sí mismo, ya que entre otras cosas, irrumpe la actividad habitual del deportista provocando reacciones emocionales adversas. Durante los primeros días después de la cirugía se despertaba temprano, la madre le hacía el desayuno y la ayudaba a llegar al baño; después volvía a la cama. La madre le preparaba el almuerzo y se lo

dejaba listo al lado de la cama con los controles remotos y todo lo que ella pudiera necesitar, luego se iba al hospital a cuidar al abuelo. N esperaba a su madre para que la ayude con sus necesidades. Al principio, cuenta la atleta “sacando la lesión fue un spa” pero a los 15 días muere el abuelo y “fue como si me hubiesen tirado de la terraza, fue un cachetazo. Mi abuelo no vuelve más, pero la rodilla la voy a recuperar”. En ese tiempo recuerda “cambiaron un montón de cosas, cambió mi forma de ver la vida”. Para N fue un duelo muy grande “Primero tuve un duelo deportivo, después el duelo de la vida”. La atleta empezó a evaluar qué es lo que vale la pena en la vida y entendió que lo más importante es disfrutar; comenta “si no hay disfrute no hay sentido”. Esto refiere a la secuencia de reacciones psicológicas al sufrir la pérdida de un ser querido descriptas por Kubler-Ross (1969, citado en Olmedilla Zafra & García Mas, 2009) con la que muchos psicólogos explican la recuperación de las lesiones deportivas.

Luego de un mes, volvió a su casa con ganas de volver a su ritmo habitual. El tiempo que antes de lesionarse usaba para entrenar, en ese entonces lo usaba para hacer la rehabilitación y trabajar cada vez más. Iba tres veces por semana al kinesiólogo; como ya no estaba su madre para llevarla, tomaba un colectivo. Recuerda “bajaba y subía de costado y alguna vez tuve que pedir el asiento”. Volvió a ir al psicólogo una vez por semana y pronto se empezó a mover con más facilidad. De a poco volvió a entrenar. Al principio el kinesiólogo le daba la pauta al entrenador de cómo debía ser el avance en el entrenamiento y gradualmente N fue yendo cada vez menos a kinesiología hasta quedar exclusivamente bajo la línea de su entrenador.

Respecto a la situación económica, la ayudó el hecho de que los kinesiólogos no le cobraron y que la madre le pagó los tornillos para colocar en su rodilla, ya que la prepaga le cubría solo la mitad. El primer mes le resultó más difícil porque no trabajó, pero luego volvió a trabajar bastante y enseguida se recuperó. Respecto a esto la atleta relató “la gente que me daba me dejó de dar y tuve que empezar a laburar más. Entrenaba menos y descansaba menos.

La vida no me ayudaba a volver a sentir que estaba en el rendimiento de elite”. Tanto para Buceta (1996) como para Wiese-Bjornstal et al., (1998) algunas de las situaciones potencialmente estresantes en el período de rehabilitación dentro del ámbito deportivo están relacionada a los problemas financieros que el atleta pueda transitar, a la relación con los medios de comunicación y el impacto que tiene lo que publican y al entorno del ejercicio físico.

Los sponsors más importantes permanecieron. Uno le daba la ropa y otro las bicicletas. Lo que decían los medios la afectaba más en lo emocional que en lo económico. N comentó “no es lo mismo ir a una carrera, ganarla y que todos te feliciten a que salgas cuarta y te ganen tres minas que antes no te llegaban ni a los talones”. En las revistas ponían “Le ganaron a N” y eso la ponía de mal humor. Contó que por un lado, apareció una ola de gente de mucho dinero que cree que esa situación los hace buenos deportistas, y eso dijo N, le empezó a “quemar la cabeza”; por otro lado le comenzó a molestar la trampa y la presencia de drogas en el deporte; situaciones que cuando le iba bien no la afectaban. En relación a ello dijo “yo funciono así: si rindo bien en lo deportivo el mundo me sonrío, me pasa todo de largo, hasta la gente que hace trampa. Si no rindo, no”. N explicó que en el deporte profesional y amateur, a diferencia de los deportistas de elite y olímpicos, no tiene sentido exponer la salud. Según Buceta (1996) todas estas situaciones, además de resultar estresantes y aumentar el aumento de la vulnerabilidad

a lesionarse, pueden favorecer o dificultar la adherencia al tratamiento cuando el deportista ya está lesionado. “Ella dejó el triatlón por la lealtad del ambiente” confirmó el psicólogo y agregó que la atleta es una persona extremadamente honesta y que le jugó en contra darse cuenta de que la trampa estaba naturalizada.

Un factor situacional que le facilitó adherir al tratamiento fue el entorno de la rehabilitación en el consultorio kinesiológico. Por un lado establecieron objetivos que fue cumpliendo rigurosamente y por otro, el factor humano de los kinesiólogos; comentó “la pasaba bien, tomábamos mate, charlábamos de todo”.

En cuanto a los factores personales, N dijo no haber tenido lesiones graves anteriores a la lesión de la rodilla. Contó que tiene la cadera un poco rotada lo que le origina a veces síndrome del piramidal y que en una ocasión se demoró 4 meses en volver a la actividad, pero eso no lo recuerda como una situación grave o perjudicial. Según el psicólogo, a partir de esa lesión, que fue a causa del sobreentrenamiento, la atleta no volvió a tener el mismo rendimiento y en el intento por lograr los resultados esperados se lesionó la rodilla.

N se considera una persona optimista, autoexigente y obsesiva; dice que llegó a este punto de sobreentrenamiento por que tiene alta tolerancia al dolor y mucha cultura del esfuerzo, que le jugó en contra... “como me iba bien no me daba cuenta ¿Cómo te bajás de ese caballito?”. Según su psicólogo, es una deportista autodidacta con mucha motivación y autoestima pero “venía con mucho desgaste en el cuerpo”. Para Wiese-Bjornstal et al. (1998) la historia, el tipo y gravedad de las lesiones, la causa percibida de la misma y el estado de recuperación intervienen en el trasfondo de la respuesta psicológica del deportista a la lesión.

Otros aspectos que según estos autores influyen en la respuesta psicológica del atleta ante una lesión son cuestiones de personalidad, autopercepción, motivación, tolerancia al dolor y otras cuestiones relativas al físico, como el estado de salud general, y desórdenes alimenticios. Respecto a ello, N dijo ser adicta a los pulsos altos “soy feliz exigiéndome”.

Comentó que mientras lo disfruta y avanza no sufre, pero cuando el cuerpo y la cabeza no la acompañan se empieza a angustiar. Dijo que la estresa dormir poco y tener sueño, no comer en su casa, viajar mucho y tener el tiempo justo para hacer las cosas. “Cuando no puedo tener mi día controlado y ordenado me mata”. Cuando se lesiona, le da una contractura o le duele algo le genera un estrés gravísimo y aunque aprendió una técnica de autodiálogo y se dice “tranquila, hacé lo mejor que puedas” igual estos desarreglos la afectan.

Cuando se lesionó, el psicólogo le dijo que en ese momento su entrenamiento debería focalizarse en la rehabilitación y en la comida, para que cuando se recupere no esté pasada de peso. N cumplió la indicación al pie de la letra. “Me tomé la rehabilitación como un soldado... toda la obsesión que pongo en el entrenamiento la puse en la rehabilitación y en la alimentación”.

Los factores personales y situacionales mencionados hasta aquí, según Wiese- Bjornstal et al. (1998) intervienen sobre la valoración cognitiva del lesionado. Desde antes de lesionarse la rodilla Nora tuvo la incertidumbre respecto a si llegaría a tener el alto rendimiento que había tenido y esto le generó mucha ansiedad que el psicólogo la ayudaba a manejar. Esta



incertidumbre respecto al futuro deportivo, que se suele dar en atletas lesionados, según (Buceta, 1996) exigen un cambio y un tratamiento a seguir que a veces es lento y doloroso y puede acarrear recaídas o frustración en el deportista. Cognitivamente, N sostuvo que la lesión fue consecuencia del sobreentrenamiento y relató “fue el precio que pagué por los años de esfuerzo sobrenatural”. Las repercusiones de lo ocurrido fueron un cambio en su manera de pensar, tanto en su entrenamiento personal como con sus alumnos.

N comentó “me cambió mucho la cabeza y ahora lo veo con mis alumnos, hay que darle bola a la recuperación, al descanso”. Se dijo a sí misma que al volver a la actividad, empezaría a darle más importancia al descanso y a comer tranquila, porque entendió que “tarde o temprano lo pagás”. Esto concuerda con la etapa de negociación dentro de las etapas del duelo en la que el deportista lesionado intenta entrar en razón para darle sentido de la lesión y puede pensar en salir de esta situación sin volver a arriesgar tanto en el futuro (Williams, 1991).

Otra valoración cognitiva realizada por N tras la lesión fue estimar de gran ayuda a quienes estuvieron presentes y dejar de considerar amigos a quienes no estuvieron. Por otro lado, enfrentó la experiencia con calma y tranquilidad, dándole la importancia que tuvo y haciendo lo necesario para recuperarse y volver a competir. N dijo “me puse en manos de los kinesiólogos y el soldado que soy entrenando, soy en la rehabilitación”. Tenía claro que no quería volver al cirujano “nunca más en mi vida”. En cuanto a lo laboral dijo que le hacía falta una interrupción. “Me encantó, necesitaba unas vacaciones... estaba muy pasada de rosca”. Al entrenar y trabajar de lo mismo, de la mañana a la noche hacía algún deporte “mi vida era un triatlón...tenía cansancio toda yo”. La lesión le permitió descansar y tomarse vacaciones “fue estar en la cama con mi gatita mirando Netflix... un pequeño detalle, la rodilla rota”. Según Buceta (1996) en algunas ocasiones las lesiones pueden convertirse en mecanismos de escape para evitar fuentes mayores de estrés como el que puede producir el exceso de responsabilidad en la competición.

Consideró que el gran error fue no haber descansado entre competencias que requirieron gran esfuerzo y le ocasionaron mucho cansancio. “Después de la competencia me tenía que haber desenchufado...faltó el switch de prenderme y apagarme. Ahí me rompí y no anduve más” Estas valoraciones cognitivas que realizó la atleta según plantean Wiese- Bjornstal et al. (1998) pudieron haber influido en forma positiva o negativa en la respuesta emocional y conductual de la lesionada.

En cuanto a la respuesta emocional, N refirió haber tenido mucha fuerza todo el tiempo con algunos momentos de angustia por factores situacionales, como la enfermedad y muerte de su abuelo, la decepción que sintió por la gente que no se acercó y por ver a su madre que se ocupó de todo sin ayuda. Esto confirma que en el proceso de rehabilitación, el estado de ánimo post lesión no es constante y presenta variaciones. Respecto a los tiempos de la rehabilitación, N pudo respetarlos sin tener urgencia por regresar a la práctica. Esta urgencia según Wiese-Bjornstal et al. (1998) es característica de los deportistas profesionales y no de los deportistas amateurs.

Por último, en cuanto a la respuesta conductual, N cumplió con los programas de recuperación propuestos por los kinesiólogos “como un soldado”. La ayudó su motivación interna, su alta tolerancia al dolor, sentirse segura de sí misma y confiar en el tratamiento “siempre pensaba

en bancármela, como cuando entrenás, te duele pero no importa, corrés más fuerte y te la bancás” Si bien tenía incertidumbre respecto a su futuro rendimiento, el psicólogo la ayudó a manejar la ansiedad y tenía buenas expectativas respecto de su futuro.

Esto remite a que la adherencia a los programas de recuperación está relacionada tanto a factores personales como a factores situacionales (Buceta, 1996).

5.2. Objetivo 2: Describir las técnicas de intervención psicológicas orientadas a la recuperación de una triatleta de competición lesionada.

En relación a las técnicas de intervención psicológicas orientadas a la recuperación de la deportista, el psicólogo de N mencionó “lo primero que hay que saber cuándo un deportista se lesiona es que las reacciones del lesionado son como si fuese un duelo común por una muerte”. Esto alude a los modelos centrados en las reacciones emocionales del deportista que provienen de la secuencia de reacciones psicológicas descritas por Kubler- Ross (1969, citado en Olmedilla Zafra & García Mas, 2009).

Su primer intervención estuvo orientada a que la deportista acepte lo ocurrido anticipándole cómo sería su evolución. Según Williams (1991) es común ver que los deportistas no puedan creer lo que les ha ocurrido y tiendan a restarle importancia o crean que se van a rehabilitar instantáneamente. El psicólogo comentó que una buena herramienta para enfrentar el dolor, las dudas y poder aceptar de forma positiva la realidad fue prever lo que iba a suceder. Le adelantó a la deportista el camino de lo que viviría y le explicó que las sensaciones y emociones que tendría serían parte de un proceso natural. De esta manera, cuando la atleta las fue vivenciando tuvo confianza en el proceso y se dirigió a una resolución positiva. Según el psicólogo “eso nos permite obtener un mayor grado de confianza por parte del deportista porque empieza a sentir que nosotros lo podemos acompañar y que sabemos cuál es el camino de la recuperación”. Según Williams (1991), al deportista que no se le brinda información sobre la lesión y el proceso de rehabilitación, le es difícil ser positivo y ejercer su autocontrol emocional para poder relajarse.

Para el psicólogo de N, el momento previo a la cirugía fue un momento propicio para poder enseñarle a N técnicas para reequilibrarse con la respiración y transmitirle la consigna que la cirugía es el primer paso para recuperarse. Este lema hizo que la atleta no esté preocupada por la operación, sino con ganas de que llegue el momento para empezar la recuperación. Además de comunicarle a la atleta en forma anticipada como sería el período de rehabilitación, le enseñó técnicas de relajación y visualizaciones para trabajar con la autoestima y controlar la ansiedad, el estrés y el dolor. Según García Ucha (2004) la relajación ayuda a conservar la energía vital necesaria para favorecer la recuperación, componer el estado incómodo del cuerpo e impedir la enfermedad. Según Palmi Guerrero (2001) las visualizaciones orientan, junto a otros ejercicios, a que el deportista obtenga un grado de control superior ante el dolor.

Otra intervención realizada por el psicólogo en la fase de inmovilización fue llamarla antes y después de la cirugía; el profesional comentó “para que ella sepa que estoy a su lado”.

Según Palmi Guerrero (2001) el apoyo afectivo de otras personas es fundamental para el éxito de la rehabilitación.

Una vez que N salió de la cirugía comenzó a recuperarse. Junto con las técnicas antes mencionadas, el psicólogo le brindó a N técnicas de autodiálogo para reconocer los pensamientos negativos y transformarlos en positivos y le recomendó que dirigiese el foco que estaba en el deporte a realizar otras actividades, como la lectura de material formativo. Según Guerrero (2001) estas estrategias, además de otorgar aprendizajes deportivos, ayudan al deportista a controlar las situaciones estresantes y dolorosas y mantener un alto nivel de motivación.

Cuando comenzó la recuperación, la atleta estaba ansiosa esperando que pasen los tres primeros meses para volver a correr. En las fases de recuperación y readaptación el psicólogo trabajó con distintos ejercicios de respiración, para empezar a dominar los pensamientos y con visualizaciones que fueron variando a lo largo de todo el período de movilización en base a los objetivos que se fueron planteando. El psicólogo comentó “al principio la guiaba en una historia sin que nada la saque de la concentración para aprender a dominar los pensamientos, luego buscamos espacios placenteros y situaciones en donde la atleta se sienta cómoda, tratamos de entrenar la mente para poder imaginar distintas acciones y un mes antes de empezar a correr empecé a pedirle al Nora que se visualice corriendo para que no pierda la técnica del running”. Para el psicólogo no fue necesario comunicarse con los otros profesionales del equipo porque la atleta tenía muy buena relación con todos y transmitía sus avances sin dificultad. En relación a esto Palmi Guerrero (2001) refiere que la comunicación con información clara y real del proceso de recuperación, ausente en este período, es tan necesaria como las técnicas que fueron impartidas por el psicólogo (de relajación, respiración y la determinación de objetivos), para que el deportista pueda controlar las situaciones estresantes y dolorosas y mantener un alto nivel de motivación. Se observó además que la atleta cursó esta etapa percibiendo falta de apoyo social que según Williams (1991) adquiere un papel fundamental en la recuperación ya que fomenta la confianza en la rehabilitación y ayuda a restablecer y mantener el sentido del equilibrio

En la vuelta al entrenamiento se le anticipó a la deportista que podría sufrir nuevas lesiones en otra parte del cuerpo a causa de compensaciones. Las primeras dos lesiones las tomó con naturalidad, siguió esforzándose en recuperarse pero no alcanzó el nivel deportivo esperado. N comenzó a frustrarse y el psicólogo le explicó que las lesiones son parte del proceso, pero a ella le costó entenderlo. Cuando tuvo la tercera lesión empezó a tener temores y pensamientos negativos. Según Williams (1991) es fundamental enseñarle al deportista a reconocer y controlar los pensamientos cuando estos son erróneos o destructivos; interrumpirlos y desviarlos hacia pensamientos más positivos o más apropiados evitando las contradicciones. Respecto a esto el psicólogo dijo “cuando hay muchos pensamientos negativos en relación a los temores por la recuperación y el rendimiento uno los tiene que aceptar. Aceptar es entender que hay un tiempo en el que hay que lidiar con todo eso... y llega un momento en el que hay que empezar a entrenar para disuadir esos pensamientos... Había que transformar los pensamientos negativos en positivos, pero había pensamientos que no eran negativos, eran reales. Esos habría que aceptarlos”. Según Buceta, (1996) enfrentarse a sus expectativas respecto a su rendimiento, aceptar y adaptarse a nuevas limitaciones y el miedo a otra lesión o a una recaída pueden contribuir a hacer estresante la vuelta a la actividad deportiva normal. Según García Ucha (2004) estos factores pueden disminuir la posibilidad de recuperación completa y complicar o alargar el período de recuperación.

Contó N que las lesiones reiteradas la llevaron a perder seguridad y confianza en sí misma y en el entrenador. Según Palmi Guerrero (2001) en esta etapa es importante perder el miedo al fracaso para lo que se necesita confianza y concentración. Y para que el deportista sienta confianza en el proceso es fundamental comunicarle su progresión y las dificultades con las que puede encontrarse. Al preguntarle si una mejor comunicación entre los profesionales de su equipo hubiese ayudado a alcanzar progresivamente su nivel deportivo, N contestó que no porque su entrenador es un planificador que no cree en la psicología, cosa que para ella es fundamental “si yo hubiese tenido un entrenador contenedor y no un planificador, quizás hoy hubiese estado haciendo triatlón todavía”. Respecto a esto el psicólogo comentó que si N hubiese tenido un entrenador que la acompañe realmente, podría haber durado muchísimo más, pero no lo tuvo. El psicólogo afirmó “tuvo un planificador y ella hizo toda la carrera sola. Le bajaban un plan y ella lo cumplía”.

Para entender el proceso de la atleta, el psicólogo también consideró el lapso transcurrido desde la obtención de los mejores resultados hasta el regreso al entrenamiento (pasando por dos lesiones, una cirugía y rehabilitación) y reflexionó “el cuerpo no responde de la misma manera a los 35 que a los 40 años, menos un cuerpo golpeado por este tipo de disciplina que destroza los músculos” y concluyó que es posible que la atleta no pueda volver a hacer los tiempos que estaba acostumbrada, pero que su ego la llevaba a querer marcar tendencias. “Siempre se exigió al máximo, pero hay momentos que aunque te exijas no llegás”. Planteó esta situación en las sesiones con la atleta, pero la atleta quería tener más logros. Tanto para Buceta (1996) como para Wiese-Bjornstal et al., (1998) la edad es una de las variables que pueden aumentar significativamente el estrés y en consecuencia el riesgo a lesionarse.

Luego de frustrarse en el triatlón por la falta de lealtad en el ambiente, la deportista abandonó la disciplina y luego de un impasse empezó a entrenarse en atletismo con un entrenador más presente que la exige en forma cuidada y progresiva. El psicólogo orientó sus intervenciones para ir acompañándola en el duelo de no volver a ser la que era y trabajó la pérdida de seguridad y confianza que sufrió la atleta, apoyándose en experiencias pasadas. El psicólogo contó un ejemplo de planteo de objetivos cortos “si le toca hacer pasadas, le digo que se ponga un tiempo. Cuando ve que lo puede hacer y se va superando, va tomando cierto control de sus necesidades”. Para Palmi Guerrero (2001) determinar objetivos en esta fase sirve para evitar las dudas y autoevaluaciones críticas; según Williams (1991), el diálogo interno que tenga el deportista en esta etapa va a determinar su conducta posterior.

Según el psicólogo, la mejor intervención que se puede hacer en un proceso de recuperación de una lesión es lograr un buen vínculo. Agregó “si N quisiera podría cruzar el océano nadando, pero como todo deportista, necesita que alguien la acompañe, que esté al lado, que la vea salir y la vea llegar”. Para que al deportista le vaya mejor, hay que estar cerca, acompañarlo, estimularlo, motivarlo y lograr un buen vínculo. Según Palmi Guerrero (2001), el psicólogo del deporte además de estimular, motivar y acompañar en forma individual al atleta para reducir el impacto psicológico ocasionado por una lesión grave, debe acompañar al deportista con un enfoque interdisciplinar, utilizando el apoyo social para mantener la confianza del lesionado.

5.3. Objetivo 3: Analizar los cambios percibidos por la triatleta en cuanto al impacto psicológico de la lesión a lo largo del proceso de rehabilitación.

En relación a los cambios percibidos por la triatleta en cuanto al impacto psicológico de la lesión a lo largo del proceso de rehabilitación se observó que N presentó niveles altos de motivación y de tolerancia al dolor lo que en ocasiones suele ser perjudicial ya que como se menciona en el marco teórico, esta situación por un lado la llevó a ser más propensa a las lesiones y por el otro a crear una falsa imagen de invulnerabilidad que con el tiempo dio lugar tanto a problemas físicos como psicológicos (Williams, 1991). Respecto a esta situación la atleta dijo “Yo tenía que haber vuelto de Hawái y haberme desenchufado por dos o 3 meses... pero a la semana ya estaba corriendo en Piriápolis sin sentido. Ahí me rompí y no anduve nunca más. Por no parar. Yo quería seguir compitiendo, quería devorarme a todas las minas en las carreras; me sentía She-ra” Así es la cultura del deporte en la que los deportistas están inmersos; le otorga un valor elevado al hecho de alcanzar el sueño deportivo y los alienta a ignorar el dolor para conseguir la victoria (Wiese-Bjornstal et al., 1998).

Cuando N se lesionó sintió angustia por la falta de compañía de amigos y colegas “Eso me deprimió, ni mi entrenador me llamó!”. Esta actitud del entrenador de dejar de lado a la atleta lesionada para fomentar en ella una rápida recuperación y señalar que el éxito se logra dando el 110% según Williams (1991) puede ser crucial.

Como se mencionó en el apartado anterior, la atleta volcó toda la obsesión que ponía en el entrenamiento en la rehabilitación y en la alimentación. Si bien respetó los tiempos que le habían puesto los kinesiólogos, cuando dejó el tratamiento con ellos y volvió a la práctica con su entrenador empezó rápidamente a buscar rendimiento “Ahí me costó”. Según Buceta (1996) el hábito de esforzarse al máximo, más el intenso deseo del atleta por superar rápidamente la situación estresante de la lesión puede llevarlo a excederse en las tareas de rehabilitación y perjudicar su recuperación.

Cuando llegó la etapa de reentrenamiento N estaba feliz de volver. Al principio le prestó más atención a descansar y relajarse, pero como tenía menos tiempo para entrenar por el hecho de tener que trabajar más (para obtener el dinero que antes le daban los sponsors), rápidamente empezó a exigirse de nuevo. “Me costó volver a la rigidez de entrenar constante”.

Cuando empezó a buscar rendimiento y no alcanzaba el nivel deportivo esperado, empezó a tener pensamientos negativos “yo pensaba que iba a agarrar rendimiento mucho más fácil pero la vuelta tardaba”. N empezó a sentir ansiedad “me agarró una cosa de impaciencia... Quería meter los ritmos que metía antes y se me puso medio heavy”.

Según Buceta, (1996) el cambio que surge de abandonar los hábitos adquiridos en el período de lesión para volver a los anteriores; incluidos el paso de un período más tranquilo a la vuelta a la exigencia del entrenamiento y la competición como se menciona en el párrafo anterior; adaptarse a los cambios ocasionados en su ausencia (como la ola de gente nueva y las situaciones de trampa en las competencias); presiones de corto plazo (como podría ser la búsqueda de volver a recibir regalías de sponsors y dinero de las competencias); enfrentarse a

sus expectativas y a la de los demás respecto a su rendimiento; aceptar y adaptarse a nuevas limitaciones y el miedo a una recaída u otra lesión, puede contribuir a hacer estresante la vuelta a la actividad deportiva normal. Al mismo tiempo, éstos factores estresantes pueden llevar a distintas situaciones: volver a lesionarse la misma u otra parte del cuerpo; una merma en la autoconfianza dada por la disminución del rendimiento y depresión general. De hecho al poco tiempo de la vuelta al entrenamiento se desgarró el sóleo de la otra pierna; se recuperó rápidamente pero cada dos meses llegaba a un pico de carga y volvía a lesionarse otra parte del cuerpo. Esto la llevó a perder la confianza en el entrenador y en sí misma y empezó a sentir mucha inseguridad. “Después de la lesión ya no supe si iba a terminar la carrera... no andaba y me sentía insegura; no sabía si era la comida, la suplementación o el descanso”. En este punto la atleta recordó que el psicólogo trató de explicarle repetidas veces que era parte de un proceso pero a ella le costó entenderlo. “Es lógico que en dos o tres meses el cuerpo no se va a poner de nuevo como lo que me había llevado conseguir en cuatro años... en realidad no eran cuatro sino 14. Ahora lo entiendo, pero en ese momento no lo podía entender y me daba mucha angustia”

Estos factores sumados a la rotura del rayo de una rueda en plena competencia y a la falta de contención por parte del entrenador llevaron a la atleta a abandonar la disciplina

Según Williams (1991), éstos factores estresantes pueden generar en el atleta una disminución de la habilidad deportiva, cognitiva y de flexibilidad emocional, disminuyendo las habilidades para hacerle frente a los problemas y aumentando la predisposición de volver a lesionarse, lo que puede poner en riesgo la motivación y el retorno a la competición.

Cuando se le preguntó a N acerca de los cambios percibidos por ella a raíz de la lesión respondió que antes de la lesión su prioridad era entrenar pero que eso había cambiado.

Seguía enojada con el triatlón y sintiendo que le habían quedado objetivos pendientes pero en ese momento estaba empezando a entrenar para competir en atletismo que al ser una sola disciplina requiere de mucho menos entrenamiento y esfuerzo. “Ahora mi prioridad es mi perra... disfruto de mirar una serie, estoy feliz. Hay gente que me dice que voy a volver al triatlón, pero no. Quiero vivir esta vida”. Según el psicólogo, lo que cambio principalmente fueron sus expectativas “antes, en el triatlón, era ella la mejor y tenía que ganar... ahora compite para ganarle a ella misma, a tratar de bajar tiempos y esa es una competencia un poco más leal que querer ganarle a una persona 10 años menor con 10 años de experiencia”.

N empezó a darle importancia a la recuperación, al descanso, a la alimentación y empezó a aplicar lo aprendido con sus alumnos. Antes de lesionarse N iba a trabajar de mal humor y con bronca “un día hice un clic y me di cuenta que la gente está pagando para entrenar conmigo”. Después de la lesión le empezó a dar más importancia al trabajo, a agradecer poder trabajar de lo que le gusta y que confíen en ella como entrenadora. Además se anotó para retomar su carrera universitaria apostando a obtener allí herramientas para trabajar en su futuro. “Antes era solo entrenar, no me importaba que mi casa esté dada vuelta, no tenía una pareja estable, no tenía nada. Yo tengo 40 años, no me casé, no tengo hijos, no tengo auto, no sé manejar, hay un montón de cosas que yo no hice en la vida normal por haber estado entre los 20 y los 40 metida de lleno en el deporte. Ahora viene otra etapa. Vivir otras cosas que nunca viví”.

## 6. CONCLUSIONES

En el presente trabajo final integrador se ha cumplido con los objetivos propuestos. Se ha descrito las consecuencias psicológicas que produjo una lesión del ligamento cruzado anterior de rodilla izquierda en una triatleta de alto rendimiento; luego se describieron las técnicas de intervención psicológicas orientadas a su recuperación y se analizaron los cambios percibidos por la atleta en cuanto al impacto psicológico de la lesión a lo largo del proceso de rehabilitación.

### 6.1 Objetivos

En relación a las consecuencias psicológicas ocasionadas por la lesión, las emociones experimentadas por la atleta coincidieron con las descritas en los modelos centrados en las reacciones emocionales del deportista (Buceta, 1996; Williams, 1991). La diferencia radicó en que la atleta dijo haber aceptado la lesión sin haber atravesado el período de negación.

La etapa de recuperación coincidió con la muerte de su abuelo, situación que junto a la falta de apoyo de supuestos amigos y entrenador afectó a la atleta en su estado anímico; esto remite a la importancia del apoyo social percibido durante el proceso de recuperación (Buceta, 1996; Palmi Guerrero, 2001; Wiese-Bjornstal et al., 1998; Williams, 1991). En este sentido, la contención que sintió por parte de su madre, el psicólogo y los kinesiólogos fue fundamental durante todo el proceso.

Previo a la lesión la atleta había tenido un pico de sobreentrenamiento con desajuste fisiológico y pérdida de rendimiento. Para Wiese-Bjornstal et al. (1998) los factores previos a la lesión que dan respuesta al estrés influyen en la respuesta psicológica y esta respuesta puede cambiar a través del tiempo. Al principio la deportista vivió la interrupción de sus actividades "como unas vacaciones" pero luego sobrevinieron dos duelos: el deportivo y el de su abuelo.

En este punto la atleta le atribuyó la causa del sobreentrenamiento a su alta tolerancia al dolor y cultura del esfuerzo. Luego, entendió la importancia del descanso y disfrutar lo que hace. Respecto a la respuesta emocional, la atleta tuvo variaciones en el estado de ánimo, tanto por la muerte de su abuelo como por la falta de apoyo social, lo que confirma que en el proceso de rehabilitación el estado de ánimo no es constante (Wiese-Bjornstal et al., 1998).

En relación a la respuesta conductual, la atleta adhirió al tratamiento cumpliendo con los programas propuestos por los kinesiólogos. Se lo adjudicó en primera instancia a su motivación interna, su alta tolerancia al dolor, sentirse segura de sí misma y confiar en el tratamiento; en segundo lugar, al apoyo de los kinesiólogos que trabajaron con objetivos claros y precisos y que el tratamiento no le representó un esfuerzo económico; finalmente fue posible debido al apoyo profesional del psicólogo, que la guió para manejar la ansiedad respecto de su futuro. Esto remite a que la adherencia a los programas de recuperación está relacionada a múltiples factores de tipo personales y situacionales (Buceta, 1996).

En relación a las técnicas de intervención psicológicas orientadas a la recuperación de la deportista, la primer intervención fue dirigida a que la deportista acepte de forma positiva la

realidad de lo ocurrido. Esto alude a los modelos centrados en las reacciones emocionales provenientes de la secuencia descrita por Kubler-Ross (1969, citado en Olmedilla Zafra &

García Mas, 2009). Con este fin, el psicólogo le anticipó los pasos de la recuperación. Luego se le explicó a la atleta que la cirugía es el primer paso para recuperarse, de esta manera se focalizó en empezar la recuperación. Para la fase de inmovilización el psicólogo le ofreció a la atleta técnicas de respiración, relajación y visualizaciones para reequilibrarse, trabajar con la autoestima y controlar la ansiedad, el estrés y el dolor y la acompañó con frecuentes llamados telefónicos. Según García Ucha (2004) la relajación ayuda a conservar la energía vital necesaria para favorecer la recuperación. Las visualizaciones orientan a que el deportista obtenga un grado de control superior ante el dolor y el apoyo afectivo de otras personas es fundamental para el éxito de la rehabilitación (Palmi Guerrero, 2001).

Una vez que la atleta comenzó la recuperación, el psicólogo fue avanzando en las técnicas mencionadas. Le recomendó que dirigiese el foco a cumplir con la rehabilitación y cuidarse con la alimentación. Se observó que la atleta cursó esta etapa percibiendo falta de apoyo social, que según Williams (1991) tiene un papel fundamental ya que fomenta la confianza en la rehabilitación y ayuda a restablecer y mantener el sentido del equilibrio.

Para la vuelta al entrenamiento se le anticipó a la deportista que podría sufrir nuevas lesiones en la misma u otras partes del cuerpo y empezó a trabajar con el psicólogo la técnica de diálogo interno positivo para aprender a detectar y transformar los pensamientos negativos en positivos (Rotella, 1990 citado en Cruz Feliú, 1997). Cuando la deportista volvió a aumentar las cargas tuvo algunas lesiones y comenzó a frustrarse, a tener temores y pensamientos negativos. El psicólogo detectó que algunos de estos pensamientos no eran negativos sino reales, los cuales la atleta tendría que aceptar. Según Buceta, (1996) aceptar y adaptarse a nuevas limitaciones puede contribuir a hacer estresante la vuelta a la actividad.

Teniendo en cuenta los cambios en el cuerpo de la atleta, debido a las lesiones y la edad, el psicólogo la indujo a hacer un cambio de actitud en relación a su carrera. Orientó sus intervenciones para ir acompañándola en el duelo de no volver a ser lo que era y trabajó la pérdida de seguridad y confianza que sufrió la atleta, con planteamiento de objetivos cortos para mantener altos los niveles de motivación (Cruz Feliú, 1997).

En referencia a los cambios percibidos por la triatleta en cuanto al impacto psicológico de la lesión a lo largo de todo el proceso de rehabilitación, a N le llevó un año cambiar su actitud en relación al deporte y a su vida. En relación al tratamiento, al principio dijo que adhirió "como un soldado" cumpliendo los tiempos propuestos por los kinesiólogos. Según Buceta (1996) el hábito de esforzarse al máximo más el intenso deseo de superar rápidamente la situación, puede llevar al atleta a perjudicar su recuperación.

En la primera etapa entendió que sus niveles altos de motivación y tolerancia al dolor la llevaron al sobreentrenamiento y a la lesión. Afirmó que al recuperarse le daría mayor importancia al disfrute y al descanso. Pero cuando empezó a buscar rendimiento sin alcanzar el nivel deportivo esperado, sintió ansiedad y empezó a tener pensamientos negativos. Según



Buceta, (1996) volver de un período tranquilo a uno más agitado puede generar estrés y llevar a la atleta a lesionarse, bajar su autoconfianza y deprimirse. De hecho, a los dos meses de volver a entrenar, la atleta llegó a un pico de carga y se lesionó reiteradas veces, perdió la confianza en el entrenador y en sí misma y empezó a sentir mucha inseguridad. Estos factores sumados a la falta de contención por parte del entrenador llevaron a la atleta a abandonar la disciplina. Esto remite a que los factores estresantes pueden llevar a disminuir las habilidades para hacerle frente a los problemas y aumentar la predisposición de volver a lesionarse, lo que podría poner en riesgo la motivación y el retorno a la competición (Williams,1991)

Luego de un período de descanso de la competencia, asistida por su psicólogo, la atleta decidió volver a entrenar para competir en atletismo, disciplina que requiere de mucho menos entrenamiento y esfuerzo. Volvió a darle importancia al descanso y a la alimentación, comenzó a darle valor a su trabajo y se anotó para retomar su carrera universitaria, apostando a obtener allí herramientas para su futuro, abriéndole la puerta a una nueva etapa en la que pueda vivir situaciones que antes dejaba de lado por la exigencia impuesta por el deporte.

## 6.2. Limitaciones, fallas, perspectiva crítica y aporte personal

El presente trabajo es un estudio de caso único sobre un área no muy explorada en el país que permite visualizar las consecuencias del sobreentrenamiento en una triatleta de alto rendimiento, a la que se le ha realizado una entrevista en profundidad para observar cuales fueron las consecuencias psicológicas de una lesión grave y cómo es el fenómeno de la recuperación.

En relación a los hechos que llevaron a la atleta a lesionarse, si bien este tipo de lesión no es posible prevenir, fue el desenlace de mucho desgaste en el cuerpo sin cuidado personal en cuanto al descanso, sumado a entrenadores muy exigentes que no siempre acompañaron a la atleta en sus rutinas de entrenamiento. Podría pensarse que de haberse cambiado antes de entrenador, la deportista no hubiese llegado al extremo de sobreentrenamiento ni a las consecuentes lesiones. En esta línea, se considera que de haber contado con un equipo interdisciplinario se podría haber implementado este cambio con más anticipación o en su defecto, se podría haber intervenido sobre el entrenador para que bajara la exigencia y le dé a la deportista el descanso necesario.

En relación a los hechos que mediaron su recuperación, un tema que surgió repetidas veces en las distintas entrevistas (tanto a la deportista, como al psicólogo y el kinesiólogo) es que la atleta no tenía amigos y que solo contaba con el apoyo de su madre, el psicólogo y el equipo médico. Se advirtió que la exigencia del triatlón puede dificultar el balance entre una vida personal y deportiva, lo que puede traer como consecuencia que las personas del ámbito deportivo sean consideradas equivocadamente como amigos y se genere algún tipo de confusión en los momentos en los que el apoyo social es necesario. Podría pensarse que lo que tuvo mayor repercusión en la rehabilitación y en la vuelta al entrenamiento de la deportista fue la falta de apoyo social. Dado que este es un factor que puede afectar el proceso de rehabilitación, sería importante que no sólo focalice su terapia en relación al deporte, sino a su vida personal.

En cuanto a las limitaciones del presente trabajo, la pasante considera que hubiese sido enriquecedor entrevistar a la atleta a lo largo del proceso ya que la información obtenida en la entrevista fue en un punto específico de su recorrido y lo relevado fue en forma retrospectiva.

De haber tenido la oportunidad de mantener entrevistas periódicas con la atleta en las distintas etapas deportivas (post lesión, post cirugía, período de rehabilitación y vuelta al entrenamiento) se hubiera registrado los distintos estados de ánimo de la atleta y apreciado su evolución en cada período y los efectos de las intervenciones psicológicas que fueron realizadas en cada fase, junto a la percepción de las mismas por parte de la atleta.

Con respecto a la institución, se destaca que en un principio se percibió como un ambiente cerrado, característica del campo del deporte, luego la pasante se pudo ir incorporando a la dinámica de trabajo y percibió al club como un espacio organizado en el que se destaca la calidad humana de los profesionales quienes han colaborado para que se pueda realizar el presente trabajo sin dificultad.

La experiencia ha sido un primer acercamiento que permitió observar y aprender cómo trabajan los psicólogos en el campo del deporte. Esta apertura ha generado en la pasante una gran motivación y el desafío de seguir aprendiendo desde la teoría y fundamentalmente desde la práctica.

En función de la información obtenida por medio de las diferentes entrevistas y del marco teórico como sustento, se deduce que debido a todos los factores estresantes que tienen los deportistas de alto rendimiento en deportes individuales, especialmente los deportistas que practican solos sin presencia del entrenador o compañeros, se requiere que la función del psicólogo se extienda de su tarea específica de clínica deportiva hacia el área de asesoramiento e intervención con el objetivo de, como menciona Roffé (2009), prevenir sobrecargas de estrés que podrían llevar a lesiones y el abandono de la práctica. En este sentido, un enfoque interdisciplinar puede actuar tanto en forma preventiva como para reducir el impacto psicológico de los procesos vitales o críticos de la vida de un deportista.

## 7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Andersen, M. B. & Williams, J. M. (1998), A model of Stress and Athletic injury: Prediction and prevention. *Journal Sport and Exercise Psychology*. 10(3), 294-306.

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

Brewer, B. W. (1994). Review and critique of models of psychological adjustment to athletic injury. *Journal of applied sport psychology*, 6(1), 87-100.

Buceta, J. M. (1996). *Psicología y lesiones deportivas: prevención y recuperación*. Madrid: Dykinson.

Buceta, J. M., & de la Llave, A. L. (2007). Intervención psicológica con corredores de maratón: características y valoración del programa aplicado en el maratón de Madrid. *Revista de Psicología del Deporte*, 11(1), 83-107.

Chirivella, E. C. (2010a). La psicología del deporte como profesión especializada. *Papeles del Psicólogo*, 31(3), 237-245.

Chirivella, E. C. (2010b). Psicología del deporte. *Papeles del Psicólogo*, 31(3), 234-246.

Cano, L. A., Zafra, A. O., & Toro, E. O. (2010). Efectos de las lesiones sobre las variables psicológicas en futbolistas juveniles. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 42(2), 265-277.

Cox, R. H. (2008). *Psicología del deporte: Conceptos y sus aplicaciones*. Madrid: Panamericana.

Cruz Feliú, J. (1997). *Psicología del deporte*. España: Síntesis.

García Ucha, F. E. (2004). *Herramientas psicológicas para entrenadores y deportistas*. La Habana: Editorial Deportes.

Gómez Correa, L. (2016). El abordaje psicológico en las lesiones deportivas. *Revista Psicodeportes*, 24(23), 22-23.

Heil, J. (1993). *Psychology of sport injury*. Champaign: Human Kinetics Publishers.

Iracet, E. N. B. (1992). *Diccionario terminológico de ciencias médicas*. Barcelona: Elsevier

Matarazzo, J. D. (1982). Behavioral health's challenge to academic, scientific, and professional psychology. *American Psychologist*, 37(1), 1.

Montero, F. J. O., de Los Fayos, E. J. G., & Olmedilla Zafra, A. O. (2010). Influencia de los factores psicológicos en las lesiones deportivas. *Papeles del psicólogo*, 31(3), 281-288.

Nigro, P.M. (2013). Preparación Mental: La visualización en el deporte. *Revista Psicodeportes*, 21(20), 16-21.

Olmedilla Zafra, A., & García Mas, A. (2009). El modelo global psicológico de las lesiones deportivas. *Revista de Acción Psicológica* 6(2), 77-91.

Palmi Guerrero, J. P. (2001). Componentes psicológicos de las lesiones deportivas. In *Psicología del deporte* (pp. 215-244). Síntesis.

Palmi Guerrero, J. (2014). Psicología y lesión deportiva: Una breve introducción. *Revista de psicología del deporte*, 23(2), 389-393.

Roffé, M. (2009). *Evaluación psicodeportológica: 30 Test psicométricos y proyectivos*. Buenos Aires: Lugar.

Rotella, R. J. (1985). The psychological care of the injured athlete. In *Sport psychology: Psychological considerations in maximizing sport performance*, (pp. 273-287). Mark Muse.

Silva, J. M. (1990). An analysis of the training stress syndrome in competitive athletics. *Journal of Applied Sport Psychology*, 2(1), 5-20.

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(1), 46-69.

Williams, J. M. (1991). *Psicología aplicada al deporte*. Madrid: Biblioteca Nueva.

