



UNIVERSIDAD DE PALERMO

Departamento de Psicología

**Análisis de consecuencias psicológicas de lesiones
ligadas al campo deportivo: estudio de caso D**

Alumna: Yesica Rovelli

Tutor: Marcelo Roffé

Año: 2011

ÍNDICE DE CONTENIDOS

ÍNDICE DE TABLAS	4
CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN	5
CAPÍTULO 2. OBJETIVOS	7
2.1. Objetivos generales.....	7
2.2. Objetivos específicos.....	7
CAPÍTULO 3. MARCO TEÓRICO	8
3.1. Psicología del deporte.....	8
3.1.1. Definición.....	8
3.1.2. Medidas de prevención contra las lesiones en futbolistas.....	9
3.1.3. Los caminos hacia una rehabilitación eficaz.....	9
3.1.4. El jugador lesionado.....	10
3.1.5. Lesión: Características de su rehabilitación.....	10
3.2. Manejo del dolor y las lesiones.....	11
3.3. Técnicas de relajación y visualización.....	12
3.4. Psicología y lesiones deportivas.....	13
3.4.1. Modelo del estrés y lesión.....	13
3.4.2. Modelo integrado de respuesta a la lesión.....	14
3.5. Propuestas de intervención psicológica: prevención y rehabilitación.....	14
3.5.1. Psicoterapias cognitivas.....	16
3.6. El trauma de la finalización de la vida deportiva.....	18
CAPÍTULO 4. METODOLOGÍA	20
4.1. Tipo de Estudio.....	20
4.2. Participante.....	20
4.3. Instrumento.....	20
4.4. Procedimientos.....	22
CAPITULO 5. ANÁLISIS DEL CASO	23

5.1. Caso clínico y contexto del mismo.....	23
5.1.1. Presentación del caso clínico “D”	23
5.1.2. El club.....	24
5.1.3. Modo de trabajo del equipo de profesionales del club.....	24
5.2. Entrevista psicodeportologica.....	25
5.3. Técnicas proyectivas.....	26
5.3.1. Test de la persona bajo la lluvia.....	27
5.3.2. Test de la familia.....	30
5.3.3. Test HTP.....	35
5.3.3.1. Test de la casa.....	35
5.3.3.2. Test del árbol.....	37
5.3.3.3. Test de la persona/ figura humana.....	40
5.4. Técnicas de relajación y visualización.....	43
5.5. Diagnóstico presuntivo e interpretación general de los tests.....	44
CAPÍTULO 6. CONCLUSIÓN.....	48
CAPÍTULO 7. BIBLIOGRAFÍA.....	50

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Interpretación del dibujo del test de la persona bajo la lluvia realizado por D.....	27
Tabla 2. Interpretación del dibujo del test de la familia realizado por D.....	31
Tabla 3. Interpretación del dibujo del test de la casa realizado por D.....	35
Tabla 4. Interpretación del dibujo del test del árbol realizado por D.....	38
Tabla 5. Interpretación del dibujo del test de la persona/ figura humana realizado por D.....	40

CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo se propone abordar desde el punto de vista de la psicología del deporte el caso clínico de D, un adolescente de 17 años intervenido quirúrgicamente a raíz de dos lesiones sufridas tras practicar deporte.

La construcción del trabajo constará, a grandes rasgos, de dos partes. La primera de estas estará constituida por el marco teórico, mientras que en la segunda se analizará a la luz del marco teórico el caso clínico presentado.

El presente estudio no intenta ser más que un acercamiento a la práctica clínica dentro del deporte, esto, debido a la limitante de la brevedad de los encuentros.

Distintas investigaciones como las realizadas por Marcelo Roffé en *Fútbol de presión y Alta Rendimiento. Psicología y deporte*, se han dirigido a desentrañar cuáles son las repercusiones psicológicas que las lesiones derivadas de la actividad deportiva conllevan y qué tipo de acciones favorecen al deportista durante su rehabilitación.

La lesión puede ser considerada como un hecho inherente al deporte profesional, el cual, a pesar de su connaturalidad no deja de exhibir un carácter negativo para el deportista, esto, debido a toda una multiplicidad de motivos. Entre estos podemos nombrar:

- Supone una disfunción del organismo que produce dolor.
- Conlleva la interrupción o limitación de la actividad deportiva.
- Implica cambios en el entorno deportivo del lesionado.
- Implica posibles pérdidas en cuanto a resultados deportivos colectivos.
- Conlleva la interrupción o limitación de actividades extradeportivas, cambios en la vida personal y familiar del deportista.

En palabras de Roffé (2000), *“el lesionado siente una gran percepción de fracaso, una gran indefensión, una baja de la autoestima, sentimientos autoculpógenos y autoreproches que lo llevan al desánimo más absoluto”* (p. 141).

Es importante aclarar, que sabemos que a partir de un solo caso es imposible entender el universo que representa la psicología del deporte aplicada a las lesiones, pero, a pesar de esto, creemos en la posibilidad de hacer un aporte a la disciplina mediante nuestro análisis.

CAPÍTULO 2. OBJETIVOS

2.1. Objetivos generales

El objetivo general de este trabajo es describir la intervención psicológica en el caso de un adolescente de 17 años, llamado D, quien tras padecer dos lesiones graves, recibe tratamiento kinesiológico y psicológico en una institución deportiva.

Es nuestra intención lograr comprender cómo la psicología es imprescindible para concebir las lesiones de una manera integral, de manera de llegar a conclusiones más amplias y no sólo fisiológicas con respecto a las lesiones.

2.2. Objetivos específicos

- Inferir un diagnóstico presuntivo.
- Analizar los factores de riesgo más importantes que operaron en las lesiones de D.
- Analizar cuáles son los temores de D luego de padecer dos lesiones graves.
- Describir las diferentes intervenciones psicológicas realizadas en el caso.

CAPÍTULO 3. MARCO TEÓRICO

El presente marco teórico, está principalmente desarrollado con una base epistemológica conceptualizada por la psicología cognitiva, y fundamentalmente por la psicología del deporte, siguiendo la línea estudiada por Marcelo Roffé.

3.1. Psicología del deporte

3.1.1. Definición

Esta disciplina está centrada en la ayuda que pueden ofrecer los profesionales ligados a la psicología a niños, adolescentes y a adultos que participen en actividades deportivas y actividades físicas, en dirección a lograr su óptimo rendimiento. La misma puede encuadrarse a partir de dos miradas. La primera de éstas va encaminada hacia el modo de aprender cómo los factores psicológicos pueden afectar el rendimiento físico de los diferentes deportistas, y la segunda hacia comprender cómo la práctica de un deporte incide en la salud, el desarrollo, y el bienestar personal entre otras características del individuo. Queda claro que estas dos miradas no se excluyen sino que más bien se integran. En síntesis, el psicólogo del deporte se encarga de,

“todos los aspectos de los diferentes contextos de los atletas, practicantes de actividad física y demás agentes deportivos, que pueden ser útiles para que sean más competentes en el deporte, en la mejora de su rendimiento y en la vida en general” (Garcés de Los Fayos, Olmedilla Zafra & Jara, 2006, p. 88).

El objeto de estudio está caracterizado por la subjetividad de las personas que participan en la práctica del deporte, y se encamina tanto hacia la optimización del rendimiento como hacia el desarrollo personal del deportista, haciendo investigación, enseñando y llevando a la práctica conocimientos específicos.

3.1.2. Medidas de prevención contra las lesiones en futbolistas

Como bien dice el dicho “más vale prevenir que curar”, la epidemiología demuestra científicamente que la prevención primaria es la clave para el tratamiento de este tipo de problemas (Saforcada, 1999). Esta prevención consiste en anticipar la ocurrencia de la enfermedad antes de que esta se desarrolle, mediante el control de las causas y los factores de riesgo. Desde esta óptica, podemos, en el caso que nos compete, realizar un examen de cuáles son los factores que posibilitan a la prevención primaria dentro del fútbol. De acuerdo con Roffé (2000), encontramos que es imprescindible el uso de canilleras, realizar un descanso adecuado, utilizar un buen calzado deportivo, poseer autoestima alta, tener los chequeos médicos al día, poseer un sentimiento de óptima condición física, saber retirarse cuando se está cansado o cuando se presenta alguna dolencia, alimentarse de forma adecuada, así como también prevenir el estrés psicosocial.

3.1.3. Los caminos hacia una rehabilitación eficaz

La prevención secundaria (Ledesma Jimeno & Melero Marcos, 1989) consiste en reducir las consecuencias de las enfermedades mediante un diagnóstico temprano y un tratamiento eficiente, lo fundamental se centra en la detección temprana de, en este caso, las lesiones, o las enfermedades en general, lo que posibilita una rápida intervención por parte del equipo de profesionales de manera procurar una salud óptima.

Asimismo, la prevención terciaria (Ledesma Jimeno & Melero Marcos, 1989) esta inclinada específicamente a la reducción del proceso o la reducción de la enfermedad ya está establecida. Es en este punto donde la rehabilitación ya tiene un papel central, puesto que procura evitar una posible discapacidad a causa de la lesión, lo cual imposibilitaría que el paciente logre una vida plena y autosuficiente.

3.1.4. El jugador lesionado

Para empezar hablar del jugador lesionado es preciso mencionar el hecho que está prohibido dejar libre a un jugador cuando este se encuentra lesionado, sabemos que las leyes están para prevenir cosas que antes sucedían. Haciendo una analogía se puede leer como un accidente laboral, esta medida sirve para que los clubes no se desentiendan de los jugadores cuando estos no le significan alguna ganancia presente o futura. El tiempo que un jugador permanece lesionado es dinero para los clubes por lo cual existen presiones tanto de manera explícita como implícita (que son mucho más fuertes) para que vuelvan a rendir lo antes posible.

Las lesiones responden principalmente a dos órdenes (Olmedilla Zafra, 2005), a los clasificados como traumáticos (como por ejemplo una patada) o a aquellos clasificados como por fatiga muscular. Asimismo, se debe atender que una lesión pasada, una lesión no tratada de forma correcta, mala preparación física, estrés, actúan como posibles lesiones en el futuro. Junto a esto no podemos ignorar que un jugador lesionado se siente excluido y puede caer en una severa depresión.

La presión por rendir, por mostrarse, por no quedar fuera del juego, y sentirse excluido del grupo puede producir que los deportistas no avisen de forma correcta a entrenadores, o médicos del equipo lo que el cuerpo avisa como una anomalía. Por ello es necesario un buen apoyo grupal y un apoyo psicosocial base, para disminuir este tipo de situaciones.

Actualmente es aceptado el hecho de que determinados factores psicológicos pueden influir en la vulnerabilidad del deportista a lesionarse y en el proceso de recuperación de lesiones (Olmedilla Zafra, 2005). El estrés no solo es un factor de riesgo a sufrir lesión sino que puede suponer un verdadero obstáculo en la recuperación del deportista lesionado, el hecho de producirse una lesión provoca en el deportista una fuerte carga de ansiedad, que puede desembocar en una depresión (Goldstein & Krasner, 1991; Guillén, 1999). La gravedad de la lesión, el estado anímico, el rol dentro del club, afectan a la determinación del nivel de ansiedad y de las respuestas de estrés del propio deportista.

3.1.5. Lesión: Características de su rehabilitación

Para que la rehabilitación de una lesión sea óptima el jugador debería contar con (Olmedilla Zafra, 2005):

- Un apoyo social favorecedor, contenedor y protector.
- Un diagnóstico médico preciso y a tiempo.
- Una aceptación por parte del jugador con respecto a sus posibilidades y al duelo por el estado de salud perdido.
- Apoyo del grupo de compañeros, como así también del cuerpo técnico, trabajando en las expectativas y los objetivos a alcanzar, trabajar interdisciplinariamente entre los distintos profesionales ligados al área de la salud relacionados con el deporte como lo son el médico, el kinesiólogo, el preparador físico, el psicólogo, y con el grupo de compañeros como soporte emocional y social.

En un principio lo fundamental es trabajar con metas a corto plazo, enfatizando en no perder la relación con el grupo, utilizar técnicas para aumentar la autoconfianza y la motivación. Utilizar técnicas de relajación e imaginación, un trabajo cognitivo de adaptación al nuevo rol, y por último una preparación referida a los posibles miedos relacionados con la vuelta al juego (Olmedilla Zafra, 2005).

3.2. Manejo del dolor y las lesiones

La visualización es una de las habilidades psicológicas más populares entre los deportistas. Visualizar consiste en crear o recrear una experiencia en nuestra mente. Muchos deportistas tratan de ensayar mentalmente lo que consideran que puede ocurrir durante sus competencias y cómo reaccionarán en esas circunstancias. Ello les ayuda a estar mentalmente preparados para la competición. Esta técnica también se utiliza cuando recreamos experiencias pasadas.

Cuando hablamos de visualización en el deporte, también podemos referirnos a práctica imaginada, ensayo mental, entrenamiento ideomotor, modelado en imaginación, práctica encubierta, etc. Los objetivos de la visualización son (González, 2006):

1. Aprendizaje y desarrollo de habilidades deportivas
2. Adquisición y entrenamiento de estrategias

3. Mejora de la auto- confianza
4. Control de respuestas emocionales y del estrés
5. Mejora de la atención y la concentración.

La visualización sirve también para manejar la fatiga y el dolor que puede aparecer durante la competición. Asimismo, puede utilizarse para acelerar la recuperación de lesiones y para evitar que se deterioren las habilidades deportivas por la falta de práctica. Practicando mentalmente sus ejercicios, los deportistas pueden mantener sus habilidades deportivas y seguir en contacto con su actividad deportiva durante el tiempo, a veces prolongado, que puede requerir la recuperación de una lesión (Ivleva y Orlick, 1991).

3.3. Técnicas de relajación y visualización

Dentro del proceso de recuperación de las lesiones la experiencia muestra que los jugadores que han utilizado técnicas de visualización junto con técnicas de relajación para disminuir la ansiedad generada por la lesión y la intención de la rápida rehabilitación, pudieron reproducir mentalmente destrezas físicas que los ayudaron a mantenerse en forma y preparados para el regreso como también la reproducción de sentimientos que abruman a los deportistas al momento del regreso al campo de juego (Weinberg & Gould, 1996). La visualización ayuda también a centrarse en el ejercicio específico sin perder la concentración. Está prácticamente demostrado que la posibilidad de generar imágenes positivas de curación y recuperación potencian de manera considerable el proceso de rehabilitación (Buceta, 1996). Se observa que el uso de estas técnicas abrevia el tiempo de recuperación frente a lesiones.

3.4. Psicología y lesiones deportivas

De acuerdo con Palmi Guerrero (1997), es muy importante lograr que el deportista controle su ansiedad, confíe en el equipo médico, posea y mantenga un elevado nivel de motivación en tanto el desarrollo del programa de rehabilitación así como del apego al mismo.

La intervención psicológica en este contexto debe integrar la actuación de otros profesionales del ámbito deportivo, como entrenadores, médicos, fisioterapeutas o preparadores físicos; es decir, el trabajo multidisciplinario es totalmente necesario, en el que la psicología del deporte, con aportaciones desde la psicología de la salud, puede proporcionar una visión más completa del deportista lesionado y su proceso de rehabilitación.

Los psicólogos han abordado el estudio de las lesiones de dos maneras: en primer lugar, los factores psicológicos que pueden estar influyendo en la probabilidad del deportista a lesionarse, analizados a través del modelo de estrés de Andersen y Williams (1988). En segundo lugar, se evalúan las consecuencias psicológicas de la lesión, una vez producida ésta, analizadas a través del modelo de Wiese-Bjornstal, Smith, Shaffer y Morrey (1998).

3.4.1. Modelo del estrés y lesión

Andersen y Williams (1988) proponen un modelo teórico de interacción entre las lesiones y el estrés. Éste presenta cuatro componentes principales: las situaciones deportivas potencialmente estresantes, la valoración cognitiva de los diferentes aspectos de esta situación, las respuestas fisiológicas y de atención, y la lesión potencial como resultado del proceso. Ante la experimentación de situaciones estresantes, acontece un proceso influido por diversos factores, que son los componentes del modelo teórico: historia tensional, características de personalidad y los recursos de afrontamiento y adaptación.

3.4.2. Modelo integrado de respuesta a la lesión

Wiese-Bjornstal et al. (1998) presenta un modelo para explicar las respuestas de los deportistas a la lesión, en el que integran modelos basados en el proceso de estrés y modelos basados en el proceso de dolor.

Para estos autores, la valoración cognitiva y los modelos del proceso de dolor no se excluyen mutuamente, sino que cuando se aplican a la lesión pueden incluirse en un modelo de estrés más amplio e integrador, en tanto la naturaleza dinámica del proceso de recuperación. Este modelo propone que los factores indicados en el modelo de estrés de Andersen y Williams (1988) y los factores post lesión señalados por Wiese-Bjornstal, Smith y LaMott (1995) influyen en la respuesta psicológica.

Las consecuencias psicológicas se relacionan con toda la experiencia de la lesión, en torno a los tres componentes del modelo (Brewer, 1994): la valoración cognitiva (ajustarse a las metas, porcentaje de recuperación, autopercepción, creencias y atribuciones, sentido de pérdida o alivio), la respuesta emocional (miedo a lo desconocido, tensión, furia, depresión, frustración, aburrimiento, actitud/perspectiva positiva, dolor, afrontamiento emocional) y la respuesta conductual (adherencia a la rehabilitación, conductas de riesgo, esfuerzo e intensidad, fingirse enfermo, afrontamiento de la conducta).

3.5. *Propuestas de intervención psicológica: prevención y rehabilitación*

1. Prevención: control del estrés previo a las lesiones.
2. Rehabilitación.

Los procesos de estrés y dolor asociados a la lesión y sus consecuencias son el objetivo de la intervención psicológica. El control de estos procesos ayudan al deportista a lograr una mejor recuperación donde la confianza en el equipo médico, una alta motivación en recuperarse y una adecuada adherencia al programa de rehabilitación son fundamentales (Palmi Guerrero, 1997).

En la intervención psicológica postlesión podemos establecer tres fases: evaluación, intervención directa y seguimiento. Para Buceta (1996) deberemos

evaluar: la lesión y su alcance, el impacto emocional de la lesión. A su vez, se hace necesario evaluar las consecuencias de la lesión: el dolor, las variables relevantes en el proceso de rehabilitación (apego, rendimiento y progreso terapéutico), las variables deportivas durante el período de la lesión y la tendencia a la evitación o el escape. Para finalizar este apartado, cerraremos con una entrevista que dio un destacado médico que estuvo trabajando en la selección argentina:

“es evidente que algo funciona mal en la preparación de los futbolistas, en el mantenimiento del estado (es más fácil lograrlo que mantenerlo); en el diagnóstico y tratamiento de las lesiones, sobre todo de las llamadas partes blandas, como los tendones, músculos, ligamentos, etc. Y también en el estado psicofísico de los integrantes del grupo, que requiere armonía, una buena relación con el cuerpo técnico, la institución y mucho cuidado en la vida privada” (Oliva, 2000).

Se ha ampliado el campo de investigación sobre los acontecimientos estresantes y las lesiones deportivas. Buceta (1996) nombra tres posibles variables que podrían influir en la relación entre situaciones cotidianas y lesiones; estas son, ansiedad de rasgo, ansiedad de rasgo competitiva y el locus de control. En estudios posteriores se encontró que el apoyo social influye significativamente en la probabilidad de sufrir una lesión. Según Olmedilla Zafra (2005) dentro de los factores internos podemos diferenciar entre las características:

- Médico-fisiológicas: de estructura morfológica y características antropométricas.
- Psicológicas: que tienen que ver con la personalidad y los recursos adaptativos, lo cual puede determinar la incidencia de lesiones en función al individuo.

De todas maneras, lo importante recae en el conocimiento de los factores y en qué grado y modo influyen en la lesión deportiva, a partir de lo cual se podrá realizar una eficaz intervención profiláctica, hacia la reducción del número de lesiones. Por ejemplo, debe considerarse que las lesiones pueden operar como vías de escape ante situaciones estresantes (Roffé, 2000, 2009).

Se puede considerar que algunas de las consecuencias de la respuesta de estrés que parecen aumentar la vulnerabilidad de los deportistas a lesionarse son: déficits atencionales, funcionamiento corporal defectuoso, cansancio y agotamiento emocional anticipados, abuso de la actividad deportiva para controlar el estrés,

conductas incontroladas de riesgo de lesiones, disposición elevada al escape o la evitación de las situaciones estresantes y debilitamiento del sistema inmunitario (Buceta, 1996).

Cualquier programa de intervención en lesionados debería basarse en la consideración del modelo de estrés de Andersen y Williams (1988), el cual describe y clasifica las variables a considerar en la relación entre estrés y lesiones deportivas como también nombra una lista de intervenciones que favorecen a la recuperación del lesionado (Olmedilla Zafra, 2005). Entre éstas es menester tener en cuenta la reestructuración cognitiva, la mejora de la autoconfianza, el entrenamiento en relajación, meditación, potenciar expectativas realistas, fomentar la cohesión grupal y entrenamiento en la atención.

Variables situacionales que contribuyen al estrés y a posibles futuras lesiones, podrían ser, problemas familiares, pérdidas de seres queridos, problemas económicos cambio de equipo, cambio de entrenador, de categoría, viajes frecuentes, cambios de residencia, continuas exigencias de mejora, sobre-esfuerzo constante, incertidumbre respecto al resultado, falta de control sobre el propio rendimiento, evaluación social y frustración ante resultados adversos (Buceta, 1996).

3.5.1. Psicoterapias cognitivas

El paradigma de la psicología cognitiva, así como de las terapias asociadas, se fundamenta en el principio de la mediación cognitiva; esto es: la reacción, respuesta emocional o conducta consecuente con cierto estímulo se encuentra mediada por un proceso de significación o evaluación en tanto los objetivos, metas o deseos de cada persona (Bruning, Schraw, Norby & Ronning, 2005).

Este proceso de mediación se sustenta en el concepto de estructuras cognitivas, o esquemas, que dan lugar a las evaluaciones o significaciones y a las respuestas. Estas estructuras obran a modo de propiedad emergente de un sistema conformado por las predisposiciones genéticas y el aprendizaje a partir de experiencias en el sujeto. En este sentido, la terapia asociada se orienta a la modificación de las estructuras cognitivas, hacia la producción de variaciones en las respuestas emotivas y/o conductuales. En otras palabras, se trata de un proceso de cambio fundamentado en el reaprendizaje (Martínez Gutiérrez, 2005; Varela García, Thompson & Rosch, 2005).

La terapia cognitiva es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que sirve para tratar diferentes desordenes psicológicos. Su estructuración se asocia directamente con su particular forma de trabajo a través del estudio y la experiencia. En función los desarrollos de Ellis (1956), Caro Gabalda (1997) detalla las siguientes áreas a tratar dentro de un encuadre cognitivo:

1. *“Formulación cognitiva del malestar psicológico.*
2. *Identificación de problemas actuales asociados al malestar.*
3. *Especificación de metas para la intervención terapéutica.*
4. *Creación de una relación terapéutica basada en la colaboración, el cuestionamiento socrático y el descubrimiento guiado.*
5. *Educación del paciente en el modelo cognitivo.*
6. *Identificación y autoobservación de pensamientos disfuncionales y creencias que están asociadas con estresores y contratiempos de la vida diaria.*
7. *Distanciamiento, en el que el paciente aprende a tratar los pensamientos y las creencias como hipótesis que necesitan ser comprobadas.*
8. *Disputa verbal de pensamientos y creencias disfuncionales.*
9. *Ejercicios de comprobación empírica de hipótesis con la pretensión de recoger evidencia relacionada con el pensamiento disfuncional.*
10. *Desarrollo de creencias y explicaciones alternativas, más adecuadas y adaptativas, que serán confirmadas mediante ejercicios de comprobación empírica de hipótesis.*
11. *Estrategias conductuales de afrontamiento que incrementan la efectividad y el dominio personal.*
12. *Retroalimentación del paciente y evaluación de las sesiones terapéuticas.*
13. *Asignación de tareas para casa entre sesión y sesión” (p. 126).*

De esta manera el autor citado entiende la terapia, donde cada uno de los pasos anteriores es imprescindible para lograr la mejoría del paciente.

El objetivo principal de las terapias cognitivas es producir alteraciones sobre las construcciones que el propio paciente crea en función a sus experiencias. De esta manera, la terapia cognitiva implica al paciente en tal proceso, identificando las funciones de los sistemas cognitivos, emocionales, lingüísticos y conductuales, de organización de la experiencia, la visión de las cosas, y entablando una búsqueda consensuada de modos alternativos de abordar el mundo, así creando nuevas significaciones (Caro Gabalda, 2007).

Expresado de otra manera, la terapia cognitiva se orienta a identificar y modificar las cogniciones distorsionadas y las falsas creencias que subyacen a esas cogniciones. En palabras de Buceta (1996), *“intentamos conseguir que el deportista acepte la realidad de su situación, en lugar de negarla, evitarla o transformarla.*

Puede ser de gran utilidad, la intervención cognitiva para re-evaluar el problema y reforzar o modificar actitudes y creencias perjudiciales” (p. 118).

Así, el sujeto logra resolver aquellos problemas que antes consideraba insuperables, gracias a que el terapeuta lo ayuda a pensar y actuar de modo más realista y adaptativo (Beck, Rush, Sahaw & Emery, 1979).

3.6. El trauma de la finalización de la vida deportiva

Un deportista cuando sufre una lesión muy grave, ve su futuro en el área sumamente arriesgado. Muchas veces, incluso, deben retirarse abruptamente de su disciplina. En consecuencia, la lesión crea en el deportista una crisis altamente compleja, para la cual no se encuentra preparado emocionalmente.

Como dijimos con antelación, la salida abrupta de un deportista por una lesión es una situación muy traumática, pues deja una huella imborrable.

Un atleta profesional que sufre una lesión que le conduce a la retirada, recibe generalmente mucha publicidad. Sin embargo, las consecuencias a largo plazo de las lesiones graves atraen una atención considerablemente menor y deben ser tomadas en consideración con más seriedad. La afectación permanente de los huesos, cartílagos, ligamentos y nervios, así como los distintos grados de deterioro cerebral y artritis pueden intervenir negativamente sobre la capacidad del atleta para hacer productiva su vida. En muchos casos, la variedad de opciones posibles es limitada (Cox, 2009).

El período en el deportista está entre el lapso de retirada y el retiro mismo, es llamado transición, una etapa en la que el deportista, de deportista pasa a ser ex deportista. En palabras de Roffé (2000):

“es aquí donde comienza la etapa más difícil de un ex deportista, que es justamente empezar a convivir con el prefijo de ex, ya que de la noche a la mañana, se convirtió en desocupado, pero no es un desocupado tradicional que puede tomar la sección clasificados del diario y salir a buscar un trabajo similar al que desarrollaba anteriormente, sino que es un desocupado al que en el mejor de los casos le dicen: Sr. Ud. tiene 35 años, muchas gracias por los servicios

prestados, pero para lo que hizo hasta hoy, Ud. ya no sirve más, búsquese otra cosa, gracias” (p. 165).

Este lapso muchas veces es un proceso que se extiende por un largo período pues para la mayoría de los deportistas implica un período de cuestionamientos existenciales y crisis de identidad.

En síntesis, el deportista sufre un complejo cambio en su vida, que va desde la afectación de su ego hasta un limbo socio cultural, al no sentirse identificado con nada que vaya más allá del deporte que ya no puede practicar, el cual forjó su personalidad.

CAPÍTULO 4. METODOLOGÍA

4.1. Tipo de Estudio

El tipo de estudio que realizaremos en este trabajo será exclusivamente descriptivo pues haremos un seguimiento del caso de D, un chico que forma parte de un club deportivo y que sufrió dos lesiones importantes. La autora de este trabajo intervino en este proceso en marzo de 2010, bajo la supervisión de dos licenciados responsables del trabajo psicológico que se ha realizado con D hasta el momento.

4.2. Participante

Como dijimos con anterioridad, será un estudio de caso único. D, es un adolescente de 17 años, que vive en la pensión del club, pues es oriundo de Miramar. Es un chico que tiene poco contacto con su familia pues solo pueden visitarlo cuando el club lo autoriza, por un asunto de rigurosidad, disciplina y constancia propias de las prácticas deportivas.

De esta manera, nos interesa sobremanera estudiar cómo emocionalmente D maneja sus lesiones, además de investigar a fondo la conducta y las formalidades que este chico tiene con sus compañeros de pensión, para saber realmente cuánto lo afecta su discapacidad temporal.

4.3. Instrumento

El instrumento que utilizaremos es una entrevista psicodeportológica, técnicas proyectivas como el HTP, y los test frecuentes de “persona bajo la lluvia” y “dibujo de la familia”. La aplicación de estos mecanismos nos proporcionará una rica fuente de

información para deducir características elementales de la personalidad de D. A lo anterior descrito se suman también técnicas de visualización, y de relajación.

Se vuelve necesario describir en qué consiste cada una de las herramientas que utilizaremos para estudiar el caso de D. En primer lugar, debemos tener en cuenta que la entrevista psicodeportológica es un tipo de entrevista que nos permite recoger aquellos elementos que se consideran indispensables para realizar una intervención.

Esta acumulación de datos nos permitirá hacer una intervención mucho más efectiva, oportunidad que un psicólogo del deporte no puede desperdiciar, pues estos datos nos habla de elementos que suelen influir en la conducta deportiva (Dosil, 2004).

La entrevista psicodeportológica es una entrevista que proporciona los elementos indispensables para la realización de una eficaz intervención. Es la oportunidad de aproximarnos al conocimiento de la forma que tiene el deportista de comportarse. Esta entrevista exige poseer un encuadre claro, y principalmente entender que el jugador de fútbol es una persona, que siente y sufre como cualquier otra. Queremos resaltar este último punto puesto que esta consideración no aparece muy a menudo entre los técnicos, puesto que como ya se mencionó anteriormente, suele hallarse una cosificación de los jugadores por parte del club al que pertenecen y más todavía de aquellos lesionados

Este tipo de trabajo exige tener cierta habilidad para la realización de entrevistas, y en estas a su vez es imprescindible lograr una empatía adecuada, un buen manejo de las palabras y los silencios, como así también exige un manejo del contacto tanto físico como emocional.

Las técnicas graficas como el HTP es una técnica proyectiva a través de la cual podemos realizar una evaluación global de la personalidad y su estado de ánimo emocional. Sabemos que el dibujo es uno de los lenguajes más antiguos y es a su vez una ayuda de manera inconsciente para la expresión de rasgos profundos de la personalidad (Hammer, 1978).

La técnica de la persona bajo la lluvia coloca al evaluado en una posición en la cual se enfrenta a condiciones ambientales desagradables, con lo que se pretende lograr acceder a tramas profundas de su personalidad (Querol & Chaves Paz, 2008).

El objetivo del dibujo de la familia es lograr comprender como el evaluado percibe subjetivamente la dinámica familiar, permite también observar el tipo de comunicación, vínculos y alianzas con los integrantes de la familia (Esquivel, Ancora, & Gomez Maqueo, 1999).

También se tiene que observar la forma de manifestación ya que puede responder a diferentes aspectos como ser cognitivos, fisiológicos o motores y a partir de esta discriminación seleccionar la técnica de relajación a utilizar.

4.4. Procedimientos

El procedimiento que utilizaremos para realizar un correcto seguimiento serán sesiones semanales de una hora aproximadamente, en las instalaciones del Club Atlético Chacarita, con la presencia de la profesional a cargo del caso y la pasante. A la fecha, se han realizado un promedio de 8 sesiones. Actualmente, D asiste a rehabilitación todos los días de 8 a 11 de la mañana, lapso en el cual realiza sus ejercicios para crear un mayor fortalecimiento. A su vez, la psicóloga aplica las entrevistas todos los días miércoles. Con todo este trabajo, se estima que D será dado de alta aproximadamente en el mes de septiembre del año 2010.

Las primeras sesiones que se realizarán serán de carácter indagatorio para poder establecer los datos del paciente. Algunas de las herramientas que utilizaremos a la hora de concretar las entrevistas serán entrevistas semiestructuradas y elementos psicodiagnósticos, entre los cuales se encuentran el test HTP, el de persona bajo la lluvia y el de la familia.

CAPITULO 5. ANÁLISIS DEL CASO

5.1. Caso clínico y contexto del mismo

5.1.1. Presentación del caso clínico “D”

Se trata de un adolescente que al momento del estudio tiene 17 años, y que vive de forma permanente en la pensión que posee el club en el cual juega.

D es nativo de la ciudad de Miramar ubicada aproximadamente a 450 km de la pensión donde vive desde que ingreso al club en el año 2007. Ve a su familia escasas veces al año, seis veces para ser más exactos, que es la cantidad de veces que el club lo autoriza, ya que la disciplina y la constancia son dos pilares del club.

D ha sufrido dos lesiones de una gravedad considerable. La primera de estas fue en el hombro y ocurrió en enero del 2008. Esta lesión fue una luxación acromeoclavicular que lo tuvo 3 meses fuera del entrenamiento realizando trabajo de kinesiología y rehabilitación en el gimnasio. La segunda lesión fue una Rotura de ligamento cruzado anterior y menisco interno el 19 de julio de 2008. Debido a esta lesión, D estuvo 4 meses esperando por una operación que arreglara el problema; luego de la operación tardó 7 meses en recuperarse y como el injerto no funcionó, en plena rehabilitación se volvió a romper el ligamento y lo volvieron a operar y luego de esto D tuvo que someterse nuevamente a 7 meses de recuperación.

La intervención de D, comienza en abril del 2010 hasta noviembre del mismo año, momento en el cual lo dejan libre. La supervisión está a cargo de un licenciado en psicología, especialista en clínica y deporte, y una psicóloga deportiva, los mismos son los responsables del trabajo clínico realizado con D hasta el momento.

El grupo familiar de D está compuesto por su padre E de 63 años, L su madre de 49 y dos hermanos mayores, A de 19 y C de 22.

A D se le realizaron técnicas proyectivas, entrevistas y distintas técnicas de visualización.

Debido al poco entrenamiento que D tenía con el resto del equipo, generó un distanciamiento con el grupo al cual pertenecía, junto a esto D había generado un miedo intenso a otra posible lesión, lo cual no lo dejaba ejercitarse de manera óptima.

D se incorpora nuevamente en enero de 2010 para la pretemporada, pero la dirigencia del equipo ya no era la misma que cuando jugaba, la cual según él era mejor porque lo trataban como una persona y no como un lesionado más.

5.1.2. El club

El club donde D entrena está situado en Villa Martelli, provincia de Buenos Aires. Es una institución militar.

El objetivo principal del club se centra en la formación de jugadores profesionales de fútbol. Cuenta para esto con un equipo multidisciplinario constituido por técnicos, profesores, médicos, kinesiólogos y psicólogos.

También cuenta con tres pensiones donde viven los jugadores del interior y exterior del país, los mismos reciben por parte del club, la alimentación, la colegiatura, salidas de recreación y viáticos para sus gastos del mes. En los tratamientos por lesiones, como es el caso de D, el club hace mucho hincapié en la conducta de los jugadores y en las formalidades que deben cumplir los jugadores que viven en las pensiones del club.

5.1.3. Modo de trabajo del equipo de profesionales del club

El método de trabajo utilizado por el equipo de psicólogos y asistentes sociales está centrado en explorar cada una de las problemáticas que se generen a lo largo de la formación del deportista, respondiendo de esta manera a los intereses y necesidades que cada uno de los integrantes del equipo de fútbol tiene. Asimismo actúa como puente de comunicación entre los dirigentes y técnicos de cada categoría. En este punto es importante agregar que la función que estos profesionales realizan es fundamental para el trabajo con los jugadores.

Los encuentros con el grupo de profesionales se realizan los días martes y jueves en distintos horarios a lo largo del día, junto a los días miércoles cuando tienen atención por la mañana. Los días en que concurren al campo de deportes los

profesionales se concentran en el área de fútbol infantil y juvenil a cargo del Psicólogo..

Los jóvenes tienen 320 horas mensuales de juego, quienes deben jugar partidos todos los sábados alternando entre partidos como local y partidos como visitante. Debido a esto las localidades de los partidos se distribuyen entre el campo del club y los campos de juego de los equipos visitantes.

Las intervenciones de los profesionales, pueden surgir a partir de una indicación específica del técnico, por solicitud del propio jugador, o por iniciativa del mismo grupo de profesionales. Estas intervenciones generalmente están orientadas a la realización de charlas motivacionales, charlas sobre trabajo equipo junto a una prevención primaria orientada a drogas, alcohol y educación sexual. Se incluyen también dentro de estas tareas los trabajos de integración con jugadores lesionados y nuevos integrantes del grupo, además de charlas con el cuerpo técnico, kinesiólogos y orientación a padres de los jugadores previa evaluación del caso.

5.2. Entrevista psicodeportológica

La entrevista psicodeportológica es una herramienta fundamental y necesaria para conocer al jugador, se puede indagar sobre muchos puntos y puede resultar mucho más rica cuando el evaluador tiene experiencia en la administración de la misma.

La administración ocupó 20 minutos, D contestó todo y solo se detuvo en dos puntos: ¿que jugador no te gusta? Y mencionar tres defectos futbolísticos y personales.

Para D, no hay jugador que no le guste, según él se fija en las cosas positivas de los jugadores, porque para fijarse las negativas ya están ellos mismos, frase en la cual esbozó una sonrisa.

Con respecto a mencionar tres defectos futbolísticos y personales, dijo que pondría cuatro que abarcan las dos áreas correspondientes.

Como datos relevantes podemos tener en cuenta que siente mucho apoyo por parte de su familia, la presencia de amigos en Buenos Aires, que tiene una relación amorosa desde hace un año y medio, no tiene representante, la relación con el

director técnico es regular, el dialogo con el es normal y no hay algo que no se anime a decirle, expresa sentir poca presión durante los partidos y también que su concentración durante el partido es buena.

La importancia que le da a la parte mental y emocional del jugador en el rendimiento es 10 puntos.

Las tres virtudes futbolísticas que reconoce en el son: potencia, rapidez y recorrido de la cancha.

Las virtudes personales: integración social, le gusta escuchar a la gente y trata de ayudar

Los defectos futbolísticos y personales: Defectos técnicos (aclaro que este es solo futbolístico), conformista, un poco nervioso e impaciente.

Lo mejor que para el hizo en los partidos fue convertir dos goles cuando lo fue a ver su familia y lo peor lesionarse.

Ante un error reacciona enojándose un poco y agrega que en el caso de la lesión sintió mucha impotencia.

Cuando deje la practica del futbol le gustaria ser kinesiologo o estudiar otra carrera y su mayor sueño en el futbol es jugar en primera y triunfar.

5.3. Técnicas proyectivas

Previamente al análisis de los distintos tests implementados, es importante aclarar un aspecto procesal esencial. El test de la persona, el último realizado, concordó con la noticia que D probablemente quedaría libre del club, a modo de rumor, dentro de la pensión. No obstante, los dos anteriores (de la casa y del árbol), se efectuaron con temores asociados.

Esto es de gran relevancia dado que los análisis de los tests podrán, así, derivar en interpretaciones evolutivas en relación tanto a la presencia de lesiones y el tratamiento médico y psicológico asociado, como la proximidad al hecho que quedara libre del club (noticia formal en octubre, haciéndose efectivo en noviembre).

Por esta razón, el análisis de los tests que a continuación se presenta, se estructuró teniendo en cuenta las anteriores consideraciones temporales.

5.3.1. Test de la persona bajo la lluvia

Este test fue el primero que se realizó (en el mes de mayo, aproximadamente un mes y medio luego de entrar la analista en el club), D estando lesionado y comenzando a recuperarse. La realización de este dibujo ocupó 33 minutos, siendo característico (al igual que en el test de la familia), un trazo general débil.

Previamente a la realización del dibujo, D comentó que era malo para dibujar; al no recibir respuesta, asintió con la cabeza y comenzó a realizarlo, según la siguiente secuencia cronológica: piso (en perspectiva), la persona, el paraguas y la lluvia (en abundancia).

Como datos psicológicos de D a esta primera intervención, valen, según fueron aportados por la psicóloga que lo trataba: tímido, con inseguridades relacionadas al hecho que el entrenador no lo tenga en cuenta para los partidos futuros, pesimista y fatigado; persona apegada a lo concreto que se muestra cansado y con cierta pereza; se caracteriza por ser ansioso (nivel alto), reflexivo; por lo general, analiza las acciones tanto de su persona como de los demás.

La interpretación de este test se efectuó respetando las indicaciones brindadas por Maldonado (2002) y Querol y Chaves Paz (2008), de esta manera, en la siguiente tabla presentando el análisis sistematizado del dibujo.

Tabla 1. Interpretación del dibujo del test de la persona bajo la lluvia realizado por D.

Nivel	Característica	Resultado y significado psicológico
Recursos expresivos	Dimensiones	El dibujo fue pequeño, la persona ubicándose relativamente en el centro de la hoja. Ello podría asociarse con cierta timidez, inseguridades, autodesvalorización, temores, retraimiento, sentimientos de inferioridad, dependencia, sensación de encierro, introversión, humildad.
	Emplazamiento	La figura principal (D y el paraguas) no es apoyada en ninguno de los márgenes. Así, si bien puede interpretarse que D posee un adecuado trato social y orden en su desenvolvimiento cotidiano, la tendencia de la figura principal hacia los márgenes izquierdo e inferior, indica cierta introversión, pereza, debilidad, aunque una personalidad apegada a lo concreto.
	Trazos	Se presentaron trazos de distintos tipo: líneas redondeadas, esbozadas y con picos. Ello puede interpretarse en tanto cierta dependencia de la madre, ansioso, tímido, con falta de confianza en sí mismo, y con cierta agresividad y obstinación.

	Presión	La presión del trazo fue claramente débil, realizando el dibujo con lentitud. Ello puede interpretarse como ansiedad, timidez, ocultamiento y rasgos depresivos.
	Tiempo	Como se comentara, se presentaron verbalizaciones previas, excusas, lo que puede interpretarse como la existencia de dificultades para enfrentar nuevos retos y tomar las decisiones asociadas.
	Secuencia	De acuerdo a la secuencia ya mencionada (piso, la persona, el paraguas y la lluvia), ello no plantea indicios determinantes para la identificación de alteraciones psicológicas.
	Movimiento	La figura principal se observa rígida, ello indicando amenazas desde el entorno, no adaptado adecuadamente.
	Sombreados	No se observaron sombreados en el dibujo.
Análisis de contenido	Orientación de la persona	La orientación de la figura principal es caracterizada por varios aspectos: mira hacia el frente, hacia el margen izquierdo e inclinación hacia la izquierda. De esta manera, puede interpretarse que si bien posee un comportamiento presente, también es manifiesta cierta dependencia con la madre y cierta inestabilidad.
	Posturas	La figura principal se encuentra parada, indicador que no aporta indicios sobre ningún problema o aptitud emocional y/o psicológica.
	Borrados en el dibujo	No se realizaron borrados sobre el dibujo.
	Repaso de líneas, tachaduras, líneas incompletas	Se repasaron las líneas que hacen al brazo que sostiene el paraguas, lo que podría interpretarse como importante nivel de ansiedad y bajo nivel de tolerancia a la frustración, lo que se manifiesta en una necesidad de controlar tal parte corporal para asegurar el sostenimiento del mecanismo de defensa. Algo similar se observó en el mango del paraguas, lo que indica la necesidad de aferrarse a algo pese a no saber si es eficiente como mecanismo de defensa.
	Detalles accesorios y ubicación	Si bien el dibujo se presenta completo, hay escasez de detalles, lo que podría asociarse a síntomas depresivos. No obstante, es característica la presencia de una lluvia torrencial desde el inicio hasta el final de la hoja de dibujo, lo que puede interpretarse como existencia de mucha presión, es decir, de una situación muy estresante y agobiante, sobre la cual se tiene la percepción de no alcanzar ningún mecanismo de defensa.
	Vestimenta	Se dibujó la vestimenta completa, aunque sin detalles de bolsillos, botones ni corbata. Asimismo, no se observaron indicadores sobresalientes sobre los zapatos ni transparencias. De esta manera, no se hallaron indicios determinantes sobre el perfil psicológico de D.
	Paraguas como defensa	El tamaño del paraguas fue proporcional al de la persona, cubriéndola adecuadamente. Por ello, puede interpretarse cierta capacidad de adaptación y seguridad de sí mismo para afrontar los problemas, lo que se ve relativizado al observar remarcado el mango del paraguas (según ya se mencionó), lo que indica la necesidad de aferrarse a algo, sin saber si este medio será eficaz en su finalidad.

Reemplazo del paraguas por otros elementos

Partes del cuerpo

- Cabeza: fue dibujada en tamaño proporcional al resto del cuerpo, aunque ligeramente más pequeña que el torso. No obstante, no se hallaron indicios asociados sobre el perfil psicológico.
- Cara: se dibujaron rasgos, lo que implica cierto conocimiento de sí mismo; con expresión de indiferencia.
- Ojos: se dibujaron abiertos, a modo de óvalos vacíos, sin pupilas ni cejas. La ausencia de pupilas es indicador de dependencia materna, así como de posible negación de sí mismo o del mundo e inmadurez emocional.
- Boca: se dibujó cerrada, a modo de línea horizontal y con labios gruesos. En este sentido, no se hallaron indicadores asociados sobre el perfil psicológico.
- Nariz: se dibujó en tamaño proporcional al resto de la cara, no estando muy marcada, así no pudiendo inferir características sobre el perfil psicológico.
- Orejas: se dibujaron redondeadas, ligeramente grandes y por fuera del cabello. La sola presencia de esta parte corporal es indicativo de cierta preocupación por las críticas y opiniones de los demás.
- Mentón: se dibujó en corte con terminación tendiendo a en punta, lo cual podría asociarse con energía de carácter, energía que puede interpretarse potencial en tanto todos los anteriores indicios.
- Cuello: se dibujó relativamente angosto y largo, ello pudiendo indicar síntomas de depresión y/o arrogancia.
- Cabello: se dibujó de tipo corto en punta, pudiendo asociarse con indicios de agresividad.
- Cuerpo en general: se dibujó de manera bastante proporcional, sin características enfáticas. Por ende, no pudieron hallarse indicios asociados sobre el perfil psicológico.
- Hombros: se dibujaron muy grandes y musculosos, lo que podría asociarse con ambivalencia sexual, pero correspondería más interpretarse como indicios de sobrecompensación de sentimientos de inseguridad o inadaptación.
- Caderas: ausencia de las mismas.
- Cintura: se dibujó estrecha, lo que se plantea común en la edad de D y puede asociarse con restricción forzada de impulsos.
- Brazos: se dibujaron largos (proporcionales) y fuertes, indicando ambición y deseo de contener al mundo.
- Manos y dedos: se dibujaron proporcionalmente al resto del cuerpo y con dedos tipo garra. Si bien la presencia de las manos es indicio

	<p>de capacidad para tomar el mundo, los dedos en garra indican agresión y posesividad para enfrentarlo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pies: se dibujaron en tamaño proporcional al resto del cuerpo y cubiertos por zapatos. Así, no se hallaron indicios asociados sobre el perfil psicológico. • Piernas: se dibujaron en tamaño proporcional al resto del cuerpo y sin detalles sobresalientes. Así, no se hallaron indicios asociados sobre el perfil psicológico. • La figura en conjunto fue alta y esbelta, ello indicando en deseo de sobresalir y de mejorar.
Identidad sexual	No se hallaron indicadores sobre conflictos homosexuales.
El dibujo de un personaje	Se dibujó adecuadamente a la persona.
Expresiones de conflicto	Sólo se hallaron claros indicios de melancolía, al presentar trazos lentos y débiles, representando abatimiento. También se observaron indicadores de neurosis obsesiva (sólo en tanto la figura rígida) y depresión (sólo en tanto la figura inclinada), pero se desestimaron en tanto la escasez de indicadores asociados.
Mecanismos de defensa	No se identificó claramente ningún mecanismo de defensa, pero sí se hallaron indicios de represión (figura completa, armónica, no sexualizada y completamente vestida), de inhibición (trazos débiles) y de aislamiento (dibujo aislado, frío).

Interpretando desde una perspectiva general los anteriores resultados específicos, se concuerda con los datos psicológicos aportados por la psicóloga que venía tratando a D: necesidad de ser aceptado, relativamente reducida capacidad de adaptación (falta de confianza en sí mismo), ciertos rasgos de agresividad, introvertido, pereza, debilidad, tímido, elevados niveles de ansiedad (al estar apegado a lo concreto y percibir una gran presión), necesidad de aferrarse a algo para sentir seguridad (aunque no se sabe si es eficiente tal o cual mecanismo de defensa, principalmente controlado por represión), melancolía.

Todo ello bien puede asociarse con la percepción de amenazas desde el entorno, en tanto los temores por que el entrenador no lo considere para futuros partidos (preocupación por lo que los demás piensen) y la recuperación de la lesión.

5.3.2. Test de la familia

Este test se efectuó aproximadamente 2 semanas posteriores al de la persona bajo la lluvia, D tardando 40 minutos en hacer el dibujo. En cuanto a las personas dibujadas, siguió el orden que se presenta a continuación: hermano mayor (22 años), hermano mayor (19 años), él mismo, padre y madre. Por último, D dibujó figuras que representaron el contexto en el que se encontraba la familia: mesa (en la que todos estuvieron sentados, representando una comida), árboles y parrilla.

Por otro lado, D no hizo comentarios mientras dibujaba y escribió detrás del dibujo que la familia estaba comiendo un asado en un vivero. No hizo preguntas y dibujo a la familia completa haciendo la misma actividad.

Dadas las sugerencias establecidas para la interpretación del dibujo de la familia (Grassano, 1984; Hammer, 1978; Veccia y Calzada, 2002), el cual se dispuso en Anexos, en la siguiente tabla se presenta su análisis sistematizado.

Tabla 2. Interpretación del dibujo del test de la familia realizado por D.

Nivel	Característica	Resultado y significado psicológico
Grupo familiar	Tamaño	Se halló un tamaño grande (ajustado al de la hoja), lo que representado el indicio de una persona extrovertida, con sentimientos de relativa confianza y seguridad de sí mismo.
	Tipo de trazo	Las formas dibujadas son principalmente curvas, lo que se asocia con capacidad adaptativa, sensibilidad, imaginación, sociabilidad y extraversión.
	Orden de los personajes	Según se indicara, el orden cronológico en que se han pintado los personajes fue: hermano mayor (22 años), hermano mayor (19 años), D, padre y madre. En este sentido, el hermano mayor de 22 años es el de más admiración e identificación de D. Asimismo, aspectos como el que se dibujó toda la familia junta, sentada en una misma mesa y D en el medio de ella, indican una buena unión familiar, caracterizada por ausencia de temores a los padres ni celos a los hermanos.
	Distancias entre personajes	Según se indicara en el anterior punto, los personajes de la familia se dibujaron agrupados, lo que indica un grupo unido con buenos vínculos comunicativos. Por otro lado, si bien el mayor distanciamiento del hermano de 22 años hacia la izquierda y de la madre hacia la derecha podría indicar un mayor distanciamiento afectivo, esta interpretación queda relegada a las primeras indicaciones.
	Omisión de figuras	No se omitió ningún personaje de la familia, lo que es indicativo de buena autoestima, identificación con el núcleo familiar y ausencia de temores por parte de D. Por otro lado, ausencia de rechazo y temores a cualquier

		miembro del grupo familiar.
Elementos ajenos a la familia		Desde una perspectiva totalitaria, sólo se hallan 5 figuras ajenas a la familia en sí: 3 árboles, 1 mesa y 1 parrilla. De esta manera, una primera aproximación interpretativa indica un patrón cognitivo sin dificultad para concentrarse. Por otro lado, podría afirmarse que no existe comunicación fragmentada al estar todos los miembros presentados de una misma manera y realizando una misma actividad: sentados en la mesa y dispuestos a comer. Asimismo, se afirma sobre la ausencia de distanciamiento afectivo al no estar intercalados los miembros de la familia con figuras ajenas a ella.
Negación a dibujar a la familia		No se presentó ningún tipo de rechazo relacionado.
Análisis individual de cada personaje	Tamaño relativo de los personajes	El tamaño de los distintos personajes fue armonioso en relación a sus dimensiones relativas, ello indicando la ausencia de figuras opresoras, de distanciamientos afectivos y/o de rivalidades. Por otro lado, no se hallaron indicios de una figura importante, aunque anteriormente se encontró para el caso del hermano mayor de 22 años.
		Partes del cuerpo
	Hermano mayor (22 años)	<ul style="list-style-type: none"> • Cabeza: tamaño proporcional al cuerpo y expresiva, indicando un carácter expansivo. • Boca: tamaño proporcional a la cabeza, expresando cuestionamiento (abierto), ello indicando ausencia de problemas emocionales. • Ojos: se dibujaron cerrados y en conjunto con las cejas. La expresión resultante es de cuestionamiento. • Nariz: tamaño grande, pudiendo indicar deseo sexual con el hermano. • Orejas: ausencia de las mismas, posiblemente debido a su ocultamiento tras el cabello largo. • Cabello: se dibujó cabello de tipo largo, su presencia indicando cierta tendencia a cuidar los detalles. En tanto se utilizaron trazos en punta, puede sugerir cierta agresividad por parte del hermano. • Cuello: dibujado un poco elevado, pudiendo indicar ansias de sobresalir. • Cuerpo: dibujado de manera proporcional a los restantes elementos, indicando ausencia de complejos sobre alguna parte del cuerpo. • Brazos y manos: tanto brazos como manos fueron omitidos en todos los personajes, posiblemente dada la disposición de estar sentados en la mesa. Por su parte, el tamaño de los antebrazos fue normal. La ausencia de manos no se interpretó como sentimientos de culpabilidad por reprimendas o temor a la agresión. • Piernas: sólo se dibujó desde la rodilla hacia abajo, con tamaño proporcional al resto del cuerpo. Ello se interpretó como presencia de estabilidad, control de la realidad.
	Hermano	<ul style="list-style-type: none"> • Cabeza: ídem hermano mayor de 22 años.

-
- mayor (19 años)
- Boca: tamaño proporcional a la cabeza, expresando discordia (semicerrada y torcida), ello indicando ausencia de problemas emocionales.
 - Ojos: se dibujaron cerrados y en conjunto con las cejas. La expresión resultante (en conjunto con la boca) es de tristeza.
 - Nariz: tamaño grande (aunque menor a la del anterior hermano), pudiendo indicar deseo sexual con el hermano.
 - Orejas: ausencia de las mismas, pudiendo inferir cierta falta de interés en aprender.
 - Cabello: se dibujó cabello de tipo corto, su presencia indicando cierta tendencia a cuidar los detalles. En tanto se utilizaron trazos en punta, puede sugerir cierta agresividad por parte del hermano.
 - Cuello: se dibujó elevado (más que el anterior hermano) y relativamente desproporcionado, pudiendo indicar ansias de sobresalir, de controlar a los demás.
 - Cuerpo: ídem hermano mayor de 22 años.
 - Brazos y manos: ídem hermano mayor de 22 años.
 - Piernas: ídem hermano mayor de 22 años.

-
- D
- Cabeza: ídem hermanos mayores de 22 y 19 años.
 - Boca: tamaño proporcional a la cabeza, dibujada cerrada y sonriente, expresando alegría, ello indicando ausencia de problemas emocionales.
 - Ojos: se dibujaron abiertos y en conjunto con las cejas. No se dibujaron pupilas, sino óvalos llenos pintados con el color del lápiz. La expresión de las cejas sigue la de los ojos. La expresión resultante (en conjunto con la boca) es de alegría; en relación a las pupilas, podría ser indicador de inmadurez.
 - Nariz: tamaño normal, acorde al conjunto de la cara, ello derivando en la no identificación precisa de problemas, pero pudiendo interpretarse en tanto los hallazgos anteriores.
 - Orejas: se dibujaron redondeadas y grandes. Si bien ello podría indicar una baja autoestima y posibilidad de bajo rendimiento escolar, la interpretación del dibujo tiende más a un interés por aprender.
 - Cabello: se dibujó cabello de tipo corto, su presencia indicando cierta tendencia a cuidar los detalles. En tanto se utilizaron trazos en punta, puede sugerir cierta agresividad.
 - Cuello: se dibujó en proporción adecuada al tamaño de la cabeza y el resto del cuerpo. Por ende, no puede asociarse ninguna problemática a partir de este indicador.
 - Cuerpo: ídem hermanos mayores de 22 y 19 años.
 - Brazos y manos: ídem hermanos mayores de 22 y 19 años.
 - Piernas: ídem hermanos mayores de 22 y 19 años.
-
- Padre
- Cabeza: ídem hermanos mayores de 22 y 19 años, y D.

-
- Boca: ídem D.
 - Ojos: se dibujaron abiertos y sin cejas. No se dibujaron pupilas, sino óvalos vacíos. La expresión resultante (en conjunto con la boca) es de alegría; en relación a las pupilas, podría ser indicador de inmadurez.
 - Nariz: ídem D.
 - Orejas: ídem hermano mayor de 19 años.
 - Cabello: se dibujó cabello de tipo corto, su presencia indicando cierta tendencia a cuidar los detalles. En tanto se utilizaron trazos en punta, puede sugerir cierta agresividad por parte del padre, aunque ello se desestima dado hallazgos anteriores.
 - Cuello: se dibujó relativamente elevado (menor altura que los hermanos mayores) y desproporcionado, pudiendo indicar ansias de sobresalir, de controlar a los demás.
 - Cuerpo: ídem hermanos mayores de 22 y 19 años, y D.
 - Brazos y manos: ídem hermanos mayores de 22 y 19 años, y D.
 - Piernas: ídem hermanos mayores de 22 y 19 años, y D.

Madre

- Cabeza: ídem hermanos mayores de 22 y 19 años, D y padre.
- Boca: ídem D.
- Ojos: se dibujaron cerrados y sin cejas. La expresión resultante (en conjunto con la boca) es de alegría. En relación a las pupilas, podría ser indicador de inmadurez.
- Nariz: se dibujó relativamente grande y desproporcionada en relación al resto de la cara, pudiendo indicar deseo sexual con la madre.
- Orejas: ídem hermano mayor de 19 años.
- Cabello: se dibujó cabello de tipo largo, claramente ondulado, su presencia indicando cierta tendencia a cuidar los detalles. En tanto el pelo se presenta alborotado, puede indicar necesidad de escapar de las rutinas.
- Cuello: ídem padre.
- Cuerpo: ídem hermanos mayores de 22 y 19 años, D y padre (debe aclararse que se observó cierta desproporción entre el torso y las piernas, el primero siendo más voluminoso que el segundo; no obstante, ello no se pudo asociar con ninguna interpretación de síntomas particulares).
- Brazos y manos: ídem hermanos mayores de 22 y 19 años, D y padre.
- Piernas: ídem hermanos mayores de 22 y 19 años, D y padre.

Otros elementos

No se presentaron sombreados de la cara, del cuerpo, cuello ni manos, así como tampoco hubo borrados de ningún personaje.

En base a los anteriores hallazgos específicos, a modo de interpretación general, puede afirmarse que el sujeto era seguro de sí mismo, extrovertido y con capacidad adaptativa y buena autoestima, con una familia unida sin temores y adecuada comunicación, sin conceptos negativos determinantes sobre ningún integrante del grupo familiar. Es particular la expresión de alegría tanto en D como en el padre y la madre, aunque acompañado por cierto grado de inmadurez en estos tres integrantes.

En este sentido, se observó una notable mejoría en D a partir de los tratamientos psicológicos y propios de la lesión, en comparación con la primera instancia evaluativa. Ello puede deberse a la eficiente evolución de los anteriores aspectos, así como la resolución de cuestiones acerca de su consideración para futuros partidos. No obstante, debe hacerse énfasis en el hecho que D todavía pertenecía al club.

5.3.3. Test HTP

5.3.3.1. Test de la casa

Este test se efectuó aproximadamente 2 semanas posteriores a la aplicación del de la familia (primera semana de junio), siendo particular la presencia de temores sobre quedar libre.

La realización del dibujo tardó 36 minutos, siendo característico, a diferencia de los dos anteriores dibujos, un trazo fuerte (ver Anexos). Durante la realización del mismo, D no realizó pregunta alguna; no obstante, al finalizarlo, aclaró que se trataba de la casa donde viven sus padres y hermanos, en Miramar (según ya se ha mencionado), él todavía viviendo en la pensión del club.

Este test también se interpretó utilizando las sugerencias dadas por Grassano (1984), Hammer (1978) y Veccia y Calzada (2002), en la siguiente tabla disponiendo el análisis sistematizado.

Tabla 3. Interpretación del dibujo del test de la casa realizado por D.

Nivel	Característica	Resultado y significado psicológico
Características de la casa	generales de	<ul style="list-style-type: none"> El dibujo de la casa fue grande, ocupando todo la hoja para dibujar el frente de la misma, inclusive con expansión hacia los márgenes izquierdo y derecho. Si bien esto podría asociarse con

extroversión, afectuosidad, comportamientos amigables y confortabilidad y calidez de la casa en sí, tales aspectos se verán relativizados en función a las interpretaciones de los restantes elementos del dibujo (advirtiendo, introversión, timidez y sentimientos de inferioridad).

- Se dibujó una casa baja, lo que puede interpretarse como sentimientos de opresión, angustia y preocupación.
- Si bien no es de manera determinante, el dibujo de la casa puede interpretarse que posee un aspecto de castillo, sobre todo en tanto la remarcación de los ladrillos de la pared frontal. Esto merece comentario en tanto la posibilidad de necesidad de protección de elementos externos vistos como peligrosos o indeseables.
- En función a estas interpretaciones es particular, sin embargo, la ausencia de una casa en lejanía y vallada o con cerco. Esto es válido al observar en D añoranza por la familia e introversión y desconfianza hacia el exterior (lo que se ajusta a la falta de jardín en el dibujo). Más allá de ello, sí se sabe que D posee un buen sustento familiar, lo que podría justificar tales faltas en el test.

Diferentes elementos	Puerta	Si bien el tamaño de la puerta fue proporcionalmente adecuado en comparación con el resto de la casa (no pudiendo interpretarse aspectos específicos de la personalidad), su característica de estar cerrada puede derivar en protección de su ámbito más íntimo, introversión y evasión del mundo exterior. Si bien la puerta cerrada puede ser un aspecto característico de cualquier dibujo, las interpretaciones anteriores se justifican desde aquellas realizadas sobre la casa.
	Ventanas	Se dibujaron 3 ventanas, dos de tamaño grande, a los lados de la puerta, y una sobre ella. Todas ellas presentaron barrotes. Por otro lado, todas las ventanas se dibujaron cerradas, lo cual puede ser común en este tipo de dibujo, pero también puede asociarse con rasgos de personalidad anteriores, como ser, introversión, prudencia en las relaciones sociales y necesidad de apartarse de observadores. No obstante, el detalle de las cortinas (abiertas) pueden interpretarse en tanto una personalidad detallista, con necesidad de causar buena impresión; también en tanto comportamientos controlados en el ambiente (tacto en relaciones sociales). Por otro lado, se presentó cierta mal alineación, lo que puede interpretarse, en función a los anteriores, en tanto inseguridad.
	Techo	Se dibujó un techo simétrico, con líneas reforzadas y bastante presión en el trazo, lo que podría asociarse a una defensa de la amenaza de su fantasía del escape de control. El techo también puede considerarse como muy elaborado (tejas, sombreados), lo que puede asociarse con la existencia de ideales y el gusto por el pensamiento.
	Paredes	Claramente, las paredes de la casa son bajas, lo que se asocia a

	rasgos de introversión, opresión, impotencia, malestar e inseguridad respecto de su entorno. Los barrotes en las ventanas potencian estos rasgos.
Chimenea	Si bien el dibujo de la chimenea es poco usual (como en el presente caso), su ausencia puede interpretarse (concordantemente con resultados anteriores), como distanciamiento y actitudes frías.
Otros elementos	<ul style="list-style-type: none"> • Camino: es característica la presencia de un camino (como prolongación de la puerta de entrada de la casa) ondulado, hacia abajo y con terminación en piedras. Tal ondulación puede interpretarse como un carácter exigente y preferencia por buscar soluciones propias antes que impuestas. No obstante, la terminación del camino (piedras), puede representar la existencia de obstáculos o problemas que se encuentran en el exterior. La buena proporción y facilidad en el dibujo del camino pueden representar cierto control en las relaciones del sujeto. • Jardín: se encuentra un amplio jardín, sólo representado por pasto (a los lados del camino), ello pudiéndose interpretar sólo por gusto de los espacios abiertos. • Líneas del suelo: siendo lo primero que dibujó, dado el trazo fuerte, puede representar un elevado grado de contacto con la realidad.

Interpretando estos resultados específicos desde una perspectiva general, se advierte la reversión del mejoramiento psicológico y emocional de D que había sido observado en el segundo test; es decir, el perfil obtenido en este punto se asemeja al del inicio de la intervención (test de la persona bajo la lluvia). En este sentido, fueron rasgos frecuentes: timidez, sentimientos de inferioridad, introversión, necesidad de protección frente al exterior (especialmente de lo íntimo), inseguridad e impotencia.

5.3.3.2. Test del árbol

Este dibujo se realizó (aproximadamente 3 semanas posteriores al test de la casa), su realización ocupó 25 minutos, siendo característico, también, un trazo fuerte (ver Anexos). Durante la realización del mismo, D no realizó pregunta alguna. La secuencia del mismo estuvo caracterizada, cronológicamente, según: piso, tronco, ramas, raíces y sombreado del dibujo.

En la siguiente tabla se analiza sistematizadamente el dibujo, según las sugerencias de Grassano (1984), Hammer (1978), Koch (1962) y Veccia y Calzada (2002).

Tabla 4. Interpretación del dibujo del test del árbol realizado por D.

Nivel	Característica	Resultado y significado psicológico
Árbol en general	Tamaño	El árbol dibujado fue grande, ocupando toda la hoja y extendiéndose en todos los márgenes de la misma. Si bien ello puede interpretarse en tanto una persona extrovertida y que disfruta de la compañía de los demás, también podría agregarse cierta tendencia a llamar la atención, poca aceptación de las normas y agresividad (esto justificándose en tanto la presencia de ramas punzantes y formas rectilíneas ascendentes).
	Ubicación	Su ubicación dentro de la hoja es central, ello asociándose con cierta necesidad de sentirse el centro de atención de los demás. Asimismo, se encuentra una tendencia a ocupar todo el espacio de la hoja, lo que podría derivar en la interpretación de rasgos de extroversión y sociabilidad, acompañados por agresividad y falta de control (ramas con punta).
Raíces		Exactamente se dibujaron 6 raíces y de manera proporcionada al resto de la figura, lo que podría asociarse con un fuerte apego positivo a la madre y/o familia y la existencia de adecuados fundamentos para desarrollar una personalidad afectivamente sana.
Suelo		Dos características esenciales caracterizaron al suelo dibujado: por un lado, firme, bien trazado, con dos rectas (a cada lado del tronco del árbol), lo que se asocia con capacidad para ver la realidad, de ideas y estabilidad; por otro, el suelo se dibujó totalmente sombreado, lo que podría corresponderse con objetividad, sentido práctico y tendencia instintiva.
Tronco	Trazo	Las líneas del tronco se dibujaron onduladas, acorde a la forma del mismo, ello indicando flexibilidad, sociabilidad y carácter dócil.
	Altura	Se dibujó un tronco largo, lo que puede asociarse con necesidad de proyección hacia el exterior, extroversión y ambición.
	Ancho	En cuanto al ancho del tronco, la figura es bastante armoniosa, pudiendo relacionar las siguientes características: ancho relativamente proporcionado en comparación con el resto del árbol (lo que se asocia con equilibrio y seguridad de sí mismo), tendiendo a un tronco grueso (asociado con extraversión, firmeza) y más grueso abajo (asociado con carácter tranquilo y materialista, adecuado contacto con la realidad).
	Inclinación	Se halló una leve inclinación del tronco hacia la izquierda, lo que podría asociarse con introversión, rutinario, rechazo de lo novedoso; sin embargo, dadas las interpretaciones anteriores, tal inclinación (mínima por cierto) se depreciará.
	Forma	El tronco se dibujó en una pieza, ello pudiendo interpretarse como falta de sensibilidad y empatía.

Otros elementos		Sólo podría mencionarse un ligero sombreado del tronco, lo que se asocia con cierta sensibilidad artística.
Ramas y copa	Orientación de ramas	Las ramas se dibujaron orientadas hacia arriba (ascendentes), lo que se asocia con optimismo y extraversión. También, con necesidad de relacionarse con el mundo. No obstante, tales interpretaciones deben relativizarse a la presencia de ramas con terminación en punta, lo que se asocia con cierta impulsividad y agresividad.
	Ancho de ramas	El dibujo de las ramas en su conjunto se presentó como bastante elaborado, hallando ramas y ramificaciones gruesas, delgadas y extremadamente finas. En el orden presentado de estas características, se hallan las siguientes asociaciones, respectivamente: seguridad y confianza en el futuro (bien dibujadas), así como capacidad imaginativa (bifurcaciones); sencillez y sensibilidad; cerramiento afectivo y timidez (ausencia de hojas).
	Apertura de ramas	Las ramas se dibujaron abiertas, ello indicando extraversión y tendencia a analizar el entorno. Asimismo, con impulsividad, dado el trazo en punta.
	Corte de ramas	Las ramas se encuentran cortadas en tanto la expansión del dibujo sobre los márgenes superior, izquierda y derecho, ello pudiéndose interpretar como obstinación y terquedad. No obstante, ello sucede para muy pocas ramas.
	Tamaño de copa	La copa se presenta como proporcionada en comparación al árbol, aclarando que su apreciación y efectúa al observar las ramas en su conjunto, más no al haberse dibujado un contorno propio de la representación de la copa. Esto puede interpretarse como equilibrio entre introversión y extroversión, realismo. En el dibujo podría indicarse que la copa es ligeramente más pequeña en relación al árbol, pero debe recordarse el corte de las ramas por los márgenes de la hoja.
	Forma de copa	No puede apreciarse al no hallarse un contorno de la copa, y los límites de las ramas superan a los márgenes de la hoja.
Otros elementos		No se hallaron otros elementos, por ejemplo, follaje, frutos, animales, sol, etc.

Interpretando desde una perspectiva general los anteriores resultados específicos, se halló cierto mejoramiento del estado emocional y psicológico de D, en comparación al evaluado aproximadamente 3 semanas antes. No obstante, este mejoramiento relativo se justifica en tanto el hallazgo de indicadores positivos (mayormente) y negativos. Entre los primeros: optimismo, extroversión, sociabilidad, objetividad, capacidad para ver la realidad, seguridad; entre los segundos, timidez, cierta agresividad, necesidad de llamar la atención, falta de sensibilidad y empatía.

Como puede observarse, se hallaron indicios contradictorios entre algunos aspectos (por ejemplo, extroversión y timidez). No obstante, ambos fueron

mencionados dado que podrían ser lógicos en relación a la instancia evolutiva de D en el proceso terapéutico, siendo importante el hallazgo de aspectos positivos.

Asimismo, es muy importante el hallazgo asociado al dibujo de las raíces, en tanto la existencia de adecuados fundamentos para desarrollar una personalidad afectivamente sana.

5.3.3.3. Test de la persona/ figura humana

Este dibujo, realizado ante la noticia (informal) que D quedaría libre del club, se efectuó prácticamente de manera inmediata al del árbol. Se tardó 45 minutos en realizarse, D expresando que tenía ganas de dibujar. Por otro lado, durante el dibujo, se expresaron frases como “me está quedando bien” y “qué bien que dibujo”.

Siendo notorio, al igual que en los anteriores dos dibujos, un trazo fuerte, la secuencia cronológica se caracterizó según: ojos, nariz, cejas, boca, contorno de la cara, pelo, orejas, cuello, remera, líneas de expresión, fondo del dibujo. Es de resaltar que no se dibujo la figura humana completa, sino desde mitad del pecho hacia arriba y excluyendo los hombros, brazos, etc. (ver Anexos). No obstante, en el análisis se presentaron los distintos indicadores validados, aunque muchos de ellos no aplicaron para las interpretaciones.

La interpretación del dibujo se realizó en función a las indicaciones de Grassano (1984), Hammer (1978) y Veccia y Calzada (2002), en la siguiente tabla presentando el análisis sistematizado.

En relación a estas sugerencias, se aclara que no se ha calculado el coeficiente intelectual, dado que tal aspecto sólo es fiable para niños entre 5-12 años.

Tabla 5. Interpretación del dibujo del test de la persona/ figura humana realizado por D.

Nivel	Característica	Resultado y significado psicológico
Indicadores generales	Integración	Si bien no se dibujó toda la figura humana, es adecuada la integración de las distintas partes dibujadas. No obstante, el indicador evaluado no permite evaluar aspectos sobre el perfil psicológico y emocional de D, dado que es válido sólo para una integración pobre.

	Sombreado		Se sombrearon distintas partes de la figura dibujada, su sola presencia indicando ansiedad y angustia, leve dado el grado del sombreado. Por un lado, se halló sombreada la cara, lo que puede asociarse a agresividad y ansiedad sobre las partes específicas sombreadas (ojos, nariz, boca, mentón, labios, cuello). Respecto del cuello, su sombreado podría corresponderse con esfuerzos por controlar los impulsos y alternancia entre conductas impulsivas y de retraimiento.
	Asimetría de extremidades		No se dibujaron las extremidades.
	Inclinación de la figura		La figura se dibujó con cierta inclinación hacia la izquierda, pero la misma siendo menor a los 15°. Por ende, aunque no de manera determinante, puede asociarse con indicios de inestabilidad y falta de equilibrio, timidez y conductas disruptivas.
	Tamaño de figura		Si bien no se dibujó la figura humana completa, aquella presentada ocupa prácticamente la totalidad de la hoja, con expansión sobre todos los márgenes. En este sentido, como figura grande, puede asociarse con conductas impulsivas, con poco autocontrol e inmadurez. Asimismo, con ciertos rasgos narcisistas.
	Transparencias		No se dibujaron transparencias.
Indicadores específicos	Tamaño de cabeza (pequeña)		La cabeza se dibujó relativamente más grande, en comparación al resto del cuerpo particionado dibujado. No obstante, este indicador será evaluado más adelante (Otros indicadores emocionales no validados).
	Ojos bizcos		No se dibujaron ojos bizcos.
	Dientes		Se dibujaron dientes en tanto la boca se presentó relativamente entreabierta. Así, se muestran partes de las coronas de los incisivos centrales y laterales (superiores e inferiores). Si bien la sola presencia de los dientes no puede interpretarse como indicador determinante de una perturbación emocional, en el contexto de análisis ya presentado sí pueden asociarse con rasgos agresivos.
	Tamaño de brazos		No se dibujaron los brazos.
	Tamaño de manos		No se dibujaron las manos.
	Piernas		No se dibujaron las piernas.
	Figuras grotescas		No se dibujaron figuras grotescas como payasos, monstruos u otros personajes.
	Cantidad de figuras		Sólo se dibujó una figura.
	Nubes, lluvia,		No se dibujaron condiciones ambientales como contexto de la figura principal. No obstante, sí se dibujó un fondo a modo de pared, sin

	nieve	ningún significado asociado respecto del perfil psicológico.
Indicadores por omisión de elementos corporales	Nariz	No se omitió la nariz.
	Boca	No se omitió la boca.
	Cuerpo	Se omitió prácticamente todo el cuerpo. Los recortes efectuados se interpretaron con una particular disposición del dibujo, según criterio de D. Por esta razón, no se efectuaron inferencias psicopatológicas asociadas, dadas las omisiones circunstanciales.
	Brazos	Se omitieron por completo los brazos en el dibujo de la figura humana. Los recortes efectuados se interpretaron con una particular disposición del dibujo, según criterio de D. Por esta razón, no se efectuaron inferencias psicopatológicas asociadas, dadas las omisiones circunstanciales.
	Piernas	Se omitieron por completo las piernas, lo que no puede considerarse como accidental (ya que refiere a uno de los primeros elementos en dibujar). Los recortes efectuados se interpretaron con una particular disposición del dibujo, según criterio de D. Por esta razón, no se efectuaron inferencias psicopatológicas asociadas, dadas las omisiones circunstanciales.
	Pies	Se omitieron por completo los pies, en asociación a las anteriores ausencias de la figura humana. Los recortes efectuados se interpretaron con una particular disposición del dibujo, según criterio de D. Por esta razón, no se efectuaron inferencias psicopatológicas asociadas, dadas las omisiones circunstanciales.
	Cuello	No se omitió el cuello.
Otros indicadores emocionales no validados		<ul style="list-style-type: none"> • Como se indicara en tanto el tamaño de la cabeza, la misma se dibujó relativamente más grande que el resto de la figura presentada. Ello puede asociarse con indicios de inmadurez y agresión. • Se hallaron recortes en la figura: parte de la cabeza y prácticamente la totalidad del cuerpo. No obstante, las interpretaciones asociadas no son determinantes, aunque sí pueden indicar problemas y síntomas conductuales (desde lo general).

Interpretando desde lo general los anteriores hallazgos específicos, se observó una reversión prácticamente completa del mejoramiento parcial obtenido a partir del test del árbol, en tanto las siguientes principales características del perfil psicológico: ansiedad, agresividad, conductas impulsivas y de retraimiento, timidez, inmadurez, perturbación emocional, angustia e inseguridad.

Estas características bien pueden asociarse con la noticia (informal) sobre que D iba a quedar libre del club, lo cual fue confirmado meses después.

5.4. Técnicas de relajación y visualización

Las técnicas de visualización en el grupo de lesionados, el cual incluye el caso clínico dispuesto, fueron impulsadas por la psicóloga del club, la cual realizaba un trabajo de investigación en aquel momento, la pasante fue observadora de las técnicas propuestas.

El objetivo principal era reforzar el concepto y que entrenen la técnica, ya que muchos de los que no conocen el proceso, piensan que es un trabajo sencillo y de resultados rápidos, cuando en realidad, lleva tiempo y sobre todo entrenamiento para incorporarlo.

La visualización puede mejorar el rendimiento y el funcionamiento cognitivo y anímico del deportista. Cualquier deportista puede utilizar la visualización para mejorar su rendimiento deportivo, pero como ocurre con cualquier otra destreza física, técnica o psicológica, requiere un entrenamiento sistemático para ser realmente eficaz. Los programas de entrenamiento en visualización (González, 2006) buscan desarrollar principalmente la viveza y el control de las imágenes mentales pero para conseguir su máxima eficacia resulta imprescindible ajustar los objetivos y los procedimientos a las necesidades, capacidades e intereses de cada deportista. En cualquier caso, el objetivo último del programa será que el deportista consiga integrar la visualización en sus sesiones habituales de entrenamiento y competición.

Principalmente el método consiste en la relajación, se busca que el grupo se comprometa con la actividad, la cual no dura más de 30 minutos.

Se realizaron tres visualizaciones en el transcurso de la residencia y el mayor cambio se notó en la predisposición del grupo, quienes no solo participaban con gusto de la misma, sino que algunos admitieron realizarla en sus casas.

D es un chico que ya había experimentado técnicas de relajación a partir del yoga, por ende se sintió cómodo y comprometido con esta actividad, lo expreso de manera frontal y se observó también en la práctica.

5.5. Diagnóstico presuntivo e interpretación general de los tests

A partir de los resultados de los tests proyectivos, claramente se observaron alternancias del perfil psicológico y emocional de D, pero desde lo general indicando características similares a la provistas inicialmente por la psicóloga que lo trataba antes de la intervención de la autora de la tesis.

En este sentido, desde una perspectiva general, se infiere, a través del material clínico recogido de las entrevistas realizadas, como también de las técnicas gráficas tomadas, que D presenta indicios de un cuadro de depresión (Caro Gabalda, 2007), los cuales detectamos en las siguientes áreas de su personalidad.

- **Síntomas cognitivos:** como visión negativa del futuro, desvalorización de su persona acrecentada por el contexto y autocrítica.

Esta visión negativa del futuro la inferimos a partir del miedo que le genera la posibilidad de volver a lesionarse. La desvalorización, por su parte, la detectamos observando la postura que el club adopta para con los llamados “lesionados”, quienes en general son dejados de lado y apartados de los grupos de trabajo. A todo esto se suma la existencia de una marcada autocrítica por no poder rendir como a él le gustaría y no poder lograr reponerse de las lesiones sufridas.

- **Síntomas afectivos:** D muestra una marcada apatía que se expresa en la falta de motivación para trabajar con el equipo y en una tristeza generalizada.
- **Síntomas motivacionales:** estos se notan observando el gran deseo que D muestra de evitarse problemas, en la pérdida de interés por integrar el equipo y superar la lesión, y en una marcada falta de fuerza de voluntad.
- **Síntomas conductuales:** entre los más representativos de estos síntomas tenemos su esfuerzo por evitar instancias que generen algún tipo de contacto social, y su claro cuadro de desgano.

Marcelo Roffé presenta una descripción del cuadro presentado de una manera clara y sintética cuando afirma que *“el lesionado siente una gran percepción de fracaso, una gran indefensión, una baja de la autoestima, sentimientos autoculpógenos y autoreproches que lo llevan al desánimo más absoluto”* (Roffé, 2000).

La sintomatología característica de la depresión se divide en diferentes grupos de síntomas (Janon, 1999). Dentro de estos grupos encontramos síntomas fisiológicos como, disminución de la libido, alteración del sueño, alteración del apetito; síntomas cognitivos, visión negativa, desvalorización, culpa, autocrítica, autoreproche, hipocondría, indecisión. Así también los pacientes presentan dificultades para la concentración, la memoria y la atención. Junto a lo anterior se presentan distintos síntomas dentro de los cuales tenemos: síntomas afectivos como abatimiento, apatía, tristeza, agobio, irritabilidad, pérdida de gratificación, ansiedad; síntomas motivacionales como dependencia, deseo de evasión de problemas, evasión de actividades cotidianas, pérdida de interés, poca fuerza de voluntad; y por último, los síntomas conductuales entre los que se hallan la fatigabilidad, el desgano, la pasividad, el enlentecimiento psicomotor, la dificultad de resolución de problemas y la evitación de contactos sociales.

Una de las principales características del depresivo (Janon, 1999), es que este anticipa que sus proyectos van a sufrir dificultades, que le va a ir mal, y por consiguiente va a sufrir. Este individuo, como consecuencia de esta visión negativa sobre su futuro se paraliza en el presente puesto que cree que todo lo que emprenda le saldrá mal. Los diferentes modelos cognitivos suponen que existe una cierta predisposición para la aparición de la depresión. Existen experiencias tempranas que sirven de base para que un individuo forme conceptos negativos sobre sí mismo, sobre su futuro y sobre el mundo. Estos conceptos pueden permanecer latentes y ser activados por circunstancias análogas a dichas experiencias responsables de la formación de tales conceptos. Algunas situaciones pueden desencadenar también esquemas como los descritos, puesto que detonan la activación de un conjunto de estructuras cognitivas alteradas que el sujeto había formado en algún momento de su desarrollo (Janon, 1999).

Beck et al. (1979) conceptualiza la triada cognitiva de la depresión, detectando la existencia de una visión negativa del sujeto hacia sí mismo, una autocrítica constante con resultado de una total autovalidación y una visión negativa del mundo, en donde la gran mayoría de las experiencias son vividas como derrotas y se tiene una visión negativa respecto al futuro. Cuando el paciente presenta un estado depresivo da lugar a la triada cognitiva y a una forma característica de procesar la información, es en este momento que el sujeto considera sus ideas y sus creencias como representaciones verídicas de la realidad. La terapia cognitiva afirma que al ajustar el paradigma del paciente a la realidad el malestar del mismo

comienza a desaparecer. Si ajustamos nuestro caso a la triada cognitiva conceptualizada por Beck et al. (1979), podemos fijarnos como D presenta las tres características de la depresión como son: la visión negativa de sí mismo, que es la idea de que uno no es valioso; la visión negativa del mundo, que se refiere al rechazo a las actividades grupales; y la visión negativa del futuro que se materializa en su miedo a la más remota posibilidad de lesionarse. No obstante, estos aspectos son más explícitos para la visión negativa de sí mismo y la visión negativa del futuro, todo ello relacionándose directamente con las lesiones/ aceptación del club. Por su parte, en relación con la visión negativa del mundo, sólo se hallaron indicios de introversión, sentimientos de inferioridad, retraimiento, inseguridad y timidez.

Vemos a lo largo de la historia vital de D algunos cambios que consideramos relevantes, entre los cuales podemos destacar que dejó la casa de sus padres a una edad relativamente temprana y que pasó mucho más tiempo lesionado que el que estuvo en condiciones de jugar. Podemos inferir, desde esta perspectiva, que los cambios sufridos por D tras su salida de casa pudieron representar un factor etiológico para el estrés, esto, sumado a la presión que existe en los deportistas por mostrar sus cualidades.

En la actualidad ya es un hecho aceptado que los factores psicológicos como el estrés son un índice más que importante en relación con las lesiones en los deportistas. Así, los factores de riesgo que operaron en el caso de D pueden resumirse a grandes rasgos en dos, el estrés producido por el cambio (hipótesis que se baraja más desde una perspectiva inferencial) y la falta de adecuación psicosocial que le ofreció el club con respecto a sus lesiones.

Estos dos factores se entrecruzan puesto que al hecho de alejarse de su familia se suma el que no logró adaptarse de manera óptima al nuevo ambiente lo que generó en él aún más presión. Podemos inferir entonces que las lesiones responden de alguna manera a una vía de escape corporal a la presión, tanto aquella autoimpuesta como la generada por el club.

En este sentido, en cuanto a los temores de D, él no llora por el dolor de la lesión sino por todo lo que pierde por culpa de ella. Creemos que los miedos de D están relacionados al miedo al presente y al futuro. En el presente el principal miedo es a no lograr adaptarse al ritmo del club. Con respecto al futuro es el constante fantasma de volver a lesionarse y por consiguiente su futuro como futbolista, ya que si no logra superar las lesiones y adaptarse de manera adecuada no podrá seguir

perteneciendo a la institución. Queremos agregar que tanto en el presente como en el futuro también están en juego su propia identidad, por ello tenemos que tener en cuenta la etapa evolutiva de D, la adolescencia, donde la problemática de la identidad es un conflicto por sí solo.

Como dijimos D es un adolescente de 17 años, vive una etapa de la vida que esta caracteriza por una gran cantidad de cambios, es la etapa de la vida donde se deja de ser un niño para pasar a ser un adulto. Es una revolución en todos los sentidos posibles, generadora de miedos con respecto al futuro, esto sumado a la presión debido a sus lesiones y la falta de adecuación es una fuerte fuente de estrés.

Son muchos los miedos y pensamientos que se le cruzan a un futbolista antes y durante el partido. El miedo a lesionarse es uno de ellos. Otros dos muy importantes también son miedo al futuro y miedo a perder lo ya logrado.

CAPÍTULO 6. CONCLUSIÓN

Si hacemos una reflexión sobre los resultados entregados por los tests aplicados, podemos ver que D es un chico tímido, y que posee muchas inseguridades, sobre todo las que tienen relación con el equipo: por ejemplo, tiene miedo a que debido a su lesión el entrenador no lo considere para los próximos partidos, lo que podría dar cuenta de un chico un tanto pesimista y fatigado. Otras de las características que podemos identificar en D es que es un chico muy ansioso, reflexivo y analítico.

Estas características pueden haberse visto exacerbadas por la lesión sufrida y todo lo que esto conlleva. A pesar de sus miedos, es un chico que tiene muy claro su presente, presente marcado por la presión y el estrés que provoca al deportista cualquier tipo de falla física. Sin embargo, y a pesar de todas las dificultades, D sabe que es la confianza en sí mismo lo que puede ayudarlo a afrontar los problemas de mejor manera.

A medida que iba avanzando el trabajo multidisciplinario con el jugador, nos fuimos dando cuenta que era un chico un tanto extrovertido, sociable y generoso.

No obstante, tales mejoramientos encontraron límites en distintos aspectos, principalmente asociados al temor de quedar libre en el club. Estas manifestaciones se caracterizaron por rasgos de ansiedad, conductas impulsivas y de retraimiento, timidez, inmadurez, perturbación emocional, angustia e inseguridad.

En síntesis, con este estudio de caso, queda en evidencia que el trabajo multidisciplinario que integre la psicología del deporte, es sumamente útil para lograr que un deportista pueda recuperarse de una lesión no solo física, sino también psicológicamente y que pueda retomar su disciplina sin mayores inconvenientes. Este trabajo en conjunto permite prevenir que el deportista se deprima o desanime y por el contrario, siga luchando por su sueño de llegar al nivel máximo, dentro del deporte que eligió, en este caso el fútbol.

Como se mencionara en varias oportunidades, tales recaídas del paciente fácilmente se asociaron en parte a la falta de un manejo adecuado por parte del

entrenador, no proveyendo de un sustento psicológico adecuado a las condiciones y capacidades del paciente.

Desde el punto de vista de la teoría considero que existe una importante falta de investigación, que remita específicamente a lesiones desde la perspectiva de la psicología, lo cual no es extraño considerando que la psicología del deporte es una disciplina relativamente joven en la Argentina.

Teniendo en cuenta todas las charlas que tuve con el jugador, se puede decir que es un jugador de clase media, quien a su vez estudia y tiene en claro que si no salen las cosas como él desea en el fútbol empezara la carrera de kinesiología en la UBA.

Esto es un punto a favor puesto que de esta forma no permanece cautivo a la única opción de vivir del fútbol, desde la psicología deportiva se hace mucho hincapié en que los deportistas tengan otras herramientas para salir adelante y no se identifiquen solo con el fútbol profesional para poder vivir como lo hacen la mayoría de los jugadores que tienen contrato y cobran un sueldo.

Pienso que un terapeuta que trabaja en un caso como el descrito debe direccionar su trabajo hacia el entrenamiento mental, el cual consiste en aplicar técnicas psicológicas, entre las que se encuentran la visualización y la relajación en el propio lugar de entrenamiento, de manera que se integren de manera natural lo físico, lo técnico, lo táctico y lo psicológico.

Es importante a su vez considerar todas las variables que se ponen en juego en un ambiente competitivo tales como: la ansiedad precompetitiva, la concentración, la atención, la autoconfianza, la motivación, etc.

De la misma forma creo en la importancia de llevar a cabo un trabajo con el entrenador quien presenta diversas dificultades para relacionarse con los jugadores lesionados, apartando a estos del grupo de entrenamiento.

D, ha logrado avances gracias a que se ve muy apoyado por sus padres y hermanos quienes lo motivan constantemente y lo acompañan, a pesar de la distancia, en su proceso, también por sus amigos de la pensión los cuales pasan la mayor parte del día con él.

Para posteriores trabajos de este tipo propongo realizar una investigación con una muestra significativa y partir de hipótesis que remitan a un estudio comparativo o un estudio descriptivo acerca del proceso de recuperación en lesionados.

CAPÍTULO 7. BIBLIOGRAFÍA

- Andersen, M. B. & Williams, J. M. (1988). A model of Stress and Athletic injury. Prediction and prevention. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 10 (3), 294-306.
- Beck. A. T., Rush. A., Sahaw, B. & Emery, G. (1979). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. Nueva York: Desclee de Brouwer.
- Brewer, B. W. (1994) Review and critique of models of psychological adjustment to athletic injury. *Journal of Applied Sport Psychology*, 6, 87-100.
- Bruning, R. H., Schraw, G. J., Norby, M. N. & Ronning, R. R. (2005). *Psicología cognitiva de la instrucción* (4ª ed.). Madrid: Pearson Educación.
- Buceta, J. (1996). *Psicología y lesiones deportivas: prevención y recuperación*. Barcelona: Dykinson.
- Caro Gabalda, I. (Compiladora). (1997). *Manual de psicoterapias cognitivas*. 3ª ed. Barcelona: Paidós.
- Caro Gabalda, I. (2007). *Manual teórico-práctico de Psicoterapias Cognitivas*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Cox, R. (2009). *Psicología del Deporte*. Madrid: Médica Panamericana S. A.
- Dosil, J. (2004). *Psicología de la actividad física y del deporte*. Madrid: McGraw-Hill.
- Ellis, A. (1956). The roots of psychology and psychiatry. En: H. Krout (Ed.), *Psychology, psychiatry and the public interest* (pp. 9-31). Minneapolis: University of Minnesota.
- Esquivel, F., Ancora, C. & Gomez Maqueo, L. (1999). *Psicodiagnóstico clínico del niño*. México D. F.: El manual moderno.
- Garcés de Los Fayos, J., Olmedilla Zafra, A. & Jara, P. (2006). *Psicología y Deporte*. Murcia: Diego Marín.
- García,C.(2008a). *La visualización*. Disponible en:
<http://psicologiaeneldeporte.blogspot.com/2008/04/la-visualizacin.html>.
Consultado 26 de mayo de 2011.

- García Ucha, F. (2004). *Herramientas psicológicas para entrenadores y deportistas*. La Habana: Deportes.
- Goldstein, A. P. & Krasner, L. (1991). *La psicología aplicada moderna*. Madrid: Pirámide.
- González, A. M. (2006). El uso de la visualización en el deporte. En: E. J. Garcés de Los Fayos, A. Olmedilla & P. Jara (Coords.), *Psicología y Deporte* (pp. 279-296). Murcia: Diego Marín.
- Grassano, E. (1984). *Indicadores psicopatológicos en las Técnicas Proyectivas*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Guillén, M. (1999). *El estrés fisiológico motivado por actividades físicocompetitivas en la edad escolar*. Sevilla: Wanceulen.
- Hammer, E. (1978). *Tests proyectivos gráficos*. Buenos Aires: Paidós.
- Ivleva, L. & Orlick, T. (1991). Mental links to enhanced healing: An exploratory story. *The Sport Psychologist*, 5, 25-40.
- Janon, F. (1999). *Equivalentes Somáticos de los Trastornos Depresivos*. Barcelona: Científico Médica.
- Koch, K. (1962). *El Test del Árbol*. Buenos Aires. Kapelusz.
- Ledesma Jimeno, A. & Melero Marcos, L. (1989). *Estudios sobre las depresiones*. Salamanca: Universidad de Salamanca.
- Maldonado, M. L. (2002). *Test persona bajo la lluvia*. Disponible en: http://www.infogerontologia.com/documents/miscelanea/test_evaluacion/testp_ersonabajolalluvia.pdf. Consultado 11 de septiembre de 2011.
- Martínez Gutiérrez, F. (2005). *Teorías de desarrollo cognitivo*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana.
- Oliva, R. D. (2000). *¿Por qué hay tantas lesiones?* Disponible en: <http://edant.clarin.com/diario/2000/02/05/r-00205d.htm>. Consultado 26 de agosto de 2011.
- Olmedilla Zafra, A. (2005). *Factores psicológicos y lesiones en futbolistas: un estudio correlacional*. Murcia: Quaderna Editorial.
- Palmi Guerrero, J. (1997). Componentes psicológicos de las lesiones deportivas. En: J. Cruz (Ed.), *Psicología del deporte* (pp. 215-244). Madrid: Síntesis.
- Querol, S. M. & Chaves Paz, M. I. (2008). *Test de la persona bajo la lluvia*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

- Roffé, M. (2000). *Fútbol de presión. Psicología aplicada al deporte*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Roffé, M. (2009). *Evaluación psicodeportológica. 30 test para evaluar en deportes*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Saforcada, E. (1999). *Psicología Sanitaria*. Buenos Aires: Paidós.
- Varela García, F. J., Thompson, E. & Rosch, E. (2005). *De cuerpo presente: Las ciencias cognitivas y la experiencia humana*. Barcelona: Gedisa.
- Veccia, T. & Calzada, G. (2002). Alcance y limitaciones del Dibujo Proyectivo: Método de recurrencias y convergencias para su interpretación. En: T. Veccia, J. Catteno, J. Calzada y M. Ibáñez (Eds.), *Diagnóstico de la Personalidad: Desarrollo y estrategias actuales*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Wiese-Bjornstal, D. M., Smith, A. M. & LaMott, E. E. (1995). A model of psychologic response to athletic injury and rehabilitation. *Athletic Training: Sports Health Care Perspectives*, 1 (1), 16-30.
- Wiese-Bjornstal, D. M., Smith, A. M., Shaffer, S. M. & Morrey, M. A. (1998). An integrated model of response to sport injury: Psychological and sociological dynamics. *Journal of Applied Sport Psychology*, 10, 46-69.