

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ORGANIZACIÓN DEPORTIVA (FOD)

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

POSGRADO EN CONJUNTO FOD – FAPSI



ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN FUTBOLISTAS PARA LA
AUTOCONFIANZA Y ESTRÉS TRAS UNA LESIÓN

Por:

Lic. PAUL EDSSEL CERMEÑO AVILA

PRODUCTO INTEGRADOR

TESIS

Como requisito para obtener el grado de

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA DEL DEPORTE

Nuevo León, Julio 2022

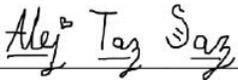
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ORGANIZACIÓN DEPORTIVA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
POSGRADO CONJUNTO FOD-FAPSI

Los miembros del Comité de Titulación de la Maestría en Psicología del Deporte integrado por la Facultad de Organización Deportiva y la Facultad de Psicología, recomendamos que el Producto Integrador en modalidad de Tesina titulado “Estrategias de afrontamiento en futbolistas para la autoconfianza y estrés tras una lesión” realizado por el Lic. Paul Edsel Cermeño Avila, sea aceptado para su defensa como oposición al grado de Maestro en Psicología del Deporte.

COMITÉ DE TITULACIÓN



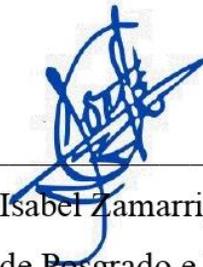
Dra. Minerva Thalía Juno Vanegas Farfano
Universidad Autónoma de Nuevo León
Asesor Principal



MSc. Alejandra Tamez Sánchez
Universidad Autónoma de Nuevo León
Co-asesor



Dr. Luis Tomás Ródenas Cuenca
Universidad Autónoma de Nuevo León
Co-asesor



Dr. Jorge Isabel Zamarripa Rivera
Subdirección de Posgrado e Investigación
de la FOD

Nuevo León, Julio 2022

DEDICATORIA, AGRADECIMIENTOS Y/O RECONOCIMIENTOS.

Tanto la maestría como este trabajo va en especial dedicación para mis padres, ya que ellos han sido pieza fundamental para que pueda cumplir mis sueños, siempre han confiado en mí, me han visto crecer y ser mejor día a día, me muestran el camino con sus ejemplos, me apoyan en los momentos difíciles o si necesito que me escuchen están dispuestos a hacer tiempo para mí, me han dicho que todo lo que me proponga lo puedo lograr, con disciplina, trabajo, dedicación y esfuerzo, y esta maestría no es la excepción, empezó como un sueño que miraba un poco lejos desde que estaba en la licenciatura de psicología, pero conforme paso el tiempo me di cuenta que era algo que podría lograr antes de lo pensado, a mi mamá Zaret Avila le agradezco mucho no solo la vida, si no la manera de educarme, me dio valores y libertad de pensamiento y decisión, siempre ha estado ahí cuando la necesito, o aun cuando creo puedo hacer las cosas yo solo ella simplemente me escucha y con acciones me muestra que tengo en quien sostenerme, que no por pedir ayuda me hace menos independiente, aunado a eso me brinda toda su experiencia en los momentos más determinantes de mi vida y que cualquier cosa sé que ella correrá si la necesito, está conmigo en los momentos de felicidades y de triunfos, pero también en mis momentos de tristeza. En cuanto a mi papá Martín Cermeño le agradezco mucho su capacidad de escucharme y darme las palabras indicadas sin juzgarme o criticarme, ha confiado mucho en mí y en la capacidad que tengo para salir adelante ante la vida, de él he aprendido lo que es ser independiente, a veces pienso que dé más, pero que si alguien sabe de cómo puedo lograr lo que me proponga por mí mismo sin duda es él, gracias a ambos por darme la vida, la libertad de elección y la oportunidad de confiar en todo lo que puedo lograr si me lo propongo.

Aparte de ellos 2 con quien siempre estaré agradecido es con mi abuelita Alejandrina Valle Gómez, que en paz descansa, sin duda ella me impulsó y lo sigue haciendo en todos mis momentos buenos, pero más en los difíciles, donde a veces no sé qué rumbo va a tomar mi vida pero que indudablemente sé que está a mi lado en cada momento y decisión, porque desde que le comenté que quería ser psicólogo deportivo, con una sonrisa en su rostro me decía que podía lograrlo.

A mi tía Edna Yvonne que desde pequeño me daba porras en todo lo que hacía, que es una persona con quien cuento en todo momento, que si tengo alguna situación complicada de resolver busca la manera de apoyarme, y así como mis padres ella se mostró contenta y entusiasmada al saber que tomaba la decisión de irme a Monterrey a tomar esta maestría, y a mi tío Alejandro Avila, porque si bien es una persona de pocas palabras, sin duda cada cosa que me dice está llena de

sabiduría, me impulsa a seguir adelante en todo momento, él me ha enseñado lo que significa la palabra ¡Agradecer!.

A mis tíos Manuel Cermeño, Gladys y su hijo Carlo Cermeño les doy las gracias, porque fueron personas que desde que les conté acerca de este reto se alegraron por mí, que me brindaron la confianza de que podía lograrlo sin importar el tiempo que me llevara, además de brindarme ciertas palabras en los momentos que más lo necesitaba, siempre dispuestos a escucharme, pero lo más importante fue que dispusieron de su tiempo para venirme a acompañar a una ciudad desconocida para mí que es Monterrey, donde no sabía que me deparaba el futuro pero que tenía una meta clara que era ser psicólogo deportivo.

A mi asesora de tesis principal, la Dra. Minerva Thalía Juno Vanegas Farfano, que desde el día uno tomó el reto de guiarme con mi tema de tesis a pesar de los tiempos que teníamos, que cada duda que tenía buscaba resolverla de la mejor manera, de brindarme las herramientas necesarias para lograr terminar este trabajo, que en los momentos de mayor incertidumbre sobre cómo trabajar mi tema ella me dio la pauta y ánimo que necesitaba para lograr terminar, muchas gracias Dra. Así como a mis co-asesores, los cuales me ayudaron con las correcciones pertinentes.

También quiero agradecer a 2 amigos que han sido pieza fundamental para este momento de mi vida y para mi crecimiento personal, emocional y de experiencia, a mi amigo de vida Cesar Rodarte, que desde chicos hemos compartido momentos únicos, donde hemos pasado muchos momentos, tanto buenos como malos, que a pesar de las distancias donde a veces podemos estar o aunque no nos hablemos constantemente sabemos que estamos uno para el otro, esto me ha ayudado mucho como impulso para seguir adelante sin importar el obstáculo, sabiendo que nunca se deja de aprender y que siempre puedo dar más de mí. Y a mi compañero y amigo de la maestría Noe Bustamante, que en tan poco tiempo hemos vivido experiencias increíbles, llenas de retos, emociones y confianza, es alguien que desde el día uno no dudo en brindarme su mano en apoyo para lo que necesitara, que entendía el proceso por el cual estaba pasando al estar en una ciudad completamente nueva para mí, donde no conocía nada ni a nadie más, y que en los pequeños detalles desde mostrarme partes de su ciudad como de conocer a su familia y su estilo de vida logramos formar un lazo fuerte de amistad y confianza.

FICHA DESCRIPTIVA

Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Organización Deportiva
Facultad de Psicología
Posgrado Conjunto FOD-FaPsi

Fecha de Graduación: Julio 2022

PAUL EDSEL CERMEÑO AVILA

Título del Producto Integrador: “Estrategias de afrontamiento en futbolistas para la autoconfianza y estrés tras una lesión”

Número de Páginas: 72

Candidato para obtener el Grado de Maestría en Psicología del Deporte

Resumen de la tesina:

Las lesiones deportivas aquejan a los jugadores de fútbol por diversos motivos, esto repercute en diferentes aspectos de su vida, como lo son la parte física, social, emocional, mental o deportiva (como la pérdida de su posición, ritmo futbolístico o desarrollo de habilidades), este proceso es difícil para ellos si se considera la gravedad de la lesión, y en las lesiones moderadas donde se centra este estudio también. En el club donde se desarrolló esta investigación no se cuenta con un programa de intervención psicológica ante una lesión deportiva, y muy probablemente en diversos equipos deportivos tampoco se cuenta con éste, sobre todo, situación a considerar cuando se sabe que la parte mental es algo que juega un papel fundamental en la recuperación del jugador.

Tomando en cuenta lo anterior, este trabajo propone la elaboración de un programa de intervención psicológica en estrecha relación y comunicación con el equipo multidisciplinar del club (Doctores, preparadores físicos, auxiliares y entrenadores).

FIRMA DEL ASESOR PRINCIPAL



TABLA DE CONTENIDO (ÍNDICE)

INTRODUCCIÓN:	1
JUSTIFICACIÓN	4
OBJETIVO GENERAL	4
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	4
PREGUNTA (S) DE INVESTIGACIÓN	5
CAPÍTULO I	6
MARCO TEÓRICO:	6
EL MODELO DE ESTRÉS Y LESIÓN DE ANDERSON Y WILLIAMS (1998)	6
AUTOCONFIANZA	6
LESIÓN DEPORTIVA	7
GESTIÓN DE LAS LESIONES DEPORTIVAS	8
RECUPERACIÓN DE LOS COMPONENTES DE LA CONDICIÓN FÍSICA:	8
AMPLITUD DEL MOVIMIENTO:	9
ESTIRAMIENTO Y FORTALECIMIENTO:	9
EQUILIBRIO Y PROPIOCEPCIÓN:	9
PREPARACIÓN FINAL:	9
PORQUE OCURREN LAS LESIONES DEPORTIVAS:	10
ACCIDENTES:	10
SOBRECARGA:	10
ERROR BIOMECÁNICO:	10
CLASIFICACIÓN DE UNA LESIÓN DEPORTIVA:	10
TIEMPO DE BAJA SEGÚN LA LESIÓN DEPORTIVA:	10
RETURN – TO – PLAY (RTP)	11
TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN DEL PROGRAMA	13
VISUALIZACIÓN	13
RELAJACIÓN – TÉCNICA	14
REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA	15
CAPÍTULO II	16
METODOLOGÍA	16
DISEÑO DE ESTUDIO	16
POBLACIÓN:	16

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	16
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	16
CRITERIOS DE ELIMINACIÓN	16
INSTRUMENTOS:	17
PROCEDIMIENTO:	19
INTERVENCIÓN:	21
CONTENIDO DE LA INTERVENCIÓN:	21
CONSIDERACIONES ÉTICAS	25
ANÁLISIS ESTADÍSTICO	26
CAPÍTULO III	27
RESULTADOS:	28
ANÁLISIS CUANTITATIVO:	28
ANÁLISIS CUALITATIVO:	34
CAPÍTULO IV	40
DISCUSIONES	40
CAPÍTULO V	42
CONCLUSIONES	42
REFERENCIAS:	45
ANEXOS	48
ANEXO I	48
ANEXO II	52
ANEXO III	55
ANEXO IV	65
ANEXO V	68
PROGRAMA DE INTERVENCIÓN	68
ANEXO VI	69
EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO DE PRÁCTICAS PROFESIONALES	69
ANEXO VII	70
RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO	70

INTRODUCCIÓN:

La práctica de cualquier deporte de conjunto o individual, representa un espacio de tiempo para quien lo practique, sufra algún tipo de lesión, al respecto del deporte de conjunto organizado, es decir, que se realiza mediante torneos o competencias que se celebran de manera preestablecida conocidas como temporadas, de acuerdo con lo presentado por Palmi (2001) de acuerdo con los estudios que realizó, expresa que aproximadamente un 40% de los deportistas llega a sufrir alguna lesión de más o menos gravedad durante el transcurso de la temporada, lo cual presenta consecuencias biopsicosociales, lo que coincide con lo citado por Ortín (2010). Por tal motivo, se ha encontrado que el incremento en el número de lesiones en el ámbito deportivo sean un aspecto sumamente interesante que deba ser estudiado minuciosamente por el psicólogo deportivo, lo que se basa en que además que existe una lesión física que en la mayoría de las ocasiones es atendida por el personal médico que tiene la preparación y conocimientos para que pueda ser tratada con los mejores resultados para el deportista. Sin embargo, la lesión física de manera general, va acompañada de otros factores que no se notan por no ser de índole física, entre ellos se encuentran la disminución en su autoconfianza, motivación, pensamientos, por mencionar algunos, a lo cual se le puede aunar el hecho de que cuando el jugador no cuenta con los recursos (apoyo familiar, tratamiento psicoterapéutico, terapia) necesarios para afrontar la situación de vulnerabilidad en que queda posteriormente a la lesión, entonces esto puede llegar a retrasar su regreso a las canchas, o en un caso extremo a conducirlo a abandonar la práctica del deporte en su totalidad.

Debido al grado de impacto que puede tener una lesión en el deportista, no sólo físico, sino al impacto relacionado con las respuestas psicológicas que son consecuencias que han sido bastante estudiadas y catalogadas como modelos que se basan en las reacciones emocionales, entre los autores que han realizado dichos estudios se encuentra Omeldilla, et. Al., 2011, además de que autores como Brewer (1994) y Heil (1993) han realizado investigaciones sobre la influencia que tienen ciertos componentes psicológicos que están relacionados con la vulnerabilidad del jugador al lesionarse.

Por tal motivo, es que ha sido posible establecer que existe una relación entre el historial de lesiones y la influencia que éstas tienen con el deportista, y consecuentemente, las reacciones emocionales afectan el estado personal del jugador, lo que propicia que se haga la implementación de programas de intervención psicológica y de la labor que se debe generar programa de prevención ante las probables lesiones que se pueden generar en el deportista, dicho programa preventivo, en determinado momento podrá y deberá combinarse con las áreas de rehabilitación y readaptación deportiva post lesión.

En el deporte profesional, se considera que las lesiones son inherentes a su práctica, ya que debido a diversos motivos de carácter negativo afectan al deportista, lo que supone de manera temporal, 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 al no tener una participación activa, conlleva

la interrupción o limitación de actividades extradeportivas y cambios de vida personal y familiar, que son hechos que coinciden con lo descrito por Buceta, (1996). Por lo anterior, no se debe pasar por alto que de acuerdo con De la Vega (2003), puede representar en ocasiones un mecanismo de escape ante situaciones de estrés o elevada ansiedad competitiva.

Sin embargo, existen autores como Días, Bueno y Buceta (1999) quienes han descrito que las afecciones en el fútbol, que es uno de los deportes que más se practican en la actualidad alrededor del mundo, es en donde se tiene mayor índice de lesiones en el ámbito profesional, por lo que es en este deporte en donde se suelen lesionar más y las lesiones suelen ser de mayor gravedad.

Pero no sólo el jugador sufre una lesión física al estar participado en un encuentro o realizando una práctica, lo que se presenta al momento en que ocurre, sino por el contrario, también y de forma casi instantánea surge en el deportista el estrés, mismo que juega un papel preponderante afectando en mayor o menor grado a variables psicológicas clave en el rendimiento deportivo, pudiendo incrementar la vulnerabilidad a las lesiones, lo cual ha sido descrito por Olmedilla (2005).

Por el contrario, los beneficios de practicar un deporte de manera regular y con una estructura nadie los pone en duda, ya que entre ellos destacan el incremento de la fuerza muscular y flexibilidad, así como una mejor función cardiovascular que contribuye a mejorar la calidad de vida. Sin embargo, tal como lo manifiesta Walker (2009), uno de los poquísimos inconvenientes del ejercicio es una mayor propensión a las lesiones deportivas.

Por lo anterior, se ha establecido que existe una relación directa entre el incremento entre el número de participantes en el deporte y el número de lesiones que existen, lo cual es notoriamente razonable, lo cual ha quedado establecido por Walker (200), al presentar los datos que la Comisión de Seguridad de Productos de Consumo de Estados Unidos, misma que estima que entre 1991 y 1998 las lesiones en la práctica: del golf y la natación aumentaron un 110%; en el patinaje sobre hielo y el levantamiento de pesos, 75%; en el fútbol, 55%; en el ciclismo, 45%; en el voleibol, 44%, y en el fútbol americano, 43%.

Debido a esos datos que ha expuesto Walker (2009), es que es sumamente importante entender el proceso por el que pasa el deportista cuando presenta una lesión dentro de su deporte, con lo que se le da mayor relevancia a la importancia de realizar una buena gestión tras la lesión deportiva, ya que implica que el análisis que se haga tiene que ser el más apropiado y adecuado a para cada deportista y acorde con la lesión presentada, ya que de ello dependerá tener el mejor tratamiento en relación al jugador y su recuperación total, ya que lo que siempre se espera, es que después de la lesión se encuentre un 110% más fuerte y sano que incluso antes de lesionarse. Este porcentaje no es un error, ya que el objetivo es gestionar el tratamiento con una meta clara, que permita rehabilitar el área de la lesión y así ésta pueda estar más fuerte después de la lesión incluso de lo que era antes.

Obvia decir que existen diferentes tipos de lesiones, sin embargo, en este estudio está centrado en las que presentaron los jugadores del club, es decir, aquellas relacionadas a los tejidos blandos. Por eso es que, dependiendo del autor que se tome como referencia, habrán diferentes tipos de gravedad de las lesiones que existen, pero en la presente investigación y de acuerdo con los médicos del club deportivo, quienes hicieron la clasificación correspondiente a cada jugador

que tuvo la lesión, se tuvieron lesiones moderadas y fueron confirmadas cuando los jugadores se encontraron en el área de adaptación.

Así mismo, como parte de esta investigación, se pudo observar que tanto en el fútbol profesional como en el semiprofesional, la incidencia con las variables psicológicas influyen en la frecuencia y gravedad de las lesiones, sobre todo entre los futbolistas más jóvenes, ya que es en esta etapa donde se presentan consecuencias negativas y un aumento en el número de lesiones, por ende, todo esto llega a afectar en ciertos aspectos de la vida del futbolista, como lo son en los ámbitos personales, deportivos, profesional y en el ámbito familiar, lo que coincide con lo presentado Olmedilla et. al., (2005).

Sin embargo, si se toma en consideración el modelo de Anderson y Williams (1998) el cual se refieren a que la prevención de las lesiones debe ir encaminadas a elementos psicológicos, en donde se plantee buscar la reducción del estrés, lo que coincide con lo expresado por Olmedilla y González (2002), como se citó en Montero, et al., 2010.

De igual manera, se tiene que mencionar que los programas de intervención psicológica para la prevención de lesiones se han centrado fundamentalmente en el entrenamiento psicológico de habilidades generales donde de manera indirecta se ha valorado su repercusión en la incidencia de lesiones deportivas lo que ha sido citado por diversos autores como Davis (1991); Fenker y Lambiotte (1987); Kerr y Goss (1996), como se citó en Montero, et al., 2010.

También es muy relevante, es señalar que otros programas que se han ejecutado han ido encaminados específicamente a la prevención de lesiones como sucede con Johnson, et al., 2005; Maddison y Prapavassis, (2005); Noh, et al., 2007, como se citó en Montero, et al., 2010.

Finalmente, se tiene que hacer hincapié en que una vez que el deportista tiene una lesión, la misma se convierte en un estresor también. Por ello, el aprendizaje de estrategias de afrontamiento permite que el deportista pueda aprender a controlar su estrés, a su vez, si logra desarrollar sus habilidades psicológicas permite que a través de los recursos adquiridos el deportista analice en qué situación se encuentra, cuáles son sus vulnerabilidades y cómo puede identificarlas para darles una resignificación, por esto gran parte de los programas los encaminan a optimizar estas habilidades, lo cual es sugerido por Montero, et al., 2010.

JUSTIFICACIÓN

Las lesiones dentro del ámbito deportivo, específicamente en el fútbol aquejan a los jugadores constantemente, y más allá del afrontamiento que conlleva el jugador con la lesión y el dolor de la misma, hay factores que también afectan al deportista, sobre todo en el aspecto mental que influye directamente con la lesión.

El presente proyecto está contextualizado en el reconocimiento de los jugadores de las categorías inferiores del Club Deportivo Guadalajara quienes no están exentos de sufrir lesiones en el desarrollo de sus actividades deportivas. Cuando esto sucede llega a afectar su confianza justo en el momento de reincorporarse a sus actividades, fue por eso que se lleva a cabo esta intervención a través de 3 técnicas de afrontamiento.

PROPÓSITO DEL ESTUDIO

Se realizó una intervención, en la cual se identifican las técnicas brindadas a los jugadores orientadas a tener un impacto positivo ante sus lesiones a través de sus propios recursos de afrontamiento (que adquieran conforme las sesiones).

Se buscó que el deportista lograra una buena reinserción a su deporte y que éste a su vez muestre estar preparado física y mentalmente para afrontar los retos que conlleva volver a jugar fútbol.

Practicar una intervención mediante la cual se identifiquen las técnicas que se puedan brindar al jugador y que estén orientadas a tener un impacto positivo en sus lesiones, haciéndolo mediante el uso de sus propios recursos de afrontamiento y autoconfianza que adquiera de manera paulatina conforme a las sesiones que se le brinden.

Buscar que un deportista logre una reincorporación de excelente calidad en su práctica deportiva misma que deberá suceder una vez que muestre que está preparado física y mentalmente para afrontar los retos que conlleva el regreso a jugar fútbol.

OBJETIVO GENERAL

Conocer el impacto de un programa de intervención basado en las estrategias de afrontamiento enfocadas al control de estrés y autoconfianza, en futbolistas lesionados.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Proporcionar estrategias de afrontamiento enfocadas al control de estrés y autoconfianza durante ocho sesiones de intervención.
- Comparar el control de estrés y autoconfianza entre los grupos.
- Comparar el control de estrés y la autoconfianza antes y después, con y sin programa de intervención.
- Asociar el nivel de control de estrés con la autoconfianza, en ambos grupos y en ambos momentos de la evaluación.

PREGUNTA (S) DE INVESTIGACIÓN

¿De qué manera el trabajar con estrategias de afrontamiento en categorías inferiores del Club Deportivo Guadalajara se puede influir en el estrés y la autoconfianza después de la alta médica de la lesión del jugador?

¿Existe alguna estrategia de afrontamiento que tenga mayor impacto positivo en los jugadores y las jugadoras que retornan tras una lesión deportiva?

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO:

EL MODELO DE ESTRÉS Y LESIÓN DE ANDERSON Y WILLIAMS (1998)

Existen muchos modelos que hablan acerca del estrés en relación a las lesiones deportivas, en este caso se tomó el modelo de Anderson y William, mismo que se centra en la respuesta al estrés, donde hace relación bidireccional entre aspectos cognitivos, las demandas, las reacciones fisiológicas como una tensión muscular con las respuestas atencionales, lo que tiene que ver con el campo visual que tenga el jugador y que tanto se llega a distraer. Entonces, como lo plantean Anderson y Williams (1998) todas estas variables pueden llegar a aumentar la vulnerabilidad del deportista a lesionarse, y a su vez, como efecto colateral llegar a alterar lo que es la coordinación y la flexibilidad.

De igual manera, se ha planteado la hipótesis de que los atletas con muchos factores estresantes de la vida, pocos recursos de afrontamiento y ciertas disposiciones de personalidad (p. ej., alta ansiedad competitiva), cuando se les coloca en una situación estresante, demostrará una mayor respuesta al estrés (p. ej., tensión muscular generalizada). distracción) y, por lo tanto, correrá más riesgo de lesionarse. Los atletas con este perfil de alto riesgo, tal y como lo exponen Anderson y Williams (1998), tienen una mayor probabilidad de lesionarse que aquellos con el perfil opuesto.

AUTOCONFIANZA

Por otro lado, existen diversos autores que hablan sobre el significado de autoconfianza, misma que se puede decir que es toda aquella experiencia que ha adquirido el jugador a través del tiempo en relación a su deporte, y como éste tiene la certeza de que con sus habilidades será capaz de conseguir el éxito o de cumplir los objetivos que se planteó.

De igual manera, la autoconfianza es la convicción de que se puede ejecutar con éxito la conducta requerida y producir un resultado, por lo que en el ámbito deportivo se utiliza para referirse a la autopercepción de la capacidad para enfrentarse a una tarea como fue mencionado por Nicolás (2009) y se citó en Campos, et al., (2017).

Otros autores como Campos et. al., (2007), la manejan como una especie de prueba contante de su confianza ante eventos competitivos, como puede ser un torneo, en donde a veces existirán ciertos problemas o fracasos, mismos que en ocasiones generaran dudas en el deportista, dependerá de ellos salir adelante con las herramientas que se les dan técnica y tácticamente.

También, la autoconfianza ha sido considerada como la creencia que tiene el deportista sobre su capacidad para un desempeño con éxito y la percepción de control, y ha sido relacionada en la literatura con el rendimiento deportivo (Robazza y Bortoli, 2007, como se citó en Molina, et al., 2017).

Se puede de forma general, que en la autoconfianza influyen diversos aspectos, donde entra la congruencia que los deportistas tengan con sus expectativas previas y sus logros deportivos reales, algunos autores le dieron el nombre de expectativa de logro. Aunque bien se habla de que

hay aspectos más específicos que influyen en la autoconfianza, como lo pueden ser la perspectiva realista, la percepción de control de la situación, el poder ajustar las expectativas, o el tener una percepción apropiada entre lo que es el éxito y el fracaso, teniendo en cuenta que las experiencias de manera individual y/o grupal pueden influir en el éxito deportivo (Bandura, 1977; Buceta, 1999, citado en Medrano, et al., 2017).

De acuerdo a los autores como González-Oya (2004), hay diferentes niveles de actuación donde se pueden clasificar la autoconfianza, entre los cuales destacan:

- 1) Falta de confianza: Los deportistas que aún con los recursos adolecen de la confianza necesaria para enfrentarse a las situaciones que se les presenten, por ejemplo, cuando en un deporte se va perdiendo.
- 2) Exceso de confianza: Es cuando los deportistas creen que con sus habilidades o capacidades basta y que no necesitan hacer una preparación, creen que son los mejores.
- 3) Falsa confianza: Aquella actitud donde no se ve reflejada la desconfianza y preocupación que realmente presenta el deportista de manera interna.
- 4) Confianza óptima: Es la que se busca que el deportista adquiera, ya que esta permite que se rinda al mejor nivel a través de una preparación, teniendo en cuenta sus objetivos realistas (Medrano, et al., 2017).

LESIÓN DEPORTIVA

Hay diversos autores que hablan acerca de las lesiones deportivas, su significado o con qué frecuencia ocurren, a través de esas investigaciones se han buscado determinar si las variables psicosociales podrían llegar a predecir la vulnerabilidad o resistencia que tenga el jugador a las lesiones. Por ello es que se trató de establecer la relación directa que permita medir las respuestas de estrés ante determinadas situaciones durante la competencia, por lo que por su parte, Madison y Prapavessis (2005) han investigado la posible relación que pudiera existir entre los eventos de la vida y las lesiones. Lo que se si ha podido establecer a través de dos revisiones es que los atletas con mucho estrés vital tenían de dos a cinco veces más probabilidades de sufrir lesiones que los atletas con poco estrés vital, siendo dichas investigaciones las que reportaron Williams (2001); Williams y Roepke (1993).

Otros autores, entre ellos Walker (2009), refieren que cualquier lesión física de manera general se puede definir como aquella tensión que llega a tener el cuerpo e impide que un organismo del cuerpo funcione adecuadamente; en cuanto a una lesión deportiva, se ha llegado a definir como cualquier tipo de dolor o daño de manera física que es resultado de la práctica deportiva, alguna actividad física o del ejercicio.

Por lo que se puede concluir que una lesión deportiva ha sucedido cuando ésta afecta el sistema musculoesquelético, compuesto por músculos, huesos, tendones, cartílagos y tejidos asociados.

GESTIÓN DE LAS LESIONES DEPORTIVAS

Si se busca gestionar de la mejor manera una lesión deportiva de acuerdo con Walker (2009), es importante tener en cuenta de que tipo de lesión es la que se va a tratar, en este caso, dentro de la investigación se manejaba que las lesiones sufridas de los sujetos de estudio tenían que ver con los tejidos blandos, lo cuales se presentan muy frecuentemente en casi todos los deportes, estas lesiones van desde desgarros, distensiones, esguinces, hematomas, los cuales afectan a lo que son los ligamentos, articulaciones, tendones, los músculos o los mismos tejidos blandos.

Por lo tanto, al referirse a la gestión en los tejidos blandos, se hace referencia a las cuatro fases de Walker (2009), las cuales son:

1) Primeros auxilios: Esta fase se debe realizar durante los primeros tres minutos – Este tiempo es crucial porque en él se debe realizar la valoración inicial de la lesión, aquí es donde se dan los primeros pasos para llegar a disminuir o minimizar algún traumatismo y que se llegue a prevenir más daños. Por ello esta etapa es prioritaria tenerla en cuenta cuando se va a tratar alguna lesión deportiva.

2. Tratamiento: Esta fase se lleva a cabo durante los siguientes tres días – Aquí el tratamiento más efectivo para las lesiones de tejidos blandos es el régimen RICER, que implica ejecutar lo siguiente: (R) reposo, (I) hielo (ice), (C) compresión, (E) elevación y la obtención de referencias (R) para un tratamiento médico apropiado. Con este régimen se ha logrado ver reducciones significativas en lo que es el tiempo de recuperación. Es quizá la etapa más importante dentro de la rehabilitación, ya que si hay una hemorragia descontrolada del área donde está la lesión, genera una hinchazón, por ende, se presionan las terminaciones nerviosas y aumentará el dolor.

3. Rehabilitación: Esta fase se lleva a cabo durante las siguientes tres semanas – Se da cuando el músculo dañado se repara con tejido cicatrizal. Teniendo en cuenta que para ello se realiza lo que se conoce como rehabilitación activa, la cual es una fase dentro de la rehabilitación donde el deportista debe realizar ciertas actividades y ejercicio que podrán agilizar la recuperación del deportista.

4. Acondicionamiento: Esta fase se lleva a cabo durante los siguientes tres meses – Se da cuando después de que los anteriores procedimientos se realizaron, es decir que la mayor parte de los tejidos blandos ya se habrán curado casi completamente. Si bien el deportista ya podrá realizar varias de sus actividades normales, será importante continuar con ejercicios de fortalecimiento y acondicionamiento para lograr prevenir una recaída de la lesión inicial.

RECUPERACIÓN DE LOS COMPONENTES DE LA CONDICIÓN FÍSICA:

Consiste en buscar la recuperación de la zona donde el jugador sufrió la lesión, esto se llega a trabajar en las áreas de rehabilitación o readaptación, donde se busca retomar la flexibilidad, fuerza, actitud y amplitud del movimiento, esto dependerá mucho de la experiencia que tenga el deportista o de su tipo de deporte. Una vez que el deportista logre fortalecer todos estos puntos,

podrá empezar a trabajar con áreas más específicas, siempre y cuando el médico encargado de la autorización o crea conveniente que se pueda cambiar el trabajo (Walker,2009).

AMPLITUD DEL MOVIMIENTO:

Esta parte es la primera fase de la rehabilitación, dice Walker (2009) que se busca que el jugador pueda volver a tener una buena amplitud del movimiento de manera completa, ya que a partir de este punto será como la base para poder realizar ejercicios de manera más intensa y complicada poco a poco, dentro de una rehabilitación activa.

ESTIRAMIENTO Y FORTALECIMIENTO:

Aquí los ejercicios de amplitud se vuelven más intensos, para posteriormente poder reintroducir de manera gradual la flexibilidad y fuerza de las zonas lesionadas (Walker,2009).

EQUILIBRIO Y PROPIOCEPCIÓN:

Es importante no pasar esta fase por alto, ya que al hacerlo suele ser una de las razones por las cuales el deportista reincide de su lesión. Ya que tras la lesión de los tejidos blandos se daña de alguna forma lo que son los nervios de alrededor de la zona lesionada. Por ende, se tendrá una falta de control tanto en tendones como en músculos, pudiendo afectar la estabilidad de las estructuras articulares (Walker,2009).

Sin el trabajo de esta fase, tanto los tendones, como los músculos y ligamentos estarán tratando de adivinar la posición de las articulaciones y los miembros alrededor de lo que es la zona de la lesión. Por ello a la falta de posicionamiento de los miembros, a lo que le llaman propiocepción, puede provocar la recaída, aunque se haya pensado que ya se encontraba totalmente recuperado (Walker,2009).

Cuando mejoran la fuerza y la flexibilidad del área lesionada es el momento de incorporar algunos ejercicios de equilibrio (Walker,2009).

PREPARACIÓN FINAL:

Esta es la última fase del proceso de rehabilitación, aquí lo que se busca es el restablecimiento de la zona lesionada, buscando que este se encuentre tan fuerte como se encontraba antes de la lesión o incluso mejor (Walker,2009).

Aquí se incorporan lo que son ejercicios dinámicos y explosivos, lo cual ayudara al fortalecimiento de dicha zona lesionada y así también mejorar la propiocepción. Lo que se hace es volver a hacer todos los ejercicios de las fases anteriores, pero ahora con un aumento en la intensidad de los mismos.

PORQUE OCURREN LAS LESIONES DEPORTIVAS:

Hay tres aspectos por los cuales se llegan a producir una lesión, las cuales son las siguientes: (Walker,2009).

ACCIDENTES:

Se podría decir que es cualquier acción que surge de manera inesperada, esto puede ser la torcedura de tobillo, por un tropiezo, pisar algún bache o por algún golpe en entrenamientos o partidos, si bien es difícil hacer algo ante este tipo de situaciones, lo importante será buscar minimizar lo más posible la fragilidad de la zona, o tener al jugador preparado por si esta situación llega a ocurrir.

SOBRECARGA:

Esto le ocurre a la gran mayoría de los deportistas, esto se da cuando el cuerpo del jugador es trabajado en exceso, lo cual le llaman como una fatiga muscular, lo que pasa es que las estructuras del cuerpo pierden la capacidad de realizar la actividad o tarea que se le pide, como resultado se da la tensión excéntrica (sobrecarga) de ciertas partes del cuerpo.

ERROR BIOMECÁNICO:

Esta es una de las causas de las lesiones crónicas, esto es debido a que las estructuras del cuerpo no están funcionando como se supone deberían hacerlo. Esto se da, cuando musculo o grupo muscular es más fuerte o flexible que los músculos opuestos del jugador.

CLASIFICACIÓN DE UNA LESIÓN DEPORTIVA:

Leve: Está no afecta de manera negativa el rendimiento del jugador, solo será un hinchazón mínima y dolor leve.

Moderada: Aquí sí tendrá un efecto negativo, limitando el rendimiento del jugador, ya que la zona lesionada se encontrará medianamente sensible, se produce algo de dolor e hinchazón y en algunos casos un cambio de color en la zona donde ocurrió la lesión.

Grave: Aquí no solo afectara el rendimiento del jugador, sino que además del dolor e hinchazón también se verá afectada su vida personal, con aquellas actividades que hacía de manera habitual, la zona se encuentra muy sensible y es más común que se presente el cambio de color o cierta deformidad en donde ocurrió la lesión (Walker,2009).

TIEMPO DE BAJA SEGÚN LA LESIÓN DEPORTIVA:

Diversos autores refieren que las lesiones deportivas también se clasifican según la gravedad – tiempo de baja, esto tiene que ver con la duración del tratamiento una vez ocurrida la lesión, se analizan las secuelas que se tuvieron, el coste del tratamiento y el medico da una probable fecha de recuperación, aunque esto tiene que ver de acuerdo a como va evolucionando el deportista en las áreas de rehabilitación o readaptación o si tiene que estar en reposo por un periodo de tiempo, por ello se pueden clasificar como lo hace del Valle Soto (2018):

- Muy leves (0 – 1 día)
- Leves (2-3 días)
- Menores (4-7 días)
- Moderadas (8-28 días)
- Graves (Mayor a 28 días)

Diversos autores realizan clasificaciones según la severidad (Walden, 2004, Timpka, 2014, Engebresten, 2013, Zafra, 2008, Fuller, 2006, Noya, 2014), en el caso de estas clasificaciones los autores utilizan los días o meses que el deportista necesita hasta que se incorpora hasta la actividad deportiva. Realmente existe bastante uniformidad a la hora de clasificar las lesiones según la severidad (Como se citó en Pérez del Pozo, 2015).

Autores como Walden (2004), Fuller (2006) o Noya (2014) utilizan la clasificación quizás más aceptada:

- Mínima (3 días o menos)
- Leve (4-7 días)
- Moderada (8-28días)
- Severa (+28 días)

(Cómo se citó en Pérez del Pozo, 2015).

Timpka (2014), Pluim (2009), y Engebresten (2013): Estos tres autores dividen las lesiones según la severidad en:

- Leves:
 - Muy leve (1 día)
 - Mínima (2-3 días)
 - Suave (4-7 días)
- Moderadas: (8-28 días)
- Serias: (28 días - 6 meses)
- Periodo largo: (+6 meses)

RETURN – TO – PLAY (RTP)

Es la "autorización médica de un atleta para participar plenamente en el deporte sin restricciones (fuerza y acondicionamiento, práctica, y competencia)" (Creighton, et al., 2010).

Este modelo se centra en la toma de decisiones que se tienen que llevar a cabo para que el jugador pueda regresar a las canchas (Creighton, et al., 2010).

CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS PARA RTP - TOMA DE DECISIONES

1) Evaluación del Estado de Salud (El paso 1)

En esta primera fase es importante realizar una evaluación completa del estado de salud de la lesión del jugador, aquí lo que se hace es un análisis de los antecedentes, síntomas, pruebas que se hayan realizado con anterioridad y las pruebas actuales, así como de pruebas funcionales.

2) Evaluación de Riesgo de participación (El paso 2)

Es importante evaluar el riesgo de lesión que pueda llegar a tener el jugador, para ello hay diversos puntos a tomar en cuenta:

-Tipo de deporte: En este punto es importante identificar en qué tipo de deporte se desempeña el jugador, ya que no será el mismo riesgo que tiene un deporte de colisión (p. ej., fútbol y rugby) los cuales presentan un mayor riesgo a lesionarse en comparación con los deportes donde no se tiene contacto (p. ej., natación).

-Posición jugada: Las posiciones dentro del deporte pueden influir, ya que no son las mismas exigencias que se pueden llegar a tener, las fuerzas o tensiones pueden ser muy diferentes, por ello, el riesgo no será el mismo.

-Dominio de las extremidades: El dominio ya sea de la mano o del pie, puede afectar, teniendo en cuenta el probable estrés constante que se tenga al realizar una actividad, por ejemplo, en el béisbol con un lanzador, donde pueda presentarse una lesión en su hombro dominante en contraste con su no dominante.

-Nivel competitivo: A mayor competitividad significa que por ende el deportista experimentara mayores fuerzas o esfuerzos y/o tensiones del cuerpo, aunado a esto, cuando algunos jugadores son más competitivos que otros suelen querer superar los niveles de los otros jugadores, por lo tanto, hay mayores niveles de competencia asociados al riesgo de su salud y una probable lesión.

-Capacidad de protección: El hecho de utilizar vendaje, férulas o algo acolchonado para ciertas lesiones puede reducir el riesgo de que cicatrice el tejido de un mismo modo.

3) Modificadores de decisión (Paso 3)

Habrán diferentes momentos donde se ocupe hacer una modificación en cuanto a las actividades del deportista, por ello se tiene que tomar en cuenta lo siguiente:

-Momento y temporada: En momentos de la temporada baja, puede no ser muy beneficioso para el deportista regresar antes. Ahora, permitir que un deportista participe en los play-offs puede ser beneficioso para el en cuanto a becas, bonos, regalos y demás, sin embargo, el riesgo de lesionarse puede también aumentar, por ello es importante hacer un análisis del jugador, tanto por la cantidad de minutos o partidos jugados como hacer una especie de balanza, entre las ventajas y desventajas de jugar este tipo de juegos.

-Presión del atleta: Es importante tener en cuenta que la decisión para que el jugador retorne a los entrenamientos o partidos depende exclusivamente del médico, es por ello, que de repente se crea un debate cuando el deportista quiere estar involucrado con la decisión de volver a jugar, sin embargo, si bien es importante ver como se pueda sentir el jugador, la decisión debe ser exclusiva del médico encargado.

-Presión externa: Dentro del deporte profesional, como en un ámbito amateur, llegan a existir diferentes personas que se pueden o quieren beneficiar de diversas maneras, y por lo tanto quieren acelerar el proceso del regreso a las canchas, estas presiones externas al deportista pueden ser los entrenadores, las familias, agentes, medios de comunicación, aficionados y demás, por lo cual será importante evaluar que tanto estos pueden influir en las decisiones del jugador por querer regresar lo antes posible.

-Enmascaramiento de la lesión: Es importante tener en cuenta este punto, ya que llega a ser habitual en la medicina deportiva que se utilicen anestésicos locales, analgésicos o cortisona para que el dolor disminuya, aumente la función de la zona lesionada y pueda jugar algún partido. Este factor por tanto es algo que se tendría que evaluar muy bien, ya que dependiendo el tipo de lesión podría aumentar el riesgo de empeorar la patología y por ende alargar el tiempo de recuperación.

-Conflicto de intereses: El médico tiene una cuestión ética que llevar a cabo, en donde su obligación es la de proteger al deportista, y que, si bien pueden llegar a ser empleados de algún club, es importante tener bien delimitada la línea de trabajo, puesto que a veces los intereses entre el club y el jugador a veces pueden no estar alineados (Creighton, et al., 2010).

TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN DEL PROGRAMA

VISUALIZACIÓN

Buceta (1998) menciona que se trata de una habilidad psicológica que reproduce mentalmente una imagen como una experiencia (Como se citó en Campos,2015).

Dentro de lo que es la visualización se pueden incluir los sentidos biológicos como: la vista, el oído, el olfato, el gusto y el tacto, buscando que el deportista pueda tener la imagen lo mejor posible y de manera más detallada, de esta manera el deportista podrá ejercitar diferentes visualizaciones en el que a lo mejor se prevalece un sentido sobre otro. No obstante, otros autores hablan acerca de utilizar todos los sentidos dentro de la visualización, de manera que entre más sentidos estén involucrados, más real podrá ser la experiencia de la técnica, y por consecuencia podrá ser más efectiva (Campos,2015).

Ventajas de la visualización

Hay diversos autores que hablan acerca de las ventajas de la visualización, estos mencionan que: ayuda con los trabajos intensivos de los deportistas, posibilita el entrenamiento, asimila de mejor manera los gestos motores, así como otorgando mayor precisión en los movimientos, ayuda a la recuperación de las lesiones, disminuye la ansiedad en los entrenamientos debido a la estrecha relación que hay con la relajación, así mismo mejora en variables como la concentración o la autoconfianza y se puede llegar a corregir ciertos gestos técnicos (Campos,2015).

Para Murray (2002) se pueden distinguir dos tipos de visualización:

1- La perspectiva interna de visualización la cual tiene que ver en como el jugador se imagina a sí mismo como una persona activa dentro de lo que se visualice, por lo cual se experimenta una sensación de la situación de manera real, es decir, que el jugador es el protagonista.

2- La perspectiva externa de visualización donde el jugador se logra imaginar a sí mismo, pero desde un posicionamiento más externo, es decir, que se encuentra más en una posición de observador. Sería como si este no fuera el protagonista, como si lo que viera fuera una especie de película o cámara de video (Campos,2015).

RELAJACIÓN – TÉCNICA

La relajación es una técnica que se ha ido consolidando a lo largo del tiempo como un procedimiento de intervención psicológica, ya que ha sido de mucha utilidad durante las terapias de modificación de conducta, este suele ser un muy buen complemento con la técnica de visualización, ya que permite que el deportista logre estar en un estado óptimo para facilitar la imagen mental.

Está herramienta también es de mucha utilidad con el deportista porque permite que se controlen los estados de ansiedad o activación (si es que es el objetivo), y permite complementarlas con otras técnicas (Weinberg y Gould, 1996, como se citó en Mosconi, et al., 2007).

Con la ayuda de los ejercicios adecuados de esta técnica también se puede generar que el deportista haga una distensión muscular y psíquica (Martínez y Asís, 1985, como se citó en Mosconi, et al., 2007).

Beneficios de la relajación

Diversos autores concuerdan con los siguientes beneficios que brinda la técnica de relajación:

- A nivel fisiológico: ayuda con la liberación de tensiones y contracturas musculares crónicas que se producen por la fatiga, dolores y calambres.
- Aparato circulatorio: ayuda con una relajación muscular, la cual va rodeando los los vasos sanguíneos, esto a su vez permite su dilatación, con lo que se consigue tener un mejor flujo de sangre a todo el cuerpo.

- Aparato respiratorio: Ayuda a mejorar la función ventiladora a través de ciertos mecanismos, como la musculatura extrínseca (diafragma y músculos intercostales), lo cual brinda una mejor capacidad funcional de los pulmones y a su vez permite la relajación de los músculos intrínsecos, lo cual genera que se extraiga mayor oxígeno para el organismo.
- Aparato digestivo: logra que la musculatura digestiva se relaje (estómago, intestinos y esfínteres) proporciona una sedación natural que se opone a las disfunciones y espasmos (diarrea, estreñimiento), esto por lo tanto ayuda a mejorar la digestión,
- También permite una recuperación más pronta del organismo después de realizar algún esfuerzo enfermedad o lesión, esto debido a que se facilita la oxigenación del organismo, a través de respiraciones profundas y pausadas, que, además, van favoreciendo también el aspecto mental de los deportistas (García, 1997, como se citó en Mosconi, et al., 2007).

Es importante mencionar que la técnica de relajación es un muy buen complemento para la utilización de otras técnicas o herramientas como es la autogestión, activación, visualización, control de la respuesta de ansiedad o incluso con la autoconversación, y que en ciertos casos estas técnicas mencionadas no tienen el mismo impacto sin el dominio y correcta ejecución de la relajación (Weinber, 1981, como se citó en Mosconi, et al., 2007).

REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA

Diversos autores hablan acerca de la reestructuración cognitiva como una técnica para el control de pensamientos o una manera de reestructurar lo que se piensa mediante lo que es el método autohablado según Zinsser, Bunker y Williams (2001), además se destaca la adquisición del control atencional, habilidades de destrezas, el construir la autoeficacia y autoconfianza o en determinados momentos lograr modificar el estado de ánimo. Esta técnica está basada en las terapias racionales emotivas y de reestructuración cognitiva (Ellis, 1973; Beck, 1970; Meichenbaum 1977), la cual es una herramienta importante para una mejor disposición del deportista hacia la competición, o de cara a la modificación de pensamientos rumiantes que se puedan presentar ante una lesión (como se citó en Mosconi, et al., 2007).

Terapia Racional Emotiva – de Albert Ellis (1973)

A lo largo de diferentes épocas se ha venido mejorando esta terapia de Albert Ellis (1962, 1973, 1981, 1989), la cual la definen Ellis y Bernard (1990, p. 22-23) como “un sistema de psicoterapia diseñado para ayudar a las personas a vivir más, minimizar sus trastornos emocionales y conductas auto-derrotistas, y realizarse a sí mismos para que puedan vivir una existencia más feliz y gratificante”, a lo que añaden que “las principales submetas de la RET consisten en ayudar a las personas a pensar de manera más racional (científica, clara y flexible); sentirse de un modo adecuado y actuar más decididamente a fin de lograr sus metas y de vivir más y más felizmente” (cómo se citó en Díaz, 2010).

CAPÍTULO II METODOLOGÍA

DISEÑO DE ESTUDIO

El tipo de diseño que se llevó a cabo fue cuasi experimental, para hacer una relación entre las variables autoconfianza y estrés tras la implementación de un programa de intervención a los jugadores. Se tuvo un grupo experimental y un grupo control con medidas pre-post.

POBLACIÓN:

Participaron en el estudio un total de entre 4 jugadores de fútbol varonil, de las categorías inferiores del Club Deportivo Guadalajara (Fuerzas básicas), estas son la sub-16, sub-18 y sub-20.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Que el jugador haya pasado por una lesión moderada.
- Los jugadores se encuentran en las categorías antes mencionadas.
- Tiempo de lesión – 1 a 2 semanas previas al alta médica (la cual da el Doctor encargado de cada categoría) la cual es en la etapa de readaptación deportiva.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Que no tengan lesiones.
- Jugadores que no se encuentren en las categorías antes mencionadas.
- Cuyas lesiones se encuentren en otro rango de lesión (leve, grave).

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Aquellos jugadores que se recuperaron de su lesión antes de lo previsto por los médicos del club y por lo cual aún no se empezaban las intervenciones.
- Aquellos jugadores donde las lesiones se agravan y que aumenten su tiempo en el área de rehabilitación (tiempo de la lesión mayor a 15 días).

INSTRUMENTOS:

Cuestionario demográfico

Se utilizó para poder obtener la mayor información del jugador de manera cualitativa, respecto a su lesión en torno a aspectos como: percepción de la lesión, en relación a sus pensamientos, emociones, entorno familiar y el deportivo. Consideraciones de la existencia de un aspecto personal cuyo estrés pudiese estarse presentando al momento previo o durante la lesión. En torno al estresor se incluyó a dicho cuestionario una pregunta de escala tipo Likert donde se valoraba el nivel de estrés de 0 a 10 puntos (donde 0 es bajo y 10 es alto). También se buscaba identificar si en determinado momento el jugador percibió que su nivel de autoconfianza había disminuido a raíz de su lesión (Ver anexo I).

Así mismo, y dado que la intervención buscó apoyar el empleo de técnicas de intervención psicológica que permitan un mejor manejo de la lesión como fuente de estrés, para la investigación se utilizó el instrumento de Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) de Tobin, Holroyds y Kigal, (1989), adaptado por Cano, et al, (2007). Dicho instrumento mide 8 estrategias (sub escalas):

- 1) Resolución de problemas (REP)
- 2) Autocrítica (AUC)
- 3) Expresión emocional (EEM)
- 4) Pensamiento desiderativo (PSD)
- 5) Apoyo social (APS)
- 6) Reestructuración cognitiva (REC)
- 7) Evitación de problemas (EVP)
- 8) Retirada social (RES)

El instrumento consta de 40 ítems el cual considera 5 opciones de respuesta de puntuación de 0 a 4 siendo 0 en absoluto, 1 un poco, 2 bastante, 3 mucho; y 4 totalmente. La prueba se califica con cinco preguntas que corresponden a cada una de las 8 estrategias, con un valor mínimo de 0 y un máximo de 20 puntos en total. Los alfas son de .63 a .89, con un promedio de .78125. En cuanto a los alfas de la varianza fluctúan entre .71 a .94, con un promedio de .835. (Ver anexo II).

Así como la utilización del Inventario Psicológico de Ejecución Deportiva (IPED). El cual se compone por 42 ítems con escala de respuesta tipo Likert de cinco opciones (casi siempre, a menudo, a veces, rara vez, y casi nunca). Este se emplea en la versión en castellano a partir del trabajo de adaptación y baremación de Hernández- Mendo (2006) con poblaciones deportivas españolas. Está integrado por siete subescalas:

- 1) Autoconfianza: evalúa la creencia o el grado de certeza que tiene el deportista respecto a su habilidad para alcanzar el éxito en una determinada tarea y lograr sus

objetivos. Implica cogniciones, sentimientos e imágenes positivas acerca de lo que el deportista puede hacer y lograr.

- 2) Control de afrontamiento negativo: escala referente al control por parte del deportista de emociones negativas, como el miedo, ansiedad, rabia, frustración, etc., así como los esfuerzos cognitivos y conductuales realizados para afrontar las situaciones deportivas adversas.
- 3) Control de la atención: capacidad de percibir y asimilar de forma apropiada la información que transmiten entrenador y entorno, así como detección de estímulos significativos de la situación deportiva. Supone, también, la facultad para mantener un enfoque continuo en los aspectos importantes de la tarea e ignorar los irrelevantes.
- 4) Control visual e imaginativo: capacidad de controlar situaciones y experiencias a nivel mental, así como de regular el flujo de imágenes mentales en una dirección positiva, constructiva y efectiva.
- 5) Nivel motivacional: parte de su importancia como motor del comportamiento. Sus ítems incluyen cuestiones como el grado de compromiso e interés del deportista por su deporte, valor que le concede o su disposición y afrontamiento respecto al entrenamiento y superación diarios.
- 6) Control de afrontamiento positivo: es un indicador de la capacidad del deportista para buscar la dinamización a través de emociones positivas, al tiempo que se mantengan controladas las negativas.
- 7) Control actitudinal: control sobre los hábitos de pensamiento que reflejan el grado en que las propias actitudes personales son consistentes con el rendimiento de alto nivel y dominio sobre la predisposición para la acción.

Las escalas presentan valores de fiabilidad entre 0,61 y 0,75 (Hernández- Mendo, 2006), señalando Hernández-Mendo, Morales-Sánchez y Peñalver (2014), en su trabajo de replicación de las propiedades psicométricas del instrumento, que todos los índices de ajuste se sitúan de forma óptima, y afirmando que la herramienta es adecuada, óptima y parsimoniosa. Se obtienen en este estudio coeficientes entre $\alpha=0.64$ en Control de Afrontamiento Positivo y $\alpha=0.84$ en Control Visual e Imaginativo. (Berengüí y Puga, 2015) (Anexo III).

PROCEDIMIENTO:

El estudio se llevó a cabo en 5 fases, en la primera fase se hizo un análisis, donde se seleccionó el tema de investigación, se identificó con qué tipo de participantes se iba a trabajar, es decir, que los participantes cumplieran con los criterios necesarios (Criterios de inclusión), se planteó la problemática y se establecieron los objetivos. En la segunda fase se elaboró el método, seleccionando los instrumentos de evaluación que permitirían evaluar las variables de interés. Para la tercera fase se seleccionó la muestra de los participantes, ubicándose en un grupo control o un grupo experimental de forma aleatoria. Durante la cuarta fase se aplicó el cuestionario demográfico y los instrumentos seleccionados que permitieran evaluar las variables de trabajo. Llegando a este punto se les informó previamente de cuando se aplicarían los instrumentos, pidiendo su autorización a través del consentimiento informado (Anexo IV) a los jugadores y un consentimiento informado para el padre, madre o tutor del jugador (Anexo IV), aunado a esto se les hizo énfasis en que su información no sería divulgada en ningún momento a menos que ocurrieran ciertas condiciones (lo cual se estipuló en dichos consentimientos informados). En la quinta fase se aplicó el programa de intervención con las tres técnicas (Reestructuración Cognitiva, relajación y visualización). Para la sexta fase se aplicaron los instrumentos post intervención. Y en la última y séptima fase se analizaron los datos, realizando posteriormente una tabulación de los mismos, para su presentación mediante tablas.

En la intervención

El programa de intervención constó de una serie de sesiones en donde se enseñaron estrategias y técnicas psicológicas a los jugadores como:

- La visualización
- Reestructuración cognitiva
- Relajación

Dentro de estas estrategias, se aplicaron las 3 al grupo experimental, y al grupo control no se le aplicó ninguna estrategia, sin embargo, se realizó una sesión de evaluación al principio para recabar información, una sesión a la mitad (después de las 4 sesiones del grupo experimental), para identificar cómo se encontraban los jugadores y una sesión al final para poder evaluar si hubo algún cambio.

Ambos grupos fueron separados de manera equivalente, la visualización se trabajó con un grupo de estudio y la reestructuración cognitiva se trabajará con el otro grupo, aunado a esto, la técnica de relajación se realizará con ambos grupos, posteriormente se llevará a cabo una comparativa entre ambos grupos y ver si alguno de ellos repercute más favorablemente que el otro.

El tiempo de duración de la intervención fue de 1 mes y medio, en el cual se llevaron a cabo 8 sesiones, las cuales se realizaban 2 por semana con el grupo experimental. De estas 4 sesiones fueron enfocadas en su lapso de estancia de readaptación y las otras 4 sesiones estuvieron enfocadas

en el lapso donde el jugador ya se encontraba de regreso en sus entrenamientos, estas sesiones tuvieron una duración de 15 a 30 minutos por sesión.

Cabe señalar que los médicos del club son los que diagnostican la lesión y la gravedad de la misma. Es en este momento donde se hace una estimación del tiempo probable que el jugador estará de baja, este no es un proceso lineal, ya que depende mucho de cómo responda el cuerpo del jugador ante los tratamientos físicos que se le realicen, y si bien el tipo de lesión moderada abarca de 8 a 28 días. Justo cuando se empezaba a trabajar con los jugadores fue cuando los médicos los mandaban al área de readaptación deportiva esto quiere decir que ya se encontraban en una fase sub aguda y fase de recuperación (establecido por los médicos del club), en la que el tiempo aproximado de su estancia ahí previa a la alta médica sería de 10 a 15 días dependiendo la evolución del paciente y de cómo lo valorara el médico para poder volver al entrenamiento.

INTERVENCIÓN:

El programa de intervención fue diseñado por el autor de esta tesina, se encuentra basado en un enfoque cognitivo-conductual pues incluye tanto la técnica de reestructuración cognitiva, como técnicas conductuales tales como la relajación y visualización, Dentro de la literatura base que lo nutre se encuentran los títulos de reestructuración cognitiva que habla de los pensamientos mediante el auto habla, la adquisición de habilidades de destreza, el control atencional, la autoeficacia y la autoconfianza, además del tema de terapia racional emotiva – Albert Ellis (1973) que se basa en ayudar a las personas a pensar más racionalmente y actuar más decididamente para lograr sus metas.

En cuanto a la relajación, su base está relacionada con lo que es la técnica y cuáles son los beneficios que se tienen, como lo son a nivel fisiológico con la liberación de tensión y contracturas musculares, el aparato respiratorio donde se mejora la función ventiladora general, la distensión de la musculatura extrínseca (diafragma y músculos intercostales), también en relación a lo que se trabajó en esta investigación con recuperación de organismos después de un esfuerzo, lesión o enfermedades.

Y en cuanto a la visualización, su base va relacionada en cómo a través de esta técnica se aprende a asimilar mejor los gestos motores, facilita la precisión de movimientos, además de aportar en beneficio de los entrenamientos, por ello es que aunado a esto las ventajas de la técnica favorece la recuperación de los jugadores lesionados.

CONTENIDO DE LA INTERVENCIÓN:

La intervención se diseñó para los deportistas con una lesión aguda, es decir, cuya lesión se haya producido de manera repentina, y en la cual la gravedad fuese de tipo moderada, con una baja deportiva de entre 8 a 28 días. Se consideró este grupo por el conocimiento de que, dicho tipo de lesión ya afecta al deportista en diversas áreas de su vida como lo pueden ser la parte física (lesión), la parte personal como lo son los pensamientos y emociones, en lo familiar y social, pues existe la posibilidad de que se tengan que aislar de sus compañeros y entrenador, así como en la parte deportiva, donde pueden llegar a perder su puesto dentro del equipo. Todo esto afectando a su bienestar.

La sesión uno tuvo como objetivo dar a conocer a los deportistas en qué consistía cada estrategia de afrontamiento, como le podía beneficiar de cara a su lesión deportiva y cuál sería el proceso que se llevaría a cabo, para posteriormente pasar a ejecutar cada una. La sesión dos se centró en la ejecución de cada una de las estrategias con los jugadores, en la que se le dio un enfoque relacionado con la etapa de readaptación deportiva, es decir, que aún presentaban la lesión, pero ya se encontraban cerca de la alta médica para volver a los entrenamientos. En cuanto a la sesión tres y cuatro, se centraron en el objetivo de realizar cada una de las estrategias de afrontamiento con los jugadores continuando con el enfoque relacionado a la etapa de readaptación deportiva.

Para la sesión cinco se hizo un análisis con el jugador de cada una de las estrategias, para conocer cómo se habían sentido hasta ese punto, y explicarles que el enfoque de cada una sería en relación a la etapa de incorporación a los entrenamientos, para posteriormente realizar cada estrategia con el nuevo objetivo plasmado. En las sesiones seis y siete se continuó con el mismo objetivo de realizar cada estrategia, pero con un enfoque en la que el jugador se encuentre de vuelta en los entrenamientos.

Tabla_1 - Resumen de los objetivos del programa de intervención (Parte 1)				
Actividades	Sesión 1	Sesión 2	Sesión 3	Sesión 4
1-Reestructuración Cognitiva	-Se dio a conocer lo que era la reestructuración cognitiva y cómo se iba a trabajar. -Se plasmaron los pensamientos que presentó el deportista debido a la lesión deportiva	-Se le presentó al deportista las frases o palabras que había plasmado ya de manera reestructurada, para que pudiera ir las trabajando. El trabajo fuera de sesión consistió en que el jugador dijera la frase reformulada si aparecía un pensamiento automático que fuera negativo.	-El objetivo se centró en que el deportista siga reforzando (leyendo) las frases o palabras que se reestructuraron, ésto, en distintos momentos de su día, o si venía a su mente algún pensamiento negativo respecto a su lesión deportiva.	-Se orientó a que el deportista siga reforzando (leyendo) las frases o palabras que se reestructuraron. Nuevamente en diferentes momentos de su día, o si venía a su mente algún pensamiento negativo respecto a su lesión deportiva.
2-Relajación	-Se explicó en qué consistía la relajación y en cómo se llevaría a cabo -Se ejecutó la estrategia de relajación.	-Se realizó la estrategia de relajación de cara a trabajar la visualización. Con la finalidad de que él jugador estuviera en un óptimo estado de consciencia.	-Se realizó la estrategia de relajación de cara a trabajar la visualización.	-Se realizó la estrategia de relajación de cara a trabajar la visualización.
3-Visualización	-Se explicó en qué consistía la visualización	-Se guió al deportista con la estrategia de la	-Se continuó guiando al deportista con la estrategia,	-Se continuó guiando al deportista con la estrategia,

	-Se habló sobre los beneficios de la visualización al trabajar sobre la lesión. -Se ejecutó la estrategia.	visualización. La cual se centraba en la recuperación de su lesión.	enfocada en su etapa de recuperación de la lesión.	enfocada en su etapa de recuperación de la lesión.
ETAPA DE READAPTACIÓN DEPORTIVA				

Tabla 2 - Resumen de los objetivos del programa de intervención (Parte 2)				
Actividades	Sesión 5	Sesión 6	Sesión 7	Sesión 8
1-Reestructuración Cognitiva	Se realizó un análisis para identificar cómo se encontraba el deportista con las frases o palabras ya aprendidas de cara a la etapa de reincorporación a los entrenamientos. Se evaluó el mantener dichas frases o palabras por la utilidad.	Se continuó con las mismas frases que se habían reestructurado, haciendo una retroalimentación con los jugadores, se buscó identificar si mostraban alguna incomodidad con dichas frases o querían hacer alguna modificación.	Se continuó con las mismas frases que se habían reestructurado, haciendo una retroalimentación con los jugadores, se buscó identificar si mostraban alguna incomodidad con dichas frases o querían hacer una modificación.	Se reforzó la importancia de las frases o palabras y su impacto. Como sesión final se concluyó con una retroalimentación del deportista, de manera que pudiese explicar cómo se había sentido al trabajar con éstas estrategias.
2-Relajación	Se realizó la estrategia de relajación antes de trabajar la visualización a fin de tener un óptimo estado de consciencia al momento de trabajarla. Al finalizar la sesión se le preguntaba cómo se había sentido con esta técnica y si percibió si sus niveles de estrés se modificaron.	Se realizó la estrategia de relajación antes de trabajar la visualización a fin de tener un óptimo estado de consciencia al momento de trabajarla. Al finalizar la sesión se le preguntó cómo se sintió con esta técnica y si percibió si sus niveles de estrés se modificaron.	Se realizó la estrategia de relajación de cara a trabajar la visualización a fin de tener un óptimo estado de consciencia al momento de trabajarla. Al finalizar la sesión se le preguntó cómo se sintió con esta técnica y si percibió si sus niveles de estrés se modificaron.	Como última sesión se realizó la estrategia de relajación de cara a trabajar la visualización, retroalimentando al final como se había sentido el jugador con esta estrategia a lo largo de las sesiones. Y se aplicó la pregunta post intervención de escala tipo Likert referente a los niveles de estrés.
3-Visualización	En esta etapa se trabajó la	Se mantuvo el enfoque de la	Se mantuvo el enfoque de la	Como sesión final se mantuvo

	<p>visualización en relación con la incorporación del deportista en los entrenamientos. Previamente a la sesión se le preguntó al jugador cómo se sentía de regresar a los entrenamientos y que ejercicios les habían puesto a hacer, lo cual permitió dirigir las visualizaciones de manera focalizada, con vivencias frescas, o que visualizaran una situación en entrenamientos o partidos donde ya se encontraran totalmente recuperados de la lesión.</p>	<p>estrategia, donde el trabajo estuvo enfocado en relación con la incorporación del deportista en los entrenamientos. Previamente a la sesión se le preguntó al jugador cómo se sentía de regresar a los entrenamientos y que ejercicios les habían puesto a hacer, lo cual permitió dirigir las visualizaciones de manera focalizada, con vivencias frescas, o que visualizaran una situación en entrenamientos o partidos donde ya se encontraran totalmente recuperados de la lesión</p>	<p>estrategia, donde el trabajo estuvo enfocado en relación con la incorporación del deportista en los entrenamientos. Previamente a la sesión se le preguntaba al jugador cómo se sentía de regresar a los entrenamientos y que ejercicios les habían puesto a hacer, lo cual permitió dirigir las visualizaciones de manera focalizada, con vivencias frescas, o que visualizaran una situación en entrenamientos o partidos donde ya se encontraran totalmente recuperados de la lesión</p>	<p>el enfoque de esta estrategia, en la que se trabajó la preparación y retorno del futbolista a los entrenamientos y futuros partidos por disputar. Además de hacer una retroalimentación final sobre cómo se sintió el jugador con esta estrategia a lo largo de todas las sesiones.</p>
ETAPA DE INCORPORACIÓN A LOS ENTRENAMIENTOS				

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se tuvo con un previo acuerdo con las instituciones donde practican su respectivo deporte, entregando un consentimiento informado donde se estipulaba el plan de trabajo, y la finalidad de la información recabada, además de hacer énfasis en que todos los datos mencionados por los jugadores serán de carácter confidencial y anónimo.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Con el fin de analizar y cuantificar si existe un impacto positivo en los jugadores con relación a las variables de estudio, se emplearon técnicas de análisis de datos tanto cuantitativas como cualitativas.

Referente al análisis de datos cuantitativos se emplearon análisis no paramétricos, ya que la muestra es menor a 50 participantes. Para evaluar la normalidad se empleó la prueba de Shapiro Wilk, considerando que si en los resultados, la prueba mostraba un valor mayor a 0.05 entonces se acepta la prueba de normalidad = H_0 . Mientras que, si los datos eran de un nivel de normalidad menor a 0.05 ($p > .05$), señalarían que los datos no son normales = H_1 .

En cuanto al diseño cualitativo se analizaron y recabaron datos sobre el empleo de las técnicas de las estrategias de afrontamiento, mediante el cuestionario demográfico y el discurso en torno a la práctica de la técnica de reestructuración cognitiva, esto permitió tener un resultado más amplio, buscando dar respuesta a los objetivos y preguntas de investigación.

Aunado a todo esto, se utilizó una pregunta de tipo Likert para medir el nivel de estrés que pudieran estar presentando los deportistas, cuando se lesionaron y después de las intervenciones, en las que el registro fue de 0 como el nivel más bajo de estrés y 10 como el nivel más alto de estrés. Lo cual permitió conocer si hubo alguna modificación en el estrés por las intervenciones en las sesiones psicológicas, ya sea mediante niveles más bajos como más altos. Este dato se comparó en ambos grupos en los periodos de pre-post.

CAPÍTULO III

RESULTADOS ESPERADOS

Se espera conocer si las estrategias de afrontamiento que se les dieron a los deportistas de fútbol varonil a través de diversas técnicas o herramientas tienen un impacto positivo y significativo en ellos, si bien ellos decidirán qué estrategias tomarán o cuáles les sirvan más, será importante lograr identificar si realmente les resultaron útiles para lograr disminuir su estrés y aumentar su autoconfianza, a través del aspecto cuantitativo y cualitativo.

Algunos autores mencionan que existen diversos factores que se relacionan con la respuesta psicológica y emocional ante una lesión, y por ello de la importancia de implementar programas de intervención psicológica, y es precisamente que lo anteriormente mencionado cobra especial importancia para la realización del presente estudio, pues en algún punto se buscará no solo influir en la rehabilitación de los deportistas lesionados, sino lograr prevenir que esto suceda con mayor frecuencia, ya que no solo es la disfunción del organismo que produce el dolor, sino que además conlleva a la interrupción o limitación de su respectiva actividad deportiva, además de tener que generar un cambio en su entorno (implicando posibles pérdidas en cuanto a los resultados colectivos e individuales, a la inherente baja de rendimiento por falta de actividad y a cambios de vida tanto personal como familiar).

Se espera que la intervención psicológica tenga especial incidencia en los participantes seleccionados (futbolistas amateurs y semi-profesionales), debido a que algunos autores como Olmedilla (2005), Davis (1991), Fenker y Lambiotte (1987), Kerr y Goss (1996) mencionan que es en estas etapas es cuando las lesiones tienen una especial relevancia.

RESULTADOS:

ANÁLISIS CUANTITATIVO:

Debido a que en el estudio se contó con una baja cantidad de participantes en la intervención, la revisión que se hizo de las puntuaciones obtenidas del instrumento se revisó en contra de los baremos aportados por los autores de la escala válida (Cano et al., 2006).

Tabla_3

Inventario de estrategias de Afrontamiento (CSI)

Escalas/ Subescalas	Baremo n=335		Experimental					Control				
	Medi a (M)	Desviaci ón Estándar (DE)	Pre (T1)		Post (T2)		P	Pre (T1)		Post (T2)		P
			Medi a (M)	Desviaci ón Estándar (DE)	Medi a (M)	Desviaci ón Estándar (DE)		Medi a (M)	Desviaci ón Estándar (DE)	Medi a (M)	Desviaci ón Estándar (DE)	
REP	14.25	5.01	18.00	2.82	18.00	2.82	(*)	16.00	1.41	16.00	1.41	(*)
AUC	5.11	5.05	9.50	.70	9.50	4.94	1.0	2.50	.70	3.00	2.82	1.0
EEM	8.98	5.05	13.50	3.53	14.00	4.24	0.9	9.50	6.36	5.00	2.82	0.5
PSD	11.66	5.05	12.00	7.07	14.00	4.24	0.5	13.00	4.24	11.50	4.94	0.5
APS	10.93	5.12	14.50	6.36	18.00	2.82	0.3	11.00	.00	10.50	4.94	(*)
REC	10.17	4.94	14.00	5.65	15.50	2.12	0.6	12.00	1.41	9.50	2.12	1.0
EVP	5.81	3.89	7.00	4.24	10.00	1.41	0.5	9.50	4.94	10.50	3.53	1.0
RES	3.93	3.53	7.00	4.24	5.50	2.12	0.5	2.00	.00	4.00	1.41	(*)

Nota. Fuente: Media (M) y desviación estándar (DE) de las variables. (*) Varianza igual a 0.

REP: Resolución de problemas. AUC: Autocrítica. EEM: Expresión emocional. PSD: Pensamiento desiderativo. APS: Apoyo social. REC: Reestructuración cognitiva. EVP: Evitación del problema. RES: Retirada social.

No se encontraron diferencias significativas en los tiempos pre y post, sin embargo, se encontraron tamaños de efecto grandes en las subescalas PSD, APS, EVP y RES (Cohen, 1992).

Tabla - Estadísticos CSI del Pre Test – Grupo Experimental:

Estadísticos

	REP	AUC	EEM	PSD	APS	REC	EVP	RES
N								
Válidos	2	2	2	2	2	2	2	2
Perdidos	0	0	0	0	0	0	0	0
Media	18.0000	9.5000	13.5000	12.0000	14.5000	14.0000	7.0000	7.0000
Mediana	18.0000	9.5000	13.5000	12.0000	14.5000	14.0000	7.0000	7.0000
Desv. típ.	2.82843	.70711	3.53553	7.07107	6.36396	5.65685	4.24264	4.24264
Mínimo	16.00	9.00	11.00	7.00	10.00	10.00	4.00	4.00
Máximo	20.00	10.00	16.00	17.00	19.00	18.00	10.00	10.00

Tabla - Estadísticos CSI del Pos Test – Grupo Experimental:

Estadísticos

	REP	AUC	EEM	PSD	APS	REC	EVP	RES
N								
Válidos	2	2	2	2	2	2	2	2
Perdidos	0	0	0	0	0	0	0	0
Media	18.0000	9.5000	14.0000	14.0000	18.0000	15.5000	10.0000	5.5000
Mediana	18.0000	9.5000	14.0000	14.0000	18.0000	15.5000	10.0000	5.5000
Desv. típ.	2.82843	4.94975	4.24264	4.24264	2.82843	2.12132	1.41421	2.12132
Mínimo	16.00	6.00	11.00	11.00	16.00	14.00	9.00	4.00
Máximo	20.00	13.00	17.00	17.00	20.00	17.00	11.00	7.00

Tabla - Estadísticos CSI del Pre Test – Grupo Control:

		Estadísticos							
		REP	AUC	EEM	PSD	APS	REC	EVP	RES
N	Válidos	2	2	2	2	2	2	2	2
	Perdidos	0	0	0	0	0	0	0	0
Media		16.0000	2.5000	9.5000	13.0000	11.0000	12.0000	9.5000	2.0000
Mediana		16.0000	2.5000	9.5000	13.0000	11.0000	12.0000	9.5000	2.0000
Desv. típ.		1.41421	.70711	6.36396	4.24264	.00000	1.41421	4.94975	.00000
Mínimo		15.00	2.00	5.00	10.00	11.00	11.00	6.00	2.00
Máximo		17.00	3.00	14.00	16.00	11.00	13.00	13.00	2.00

Tabla - Estadísticos CSI del Pos Test – Grupo Control:

		Estadísticos							
		REP	AUC	EEM	PSD	APS	REC	EVP	RES
N	Válidos	2	2	2	2	2	2	2	2
	Perdidos	0	0	0	0	0	0	0	0
Media		16.0000	3.0000	5.0000	11.5000	10.5000	9.5000	10.5000	4.0000
Mediana		16.0000	3.0000	5.0000	11.5000	10.5000	9.5000	10.5000	4.0000
Desv. típ.		1.41421	2.82843	2.82843	4.94975	4.94975	2.12132	3.53553	1.41421
Mínimo		15.00	1.00	3.00	8.00	7.00	8.00	8.00	3.00
Máximo		17.00	5.00	7.00	15.00	14.00	11.00	13.00	5.00

Tabla_4
Inventario Psicológico de Ejecución Deportiva (IPED)

Escalas/ Subescalas	Experimental					Control				
	Pre(T1)		Post (T2)		P	Pre(T1)		Post (T2)		P
	Media (M)	Desviación Estándar (DE)	Media (M)	Desviación Estándar (DE)		Media (M)	Desviación Estándar (DE)	Media (M)	Desviación Estándar (DE)	
AC	22.50	2.12	24.00	4.24	1.00	27.50	.70	28.00	.00	(*)
CAN	20.50	2.12	19.00	2.82	.50	23.00	1.41	25.00	1.41	(*)
CAT	20.00	5.65	20.00	.00	(*)	24.50	.70	24.50	.70	(*)
CVI	25.00	.00	24.00	.00	(*)	24.00	2.82	23.50	.70	(*)
NM	25.00	1.41	23.50	3.53	1.00	28.50	.70	27.50	.70	(*)
CAP	22.00	4.24	24.00	1.41	1.00	26.50	2.12	26.00	.00	(*)
CAC	22.50	.70	21.50	2.12	1.00	26.00	2.82	24.00	1.41	(*)

Nota. Fuente: Media (M) y desviación estándar (DE) de las variables. (*) Varianza igual a 0.

AC: Autoconfianza. CAN: Control de afrontamiento negativo. CAT: Control atencional. CVI: Control visuo – imaginativo. NM: Nivel motivacional. CAP: Control de afrontamiento positivo. CAC: Control actitudinal.

Se exploraron los datos para localizar diferencias entre ambos grupos tanto antes como después de la intervención, mediante un análisis de medidas repetidas. El resultado no mostró diferencias significativas. Sin embargo, se tuvieron tamaños de efecto grandes en las subescalas de CAN, NM y CAC todas presentaron un tamaño de efecto grande: $r = 1.00$ (Cohen, 1992).

Tabla - Estadísticos IPED del Pre Test – Grupo Experimental:

		Estadísticos						
		AC	CAN	CAT	CVI	NM	CAP	CAC
N	Válidos	2	2	2	2	2	2	2
	Perdidos	0	0	0	0	0	0	0
Media		22.5000	20.5000	20.0000	25.0000	25.0000	22.0000	22.5000
Mediana		22.5000	20.5000	20.0000	25.0000	25.0000	22.0000	22.5000
Desv. típ.		2.12132	2.12132	5.65685	.00000	1.41421	4.24264	.70711
Mínimo		21.00	19.00	16.00	25.00	24.00	19.00	22.00
Máximo		24.00	22.00	24.00	25.00	26.00	25.00	23.00

Tabla - Estadísticos IPED del Pos Test – Grupo Experimental:

		Estadísticos						
		AC	CAN	CAT	CVI	NM	CAP	CAC
N	Válidos	2	2	2	2	2	2	2
	Perdidos	0	0	0	0	0	0	0
Media		24.0000	19.0000	20.0000	24.0000	23.5000	24.0000	21.5000
Mediana		24.0000	19.0000	20.0000	24.0000	23.5000	24.0000	21.5000
Desv. típ.		4.24264	2.82843	.00000	.00000	3.53553	1.41421	2.12132
Mínimo		21.00	17.00	20.00	24.00	21.00	23.00	20.00
Máximo		27.00	21.00	20.00	24.00	26.00	25.00	23.00

Tabla - Estadísticos IPED del Pre Test – Grupo Control:

		Estadísticos						
		AC	CAN	CAT	CVI	NM	CAP	CAC
N	Válidos	2	2	2	2	2	2	2
	Perdidos	0	0	0	0	0	0	0
Media		27.5000	23.0000	24.5000	24.0000	28.5000	26.5000	26.0000
Mediana		27.5000	23.0000	24.5000	24.0000	28.5000	26.5000	26.0000
Desv. típ.		.70711	1.41421	.70711	2.82843	.70711	2.12132	2.82843
Mínimo		27.00	22.00	24.00	22.00	28.00	25.00	24.00
Máximo		28.00	24.00	25.00	26.00	29.00	28.00	28.00

Tabla - Estadísticos IPED del Pos Test – Grupo Control:

		Estadísticos						
		AC	CAN	CAT	CVI	NM	CAP	CAC
N	Válidos	2	2	2	2	2	2	2
	Perdidos	0	0	0	0	0	0	0
Media		28.0000	25.0000	24.5000	23.5000	27.5000	26.0000	24.0000
Mediana		28.0000	25.0000	24.5000	23.5000	27.5000	26.0000	24.0000
Desv. típ.		.00000	1.41421	.70711	.70711	.70711	.00000	1.41421
Mínimo		28.00	24.00	24.00	23.00	27.00	26.00	23.00
Máximo		28.00	26.00	25.00	24.00	28.00	26.00	25.00

ANÁLISIS CUALITATIVO:

Durante el estudio también se estudiaron datos de tipo cualitativo a través del cuestionario demográfico y con apoyo de las preguntas realizadas durante las intervenciones, con el fin de alcanzar los objetivos específicos:

- Proporcionar estrategias de afrontamiento enfocadas al control de estrés y autoconfianza durante ocho sesiones de intervención.
- Comparar el control de estrés y autoconfianza entre los grupos.
- Comparar el control de estrés y la autoconfianza antes y después, con y sin programa de intervención.
- Asociar el nivel de control de estrés con la autoconfianza, en ambos grupos y ambos momentos de la evaluación.

Tabla_5	
Adquisición de las herramientas para estar preparados mentalmente ante el retorno a las canchas (En el lapso de las 8 sesiones de intervención).	
Pre intervención	Post intervención
<p>A través del cuestionario demográfico los jugadores mencionan haber sufrido diversas emociones negativas a raíz de su lesión, se llegaban a sentir bajoneados, desanimados, un poco frustrados y tensos, asustados, sin esperanza y deprimidos.</p> <p>“Me afectó emocionalmente la lesión, al principio bajoneado, desanimado y un poco preocupado” DO.</p> <p>“Me siento algo desesperado, ansioso de volver, tenso, frustrado, deprimido y con algo de dolor” AV.</p> <p>“Me siento triste, agüitado porque sabía que no fue mi culpa, con un poco de incertidumbre, con un poco de dolor y bajo mi confianza” AR.</p> <p>“Me siento tranquilo, llegó en buen momento (lesión), para estar bien para final del torneo, aunque no es algo que hubiera querido” LS.</p>	<p>Los jugadores con quienes se intervino mencionaron sentirse emocionados y felices por estar más preparados de cara a su regreso a las canchas, decían encontrarse más tranquilos del proceso que llevaban y que sus cambios de pensamiento les ayudaban a centrarse en entender que cosas si estaban en sus manos y que cosas no, así como lograr disminuir esos sentimientos negativos que manifestaban tener antes de la intervención.</p> <p>“Me siento emocionado y feliz de volver a las canchas, con mayor confianza, con los ejercicios me sentí muy tranquilo conmigo mismo, siento que me funcionaron y sobre todo previo a mi lesión y como estoy ahora, más preparado” DO.</p> <p>“Si me ayudó a visualizarme haciendo buenas cosas, me ayudó a relajarme también, a saber, respirar e incluso me visualizaba con menos dolor” AV.</p>
<p>Aunado a esto había un factor clave que era el dolor que presentaban de la lesión, que si bien ya en el punto exacto donde se haría la intervención (en etapa de readaptación) no era un dolor intenso como al principio igual se contaba con este.</p> <p>“Si siento aún algo de dolor” AV.</p> <p>“Aún siento un poco de dolor” LS.</p>	<p>Los jugadores con quienes se intervino manifestaban al término de las sesiones que durante ellas el nivel de dolor o de percepción del dolor disminuía.</p> <p>“Me visualice con menos dolor” AV.</p> <p>“Me pude visualizar sin dolor” AV. (Otras sesiones).</p> <p>“Mi nivel de dolor disminuyo mucho” DO</p>

<p>“Tengo algo de dolor” DO “Pienso que voy a estar dudando de las entradas cuando regrese a las canchas” AR.</p>	<p>“No, ya no me encuentro con dolor” DO (Lo mencionaba durante las últimas 4 sesiones trabajadas).</p>
<p>Algunos jugadores se sentían optimistas y un poco liberados al saber que su lesión no era tan grave y aminoraba un poco los sentimientos que presentaron de la lesión, aun así, sabían que éste situación les afectaría no solo en la parte deportiva sino también en lo personal. “Me siento un poco liberado y con incertidumbre” AR. “Me siento tranquilo y un poco liberado de saber que mi lesión no es tan grave, aunque con un poco de incertidumbre de cuánto tiempo estaré fuera de las canchas” LS “Estaba preocupado porque al principio era una lesión leve de 1 semana, y después se fue alargando, por eso estaba también harto, cansado y ansioso por volver” AV. “Mi miedo al reincorporarme al deporte es que me vuelva a doler” AV.</p>	<p>Los jugadores con quienes se intervino refirieron que sus pensamientos habían cambiado y se sentían mejor preparados mentalmente para su regreso a las canchas, así como tener tranquilidad para entender que es importante seguir los procesos que conlleva el recuperarse de una lesión, que el pensar constantemente en querer regresar a las canchas antes de tiempo no hará que se recuperen más rápido. “Si me ayudaron mucho los cambios de pensamiento, me sirvieron para no estar pensando tanto en la lesión” DO “Me siento más preparado ahorita que ya regresé a las canchas, me siento muy tranquilo y relajado” DO. “Me ayudó a relajarme y estar tranquilo” AV.</p>

Tabla_6 Comparar el control de estrés y autoconfianza entre los grupos.	
Pre intervención	Post intervención
<p>En relación al estrés en el <u>grupo experimental</u> mediante una pregunta tipo Likert mostraron niveles bajos, algunos jugadores mencionaron lo siguiente: “A raíz de la lesión me siento un poco preocupado, pero más tranquilo” DO. En cuanto al <u>grupo control</u> también arrojaron resultados bajos en el nivel de estrés, mencionan que: “Me siento triste y agüitado, pero tranquilo porque sé que no había sido culpa mía” AV</p>	<p>Después de las intervenciones del programa, se pudo identificar que, si bien los niveles de estrés ya eran bajos, se identificó que estos habían reducido aún más. En cuanto al <u>grupo experimental</u> mencionan que: “La relajación realmente me ayudo a poder estar más tranquilo” DO En el <u>grupo control</u> mencionan que no sentían algún estrés: “No hubo alguna situación que me estresara” AV</p>
<p>En cuanto a la autoconfianza los jugadores del <u>grupo experimental</u> mencionan que, si sentían que había disminuido, pero que se encontraban más tranquilos. “Sentí que mi autoconfianza si bajo un poco, pero me siento tranquilo porque sé que es un proceso” DO.</p>	<p>Durante la retroalimentación del <u>grupo experimental</u> los jugadores dieron un número del 0 al 10 en como ahora sentían su autoconfianza. “En cuanto a mi autoconfianza diría que de un 0 al 10 me encuentro en 9, siento que si</p>

<p>En el <u>grupo control</u> llegaron a mencionar lo siguiente:</p> <p>“Mi autoconfianza si llego a disminuir un poco, pero llego en buen momento, para poder estar bien para el final del torneo” LS</p>	<p>puedo volver a regresar como estaba o todavía mejor” DO.</p> <p>En el <u>grupo control</u> algunos mencionaron que se sentían muy bien, con más autoconfianza.</p> <p>“Me siento muy bien, si me siento con mucha autoconfianza, para mi si diera un número del 0 al 10 sería un 10” AV</p> <p>“Si me hubieran dado ciertas estrategias en el lapso de mi lesión no hubiera estado pensando tanto acerca de ello (Pensamiento rumiantes acerca de volverse a lastimar)” AV</p>
--	---

Tabla_7	
Comparar el control de estrés y la autoconfianza antes y después, con y sin programa de intervención. En relación a la intervención con el grupo experimental.	
Pre intervención	Post intervención
Algunos jugadores si mostraban un cierto nivel de estrés en el momento en que ocurrió la lesión o estaban pasando por una situación estresante en su vida personal, sin embargo en su mayoría la puntuación fue baja (con un puntaje promedio de 3)	En cuanto a los niveles de estrés que presentaban los jugadores, mencionaban no tener alguna situación que los estresará, e incluso la puntuación que arrojaron fue aún más baja después de la intervención (con un puntaje promedio de 0.5).
Aunado a esto los jugadores mencionaron que, si bajó su autoconfianza una vez que sufrieron la lesión, sobretodo porque sabían que esto podría repercutir en diferentes aspectos de su vida, como perder su puesto dentro del equipo (sobre todo si eran titulares), perder el ritmo de juego, el no sentirse valorados si ya no estaban jugando, el pensar cuanto tiempo estarían fuera de las canchas. “Al principio me lo tome como muy apresurado de querer regresar ya al nivel que traía” DO. “Cambié a raíz de mi lesión, me sentí con menos confianza, harto y cansado, además de desesperado y ansioso de volver” AV.	Los jugadores mencionaron que el trabajar durante las sesiones no solo les permitió mejorar en su autoconfianza, si no, también saber manejar sus tiempos, entendieron que la lesión conlleva un proceso que es importante no apresurar. “Y estando en la intervención me calme y me relaje, supe manejar mis tiempos y pensar mejor, que no se podía todo, de pasar de 0 a 100 sin parar por otros métodos, y que poco a poco voy a ir creciendo y mejorando” DO. “Si me ayudó a visualizarme haciendo bien las cosas, también a relajarme, a saber respirar, me siento más confiado” AV.

Tabla_8

Asociación del nivel de control de estrés con la autoconfianza, en ambos grupos y en ambos momentos de la evaluación.

Pre intervención	Post intervención
<p>En este momento previo a la intervención ya se mostraban niveles bajos tanto de estrés con un puntaje promedio de 3 como de autoconfianza, que, si bien esta variable se evaluó conforme a los instrumentos seleccionados, los jugadores del club si mencionaron que tras la lesión su autoconfianza había disminuido.</p> <p>“La lesión me afecto emocionalmente, me sentí desanimado, bajonado y mi autoconfianza bajo” DO.</p> <p>“Cambié a raíz de mi lesión, me sentí con menos confianza, harto y cansado” AV.</p> <p>“Si cambié a raíz de mi lesión, ya que, bajo mi autoconfianza, me sentí triste y agüitado” AR.</p> <p>“Estoy un poco asustado y con incertidumbre del tiempo de baja por mi lesión” LS.</p>	<p>Ya en este momento después de la intervención lo que mostro según los resultados es que el nivel de estrés en cuanto al puntaje promedio bajó aún más, siendo un total de 0.5, a diferencia de la variable de la autoconfianza, en la que todos los jugadores mencionaron que sí había aumentado su nivel de autoconfianza, la diferencia fue que los del grupo experimental mencionaban que las sesiones les habían ayudado y ahora se sentían mejor preparados mentalmente y con mayor autoconfianza que cuando se lesionaron.</p> <p>“Mi autoconfianza es muy buena, si le doy un número del 0 al 10 sería 9, siento que si puedo regresar a como estaba o hasta todavía mejor” DO.</p> <p>“Me siento muy confiado, con ganas y muy feliz de volver estar en las canchas” AV.</p> <p>“Me siento muy bien, si me siento con mucha confianza, del 0 al 10 sería un 10” AR.</p> <p>“Ahorita después del a lesión me he sentido bien, algunas veces con un poco de dolor, pero entrenando normal, y con buena confianza” LS.</p>

IMPORTANCIA

Se ha visto que en los deportistas cuando sufren de una lesión, les afecta en gran medida en su autoconfianza, y que va derivado en parte de la variable estrés, por lo tanto, si se llegaran a dar diversas estrategias de afrontamiento se espera que dicho deportista logre adquirir las herramientas necesarias para lograr disminuir el estrés, y así también mejorar su autoconfianza al momento de prepararse para su reincorporación a las canchas.

SIGNIFICADO

Con base en los resultados que se esperan tener, se busca que finalizando las sesiones de intervención (con los recursos de afrontamiento) los deportistas se encuentren mejor preparados mentalmente que cuando se presentó la lesión, aunado a esto la consecuencia sería que se logren disminuir sus niveles de estrés, y que se obtenga un aumento en sus niveles de autoconfianza, para que puedan reincorporarse a su deporte de la manera más óptima posible.

IMPLICACIONES PRÁCTICAS DEL ESTUDIO

Con dicho estudio se pretende brindar a los deportistas con estrategias de afrontamiento que les permitan adquirir las herramientas necesarias ante sus lesiones, de manera que logren disminuir sus niveles de estrés, y aumentar su nivel de autoconfianza, puesto que las lesiones suelen ser algo muy frecuente en la vida de los deportistas de fútbol, y que en algunos casos les ha llevado incluso a tener que retirarse.

Por lo tanto, si se llegaran a obtener resultados positivos servirá para que en algún momento se puedan trabajar dichos recursos de afrontamiento en otros deportistas lesionados, y que estos obtengan nuevas herramientas para afrontar sus situaciones adversas, ya sea dentro de su deporte o en sus vidas diarias.

CAPÍTULO IV

DISCUSIONES

Las lesiones aumentan debido a diversos motivos, en la investigación de Gómez y Otegui (2012) acerca de la readaptación físico- deportiva en la última fase post- lesional se menciona que, es debido a una mayor exigencia de las actividades físico- deportivas, así como el aumento de la intensidad de las competiciones. Así mismo, dentro de esta misma investigación se menciona que la inadecuada rehabilitación de una lesión hace que sea más fácil recaer durante los entrenamientos que durante los partidos. La mayoría de lesiones (30%) reincidentes son del mismo tipo y se dan en la misma zona. Un estudio prospectivo en jugadores de fútbol encontró que el 17% de las lesiones fueron atribuidas a una inadecuada rehabilitación funcional, con criterios de retorno al deporte inadecuados (Ordoñez y Polo, 2010).

Partiendo de esto, es que cobra importancia el área de rehabilitación y readaptación dentro del Club Deportivo Guadalajara, ya que aquí se tiene un proceso de trabajo con el deportista desde el día uno de su lesión, donde se analiza primeramente la magnitud y gravedad de la misma, para así determinar cuál será el mejor programa de trabajo con cada deportista, siguiendo una línea base de trabajo ya estipulada por los mismos médicos que se encuentran dentro del Club.

En esta misma línea, hay que tener en cuenta que para que los jugadores de fútbol puedan tener una adecuada readaptación deportiva, y buen retorno a los entrenamientos y partidos (Return to play) incluso mejor que antes de la lesión es importante tener un trabajo multidisciplinar con todas las áreas del Club que afectan al jugador (médicos, psicólogos, preparadores físicos, entrenadores) para así generar el mejor plan de trabajo para ese jugador, así mismo, en la investigación de Gómez y Otegui (2012) se menciona que la readaptación del deportista será interdisciplinar, implicando la acción/relación estrecha y progresiva de diferentes profesionales en función del tipo de lesión producida; incorporándose el técnico deportivo en la última etapa de recuperación junto al entrenador, haciendo que la vuelta a la competición o en el caso de la gente que no compite, a su vida deportiva rutinaria, se realice con la mayor brevedad posible y con éxito asegurado (Rodríguez y Gusi, 2002).

Para que el deportista se integre a su actividad con plenas garantías de nuevo, es necesario un entrenamiento progresivo, exento de riesgo y recaídas, llevado a cabo por un readaptador. El apoyo psicológico aportado a la persona lesionada es de gran importancia, a fin de que el jugador se sienta motivado para realizar su trabajo cotidiano y diario. Una vez incorporado a la dinámica de grupo el jugador no abandonará el trabajo de potenciación hasta uno o dos meses de la incorporación (Casallana, 2007).

Independientemente de si se trabaja con un deportista universitario o con un deportista de alto rendimiento, la metodología empleada en la intervención psicológica depende del psicólogo que lleve el caso. Sin embargo, para el adecuado diseño de la intervención psicológica hay aspectos que los psicólogos deben tomar en cuenta al momento de intervenir con los deportistas lesionados:

a) El tipo del deporte, la edad deportiva, la experiencia, la edad del deportista y su personalidad toda vez que hay deportistas con características de personalidad que los hacen más tolerantes a la lesión (N. Guzmán, 2015).

b) La empatía con el deportista y la confrontación con él en un sentido positivo, esto es, presentarle alternativas o reencuadre positivo y ayudarlo a que tome decisiones en los procesos de rehabilitación y curación. Para lograrlo, el deportista debe sentirse corresponsable en todo ello, es decir, colaborar para que su recuperación sea más expedita (W. R. Martin, 2015, como se citó en Peña y Coronado, 2017).

En sintonía con lo antes mencionado, el aspecto importante para tener en cuenta en futuras evaluaciones también sería la actitud como la personalidad de los jugadores, puesto que puede influir en la seriedad que les den a sus sesiones, ya sean dentro de la rehabilitación, readaptación o en la parte psicológica.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES

Es importante mencionar que la realización de un programa de intervención no es algo que se tome a la ligera, ya que esto implica que se debe tener una adecuada planificación, tener clara la situación a la cual se le quiere dar respuesta y entender que esto implica mayor tiempo que otro tipo de estudio o investigación, ya que en diversas ocasiones hay factores externos que pueden afectar o limitar los resultados. Por ejemplo, en la presente investigación, los tiempos programados de las sesiones se vieron afectados debido a que uno de los jugadores con quien se estaba interviniendo se enfermó, por lo tanto, era importante darle prioridad a su salud sobre todas las demás cosas, tanto por él mismo como por la gente de su alrededor, por lo tanto, las sesiones pasaron a segundo término, entendiendo que como psicólogos deportivos se busca darle importancia a la salud, tanto física como mental, ser esos agentes del cambio, donde se busque que el jugador se encuentre en óptimas condiciones para su regreso a las canchas, y esto también implica que se tenga salud física, así como la emocional y mental. Y que, si bien ésto llegó a afectar la planificación de las sesiones y sus tiempos, sin lugar a duda es importante estar preparados para ello y en dado caso ajustar el plan de trabajo con el jugador.

Las estrategias de afrontamiento con las que se trabajaron con los jugadores fueron evaluadas mediante los instrumentos IPED y CSI, donde si bien no se llegaron a encontrar diferencias significativas en las evaluaciones pre y post, se encontraron tamaños de efecto grandes en algunas subescalas, lo cual nos dice, que debido a que la muestra era muy pequeña, el cambio no es significativo sobre todo en el aspecto grupal, esto sería importante tener en cuenta estas estrategias (relajación, visualización y reestructuración cognitiva) para futuros proyectos, donde se pueda trabajar con una muestra más grande, y conocer si realmente se encuentran diferencias significativas que apoyen a trabajar estas variables en equipos deportivos, a nivel individual si se logró un cambio significativo, a través de la retroalimentación que se trabajó con los jugadores al termino de las intervenciones, hacían énfasis en cómo se habían sentido, por ejemplo: sentirse más relajados, más tranquilos, más preparados mentalmente, en cómo la reestructuración de pensamiento les servía para no estar pensando tanto tiempo en la lesión, en como sus niveles de dolor disminuían después de las intervenciones, además de notar cómo aumentaban sus niveles de autoconfianza, así como, de entender que esto era un proceso, que las cosas tenían que pasar en ciertos momentos, y que no podían pasar de 0 a 100 de un momento a otro, lo cual les permitía centrarse más en su objetivo de recuperación y vuelta a los entrenamientos o canchas.

Por último, se pude concluir que la intervención de los jugadores con las estrategias o herramientas trabajadas les permitió llevar un proceso integral, en el que fueron entendiendo que para la recuperación de su lesión también influía mucho la parte mental.

De la intervención realizada en esta investigación se pueden concluir varios puntos, el primero es en relación al instrumento del inventario de estrategias de afrontamiento (CSI) el cual permitió identificar como se encontraban los jugadores previo a la intervención y cómo habían

cambiado post intervención, se encontró que prácticamente en todas las estrategias evaluadas, salvo la de evitación de problemas, se mostraban puntuaciones más altas en el grupo experimental que en el grupo control, estadísticamente la variable de resolución de problemas no tuvo algún cambio significativo, así como en la autocrítica, en cuanto a la reestructuración cognitiva y al pensamiento desiderativo hubo un cambio significativo, indican los jugadores que al cambiar el enfoque en cómo veían en un principio el tema de su lesión, sus pensamientos se logran centrar y focalizar en relación a lo que desean, que en este caso tiene que ver con la recuperación de su lesión y evidentemente con su retorno a las canchas, aunado a esto una variable importante a tener en cuenta es el apoyo social, ya que estadísticamente se mostró un aumento significativo en el grupo experimental y una disminución en el grupo control, lo cual muestra que el proceso psicológico de la intervención que se realizó con los jugadores permite que el jugador se sienta acompañado y que puede afrontar la situación desde un punto más asertivo para su proceso de recuperación. También será importante prestarle más atención a esta variable en futuras investigaciones, debido a que puede ser un factor que influya para la recuperación de un jugador ante su lesión deportiva y que se logre adherir al plan de trabajo rápidamente y así lograr una evolución favorable para su retorno a las canchas.

En cuanto al (IPED) se pudo concluir que en relación a una de las variables principales de esta intervención la cual es la autoconfianza se obtuvo un aumento en ambos grupos, tanto en el control como en el experimental, sin embargo, en este último su nivel de aumento fue más significativo, lo cual nos indica que las estrategias empleadas lograron impactar en esta variable.

Por otro lado, los resultados encontrados en el grupo experimental nos muestran que, así como la variable de control de afrontamiento negativo disminuyó significativamente, la del control de afrontamiento positivo aumento significativamente, caso contrario en el grupo control, en el que aumento el control de afrontamiento negativo y disminuyó el control de afrontamiento positivo. Esto nos lleva a concluir que las estrategias de afrontamiento otorgadas ante la lesión que presentaron realmente se tuvo un impacto positivo con los jugadores de la intervención.

En cuanto a los resultados de las variables control atencional, control visuo – imaginativo y control actitudinal estadísticamente disminuyeron levemente sus puntuaciones, sin embargo, no fueron significativas, por ello sería importante identificar en futuras investigaciones si se trabajaría con estas variables o no ante una lesión.

En cuanto a la variable de nivel motivacional existió una disminución en ambos grupos, lo cual en futuras investigaciones se tendría que indagar más sobre ella, para identificar si la lesión fue la causante de haber bajado el nivel de motivación o de si existió alguna otra situación que pudiera estar afectando al jugador.

Teniendo en cuenta los resultados de la pregunta de tipo Likert de la post evaluación relacionada con el nivel de estrés de los jugadores podemos decir que la técnica de relajación pudo haber influido en la disminución de la puntuación de dicha pregunta, sin embargo, no es concluyente, debido a que desde un inicio todos los jugadores mostraron ya presentar un nivel muy bajo de estrés previo a las intervenciones.

En cuanto a los resultados de manera cualitativa se concluye que las herramientas brindadas permitieron a los jugadores sentirse más preparados de cara a su regreso a las canchas, ya que les permitió encontrarse más tranquilos del proceso que llevaban y que los cambios de pensamiento (reestructuración cognitiva) les ayudaban a centrarse en entender que cosas sí estaban en sus manos y que cosas no, aunado a esto se sentían mejor preparados mentalmente para su retorno a las canchas, además de esto durante las sesiones psicológicas los jugadores manifestaron en ciertas ocasiones que el nivel de dolor había disminuido.

Es importante destacar que, en el proceso de la intervención, cuando los jugadores ya habían regresado a los entrenamientos, se iban dando cuenta que era un proceso que iba poco a poco, y que, si bien al principio querían volver lo más pronto posible para recuperar el nivel que tenían antes de la lesión, fueron entendiendo que se alargaría más el proceso de su recuperación completa.

REFERENCIAS:

- 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.
- Berengüi-Gil, R., & Puga, J. L. (2015). Predictores psicológicos de lesión en jóvenes deportistas/Psychological Predictors of Injury in Young Athletes. *Revista Costarricense de Psicología*, 34(2), 113-129. Recuperado de: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/rcp/v34n2/1659-2913-rcp-34-02-00112.pdf>
- Campos, G. G., Valdivia-Moral, P., Zagalaz, J. C., Ortega, F. Z., & Romero, O. (2017). Influencia del control del estrés en el rendimiento deportivo: la autoconfianza, la ansiedad y la concentración en deportistas. *Retos. Nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación*, (32), 3-6. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/3457/345751100001.pdf>
- Campos, G. G. (2015) CONTROL DE LA VISUALIZACIÓN Y LAS IMÁGENES EN EL DEPORTE. Recuperado de: https://www.researchgate.net/profile/Gloria-Gonzalez-Campos/publication/355357764_CONTROL_DE_LA_VISUALIZACION_Y_LAS_IMAGENES_EN_EL_DEPORTE/links/616bf868b90c51266254fec6/CONTROL-DE-LA-VISUALIZACION-Y-LAS-IMAGENES-EN-EL-DEPORTE.pdf
- Creighton, D. W., Shrier, I., Shultz, R., Meeuwisse, W. H., & Matheson, G. O. (2010). Return-to-play in sport: a decision-based model. *Clinical Journal of Sport Medicine*, 20(5), 379-385.
- del Valle Soto, M., Marqueta, P. M., Tarrero, L. T., González, B. M., de la Rubia Heredia, Á. G., Bonafonte, L. F., ... & Paz, J. L. O. (2018). Lesiones deportivas versus accidentes deportivos. Documento de consenso. Grupo de prevención en el deporte de la Sociedad Española de Medicina del Deporte (SEMED-FEMEDE). *Arch Med Deporte*, 35, 6-16. Recuperado de: https://archivosdemedicinadeldeporte.com/articulos/upload/Consenso_les_deportivas.pdf
- Díaz, J. (2010). Estrategias cognitivas en algunos deportes individuales y de adversario (Doctoral dissertation, Tesis doctoral). Universidad de Málaga, Málaga). Recuperado de: https://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/4619/TDR_DIAZ_OCEJO.pdf?sequence=6
- Gómez, G., & Otegui, A. U. (2012). Readaptación físico-deportiva en la última fase post-lesional y puesta a punto del deportista. *Lecturas: Educación física y deportes*, (168), 9-12.
- Guerrero, J. P., & CaSeS, S. S. (2014). Psicología y lesión deportiva: estado actual. *Apunts. Educación física y deportes*, 4(118), 23-29. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=551656903002>

- León-Prados, J. A., García, I. F., & Lluch, Á. C. (2011). Ansiedad estado y autoconfianza precompetitiva en gimnastas. *RICYDE. Revista Internacional de Ciencias del Deporte*, 7(23), 76-91. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/710/71017163002.pdf>
- Maddison, R., & Prapavessis, H. (2005). A psychological approach to the prediction and prevention of athletic injury. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 27(3).
- Molina, J., Chorot, P., & Sandín, B. (2017). Miedo a la evaluación negativa y autoestima como factores predictivos del rendimiento deportivo: Papel mediador de los estados de ansiedad y autoconfianza.[Fear of negative evaluation and self-esteem as predictors of sport performance: The mediational role of anxiety and self-confidence states]. *RICYDE. Revista Internacional de Ciencias del Deporte*. doi: 10.5232/ricyde, 13(50), 381-396. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/710/71052766005.pdf>
- Montero, F. J. O., de los Fayos, E. J. G., & Zafra, A. O. (2010). Influencia de los factores psicológicos en las lesiones deportivas. *Papeles del psicólogo*, 31(3), 281-288. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/778/77815136007.pdf>
- Montufar, R. A. D. " ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO UTILIZADAS POR DEPORTISTAS QUE HAN DEBIDO ABANDONAR LA PRÁCTICA DE UN DEPORTE POR LESIÓN. Recuperado de: <http://186.151.197.48/tesiseortiz/2016/05/42/Dominguez-Ruth.pdf>
- Mosconi, S., Correche, M. S., Rivarola, M. F., & Penna, F. (2007). Aplicación de la técnica de relajación en deportistas para mejorar su rendimiento. *Fundamentos en humanidades*, (16), 183-198. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18481611>
- Olmedilla Zafra, A., García Montalvo, C., & Martínez Sánchez, F. (2006). Factores psicológicos vulnerabilidad a las lesiones deportivas: un estudio futbolistas. *Revista de psicología del Deporte*, 15(1), 0037-52. Recuperado de: <https://ddd.uab.cat/pub/revpsidep/19885636v15n1/19885636v15n1p37.pdf>
- Ortín Montero, F. J. (2010). Factores psicológicos y socio-deportivos y lesiones en jugadores de fútbol semiprofesionales y profesionales. Proyecto de investigación. Recuperado de: <https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/13245/1/OrtinMontero.pdf>
- Peña, J. C. M., & Coronado, E. A. G. (2017). La lesión deportiva desde una perspectiva psicológica positiva en Yucatán (México). *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 22(1), 127-134. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/292/29251161012.pdf>
- Pérez del Pozo, D. (2015). Epidemiología de la lesión deportiva. Recuperado de: https://oa.upm.es/36508/1/TFG_DANIEL_PEREZ_DEL_POZO.pdf

Quiroz, C. N., Méndez, P. O., Valero, C. Z. V., & Trujano, R. S. (2010). Inventario de Estrategias de Afrontamiento: una replicación. *Psicología y salud*, 20(2), 213-220. Recuperado de: <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/604/1048>

Source: Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112, 115 – 159. Doi:10.1037/0033-2909.112.1.155.

Walker, B. (2009). *ANATOMÍA DE LAS LESIONES DEPORTIVAS, LA (Color)* (Vol. 44). Editorial Paidotribo. Recuperado de: https://www.cdefis.com/wp-content/uploads/2020/06/La-Anatomia-de-las-Lesiones-Deportivas-WALKER_booksmedicos.org_.pdf

ANEXOS

ANEXO I

Cuestionario Demográfico

Fecha:

Datos de identificación

Nombre:		Edad:
Fecha de nacimiento: / /	Lugar de nacimiento:	
Escolaridad:		Lugar de residencia:
Sexo:	Deporte:	Especialidad/ posición:
Edad deportiva:	Categoría:	Horas de práctica - Por día:
¿Apodo?:		- Por semana:

¿Cómo te definirías con 5 palabras?				
1	2	3	4	5

Acercamiento previo con psicología deportiva:

Si

No

Experiencia:

¿Qué te gustaría trabajar en PD?

Datos personales

Peso:	kg	Altura:	cm	Horas de sueño:
Padecimientos actuales:		Internamientos:		
Seguimiento nutricional:	Si	No		

Cuestionario de reacciones y repercusiones en las lesiones en el deporte.

1. ¿Te describirías a ti mismo como un campeón?

(No, en absoluto) 1.__ 2.__ 3.__ 4.__ 5.__ (Definitivamente sí)

2. ¿Cuáles son tus metas específicas en el deporte?

3. ¿Han cambiado a raíz de tu lesión? Si () No ()

Si han cambiado, di cómo o en qué

4. ¿Cuál fue tu lesión?

5. ¿Cómo sucedió tu lesión?

6. ¿Cuándo ocurrió la lesión? (Fecha). _____

En qué etapa de la preparación deportiva estabas:

Preparación Física ___ Meso ciclo Técnico Táctico ___ Meso ciclo Pre competitivo ___
 Competencia previa ___ Competencia Fundamental ___

7. Tus compañeros de equipo opinan que eres fundamental para los éxitos del deporte:

Si () No ()

8. Tú interpretas esta valoración como:

Una tensión__ Lo soportas con disgusto__ Realmente justa__

Es un estímulo__

9. ¿Si tu pudieras elegir un deporte para practicarlo ahora, elegirías el mismo deporte que ha estado practicando?

Totalmente de acuerdo _____ Totalmente en desacuerdo.

10. ¿Quién ejerce la mayor presión porque tengas resultados deportivos elevados? Marca con una X.

Tú mismo— Tu familia— Tu pareja— Entrenador—

Tus compañeros de equipo— Otros—

11. ¿Cuántas horas a la semana estabas entrenando antes de lesionarte?

12. ¿Estuviste bajo algún tipo de estrés antes de la lesión? (Por ejemplo: cambios de vida, muy cansado, aburrido).

Si () No ().

Si tu respuesta fue afirmativa, podrías describírnosla:

13. ¿Cómo te has sentido emocionalmente desde la lesión?

14. ¿Cómo clasificarías en orden de importancia las emociones que sientes debido a la lesión? (12= el más alto en importancia; 0= menor importancia)

Sin esperanza	Enojado (a)	Asustado (a)
Tenso (a)	Frustrado (a)	Optimista (a)

ANEXO II**Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI)****(Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal, 1989. Adaptación por Cano, Rodríguez y García, 2007)****Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI)****(Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal, 1989. Adaptación por Cano, Rodríguez y García, 2007)**

El propósito de este cuestionario es encontrar el tipo de situaciones que causa problemas a las personas en su vida cotidiana y cómo éstas se enfrentan a estos problemas. Piense durante unos minutos en un hecho o situación que ha sido muy estresante para usted en el último mes. Por estresante entendemos una situación que causa problemas, le hace sentirse a uno mal o que cuesta mucho enfrentarse a ella. Puede ser con la familia, en la escuela, en el trabajo, con los amigos, etc. Describa esta situación en el espacio en blanco de esta página. Escriba qué ocurrió e incluya detalles como el lugar, quién o quiénes estaban implicados, por qué le dio importancia y qué hizo usted. La situación puede estar sucediendo ahora o puede haber sucedido ya. No se preocupe por si esta mejor o peor escrito o mejor o peor organizado, sólo escribala tal y como se le ocurra. Continúe escribiendo por detrás si es necesario.



De nuevo piense unos minutos en la situación o hecho que haya elegido. Responda a la siguiente lista de afirmaciones basándose en como manejó usted esta situación. Lea cada frase y determine el grado en que usted hizo lo que cada frase indica en la situación que antes eligió marcando el número que corresponde:

0 = En absoluto; 1 = Un poco; 2 = Bastante; 3 = Mucho; 4 = Totalmente

Esté seguro de que responde a todas las frases y de que marca sólo un número en cada una de ellas. No hay respuestas correctas o incorrectas; sólo se evalúa lo que usted hizo, pensó o sintió en ese momento.

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

Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) (claves de corrección)	
Resolución de problemas (REP)	01+09+17+25+33
Autocrítica (AUC)	02+10+18+26+34
Expresión emocional (EEM)	03+11+19+27+35
Pensamiento desiderativo (PSD)	04+12+20+28+36
Apoyo social (APS)	05+13+21+29+37
Reestructuración cognitiva (REC)	06+14+22+30+38
Evitación de problemas (EVP)	07+15+23+31+39
Retirada social (RES)	08+16+24+32+40

Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) (baremo)									
Pc	REP	AUT	EEM	PSD	APS	REC	EVP	RES	Pc
1	1								1
2	2			0	0	0			2
3	3			1	1	1			3
4	4		0	1	2	2			4
5	5		1	2	3	2	0		5
10	6		3	4	4	4	1		10
15	8		4	5	5	5	2	0	15
20	10		4	6	6	6	2	1	20
25	11		5	7	7	6	3	1	25
30	12	0	5	8	8	7	3	2	30
35	13	1	6	9	8	8	4	2	35
40	14	2	7	10	9	9	4	2	40
45	15	3	8	12	10	9	5	3	45
50	16	3	9	12	11	10	5	3	50
55	16	4	9	13	12	11	6	4	55
60	16	5	10	14	13	12	7	4	60
65	17	6	11	15	13	12	7	5	65
70	18	7	11	16	14	13	8	5	70
75	19	8	12	16	15	14	8	6	75
80	19	10	14	17	16	15	9	7	80
85	20	12	15	18	17	16	10	8	85
90	20	14	16	19	18	17	11	9	90
95	20	16	18	20	19	18	13	11	95
96	20	17	18	20	20	19	13	11	96
97	20	18	19	20	20	19	14	11	97
98	20	20	20	20	20	19	16	13	98
99	20	20	20	20	20	20	16	15	99
	REP	AUT	EEM	PSD	APS	REC	EVP	RES	
Media	14,25	5,11	8,98	11,66	10,93	10,17	5,81	3,93	Media
DT	5,01	5,05	5,05	5,05	5,12	4,94	3,89	3,53	DT
N	335	335	335	334	332	335	334	334	N

ANEXO III

Inventario Psicológico de Ejecución Deportiva (IPED)

Autor: Hernández Mendo (2006) Adaptación: Raimundi y Hernández Mendo (2013)

Instrucciones: A continuación, encontrarás una serie de afirmaciones referidas a tus pensamientos, sentimientos, actitudes o comportamientos durante los entrenamientos y/o competencias o partidos. Lee atentamente cada frase y decide la frecuencia con la que crees que se produce cada una de ellas.

Afirmaciones	
1. Me veo más como un perdedor que como un ganador durante las competencias o partidos.	<p style="text-align: center;">A veces sí, A Pocas veces veces</p> <p>Casi Siempre <input checked="" type="radio"/> Muchas Veces <input type="radio"/> veces veces <input type="radio"/> Casi Nunca <input type="radio"/></p> <p style="text-align: center;">no <input type="radio"/></p>
2. Me enojo y me frustró durante las competencias o partidos.	<p style="text-align: center;">A veces sí, A Pocas veces veces</p> <p>Casi Siempre <input type="radio"/> Muchas Veces <input type="radio"/> veces veces <input type="radio"/> Casi Nunca <input type="radio"/></p> <p style="text-align: center;">no <input type="radio"/></p>
3. Me distraigo y pierdo mi concentración durante las competencias o partidos.	<p style="text-align: center;">A veces sí, A Pocas veces veces</p> <p>Casi Siempre <input type="radio"/> Muchas Veces <input type="radio"/> veces veces <input type="radio"/> Casi Nunca <input type="radio"/></p> <p style="text-align: center;">no <input type="radio"/></p>
4. Antes de las competencias me imagino a mí mismo ejecutando mis acciones y rindiendo perfectamente.	

	<p>Casi Siempre <input type="radio"/></p> <p>Muchas Veces <input type="radio"/></p> <p>A veces sí, A veces no <input type="radio"/></p> <p>Pocas veces <input type="radio"/></p> <p>Casi Nunca <input type="radio"/></p>
5. Estoy muy motivado/a para dar lo mejor de mí en cada competencia o partido.	<p>Casi Siempre <input type="radio"/></p> <p>Muchas Veces <input type="radio"/></p> <p>A veces sí, A veces no <input type="radio"/></p> <p>Pocas veces <input type="radio"/></p> <p>Casi Nunca <input type="radio"/></p>
6. Puedo mantener emociones positivas durante las competencias.	<p>Casi Siempre <input type="radio"/></p> <p>Muchas Veces <input type="radio"/></p> <p>A veces sí, A veces no <input type="radio"/></p> <p>Pocas veces <input type="radio"/></p> <p>Casi Nunca <input type="radio"/></p>
7. Durante las competencias o partidos pienso positivamente.	<p>Casi Siempre <input type="radio"/></p> <p>Muchas Veces <input type="radio"/></p> <p>A veces sí, A veces no <input type="radio"/></p> <p>Pocas veces <input type="radio"/></p> <p>Casi Nunca <input type="radio"/></p>
8. Creo en mí mismo/a como deportista.	<p>Casi Siempre <input type="radio"/></p> <p>Muchas Veces <input type="radio"/></p> <p>A veces sí, A veces no <input type="radio"/></p> <p>Pocas veces <input type="radio"/></p> <p>Casi Nunca <input type="radio"/></p>

<p>9. Me pongo demasiado nervioso/a durante las competencias o partidos.</p>	<p>Casi Siempre <input type="radio"/> Muchas Veces <input type="radio"/> A veces sí, A veces no <input type="radio"/> Pocas veces <input type="radio"/> Casi Nunca <input type="radio"/></p>
<p>10. En los momentos críticos de las competencias me da la impresión de que mi cabeza va demasiado rápido (a mil kilómetros por hora).</p>	<p>Casi Siempre <input type="radio"/> Muchas Veces <input type="radio"/> A veces sí, A veces no <input type="radio"/> Pocas veces <input type="radio"/> Casi Nunca <input type="radio"/></p>
<p>11. Practico mentalmente mis habilidades físicas.</p>	<p>Casi Siempre <input type="radio"/> Muchas Veces <input type="radio"/> A veces sí, A veces no <input type="radio"/> Pocas veces <input type="radio"/> Casi Nunca <input type="radio"/></p>
<p>12. Trabajo y entreno duro gracias a los objetivos que yo me he fijado como deportista.</p>	<p>Casi Siempre <input type="radio"/> Muchas Veces <input type="radio"/> A veces sí, A veces no <input type="radio"/> Pocas veces <input type="radio"/> Casi Nunca <input type="radio"/></p>
<p>13. Disfruto durante las competencias o partidos, aunque me encuentre con dificultades.</p>	<p>Casi Siempre <input type="radio"/> Muchas Veces <input type="radio"/> A veces sí, A veces <input type="radio"/> Pocas veces <input type="radio"/> Casi Nunca <input type="radio"/></p>

			no <input type="radio"/>	
14. Durante las competencias mantengo diálogos internos (conversaciones conmigo mismo) negativos.	Casi Siempre <input type="radio"/>	Muchas Veces <input type="radio"/>	A veces sí, A veces no <input type="radio"/>	Pocas veces <input type="radio"/>
15. Pierdo mi confianza fácilmente.	Casi Siempre <input type="radio"/>	Muchas Veces <input type="radio"/>	A veces sí, A veces no <input type="radio"/>	Pocas veces <input type="radio"/>
16. Los errores durante las competencias me hacen sentir y pensar negativamente sobre mí mismo.	Casi Siempre <input type="radio"/>	Muchas Veces <input type="radio"/>	A veces sí, A veces no <input type="radio"/>	Pocas veces <input type="radio"/>
17. Puedo controlar rápidamente mis emociones y recuperar la concentración.	Casi Siempre <input type="radio"/>	Muchas Veces <input type="radio"/>	A veces sí, A veces no <input type="radio"/>	Pocas veces <input type="radio"/>
18. Para mí es fácil pensar fotográficamente (en imágenes) acerca de mi deporte.				

	<p>Casi Siempre <input type="radio"/> Muchas Veces <input type="radio"/> A veces sí, A veces no <input type="radio"/> Pocas veces <input type="radio"/> Casi Nunca <input type="radio"/></p>
<p>19. No necesito que me empujen a entrenar duro y competir con intensidad. Yo soy mi mejor motivador.</p>	<p>Casi Siempre <input type="radio"/> Muchas Veces <input type="radio"/> A veces sí, A veces no <input type="radio"/> Pocas veces <input type="radio"/> Casi Nunca <input type="radio"/></p>
<p>20. Cuando las cosas se vuelven contra mí durante las competencias, tiendo a “bajonearme” emocionalmente.</p>	<p>Casi Siempre <input type="radio"/> Muchas Veces <input type="radio"/> A veces sí, A veces no <input type="radio"/> Pocas veces <input type="radio"/> Casi Nunca <input type="radio"/></p>
<p>21. Pongo todo mi esfuerzo durante las competencias o partidos, pase lo que pase.</p>	<p>Casi Siempre <input type="radio"/> Muchas Veces <input type="radio"/> A veces sí, A veces no <input type="radio"/> Pocas veces <input type="radio"/> Casi Nunca <input type="radio"/></p>
<p>22. Puedo rendir por encima de mi talento y mis habilidades.</p>	<p>Casi Siempre <input type="radio"/> Muchas Veces <input type="radio"/> A veces sí, A veces no <input type="radio"/> Pocas veces <input type="radio"/> Casi Nunca <input type="radio"/></p>

<p>23. Durante las competencias siento que mis músculos se tensan y creo que no me van a responder.</p>	<p>Casi Siempre <input type="radio"/> Muchas Veces <input type="radio"/> A veces sí, A veces no <input type="radio"/> Pocas veces <input type="radio"/> Casi Nunca <input type="radio"/></p>
<p>24. Tengo momentos de desconcentración durante las competencias o partidos.</p>	<p>Casi Siempre <input type="radio"/> Muchas Veces <input type="radio"/> A veces sí, A veces no <input type="radio"/> Pocas veces <input type="radio"/> Casi Nunca <input type="radio"/></p>
<p>25. Antes de las competencias me visualizo superando situaciones difíciles y ejecutando acciones complejas.</p>	<p>Casi Siempre <input type="radio"/> Muchas Veces <input type="radio"/> A veces sí, A veces no <input type="radio"/> Pocas veces <input type="radio"/> Casi Nunca <input type="radio"/></p>
<p>26. Daría lo que fuera por desarrollar todo mi potencial y alcanzar la cumbre como deportista.</p>	<p>Casi Siempre <input type="radio"/> Muchas Veces <input type="radio"/> A veces sí, A veces no <input type="radio"/> Pocas veces <input type="radio"/> Casi Nunca <input type="radio"/></p>
<p>27. Entreno con una intensidad alta y positiva.</p>	<p>Casi Siempre <input type="radio"/> Muchas Veces <input type="radio"/> A veces sí, A veces <input type="radio"/> Pocas veces <input type="radio"/> Casi Nunca <input type="radio"/></p>

				no <input type="radio"/>
28. Controlando mi pensamiento puedo transformar estados de ánimo negativos en positivos.	Casi Siempre <input type="radio"/>	Muchas Veces <input type="radio"/>	A veces sí, A veces no <input type="radio"/>	Pocas veces <input type="radio"/>
29. Soy un/a deportista fuerte mentalmente.	Casi Siempre <input type="radio"/>	Muchas Veces <input type="radio"/>	A veces sí, A veces no <input type="radio"/>	Pocas veces <input type="radio"/>
30. Cuando compito, las situaciones incontrolables, como el viento, las trampas de los contrarios, los malos arbitrajes, me alteran y hacen que me derrumbe.	Casi Siempre <input type="radio"/>	Muchas Veces <input type="radio"/>	A veces sí, A veces no <input type="radio"/>	Pocas veces <input type="radio"/>
31. Durante las competencias o partidos pienso en errores pasados o en oportunidades perdidas.	Casi Siempre <input type="radio"/>	Muchas Veces <input type="radio"/>	A veces sí, A veces no <input type="radio"/>	Pocas veces <input type="radio"/>
32. Durante las competencias utilizo imágenes que me ayudan a rendir mejor.				

	<p>Casi Siempre <input type="radio"/></p> <p>Muchas Veces <input type="radio"/></p> <p>A veces sí, A veces no <input type="radio"/></p> <p>Pocas veces <input type="radio"/></p> <p>Casi Nunca <input type="radio"/></p>
33. Estoy aburrido/a y quemado/a con respecto a mi deporte.	<p>Casi Siempre <input type="radio"/></p> <p>Muchas Veces <input type="radio"/></p> <p>A veces sí, A veces no <input type="radio"/></p> <p>Pocas veces <input type="radio"/></p> <p>Casi Nunca <input type="radio"/></p>
34. Las situaciones difíciles para mí suponen un desafío y me inspiran.	<p>Casi Siempre <input type="radio"/></p> <p>Muchas Veces <input type="radio"/></p> <p>A veces sí, A veces no <input type="radio"/></p> <p>Pocas veces <input type="radio"/></p> <p>Casi Nunca <input type="radio"/></p>
35. Mi entrenador diría de mí que tengo una buena actitud.	<p>Casi Siempre <input type="radio"/></p> <p>Muchas Veces <input type="radio"/></p> <p>A veces sí, A veces no <input type="radio"/></p> <p>Pocas veces <input type="radio"/></p> <p>Casi Nunca <input type="radio"/></p>
36. La imagen que proyecto al exterior es la de ser un/a luchador/a.	<p>Casi Siempre <input type="radio"/></p> <p>Muchas Veces <input type="radio"/></p> <p>A veces sí, A veces no <input type="radio"/></p> <p>Pocas veces <input type="radio"/></p> <p>Casi Nunca <input type="radio"/></p>

<p>37. Puedo permanecer tranquilo/a durante las competencias aunque aparezcan problemas perturbadores.</p>	<p>Casi Siempre <input type="radio"/> Muchas Veces <input type="radio"/> A veces sí, A veces no <input type="radio"/> Pocas veces <input type="radio"/> Casi Nunca <input type="radio"/></p>
<p>38. Mi concentración se rompe fácilmente.</p>	<p>Casi Siempre <input type="radio"/> Muchas Veces <input type="radio"/> A veces sí, A veces no <input type="radio"/> Pocas veces <input type="radio"/> Casi Nunca <input type="radio"/></p>
<p>39. Cuando me visualizo compitiendo o entrenando, puedo ver y sentir las cosas de forma muy real.</p>	<p>Casi Siempre <input type="radio"/> Muchas Veces <input type="radio"/> A veces sí, A veces no <input type="radio"/> Pocas veces <input type="radio"/> Casi Nunca <input type="radio"/></p>
<p>40. Al despertar por las mañanas me siento entusiasmado/a en relación con mis entrenamientos y competencias.</p>	<p>Casi Siempre <input type="radio"/> Muchas Veces <input type="radio"/> A veces sí, A veces no <input type="radio"/> Pocas veces <input type="radio"/> Casi Nunca <input type="radio"/></p>
<p>41. Practicar este deporte me aporta un sentido genuino de disfrute y realización.</p>	<p>Casi Siempre <input type="radio"/> Muchas Veces <input type="radio"/> A veces sí, A veces <input type="radio"/> Pocas veces <input type="radio"/> Casi Nunca <input type="radio"/></p>

	<p style="text-align: center;">no <input type="radio"/></p>
<p>42. Yo puedo convertir una crisis en una oportunidad.</p>	<p style="text-align: center;">A veces sí, A Pocas veces veces veces <input type="radio"/></p> <p style="text-align: center;">Casi Siempre <input type="radio"/> Muchas Veces <input type="radio"/> Casi Nunca <input type="radio"/></p> <p style="text-align: center;">no <input type="radio"/></p>

ANEXO IV**CONSENTIMIENTO INFORMADO GRUPO EXPERIMENTAL**

Fecha: _____

Por medio de la presente, yo _____ entiendo y acepto que mi participación en las sesiones de investigación son totalmente voluntarias y en dado caso de así desearlo puedo parar mi participación ante situaciones de alta exigencia académica o por cuestiones de salud, que se notificará con al menos 5 días de antelación a la suspensión de la práctica. Sin recibir alguna penalización o perder mi lugar dentro del equipo.

Se autoriza brindar la siguiente información:

- Entiendo que se me podrán realizar diversas preguntas personales relacionadas con mi lesión deportiva, mi rendimiento dentro y fuera de la cancha antes, durante y después de la lesión.
- Entiendo que me pueden llegar a pedir que participe en diversas técnicas psicológicas que van relacionadas al trabajo de investigación de tesis.
- Entiendo y acepto que se trabajará a lo largo de 8 sesiones, con una durabilidad de 15 a 30 minutos por sesión.

La información que yo comente en las sesiones de investigación serán guardadas en confidencialidad, a menos que ocurra cualquiera de las siguientes situaciones:

- 1) Abuso a un menor, a una persona de la tercera edad o persona con discapacidad - Por ética, los psicólogos están obligados a reportar cualquier tipo de abuso a menores de edad, personas de la tercera edad o persona con algún tipo de discapacidad que llegue a ser reportado durante las sesiones.
- 2) Autolesiones – Por ética, toda amenaza de autolesión debe de ser tomada con seriedad. Si el atleta o entrenador amenaza con hacer daño a sí mismo, el psicólogo tiene que tomar acción para proteger a la persona y prevenir el daño. En estos casos, la confidencialidad tendrá que romperse hasta donde sea necesario para asegurar el bienestar de la persona.
- 3) Amenazas a otros – Por ética y legalidad, amenazas físicas hacia otra persona, tendrá que ser reportada a las autoridades y a la persona a la que está dirigida la amenaza.
- 4) Litigio – Si estas involucrado/a o anticipas litigio de algún tipo e informas a la corte de los servicios que obtuviste por mí parte, estarás permitiendo que se rompa la confidencialidad. Puedes consultar con un abogado sobre este asunto.

Por medio de este documento otorgo mi consentimiento informado para que se lleve a cabo el plan de trabajo que se ha detallado anteriormente relacionado con la investigación de tesis.

La firma de este documento avala que he entendido las limitaciones de confidencialidad, también he podido clarificar mis dudas y entender las limitaciones que anteriormente se explican.

Contacto de emergencia:

Firma del atleta

Nombre y firma del responsable
de la investigación

CONSENTIMIENTO INFORMADO GRUPO CONTROL

Fecha: _____

Por medio de la presente, yo _____ entiendo y acepto que mi participación en la investigación es totalmente voluntaria y en dado caso de así desearlo puedo parar mi participación ante situaciones de alta exigencia académica o por cuestiones de salud, que se notificará con al menos 5 días de antelación a la suspensión de la práctica. Sin recibir alguna penalización o perder mi lugar dentro del equipo.

Se autoriza brindar la siguiente información:

- Entiendo que se me podrán realizar diversas preguntas personales relacionadas con mi lesión deportiva, mi rendimiento dentro y fuera de la cancha antes, durante y después de la lesión.

La información que yo comente en la investigación será guardada en confidencialidad, a menos que ocurra cualquiera de las siguientes situaciones:

- 5) Abuso a un menor, a una persona de la tercera edad o persona con discapacidad - Por ética, los psicólogos están obligados a reportar cualquier tipo de abuso a menores de edad, personas de la tercera edad o persona con algún tipo de discapacidad que llegue a ser reportado durante las sesiones.
- 6) Autolesiones – Por ética, toda amenaza de autolesión debe de ser tomada con seriedad. Si el atleta o entrenador amenaza con hacer daño a sí mismo, el psicólogo tiene que tomar acción para proteger a la persona y prevenir el daño. En estos casos, la confidencialidad tendrá que romperse hasta donde sea necesario para asegurar el bienestar de la persona.
- 7) Amenazas a otros – Por ética y legalidad, amenazas físicas hacia otra persona, tendrá que ser reportada a las autoridades y a la persona a la que está dirigida la amenaza.
- 8) Litigio – Si estas involucrado/a o anticipas litigio de algún tipo e informas a la corte de los servicios que obtuviste por mí parte, estarás permitiendo que se rompa la confidencialidad. Puedes consultar con un abogado sobre este asunto.

Por medio de este documento otorgo mi consentimiento informado para que se lleve a cabo el plan de trabajo que se ha detallado anteriormente relacionado con la investigación de tesis.

La firma de este documento avala que he entendido las limitaciones de confidencialidad, también he podido clarificar mis dudas y entender las limitaciones que anteriormente se explican.

Contacto de emergencia:

Firma del atleta

Nombre y firma del responsable
de la investigación

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PADRE, MADRE O TUTOR

Fecha: _____

El presente documento es para brindarle la información relevante a usted, en su calidad de padre, madre o tutor del jugador a su cargo para permitir que este participe en el estudio de investigación de tesis.

Estudio de investigación de tesis: “ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN FUTBOLISTAS PARA LA AUTOCONFIANZA Y EL ESTRÉS TRAS UNA LESIÓN”.

Investigador responsable: Lic. Paul Edsel Cermeño Avila

En este estudio se trabajará con el jugador algunas estrategias de afrontamiento a través de diversas técnicas psicológicas durante 8 sesiones, con una duración de 15 a 30 minutos cada una, las cuales van relacionadas con su autoconfianza y estrés tras su lesión deportiva, estas son totalmente voluntarias y en dado caso de así desearlo puedo parar su participación ante situaciones de alta exigencia académica o por cuestiones de salud, la cual se notificarían con al menos 5 días de antelación a la suspensión de la práctica. Sin recibir alguna penalización o perder mi lugar dentro del equipo.

La información que se comente en las sesiones de investigación serán guardadas en confidencialidad y solo se utilizarán con fines de investigación para la tesis, a menos que durante las sesiones ocurra cualquiera de las siguientes situaciones:

- 1) Abuso a un menor, a una persona de la tercera edad o persona con discapacidad - Por ética, los psicólogos están obligados a reportar cualquier tipo de abuso a menores de edad, personas de la tercera edad o persona con algún tipo de discapacidad que llegue a ser reportado durante las sesiones.
- 2) Autolesiones – Por ética, toda amenaza de autolesión debe de ser tomada con seriedad. Si el atleta o entrenador amenaza con hacer daño a sí mismo, el psicólogo tiene que tomar acción para proteger a la persona y prevenir el daño. En estos casos, la confidencialidad tendrá que romperse hasta donde sea necesario para asegurar el bienestar de la persona.
- 3) Amenazas a otros – Por ética y legalidad, amenazas físicas hacia otra persona, tendrá que ser reportada a las autoridades y a la persona a la que está dirigida la amenaza.
- 4) Litigio – Si estas involucrado/a o anticipas litigio de algún tipo e informas a la corte de los servicios que obtuviste por mí parte, estarás permitiendo que se rompa la confidencialidad. Puedes consultar con un abogado sobre este asunto.

Por medio de este documento otorgo mi consentimiento informado para que se lleve a cabo el plan de trabajo que se ha detallado anteriormente relacionado con la investigación de tesis.

La firma de este documento avala que he entendido las limitaciones de confidencialidad, también he podido clarificar mis dudas y entender las limitaciones que anteriormente se explican.

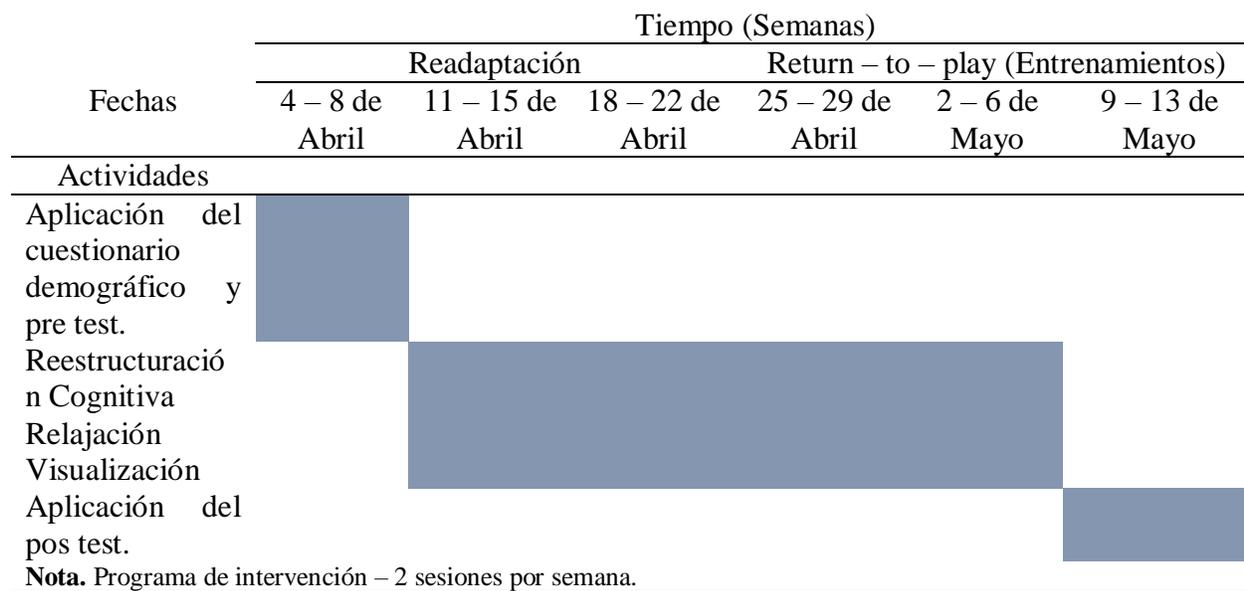
Firma del padre, madre
o tutor responsable

Nombre y firma del responsable
de la investigación

ANEXO V

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

DIAGRAMA DE GANTT



ANEXO VI

EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO DE PRÁCTICAS PROFESIONALES



RC-PP-007
Rev: 00-08/17

Dirección de Servicio Social y Prácticas Profesionales

Evaluación de Desempeño de Prácticas Profesionales

Datos del alumno

Matrícula:	2081433
Nombre del Alumno:	Paul Edsel Cermeño Avila
Facultad:	Posgrado conjunto entre FOD-FaPsi (Facultad de Organización Deportiva y Facultad de Psicología)
Carrera:	Maestría en Psicología del Deporte.

Datos de la Empresa:

Empresa:	Club Deportivo Guadalajara
Departamento:	Desarrollo Humano

Evaluación

	Excelente	Bueno	Regular	Malo
Asistencia	X			
Conducta	X			
Puntualidad	X			
Iniciativa		X		
Colaboración	X			
Comunicación	X			
Habilidad	X			
Resultados	X			
Conocimiento profesional de su carrera	X			



Amparo Maffey Tarazona

Firma, Nombre y puesto del jefe Inmediato
Sello de la Dependencia

Gerente Desarrollo Humano

Vigente a partir de: Agosto de 2022

ANEXO VII**RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO****PAUL EDSEL CERMEÑO AVILA**

Candidato para obtener el Grado de Maestría en Psicología del Deporte

Tesina

“ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN FUTBOLISTAS PARA LA AUTOCONFIANZA Y ESTRÉS TRAS UNA LESIÓN”**Campo temático:** Psicología del Deporte**Lugar y fecha de nacimiento:** Tepic, Nayarit, el 23 de Julio de 1995**Lugar de residencia:** Monterrey, Nuevo León.**Procedencia académica:** Universidad Autónoma de Nayarit (UAN)**Experiencia Propedéutica y/o Profesional:**

- Prácticas profesionales de la licenciatura de Psicología en CAPCI (Centro de Atención Psicoterapéutico para la Comunidad de Integro).
- Servicio social de la licenciatura de Psicología en CESAME (Centro de Salud Mental).
- Prácticas profesionales de la maestría en Psicología del Deporte en el equipo de Preselección Mexicana de Voleibol U 23.
- Prácticas profesionales de la maestría en Psicología del Deporte en el Club Deportivo Guadalajara (Chivas).