# UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

## FACULTAD DE ORGANIZACIÓN DEPORTIVA

**TESIS**

# PROGRAMA PSICOLÓGICO EN EL PROCESO DE REHABILITACIÓN EN LESIONES DEPORTIVAS

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA CULTURA FÍSICA**

**PRESENTA**

**YADIRA ELIZABETH SALCIDO OTÁÑEZ**

San Nicolás de los Garza, Nuevo León Enero 2025

# UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

## FACULTAD DE ORGANIZACIÓN DEPORTIVA

**TESIS**

# PROGRAMA PSICOLÓGICO EN EL PROCESO DE REHABILITACIÓN EN LESIONES DEPORTIVAS

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA CULTURA FÍSICA**

**PRESENTA**

**YADIRA ELIZABETH SALCIDO OTÁÑEZ**

**DIRECTOR DE TESIS**

**DRA. JEANETTE MAGNOLIA LÓPEZ WALLE**

**CO-DIRECTORES DE TESIS**

**DR. ROSENDO BERENGÜÍ GIL**

**DR. LUIS FELIPE REYNOSO SÁNCHEZ**

San Nicolás de los Garza, Nuevo León Enero 2025

UANL
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FOD
FACULTAD DE ORGANIZACIÓN DEPORTIVA

Dra. **Jeanette Magnolia López Walle**, Como Directora de Tesis interna de la Facultad de Organización Deportiva, acredito que el trabajo de tesis doctoral de la alumna: **Yadira Elizabeth Salcido Otáñez**, Titulado "**Programa Psicológico en el Proceso de Rehabilitación en Lesiones Deportivas**" se ha revisado y concluido satisfactoriamente, bajo los estatutos y lineamientos marcados en la guía de la escritura de tesis de doctorado, propuesta por el comité doctoral de nuestra facultad, recomendando dicha tesis para su defensa con opción al grado de **Doctora en Ciencias de la Cultura Física.**

Dra. Jeanette Magnolia López Walle
Directora de tesis doctoral

Dr. Jorge Isabel Zamarripa Rivera
Subdirector del Área de Posgrado e Investigación

San Nicolas de los Garza, N.L. Enero 2025

UANL
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FOD
FACULTAD DE ORGANIZACIÓN DEPORTIVA

**Programa Psicológico en el Proceso de Rehabilitación en Lesiones Deportivas**

Presentado por:

Yadira Elizabeth Salcido Otáñez

El presente trabajo fue realizado en la Facultad de Organización Deportiva de la Universidad Autónoma de Nuevo León y en Nombre de la (o las) institución (es) adjunta (s), bajo la dirección del (la) **Dra. Jeanette Magnolia López Walle y Dr. Rosendo Berengüí Gil**, como requisito para optar al grado de Doctora en Ciencias de la Cultura Física, programa conjunto con la Facultad de Ciencias de la Cultura Física de la Universidad Autónoma de Chihuahua.

Dra. Jeanette Magnolia López Walle
Directora de tesis doctoral

Dr. Rosendo Berengüí Gil
Co-Director de tesis doctoral

Dr. Luis Felipe Reynoso Sánchez
Co-Director de tesis doctoral

Dr. Jorge Isabel Zamarripa Rivera
Subdirector del Área de Posgrado e Investigación

San Nicolas de los Garza, N.L. Enero 2025

**Programa Psicológico en el Proceso de Rehabilitación en Lesiones Deportivas**

Presentado por:

Yadira Elizabeth Salcido Otáñez

Aprobación de la Tesis por el jurado de examen:

Dra. Abril Cabú Berrueto
Facultad de Organización Deportiva
Presidente

Dr. Francisco Javier Mendoza Farías
Facultad de Organización Deportiva
Vocal 2

Dr. Jorge Isabel Zamarripa Rivera
Facultad de Organización Deportiva
Secretario

Dra. Diana Magdalena Vargas Batres
Instituto de Educación de Aguascalientes
Vocal. 3

Dra. María Cristina Enríquez Reyna
Facultad de Organización Deportiva
Vocal 1

Dr. Oswaldo Ceballos Gurrola
Facultad de Organización Deportiva
Suplente

Dr. Jorge Isabel Zamarripa Rivera
Subdirector de Posgrado de Investigación Científica

# Tabla de contenido

**INTRODUCCIÓN** ..... **1**

**MARCO TEÓRICO** ..... **7**

LESIONES DEPORTIVAS ..... 7
*Epidemiología de las lesiones* ..... *9*
PSICOLOGÍA Y LESIONES ..... 10
*Modelo de Estrés y Lesión* ..... *12*
*Modelo Biopsicosocial de Rehabilitación de la Lesión Deportiva* ..... *14*
VARIABLES PSICOLÓGICAS ASOCIADAS DESDE LA PREDISPOSICIÓN HASTA LA READAPTACIÓN DEPORTIVA ..... 15
*Respuesta psicológica ante una lesión* ..... *16*
Depresión, Ansiedad y Estrés ..... 19
*Proceso psicológico en la recuperación de la lesión* ..... *22*
Habilidades de afrontamiento ..... 22
Motivación ..... 24
Estados de ánimo ..... 26
PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN EL MANEJO DE LAS LESIONES ..... 28
*Antecedentes de intervenciones en variables psicológicas* ..... *28*
*Terapia cognitivo conductual* ..... *33*

**METODOLOGÍA** ..... **35**

DISEÑO ..... 35
POBLACIÓN ..... 35
MUESTREO ..... 35
MUESTRA ..... 36
*Sujeto 1* ..... *36*
*Sujeto 2* ..... *36*
*Sujeto 3* ..... *37*
*Sujeto 4* ..... *37*
*Sujeto 5* ..... *38*
*Sujeto 6* ..... *38*
*Sujeto 7* ..... *39*
*Sujeto 8* ..... *39*
INSTRUMENTOS ..... 40
*Entrevista semi-estructurada* ..... *40*
*Cuestionarios psicológicos* ..... *40*
PROCEDIMIENTO ..... 43
*Presentación del proyecto* ..... *43*
*Aval del Comité de Ética en Investigación* ..... *43*
*Presentación ante los fisioterapeutas* ..... *44*
*Pilotaje* ..... *44*
*Selección de participantes* ..... *44*
*Evaluación pre y post* ..... *44*
PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA ..... 45
*Cronograma* ..... *45*
RECURSOS HUMANOS DEL PROYECTO ..... 46
PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS ..... 47

**RESULTADOS** ..... **48**

ANÁLISIS POR SUJETO ..... 49
*Sujeto1* ..... *49*
*Sujeto 2* ..... *58*
*Sujeto 3* ..... *66*
*Sujeto 4* ..... *74*
*Sujeto 5* ..... *82*
*Sujeto 6* ..... *90*
*Sujeto 7* ..... *98*
*Sujeto 8* ..... *106*

**DISCUSIONES Y CONCLUSIONES** ..... **114**

**REFERENCIAS** ..... **120**

**ANEXOS** ..... **133**

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA ..... 133
ESCALA DE DEPRESIÓN ANSIEDAD Y ESTRÉS (DASS-21) ..... 136
HABILIDADES PSICOLÓGICAS EN EL DEPORTE (ACSI-28) ..... 137
ESCALA DE MOTIVACIÓN EN EL DEPORTE (SMS-II) ..... 138
PERFIL DE ESTADOS DE ÁNIMO (POMS-VIC) ..... 139
INVENTARIO DE RESPUESTAS PSICOLÓGICAS A LAS LESIONES DEPORTIVAS (PRSII-19) ..... 140

# Índice de Tablas

**TABLA 1 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA 45**

**TABLA 2 RECURSOS HUMANOS DEL PROYECTO 46**

**TABLA 3 RESULTADOS DEL MÍNIMO CAMBIO APRECIABLE DE LOS DEPORTISTAS LESIONADOS. 48**

**TABLA 4 RESULTADOS CUALITATIVOS DE LA BITÁCORA DE LAS SESIONES DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA DEL SUJETO 1 57**

**TABLA 5 RESULTADOS CUALITATIVOS DE LA BITÁCORA DE LAS SESIONES DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA DEL SUJETO 2 65**

**TABLA 6 RESULTADOS CUALITATIVOS DE LA BITÁCORA DE LAS SESIONES DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA DEL SUJETO 3 73**

**TABLA 7 RESULTADOS CUALITATIVOS DE LA BITÁCORA DE LAS SESIONES DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA DEL SUJETO 4 81**

**TABLA 8 RESULTADOS CUALITATIVOS DE LA BITÁCORA DE LAS SESIONES DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA DEL SUJETO 5 89**

**TABLA 9 RESULTADOS CUALITATIVOS DE LA BITÁCORA DE LAS SESIONES DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA DEL SUJETO 6 97**

**TABLA 10 RESULTADOS CUALITATIVOS DE LA BITÁCORA DE LAS SESIONES DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA DEL SUJETO 7 105**

**TABLA 11 RESULTADOS CUALITATIVOS DE LA BITÁCORA DE LAS SESIONES DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA DEL SUJETO 8 113**

# Índice de Figuras


FIGURA 1. RESULTADOS DEL SUJETO 1 DE DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS ..... 50
FIGURA 2. RESULTADOS DEL SUJETO 1 DE LAS HABILIDADES DE AFRONTAMIENTO ..... 51
FIGURA 3. RESULTADOS DEL SUJETO 1 EN LA ESCALA DE MOTIVACIÓN EN EL DEPORTE REVISADA..... 52
FIGURA 4. RESULTADOS DEL SUJETO 1 DE LA RESPUESTA PSICOLÓGICA ANTE UNA LESIÓN ..... 53
FIGURA 5. SUJETO 1. RESULTADOS DEL POMS-VIC DIMENSIÓN INTENSIDAD ..... 54
FIGURA 6. SUJETO 1. RESULTADOS DEL POMS-VIC DIMENSIÓN VALORACIÓN..... 55
FIGURA 7. SUJETO 1. RESULTADOS DEL POMS-VIC DIMENSIÓN CONTROL..... 56
FIGURA 8. RESULTADOS DEL SUJETO 2 DE DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS ..... 58
FIGURA 9. RESULTADOS DEL SUJETO 2 DE LAS HABILIDADES DE AFRONTAMIENTO ..... 59
FIGURA 10. RESULTADOS DEL SUJETO 2 DE LA ESCALA DE MOTIVACIÓN EN EL DEPORTE REVISADA..... 60
FIGURA 11. RESULTADOS DEL SUJETO 2 DE LA RESPUESTA PSICOLÓGICA ANTE UNA LESIÓN ..... 61
FIGURA 12. SUJETO 2. RESULTADOS DEL POMS-VIC DIMENSIÓN INTENSIDAD ..... 62
FIGURA 13. SUJETO 2. RESULTADOS DEL POMS-VIC DIMENSIÓN VALORACIÓN..... 63
FIGURA 14. SUJETO 2. RESULTADOS DEL POMS-VIC DIMENSIÓN CONTROL..... 64
FIGURA 15. RESULTADOS DEL SUJETO 3 DE DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS ..... 66
FIGURA 16. RESULTADOS DEL SUJETO 3 DE LAS HABILIDADES DE AFRONTAMIENTO ..... 67
FIGURA 17. RESULTADOS DEL SUJETO 3 DE LA ESCALA DE MOTIVACIÓN EN EL DEPORTE REVISADA..... 68
FIGURA 18. RESULTADOS DEL SUJETO 3 DE LA RESPUESTA PSICOLÓGICA ANTE UNA LESIÓN ..... 69
FIGURA 19. SUJETO 3. RESULTADOS DEL POMS-VIC DIMENSIÓN INTENSIDAD ..... 70
FIGURA 20. SUJETO 3. RESULTADOS DEL POMS-VIC DIMENSIÓN VALORACIÓN..... 71
FIGURA 21. SUJETO 3. RESULTADOS DEL POMS-VIC DIMENSIÓN CONTROL..... 72
FIGURA 22. RESULTADOS DEL SUJETO 4 DE DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS ..... 74
FIGURA 23. RESULTADOS DEL SUJETO 4 DE LAS HABILIDADES DE AFRONTAMIENTO ..... 75
FIGURA 24. RESULTADOS DEL SUJETO 4 DE LA ESCALA DE MOTIVACIÓN EN EL DEPORTE REVISADA..... 76
FIGURA 25. RESULTADOS DEL SUJETO 4 DE LA RESPUESTA PSICOLÓGICA ANTE UNA LESIÓN ..... 77
FIGURA 26. SUJETO 4. RESULTADOS DEL POMS-VIC DIMENSIÓN INTENSIDAD ..... 78
FIGURA 27. SUJETO 4. RESULTADOS DEL POMS-VIC DIMENSIÓN VALORACIÓN..... 79
FIGURA 28. SUJETO 4. RESULTADOS DEL POMS-VIC DIMENSIÓN CONTROL..... 80
FIGURA 29. RESULTADOS DEL SUJETO 5 DE DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS ..... 82
FIGURA 30. RESULTADOS DEL SUJETO 5 DE LAS HABILIDADES DE AFRONTAMIENTO ..... 83
FIGURA 31. RESULTADOS DEL SUJETO 5 DE LA ESCALA DE MOTIVACIÓN EN EL DEPORTE REVISADA..... 84
FIGURA 32. RESULTADOS DEL SUJETO 5 DE LA RESPUESTA PSICOLÓGICA ANTE UNA LESIÓN ..... 85

**FIGURA 33. SUJETO 5. RESULTADOS DEL POMS-VIC DIMENSIÓN INTENSIDAD ..... 86**
**FIGURA 34. SUJETO 5. RESULTADOS DEL POMS-VIC DIMENSIÓN VALORACIÓN..... 87**
**FIGURA 35. SUJETO 5. RESULTADOS DEL POMS-VIC DIMENSIÓN CONTROL..... 88**
**FIGURA 36. RESULTADOS DEL SUJETO 6 DE DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS ..... 90**
**FIGURA 37. RESULTADOS DEL SUJETO 6 DE LAS HABILIDADES DE AFRONTAMIENTO ..... 91**
**FIGURA 38. RESULTADOS DEL SUJETO 6 DE LA ESCALA DE MOTIVACIÓN EN EL DEPORTE REVISADA..... 92**
**FIGURA 39. RESULTADOS DEL SUJETO 6 DE LA RESPUESTA PSICOLÓGICA ANTE UNA LESIÓN..... 93**
**FIGURA 40. SUJETO 6. RESULTADOS DEL POMS-VIC DIMENSIÓN INTENSIDAD ..... 94**
**FIGURA 41. SUJETO 6. RESULTADOS DEL POMS-VIC DIMENSIÓN VALORACIÓN..... 95**
**FIGURA 42. SUJETO 6. RESULTADOS DEL POMS-VIC DIMENSIÓN CONTROL..... 96**
**FIGURA 43. RESULTADOS DEL SUJETO 7 DE DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS ..... 98**
**FIGURA 44. RESULTADOS DEL SUJETO 7 DE LAS HABILIDADES DE AFRONTAMIENTO ..... 99**
**FIGURA 45. RESULTADOS DEL SUJETO 7 DE LA ESCALA DE MOTIVACIÓN EN EL DEPORTE REVISADA.....100**
**FIGURA 46. RESULTADOS DEL SUJETO 7 DE LA RESPUESTA PSICOLÓGICA ANTE UNA LESIÓN.....101**
**FIGURA 47. SUJETO 7. RESULTADOS DEL POMS-VIC DIMENSIÓN INTENSIDAD .....102**
**FIGURA 48. SUJETO 7. RESULTADOS DEL POMS-VIC DIMENSIÓN VALORACIÓN.....103**
**FIGURA 49. SUJETO 7. RESULTADOS DEL POMS-VIC DIMENSIÓN CONTROL.....104**
**FIGURA 50. RESULTADOS DEL SUJETO 8 DE DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS .....106**
**FIGURA 51. RESULTADOS DEL SUJETO 8 DE LAS HABILIDADES DE AFRONTAMIENTO .....107**
**FIGURA 52. RESULTADOS DEL SUJETO 8 DE LA ESCALA DE MOTIVACIÓN EN EL DEPORTE REVISADA.....108**
**FIGURA 53. RESULTADOS DEL SUJETO 8 DE LA RESPUESTA PSICOLÓGICA ANTE UNA LESIÓN.....109**
**FIGURA 54. SUJETO 8. RESULTADOS DEL POMS-VIC DIMENSIÓN INTENSIDAD .....110**
**FIGURA 55. SUJETO 8. RESULTADOS DEL POMS-VIC DIMENSIÓN VALORACIÓN.....111**
**FIGURA 56. SUJETO 8. RESULTADOS DEL POMS-VIC DIMENSIÓN CONTROL.....112**

# Introducción

La práctica deportiva genera muchos beneficios para la salud y cada vez aumenta la cantidad de personas que realizan actividad física, ya sea por competir o de manera recreativa (Castro et al., 2016), y ante la constante participación en el deporte y ejercicio, las lesiones se convierten en un subproducto de estas actividades (Abenza et al., 2010; Bahr y Krosshaug, 2005; Brewer, 1998; Olmedilla et al., 2010). Este incremento en el ejercicio y el deporte ha generado un incremento de forma proporcional en la aparición de lesiones deportivas, es decir, a mayor y mala práctica, más posibilidades de padecer una lesión (Alvarado et al., 2011; Fariña et al., 2016).

Se ha demostrado que los deportistas profesionales al ser sometidos a exigencias psicofisiológicas son propensos a presentar una lesión y también sucede con las personas que practican el deporte de forma recreativa, debido a las exigencias excesivas que lleva a realizar conductas que ponen en riesgo su integridad física (Latorre y Pantoja, 2013). El mayor problema ante una lesión desde la perspectiva psicológica es como ésta afecta al deportista, tanto en su proceso de rehabilitación como en la continuación de la actividad deportiva (Abenza et al., 2010).

Asimismo, debido a la gran cantidad de personas lesionadas que dejan su tratamiento inconcluso o regresan a sus actividades sin recibir el tratamiento adecuado, corren el riesgo de volverse a lesionar (Abenza et al., 2011).

Otra consecuencia asociada a las lesiones deportivas es la variación en el estado de ánimo, lo cual puede ser determinante para la recuperación (Castro et al., 2016). Además, las repercusiones no sólo han sido en el aspecto emocional, sino también, en los procesos cognitivos (Franco y Martínez, 2018; Moreno-Tenas, 2018) y conductuales (Catalá y Peñacoba, 2020). Desde la psicología del deporte se han abordado diferentes variables que repercuten en la rehabilitación y readaptación en el deporte, específicamente en la resiliencia (Ríos et al., 2021), ya que, esta última resulta ser un elemento fundamental para la adherencia a los programas fisioterapéuticos.

Las lesiones a su vez representan un evento traumático que limita a la persona y que viene acompañado de estados negativos, como el miedo, la baja autoestima, la baja confianza, la tensión, entre otros, ocasionando que el deportista tenga una mala visión sobre el proceso de rehabilitación, incluso los lleva a pensar en la retirada deportiva (Franco y Martínez, 2018). La literatura ha reportado, que después de la lesión existe un aumento de ansiedad somática y cognitiva, depresión (Olmedilla et al., 2014) y estrés (Pedrosa et al., 2012); y si el deportista no está física ni psicológicamente preparado para reintegrarse al deporte, llegará a complicar el tratamiento, facilitando la aparición de una recaída o una nueva lesión (Franco y Martínez, 2018).

Es importante destacar que todos los deportes pueden presentar diversos tipos de lesiones tanto en entrenamientos como en competencias, especialmente en los deportes con características de contacto físico directo con el contrincante y a pesar del uso de equipo para mayor protección, el riesgo de una lesión siempre está presente, ya sea por una mala ejecución de la técnica o una mala caída, entre otros factores (Berengüí et al., 2011; Correa-Mesa et al., 2016; Ramos y Martínez, 2010; Sancho y Villarmín, 2012).

Desde hace varios años, en todo proceso de rehabilitación, los especialistas que frecuentemente están inmersos son el médico del deporte, el rehabilitador, el fisioterapeuta, el readaptador deportivo y el entrenador, y fue hasta en la década de los setenta cuando se le empezó a dar lugar al psicólogo deportivo, esto debido a las constantes investigaciones publicadas sobre lesiones, resaltando la relación que existe sobre constructos psicológicos y la prevalencia de lesiones, y concluyendo que el apoyo psicológico forma parte importante para los deportistas ante este proceso (Abenza et al., 2010; Brewer, 1998; Franco y Martínez, 2018). Mediante diferentes intervenciones se ha buscado entrenar las habilidades para el adecuado funcionamiento de las emociones, pensamientos y conductas, para el establecimiento y cumplimiento de objetivos y metas, mediante la aplicación de principios, técnicas y medios, con el fin de que los deportistas comprendan sus

debilidades y fortalezas para afrontar su proceso de recuperación (Franco y Martínez, 2018).

Existen diversos modelos en torno a las lesiones deportivas, siendo la vulnerabilidad a la lesión uno de los más investigados. Andersen y Williams (1988) plantearon un modelo sobre el Estrés y Lesión, el cual menciona que el estrés es un factor psicológico que afecta directamente a la atención, la concentración y los procesos fisiológicos del deportista, generando un bajo rendimiento o mala ejecución de la técnica, lo que incrementa la desprotección del deportista y como consecuencia el surgimiento de una lesión. Otros modelos biopsicosociales como el de Brewer et al. (2002) y Wiese-Bjornstal et al. (1998) enfatizan cómo las respuestas psicológicas a las lesiones deportivas interactúan durante la rehabilitación (Brewer y Redmond, 2017; Riaño et al., 2024), integrando factores personales y situacionales, y dan lugar a respuestas cognitivas, emocionales y conductuales (Brewer y Redmond, 2017; Wiese-Bjornstal et al., 1998).

Con lo anterior se demuestra que, existe la necesidad de establecer una intervención psicológica en cada una de las etapas de la rehabilitación (Ortín et al., 2014).

El modelo de Andersen y Williams (1988) sobre la vulnerabilidad a la lesión señala que un alto nivel de estrés que presenta el deportista, puede ser debido a la ausencia de recursos para estrategias de afrontamiento ante una lesión, así como el escaso apoyo social durante el proceso del regreso a la actividad deportiva; aunado a las características de personalidad del deportista, así como a sus pensamientos asociados al rendimiento, sentimientos y emociones (Berengüí y Puga, 2015; González-Reyes et al., 2017). Las variables psicológicas más trabajadas durante el proceso de rehabilitación para el mantenimiento y la adherencia son: la autodeterminación, motivación, manejo de ansiedad, autoconfianza, atención, control cognitivo y el establecimiento de metas (Catalá et al., 2021; Cupal y Brewer, 2001; Edvardsson et al., 2012; Evans y Hardy, 2002; González-Reyes et al., 2017; Johnson, 2000; Noh et al., 2007).

A pesar de que se ha demostrado mediante investigaciones la importancia y necesidad de integrar el apoyo psicológico en programas de rehabilitación, se encontraron pocas publicaciones actuales sobre programas multidisciplinarios (Catalá et al., 2021; García-Mas et al., 2014; Ortín et al., 2014; Palmi y Solé, 2019). Johnson (2000) resaltaba el limitado apoyo empírico que existe sobre el uso de intervenciones psicológicas con deportistas lesionados, y por tanto, se realza la importancia y necesidad de analizar el tratamiento en una forma conjunta.

Las intervenciones psicológicas son efectivas y coadyuvan a los tratamientos de fisioterapia con el fin de reducir la probabilidad de lesiones, ya que reducen la magnitud de la percepción del estrés (Traversi, 2018) y resultan clave para la recuperación, generando así mayor bienestar, lo que produce un mejor manejo de la lesión en su entorno social (Ortín et al., 2014). Por lo anterior, toda intervención ya sea para prevenir, tratar o regresar a la práctica deportiva, buscará que el deportista sea capaz de controlar su ansiedad, tenga mayor confianza con el equipo multidisciplinar, además de disminuir la vulnerabilidad a las lesiones y aumentar las respuestas adaptativas emocionales y psicológicas en el proceso de rehabilitación (Moreno-Tenas, 2018; Ortín et al., 2014; Palmi, 1995), trabajando especialmente técnicas como control de la respiración, relajación, visualización, parada de pensamiento, restructuración cognitiva, entre otras (Edvardsson et al., 2012).

De acuerdo con la literatura, las diversas variables psicológicas tienen una influencia, que afecta en distinto grado, en la manifestación de lesiones, seguimiento de la rehabilitación y readaptación deportiva son: estilo de afrontamiento, autoconfianza y estados de ánimo (Berengüí y Puga, 2015; Ríos et al., 2021). Para trabajar estas variables es importante implementar estrategias como el establecimiento de metas y autoconocimiento que le permitan al deportista fortalecer su adherencia al tratamiento, mejorando tanto su autoconfianza, motivación, y autoeficacia, al ser capaz de conocer y reconocer su avance en el tratamiento a su lesión e identificar sus cambios personales producto del proceso terapéutico, impactando así, en un regreso a la actividad deportiva con mayor éxito.

En cuanto al regreso a la actividad deportiva se ha demostrado que existe el miedo de una recaída. Kvist et al. (2005) consideran que algunos deportistas no se sienten capaces de regresar a su deporte después de la lesión, e incluso disminuye su nivel de actividad deportiva por el miedo de volverse a lesionar, experimentando emociones desagradables como disminución de la autoconfianza. Lo anterior ocasiona que el deportista tenga una vulnerabilidad en el regreso a su actividad, debido a la negativa percepción que tiene de sí mismo, de su rendimiento y de sus sentimientos/emociones (García-Mas et al., 2014; Prieto et al., 2014). Por tanto, es importante vincular tanto los modelos de predisposición a la lesión, como los modelos que se asocian con la rehabilitación.

Por todo lo anterior, es importante generar un programa psicológico aplicado a deportistas lesionados que coadyuve a la rehabilitación física, de esta manera, se pone a prueba un proyecto interdisciplinario (psicología y fisioterapia) para que al mejorar ciertas habilidades psicológicas le permita desempeñarse de forma óptima y mejorar el bienestar del deportista durante el tratamiento hasta su regreso a sus actividades deportivas; además, integrar formas de evaluación tanto de tipo cuantitativo como cualitativo. Por lo que surge la siguiente pregunta de investigación ¿Participar en un programa de intervención psicológica y de rehabilitación permitirá al atleta tener mejores habilidades de afrontamiento y estado de ánimo propicio para su retorno deportivo?

El **propósito** del estudio es poner a prueba un programa de intervención psicológica que coadyuve a la rehabilitación física para disminuir la ansiedad, depresión y estrés, y aumentar las habilidades de afrontamiento, motivación y estados de ánimo en deportistas lesionados.

Con base al objetivo general, se han planteado dos objetivos específicos:

1) Analizar y comparar los niveles de ansiedad, depresión, estrés, habilidades de afrontamiento, motivación y estados de ánimo en deportistas lesionados antes y después de su participación en el programa de intervención psicológica.

2) Identificar la asociación de las bitácoras diarias con los niveles de ansiedad, depresión, estrés, habilidades de afrontamiento, motivación y estados de ánimo en deportistas lesionados durante su participación en el programa de intervención psicológica.

Para dar respuesta a los objetivos de esta tesis, precisa decir que la tesis doctoral está dividida en 4 capítulos. En la introducción se abordará el planteamiento del problema, objetivos e hipótesis. En el capítulo 1, se desarrolla la definición de las lesiones deportivas además de su epidemiología, también se aborda la psicología deportiva con lesiones deportivas junto con teorías, modelos y variables psicológicas asociadas desde la predisposición hasta la readaptación deportiva y por último, los programas de intervención psicológica que se han utilizado en el manejo de las lesiones. En el capítulo 2, se desarrolla la metodología del estudio, considerando el tipo, diseño, participantes, instrumentos de evaluación y procedimiento. El capítulo 3 se presenta por sujeto, uno por uno, los resultados descriptivos obtenidos en cada uno de los instrumentos, así como el contraste de los resultados con las bitácoras registradas durante las intervenciones psicológicas, por último, en el capítulo 4, se plasman las discusiones y conclusiones de este estudio presentando los resultados de forma general de los 8 deportistas de este programa, así como la relación que existe con diversos trabajos científicos, terminando con una conclusión del programa y con las limitaciones que se presentaron para considerarse en futuros trabajos.

# Marco Teórico

## Lesiones deportivas

La práctica deportiva implica un riesgo notable de padecer lesiones, tanto para los deportistas de elite, así como también en personas que hacen actividades físicas recreativas (Bahr y Krosshaug, 2005; Edvardsson et al., 2012; Olmedilla et al., 2014). Las personas con mayor probabilidad de riesgo de sufrir una lesión son los jóvenes y los adultos mayores, especialmente estos últimos son los que pueden presentar una lesión de mayor gravedad y necesitan más tiempo para una adecuada recuperación (Alvarado et al., 2011).

Se entiende por lesión como aquella que implica una modificación o interrupción del proceso de entrenamiento (Alvarado et al., 2011), limitando la participación atlética por lo menos el día después de sufrir una lesión (Ramos y Martínez, 2010). Conlleva mal funcionamiento del organismo que genera dolor, limitando la actividad deportiva o un mal desempeño durante las actividades, provocando cambios, modificaciones, pausas, tanto en el entorno deportivo como en actividades extradeportivas, personales y familiares (Berengüí et al., 2013; Olmedilla et al., 2006).

Es importante destacar que toda aparición de la lesión dependerá tanto del nivel de deportista como de las horas de entrenamiento y de las exigencias físicas y/o psicológicas, así como las faltas de descansos correctos después de una carga alta durante una temporada (Berengüí et al., 2013; Soligard et al., 2016). Además las lesiones deportivas no pueden ser generalizadas debido a que dependerán de las características de un deporte concreto, del tipo y severidad de las actividades que se realizan en el mismo (García-Mas et al., 2014). Por ejemplo, no podemos comparar las actividades realizadas por el equipo de futbol americano con el equipo de tiro con arco, debido a la diferencia de demandas que tiene cada deporte, pero a pesar de eso, la mayoría de las lesiones en los deportes suelen suceder en acontecimientos de alta competición y en entrenamientos (Olmedilla y García-Mas, 2009).

Las lesiones ya sea por recaída o por sobreuso, suelen ser frecuentemente el esguince de tobillo, tendinopatía de hombro, sobrecarga lumbar, contusión en pierna y tendinopatía de rodilla (Berengüí et al., 2017).

De acuerdo con la clasificación otorgada por Hägglund et al. (2005) existen lesiones traumáticas y por sobreuso. Entre las traumáticas se puede diferenciar: esguince (lesión aguda en ligamentos o articulación); distensión (lesión en músculos y tendones); contusión (golpe en alguna parte del cuerpo sin producir una herida exterior); fractura (rotura de hueso); luxación (desplazamiento parcial o completo de articulación o partes óseas); otras lesiones: por ejemplo, heridas, conmoción cerebral, etc. Por otra parte, las lesiones por sobreuso constituyen un síndrome doloroso del sistema musculoesquelético, con inicio insidioso y sin ningún tipo de trauma o enfermedad conocida que pudiera haber dado síntomas previos. A partir de esta clasificación, las lesiones traumáticas son producidas por algún incidente en específico, y las de sobreuso son debidas a las repetidas tensiones que presenta el tejido, generando un micro trauma en los tendones, huesos y articulaciones que al pasar el tiempo se desarrollan (Berengüí et al., 2017).

Varios autores indican que las fracturas, luxaciones y esguinces son las lesiones más comunes (Berengüí et al., 2013; Correa-Mesa et al., 2016; Ramos y Martínez, 2010; Sancho y Villarmín, 2012). Asimismo, además de las lesiones musculares, hay otro tipo de lesión frecuente que puede generar molestias similares pero con menor gravedad, la cual se le conoce como *Domat*, consiste en la rotura de los tejidos conectivo y contráctil debido a un ejercicio físico intenso, donde el individuo no entrenado o al no estar relacionado con la actividad suelen presentar este tipo de lesiones, la cual suele aparecer entre 24 a 72 horas después y se presentan especialmente en personas que realizan actividades en gimnasios o CrossFit al momento de exigirse más cargas y horas de entrenamiento (citado por Alvarado et al., 2011).

En cuanto a los factores de peligro ante una lesión, es importante considerar que las lesiones no resultan por una sola razón, sino que pueden surgir de muchas formas y por los factores que interaccionan simultáneamente (Berengüí y Pelegrín,

2018): internos o intrínsecos del deportista (por ejemplo, la edad, su estado de salud o determinados aspectos técnicos), y externos o extrínsecos (por ejemplo, el comportamiento de otros deportistas, las condiciones ambientales o el tipo de deporte concreto que se practica).

Autores como Ortín (2010) demostraron que las lesiones son producidas mayormente por un contaco de otro deportista a medida que aumentan los entrenamientos, mientras que, las demás lesiones se producían después de una derrota, una semana posterior a un empate o una semana después de una victoria, además de llegar a la conclusión de que cuando el equipo se encuentra en una situación constante de derrota aumenta la probabilidad de presentar una lesión (Olmedilla y García-Mas, 2009).

Dejando en claro la definición de lesión, así como los elementos que la conforman, a continuación, se abordará la epidemiología de las lesiones a nivel global y nacional, enfocándose luego en el tema de la psicología y lesiones, las variables implicadas en el proceso de recuperación ante una lesión, así como los tipos de intervenciones y programas publicados desde lo cuantitativo como lo cualitativo, terminando con el tema de terapia cognitivo-conductual, siendo este mismo el más utilizado en los programas de intervención en deportistas lesionados.

### *Epidemiología de las lesiones*

Existen diversos estudios epidemiológicos que hablan sobre las lesiones deportivas. En el Reino Unido se realizó una encuesta en la que se concluyó que las principales fuentes de lesiones físicas experimentadas fueron secundarias a la realización de ejercicio físico (Brewer, 1998). Por otra parte, un estudio realizado en Escandinavia reveló que las lesiones deportivas más comunes tratadas en emergencias fueron lesiones de tobillos y rodillas (Bahr y Krosshaug, 2005). En los Estados Unidos, se considera que cada año alrededor de 3 a 17 millones de lesiones están relacionadas al deporte, la actividad física y la recreación (Brewer, 1998). Por último, en Europa más de ocho millones de lesiones deportivas son tratadas cada año (Edvardsson et al., 2012), incluso se considera que, en Europa, anualmente más

de diez millones de personas tienen una lesión vinculada al deporte que necesita de atención médica (Fariña et al., 2016).

En México, aunque no se cuentan con estudios epidemiológicos sobre la incidencia de las lesiones deportivas, se ha demostrado que las lesiones músculo esqueléticas son un problema muy frecuente en este país (Alvarado et al., 2011). En la Secretaría de Salud se determinó en el año 2016, que del 10 al 15% de la comunidad deportiva sufren lesiones, especialmente los jóvenes (Secretaría de Salud, 2016). En el 2013 la INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía) creó el Módulo de Práctica Deportiva y Ejercicio Físico (MOPRADEF) que mide anualmente, la participación en actividades físicas o deportivas en personas mayores de edad, sin embargo, aún no se cuenta con una base de datos de lesiones deportivas. En la actualidad, de acuerdo con el blog *Journey Sports* (n.d.)(16 de abril de 2020) no hay datos públicos sobre estos índices en México.

Diversos estudios han determinado que algunos de los deportes con mayor índice de lesiones son los de combate, como taekwondo, karate y lucha olímpica, por mencionar algunos (Berengüí et al., 2011, Berengüí et al., 2013). En el trabajo de Zetou et al. (2006) mencionan que las zonas del cuerpo que presentan mayor cantidad de lesiones son las extremidades inferiores como rodillas y tobillos, y en las extremidades superiores, los hombros. Específicamente, la contusión y laceración representaron un 41.4% de la población, siguiendo con esguince (empeine, dedos y tobillo) con un 30.5%, lesiones de rodilla 13.5%, rotura de cadera 11. 2% y fractura de nariz 3.4%, por tanto, resaltan la necesidad de intervenir de forma prioritaria en deportistas con lesiones de contusión y esguince al ser las lesiones de mayor frecuencia (citado por Ramos y Martínez, 2010).

## Psicología y lesiones

La investigación científica de la psicología del deporte relacionada a las lesiones deportivas ha estado creciendo paulatinamente y aunque exista poca literatura sobre las condiciones prácticas que enfrentan los psicólogos deportivos, se ha logrado demostrar el gran potencial de oportunidades para la aplicación de la

psicología en el campo del deporte (Brewer, 1998). Demostrando que los artículos publicados sobre lesiones deportivas tienen un enfoque común, el cual es obtener mayor comprensión de los aspectos psicológicos que se relacionan con las lesiones, con la intención de ayudar a mejorar a los deportistas o participantes de la actividad física (Brewer, 1998; Fernández et al., 2014; González-Reyes et al., 2017).

Tal y como se mencionaba previamente, los factores psicológicos son los principales indicadores que se relacionan con el riesgo de padecer una lesión deportiva, y tienen también una especial relevancia en el proceso de recuperación (Berengüí, 2011). En los recientes años, la psicología del deporte se ha enfocado en la investigación sobre las lesiones, empezando a destacar la relación que existe con el perfil de personalidad del deportista, debido a que marca una pauta entre la capacidad del deportista de adaptarse o no a las situaciones estresantes (Berengüí et al., 2011; Prieto et al., 2014; Sancho y Villarmín, 2012). En el caso de las personas que presentan un alto índice de ansiedad suelen ser muy aprensivos y tensos teniendo dificultades para controlar sus emociones o reacciones en situaciones estresantes, teniendo mayor posibilidad de presentar lesiones (Berengüí, Garcés de Los Fayos et al., 2013). Un estudio realizado por Sancho y Villarmín (2012) destacan que los deportistas lesionados registraron un deterioro psicológico siendo la frustración con mayor puntuación, seguida de estrés y ligeramente depresión. Siguiendo esta línea, se considera un deportista vulnerable a las lesiones como aquel que presenta una baja personalidad resistente, altos niveles de ansiedad, baja motivación, o bien, motivación orientada a evitar el fracaso (Prieto et al., 2014). De tal forma que, se genera un déficit atencional aumentando la tensión muscular y afectando a los factores moduladores del estrés (Olmedilla et al., 2006).

Es por ello que se ha considerado que durante el proceso de rehabilitación es fundamental considerar la vulnerabilidad del deportista hacia la lesión, los pensamientos asociados a su rendimiento, su percepción actual ante la lesión y, sentimientos y/o emociones durante el proceso de rehabilitación, debido a que se ha confirmado que los deportistas con baja autoconfianza, tensión psicológica y evaluación negativa ante la lesión son propensos a lesionarse, siendo estos,

incapaces de afrontar las exigencias de la actividad, debido al nivel de ansiedad que presentan, afectando la forma de gestionar sus emociones, su proceso de rehabilitación y su regreso a la actividad física (Berengüí et al., 2017; Garcia-Mas et al., 2014; Olmedilla et al., 2006).

A continuación, desglosaremos el soporte teórico que avala la relación entre psicología y lesiones. En primer lugar, abordaremos las teorías o modelos que subyacen dicha relación (psicología y lesiones); posteriormente, la identificación de las variables psicológicas más estudiadas en asociación con la predisposición, rehabilitación y readaptación de las lesiones; por último, las diferentes metodologías utilizadas (tipos de diseños, poblaciones, instrumentos, procedimientos) en los diferentes estudios de intervención.

### *Modelo de Estrés y Lesión*

Actualmente existen muy pocos datos objetivos sobre teorías y modelos sobre lesiones deportivas en temas como la incidencia, la prevalencia y el impacto tanto en lo social, psicológico, y lo laboral (Olmedilla y García-Mas, 2009). A lo largo de las diversas investigaciones psicológicas sobre lesiones, se han planteado diversos modelos, pero el más famoso y utilizado ha sido el de Estrés y Lesión propuesto por Andersen y Williams en 1988, con su posterior revisión por Williams y Andersen en 1998. Este modelo se destaca por analizar las variables psicológicas que predisponen a una lesión, resaltando la relación que puede existir entre las variables de estrés, personalidad y estrategias de afrontamiento con las lesiones.

El estrés implica un desbalance en el individuo para poder afrontar de manera adecuada la situación estresante y ante el aumento del estrés su capacidad cognitiva se verá afectada, además de sus respuestas fisiológicas y la atención, llevando a interpretar la situación como una amenaza, aumentando la ansiedad y estados negativos, produciendo así niveles altos de tensión muscular y falta de concentración (Berengüí y Puga, 2015; Clement et al., 2013; Fariña et al., 2016; Garcia-Mas et al., 2014; González-Reyes et al., 2017; Liberal et al., 2014; Moo y Góngora, 2017; Olmedilla et al., 2006; 2010; 2014; Palmi 2014; Palmi y Solé, 2019; Pedrosa et al., 2012; Prieto, 2015; Ríos et al., 2021; Rubio et al., 2014; Traversi, 2018). Es

importante aclarar que dependiendo de cómo el deportista evalúe cognitivamente la situación, esto es, que lo vea como una amenaza o reto, el resultado emocional y conductual de sus respuestas a la lesión será lo que determinará si esta lo afectará psicológicamente y así generar los resultados de recuperación (Clement et al., 2013).

El modelo propuesto por Andersen y Williams explica claramente la relación del estrés y la lesión, y este es un modelo integrado que busca dar respuesta psicológica sobre la correlación de los elementos fundamentales de la personalidad con respecto al deporte competitivo, destacando una personalidad resistente, además de variables como ansiedad compettiva y competitividad, contemplando las emociones, las respuestas cognitivas y la conducta del deportista (Palmi y Solé, 2014; Prieto et al., 2014; Traversi, 2018). Estos factores psicosociales son un predictor de lesiones recurrentes y determinantes para el deportista (Van Lerssel et al., 2022).

Por esta razón autores como Wiese-Bjornstal (2010) y Olmedilla y García-Mas (2009) buscaron crear un modelo global sobre las lesiones deportivas con la finalidad de tener una visión más amplia las lesiones deportivas. Mencionan que existen cinco líneas fundamentales de exploración sobre los factores psicológicos que tienen gran importancia: 1) Conocer las variables que se asocian con frecuencia en la aparición de lesiones, examinando especialmente la magnitud de estas y en ocasiones el tipo de lesión, con el fin de determinar qué relación existe entre los factores psicológicos y la vulnerabilidad; 2) Estudiar la apreciación de los deportistas sobre la relevancia y relación de las causas de las lesiones con los factores psicológicos; 3) Determinar el grado de influencia del historial de lesiones y en que se relaciona con la psicología del deportista; 4) Investigar la relación emocional y psicológica con la lesión, asociando las conductas de adherencia a la rehabilitación, estudiando especialmente las experiencias de los deportistas al regreso a la actividad física, en temas como el miedo a la recaída y sus consecuencias psicológicas; y, por último, 5) El establecimiento de programas psicológicos de intervención para la prevención y rehabilitación de lesiones.

### *Modelo Biopsicosocial de Rehabilitación de la Lesión Deportiva*

Existen dos modelos en estos últimos años que han sido primordiales para la investigación sobre aspectos psicológicos en la recuperación de las lesiones deportivas.

El Modelo integrado de respuesta psicológica a la lesión deportiva y el proceso de rehabilitación propuesto por Wiese-Bjornstal et al. (1998) sostiene que la reacción del deportista ante la lesión está influenciada tanto por variables previas a la lesión como por variables posteriores a ella. El impacto psicológico que la lesión puede tener sobre el deportista, y su adherencia a la rehabilitación, depende de diferentes factores moderadores, tanto personales como situacionales que están relacionados y afectan a la valoración cognitiva o interpretación de la lesión, y esta valoración a su vez, repercute en las respuestas conductuales, emocionales y en las consecuencias de la recuperación (Berengüí, 2011). Entre los factores personales, destacan los psicológicos (por ejemplo, la personalidad y los estados de ánimo), demográficos (como el género, la edad o el estatus socioeconómico), y físicos (el estado de salud o la presencia de otros trastornos). En cuanto a los factores situacionales, sobresalen los deportivos (por ejemplo, el nivel de rendimiento deportivo, el tipo de actividad o el momento de la temporada), los factores sociales (e.g., la influencia de los compañeros de equipo o el entrenador, y el apoyo social), y los factores ambientales (como el entorno o la accesibilidad a la rehabilitación) (Berengüí y Ríos, 2024).

Por su parte, el Modelo Biopsicosocial de Rehabilitación de la Lesión Deportiva (Brewer et al., 2002) se basa en que los factores biológicos, sociales y psicológicos se encuentran potencialmente relacionados con los resultados de la rehabilitación. La lesión y el daño físico están determinados por factores como el tipo, la gravedad o la localización de la lesión, además de otros factores como la edad o el género. Pero los biológicos no son los únicos factores influyentes en el progreso de la rehabilitación, puesto que se consideran los factores psicológicos (personalidad, cognición, emoción y comportamiento) como el centro del modelo, y mantienen interrelaciones con los factores biológicos, sociales y contextuales (Brewer, 2007).

Todos los factores mencionados van influenciando los resultados que el deportista va consiguiendo en su recuperación, hasta llegar a los resultados finales de la rehabilitación, como el desempeño funcional, la calidad de vida, la satisfacción con el tratamiento y la disposición para volver al deporte (Berengüí, 2011).

Además, Brewer et al. (2003), consideran que la automotivación, el apoyo social y los estados de ánimo, también son fundamentales para este modelo biopsicosocial centrado especialmente en los resultados de la rehabilitación, así como el funcionamiento del rendimiento y la preparación para el retorno a la actividad deportiva (Brewer et al., 2003; Riaño et al., 2024).

Para la producción de este programa de intervención psicológica se partió del modelo de rehabilitación de lesiones deportivas propuesto por Brewer et al. (2002), y sus aplicaciones prácticas (Brewer et al., 2003) este se consideró como más adecuado en virtud de intervenir durante el proceso de mejoría de los deportistas, siendo el trabajo psicológico un elemento complementario para su programa de rehabilitación física.

## Variables psicológicas asociadas desde la predisposición hasta la readaptación deportiva

En el área deportiva, todo cambio en el entorno, ajuste de entrenamientos o de posición, así como las limitaciones en actividades extradeportivas y el estado emocional (tensión, estado deprimido, cólera, y fatiga) ocasionados por la vida personal, tienen una influencia directa en el rendimiento y, por consiguiente, en la aparición de lesiones (Ortín et al., 2010).

Al producirse las lesiones, pueden llegar a surgir en el deportista un gran conjunto de reacciones psicológicas, ya que la interrupción del entrenamiento y la competición, la ruptura con la rutina habitual del practicante y la angustia ante las posibles secuelas de la lesión, en la gran mayoría de ocasiones, suele verse acompañada de numerosos efectos a nivel mental como miedo, ansiedad, estados de aflicción, pérdida de identidad personal o deportiva, sentimientos de separación y soledad o descensos en la autoconfianza, entre otros muchos (Berengüí y Pelegrín,

2018). Las respuestas psicológicas a la lesión suelen ser emocionales, cognitivas y conductuales, y se encuentran estrechamente relacionadas entre sí.

Inmediatamente después de una lesión el deportista presenta cambios del estado de ánimo constante, los principales son la negación ante la lesión y la angustia. Estas respuestas emocionales son las más comunes en los deportistas lesionados. En el caso de la negación, se convierte en un problema cuando el deportista no logra adaptarse y sigue siendo persistente la negación durante las siguientes etapas de rehabilitación, es ahí, la necesidad de la implementación de una intervención psicológica.

En cuanto la angustia, es una emoción desagradable que suele derivarse como consecuencia de una lesión, y durante las primeras etapas de rehabilitación estarán presentes las emociones como ansiedad, depresión, ira, miedo, sentimientos de pérdida y distorsión del autoconcepto (Santi y Pietrantoni, 2013). Por lo anterior, se destaca la necesidad del acercamiento multidisciplinario para intervenir tanto en los mecanismos internos como externos que aparecen en los deportistas lesionados (Ortín et al., 2010). Autores como Berengüí (2017) y Prieto (2014) han resaltado en sus trabajos la necesidad de conocer los rasgos de personalidad debido a la relación que existe con las lesiones y el tipo de personalidad del deportista. Sumando también, los procesos cognitivos, emocionales y conductuales en la ocurrencia y rehabilitación de las lesiones (Berengüí et al., 2017; Catalá y Peñacoba, 2020; Olmedilla et al., 2014; Prieto et al., 2014).

A continuación, se expondrán las variables más determinantes durante el proceso de rehabilitación, así como las diferentes etapas de la lesión.

### *Respuesta psicológica ante una lesión*

Se ha demostrado que las personas al enfrentar una lesión no lo hacen solamente de forma física y social, sino también desde una perspectiva psicológica. Cuando el deportista sufre una lesión, la atención está generalmente enfocada en la localización física de la lesión y, generalmente, los pensamientos, las emociones y los comportamientos asociados con ella suelen ser ignorados (Tracey, 2003).

Evans et al. (2008) se han dado a la tarea de resaltar la importancia y necesidad de conocer los factores psicológicos que influyen durante el proceso de recuperación de una lesión, además de la necesidad del apoyo social y las habilidades de afrontamiento como herramientas importantes durante el proceso de rehabilitación, generando un impacto en el proceso psicológico del individuo lesionado. Se han comprobado en deportistas los diferentes tipos de respuestas psicológicas, emocionales, cognitivas y conductuales (Berengüí, 2011).

La cognición juega un papel fundamental en la respuesta psicológica a la lesión, ya que las lesiones no solo desencadenan el proceso de valoración cognitiva, en el que los deportistas evalúan el significado y las implicaciones de la lesión, sino que también estimulan otras formas de cognición, incluyendo atribuciones causales, imágenes intrusivas y estrategias cognitivas de afrontamiento (Berengüí, Brewer et al., 2013).

Estudios señalan que existe una diferencia cognitiva en deportistas lesionados con respecto a los no lesionados, resaltando entre estas diferencias las variables de autoestima, la autoconfianza y el autoconcepto, siendo los lesionados quienes presentan índices bajos (Gómez-Espejo et al., 2017; Moo y Solís, 2019; Prieto et al., 2014; Ríos et al., 2021). En el caso de la manera en que el deportista percibe la lesión dependerá de aspectos como el apoyo social y la habilidad de aceptar la lesión (Ortín et al., 2014).

En el análisis y la constante investigación a traves de estudios cualitativos y cuantitativos sobre las respuestas emocionales de los deportistas a la lesión (Brewer y Redmond, 2017) se han evidenciado una serie de reacciones, entre las que se incluyen un aumento de la ansiedad al momento de la lesión o durante la rehabilitación, así como sentimientos de miedo y desconfianza. Además se han identificado diferentes estados de ánimo, como depresión, ira, tensión, confusión y fatiga a lo largo del proceso de recuperación (Berengüí y Pelegrín, 2018).

Las variables negativas como el sentimiento de engaño respecto a la lesión y el no poder aceptar ni comprender cómo sucedió la lesión, lleva a sentir celos y devastación, la cual se distingue por el sentimiento de rechazo a lo que está pasando

y sensación de vacío, generando más ansiedad para la persona lesionada. Lo anterior deriva en una incapacidad para poder relajarse y divertirse, empezando a aislarse de sus compañeros de equipo, o no querer participar o competir con su mismo nivel deportivo, todos estos son factores que llevan a una respuesta psicológica ante la lesión de forma negativa y limitante para el lesionado, retrasando el proceso de recuperación y reincorporación de la lesión (Evans et al., 2002).

Con respecto a la reincorporación deportiva, se destacan con características de sentirse mentalmente más fuerte, mayor confianza de sí mismo y el volver a sentirse como ellos mismos o mejor, lo que constituyen las herramientas clave para una adecuada recuperación (Evans et al., 2002).

En cuanto a las respuestas conductuales a la lesión deportiva, son fundamentales puesto que los deportistas pueden tener dificultades para adaptarse cognitiva y emocionalmente a la lesión, pero es finalmente su conducta la que determina su progreso y los resultados de la rehabilitación (Berengüí, Brewer et al, 2013). Entre este tipo de respuestas destacan las conductas de resolución de problemas y la adherencia a los programas de rehabilitación. Especialmente, esta última, es fundamental en los procesos de rehabilitación.

La adherencia es el grado en que los comportamientos del paciente coinciden con las recomendaciones clínicas de los proveedores de atención a la salud, y tiene componentes clínicos (por ejemplo, realización de los contenidos de las sesiones así como la comparecencia a la rehabilitación) y componentes relacionados con la rehabilitación en el domicilio del paciente (por ejemplo, evitar actividades perjudiciales para la recuperación, tomar la medicación prescrita o realizar los ejercicios recomendados por el fisioterapeuta) (Berengüí y Ríos, 2024).

A pesar de que ante una lesión es inevitable que las emociones desagradables estén presentes a los primeros momentos de presentar la lesión, mantenerse estancados con esas valoraciones negativas retrasan el proceso de recuperación. Es por tal razón la relevancia e importancia que tiene el conocer la respuesta psicológica que tienen los lesionados durante su proceso de reincorporación, todo esto ha permitido tener diversos modelos que se enfocan

principalmente en las respuestas psicológicas ante la lesión como es el caso del modelo de Wiese-Bjornstal et al. (1998) quienes mencionan que los factores personales y situacionales llevan a una apreciación cognitiva sobre la lesión (Ortín et al., 2014) o el modelo de Brewer (2003) que resaltan el apoyo social y estado de ánimo como herramientas fundamentales para la respuesta psicológica ante la lesión.

A continuación, se presentarán las variables que se han considerado como más representativas ante la presencia de una lesión deportiva.

**Depresión, Ansiedad y Estrés**

Se ha demostrado que la depresión, ansiedad y estrés se encuentren altamente interrelacionados (Lovibond y Lovibond, 1995a;1995b), evaluadas desde las siguientes conceptualizaciones: la *Depresión*, se entiende como el estado de ánimo que genera disforia, desesperanza, devaluación por la vida, autodesprecio, así como apatía, y falta de interés o implicación hacia algo o alguien; la *Ansiedad,* se refiere a síntomas tanto somáticos como subjetivos ante el miedo y evalúa los efectos de la musculatura esquelética, la ansiedad situacional y la experiencia subjetiva del afecto ansioso; sin embargo, esta no se considera como una amenaza con daños futuros; y el *Estrés* que es medido desde la excitación y tensión persistente y no específica, irritabilidad, nerviosismo e impaciecia, además de la facilidad para alterarse y la dificultad para relajarse.

La depresión se ha detectado en deportistas antes de alguna lesión y durante el procedimiento de recuperación, demostrando como influye el estado de ánimo en las lesiones deportivas (Olmedilla et al., 2017; Ramírez et al., 2002). La depresión es muy común encontrarla en deportistas lesionados, pero muy pocos trabajos sobre investigación de lesiones deportivas han abordado este tema (Appaneal et al., 2009). De acuerdo a un estudio realizado por Rizeanu y Bratu (2018), los jóvenes deportistas profesionales que experimentan una lesión traumática son quienes mayor posibilidad tienen de experimentar depresión y ansiedad más adelante.

En el caso de los deportistas universitarios, estos sufren por lo menos una lesión en toda su carrera deportiva, lo que implica atención médica y ausencia a

entrenamientos, por lo que es común la depresión y ansiedad, juegando un papel importante durante la recuperación (Rizeanu y Bratu, 2018; Yang et al., 2014). Las respuestas psicológicas que tienen los deportistas sobre las lesiones afectarán desde el momento del diagnóstico inicial, a lo largo de la recuperación, hasta la incorporación al deporte (O'Connor et al., 2021).

La ansiedad dependiendo de su nivel influirá en presentar una lesión, a mayor nivel de ansiedad aumenta la probabilidad de lesionarse a comparación con aquellos que cuenten con un nivel bajo de ansiedad (Olmedilla et al., 2006). Cuando los deportistas presentan un nivel alto de la variable de ansiedad suelen tener respuestas negativas, habilidades de afrontameinto proporcionadas por la emoción, así como, la negación de lo que está pasando, abandono, autodistracciones y autocríticas, siendo al final de cuentas estrategias disfuncionales e ineficaces. En cambio, niveles bajos de ansiedad generan que el deportista adopte estrategias centradas al problema siendo más adaptativas (Dias et al., 2011). Las valoraciones cognitivas negativas (ansiedad cognitiva) afectan directamente las emociones y estas mismas a las conductas, generado que, al percibir la conducta negativa esta misma afecte de nuevo a las emociones, volviéndose un ciclo repetitivo (Abenza et al., 2009).

La ansiedad en la competición se ha relacionado con el rendimiento, debido a la forma en que el deportista maneja la ansiedad, esta determinará el éxito o la derrota en el deporte (Zamora et al., 2017). Para un mejor control de la ansiedad se ha recomendado el entrenamiento de relajación, visualización y reestructuración cognitiva y que se involucran directamente en la reducción de los niveles de ansiedad y el estrés (Olivares Tenza et al., 2016). Para lograr una mejora en la ansiedad en el rendimiento, esta dependerá de las estrategias de afrontamiento que utilicen los deportistas con el objetivo de poder adaptarse y controlar de manera adecuada las situaciones estresantes que se presenten en el entorno competitivo (Dias et al., 2011).

El estrés es una variable sumamente estudiada en los últimos años en la psicología, debido al impacto que tiene tanto en la salud física como mental y su

relación con las enfermedades (Olmedilla et al., 2010). Se ha demostrado que los traumatismos, así como las lesiones graves están relacionados con los eventos estresantes que percibe el deportista (Andersen y Williams, 1988; Bramwell et al., 1975; Candel et al., 2023; Olmedilla et al., 2006). Las situaciones o experiencias estresantes que se viven cotidianamente actúan directamente sobre nuestra forma de valoración cognitiva, generando cambios físicos y atencionales de manera constante que dependerán de la situación estresante (Abenza et al., 2010; Olmedilla et al., 2014), siendo este mismo estrés cotidiano el que influirá en las lesiones deportivas (Olmedilla et al., 2010).

Los deportistas de alto rendimiento suelen experimentar altos niveles de estrés y están expuestos a un mayor riesgo de sufrir una lesión deportiva. Es importante resaltar que, para un deportista de elite, una lesión puede ser un evento sumamente estresante, debido a factores sociales como la pérdida del puesto en el equipo, becas, patrocinadores y estatus (Fariña et al., 2016), aumentando la sensación de perdida y alteración del estado de ánimo (Abenza et al., 2011; Castro et al., 2016; Ortín et al., 2010), y generando una necesidad de no perder nada ante una lesión. Por ello los deportistas buscan continuar con sus actividades de manera rápida, provocando que sean deportistas con una probabilidad alta de incidencia de lesiones, que los llevará a tener consecuencias negativas futuras, entre ellas, el riesgo de sufrir una discapacidad (Fariña et al., 2016) a pesar de que los deportistas experimentados son quienes también tienen mejor reacción a la lesión, ya que cuentan con más recursos psicológicos para enfrentar la situación (Santi y Pietrantoni, 2013). Pero no hay que dejar de lado que toda lesión genera un estado de vulnerabilidad en los deportistas y se verá reflejado mediante variables de ansiedad competitiva, estrés, motivación y autoconfianza (Ortín et al., 2010).

Los programas especializados en el control de estrés y control emocional han ayudado al fortalecimiento mental, permitiendo que los deportistas sean capaces de afrontar mejor las situaciones amenazantes con mejores habilidades, logrando minimizar la vulnerabilidad del deportista mejorando la adherencia a la rehabilitación (Olmedilla et al., 2014).

### *Proceso psicológico en la recuperación de la lesión*

Se ha demostrado que algunos deportistas suelen ser impacientes por volver al deporte durante el periodo de recuperación, esto puede ser por el temor de una pérdida de algún estatus deportivo o social (Abenza et al., 2009), para algunos deportistas es muy difícil sobrellevar la recuperación de su cuerpo y tratan de progresar demasiado rápido en sus tratamientos con el fin de aumentar la velocidad de recuperación, llevando a poner en riesgo su estado físico en alguna recaída o sobrecarga.

Por otro lado, el miedo durante el proceso de recuperación de la lesión es algo común en los deportistas, existe una alta preocupación de volver a lesionarse, miedo a no recuperarse, a perder trabajo, ingreso, fuerza, apoyo y amigos y, este mismo temor lleva a que el deportista no se relacione correctamente durante su proceso de recuperación, llevando a una alteración de su estado de ánimo, siendo propensos a deprimirse y sentirse frustrados por su incapacidad para sobrellevar sus emociones como la ira (Wagman y Khelifa, 1996). El miedo es una respuesta emocional que aparece al momento de volver al deporte debido a pensamientos por una posible recaía o nueva lesión, generando una disminución de la actividad deportiva y miedo al movimiento (Hsu et al., 2017; Lee et al., 2020), llegando algunos deportistas a considerarse incapaces de recuperar su nivel de rendimiento que tenían antes de lesionarse (Lisee et al., 2020).

En ocasiones se ha afirmado que la lesión conlleva una pérdida, y que el deportista transita por las etapas propuestas por el clásico Modelo de la respuesta de duelo de Kübler-Ross (1969), y así los deportistas atraviesan ese duelo marcado por la negación, ira, negociación, depresión y aceptación, y siendo afectados aspectos psicológicos como la ansiedad, autoestima y habilidades de afrontamiento (Hsu et al., 2017; Wagman y Khelifa, 1996).

#### Habilidades de afrontamiento

Las habilidades de afrontamiento son fundamentales en el proceso de recuperación, debido a que, si existe un mal manejo del afrontamiento puede

aumentar el estrés distorsionando nuestra manera de percibir las cosas, afectado lo emocional y el rendimiento (Fariña et al., 2016). Lazarus y Folkman definen el afrontamiento como el esfuerzo cognitivo y conductual para sobrellevar alguna situación de estrés, en el cual los deportistas utilizan estrategias de afrontamiento dependiendo la situación estresante por la que estén pasando para lograr un balance entre el estrés y recuperación (citado por Fariña et al., 2016). Los índices de afrontamiento suelen ser muy diferentes dependiendo de la categoría del deporte, comparando a un grupo profesional con un grupo amateur o semi profesional, los índices de afrontamiento son mayores en los profesionales aumentando la resiliencia y disminuyendo la ansiedad y la probabilidad de lesionarse (Zurita et al., 2017).

Las estrategias de afrontamiento no solamente se centran en la cognición y las conductas asociadas a la solución de problemas, sino también en la regulación de las emociones asociadas al estrés, siendo las estrategias de afrontamiento las más trabajadas para prevenir lesiones (Dias et al., 2011). El afrontamiento se refiere al rasgo en el cual se presentan las acciones habitualmente realizadas para enfrentar las situaciones estresantes, siendo el esfuerzo cognitivo y conductual el que está en constante cambio y se desarrolla para enfrentar las demandas específicas, ya sean internas o externas que se consideren amenazantes o estresantes (Dias et al., 2011).

Las estrategias de afrontamiento orientadas al problema, se relacionan más a los procesos perceptivos que buscan dar solución de manera asertiva a la situación estresante visualizada como un reto personal, mientras que los deportistas con altos índices de ansiedad y estrés además de manejar pocas estrategias de afrontamiento serán los que más presenten dificultades durante las situaciones estresantes utilizando estrategias evitativas y asumiendo más riesgos, como no calentar correctamente o no usar protecciones adecuadas, competir pese a las molestias y el dolor o exhibir conductas excesivamente agresivas (Catalá y Peñacoba, 2020). Se ha demostrado que estas conductas de riesgo, así como el retraimiento mental, son características de los jugadores lesionados, demostrando que la ansiedad genera un impacto directo al rendimiento y la forma de enfrentar las situaciones estresantes (Dias et al., 2011).

Para que un deportista pueda tener buenas estrategias se le debe de enseñar la habilidad de poder identificar los factores detonantes que generan vulnerabilidad en él y ser capaz de tener un buen control de las emociones, además de analizar la información tanto externa como interna de la situación estresante y planificar que hacer ante la situación estresante, generando dos respuestas: ser capaz de utilizar estrategias de afrontamiento de aproximación o estrategias de evitación, la selección de estas dos opciones dependerá especialmente del desarrollo personal que tenga el deportista de sus habilidades de afrontamiento (Lope y Solís, 2020). Ejercicios como un correcto biofeedback, la relajación, visualización guiada y entrenamientos para un mejor control atencional, serán también determinantes para mejorar las estrategias de afrontamiento para un efectivo control del estrés, disminuyendo la aparición de lesiones (Catalá y Peñacoba, 2020).

Podemos entender como habilidades de afrontamiento como un esfuerzo orientado a manejar una situación de estrés, permitiendo una mejor adaptabilidad ante la situación, este tipo de estrategias las podemos ver reflejadas en la forma de afrontar la adversidad mediante el entusiasmo y positivismo de la persona, utilizando estrategias psicológicas como el dialogo interno, la calma e identificación de la tensión física para lograr una relajación; el establecimiento de objetivos durante situaciones estresantes, permitirá tener una libertad de preocupaciones en la cual el sujeto se preocupará cada vez menos sobre lo que piensan los demás, sobre sus errores, disminuyendo el sobre pensar sobre su proceso, todo esto gracias al identificar las situaciones estresantes como reto a superar, aumentando la concentración como una habilidad ya que al enfocarse en aspectos importantes, bloqueando distracciones, aumentando su confianza, motivación y su percepción del entrenamiento a la hora de reincorporarse, no lo sentirá tan personal y aceptará los cambios y correcciones sin sentirse molesto o atacado (Graupera et al., 2011; Jiménez-Torres et al., 2012).

**Motivación**

El ser humano está constantemente en la búsqueda de su crecimiento personal de manera óptima de su entorno de vida, el entorno social por su parte, influirá en su conducta de forma que la favorezca o frustre. La teoría de la

autodeterminación (SDT) de Ryan y Deci (2000) postulan que el ser humano busca ser competente con su entorno, relacionarse con los demás con el fin de sentirse conectado con otros, ser capaces de poder decidir sus propias acciones, poder lograr la satisfacción de las necesidades y desarrollar una motivación auto determinada además de un bienestar psicológico. El entorno social juega un papel muy importante para el desarrollo de estas funciones. La motivación cuenta con regulaciones más o menos autodeterminadas que determinaran la forma en que el deportivas ve su identidad y el papel que desempeñan en el deporte especialmente los motivos de su participación, para algunos deportistas su motivación para continuar en el deporte puede ser externa, ya sea por presión del entrenador, padres o amigos llevándolo a una conformidad. La regulación introyectada se centra especialmente por el autocontrol, orientado al ego, resaltando la búsqueda de premios internos y/o castigos. La regulación identificada se refiere más a la participación por elección personal. La regulación integrada es la participación congruente y por último la motivación intrínseca se refleja un interés por el deportista, curiosidad, disfrute y satisfacción por la actividad (Pineda-Espejel et al., 2016)

El trabajo de la motivación en la psicología del deporte busca poder optimizarla tanto dentro y fuera del campo, debido a que ha sido un factor decisivo en los resultados de los juegos como en estrategias para prevenir lesiones (Matus et al., 2019). Se puede entender por motivación como aquella que está directamente relacionada con la percepción que tiene el deportista de sí mismo en cuanto al control de rendimiento y/o actividad.

De acuerdo con la Deci y Ryan (2000) la motivación intrínseca se caracteriza como una fuerza interna que permite realizar cualquier actividad que genere placer y satisfacción, además de aumentar la autonomía, el dominio o la maestría de algo en específico y generar un propósito; en el caso de la motivación extrínseca son una forma de recompensas o presiones sociales que permiten la realización de alguna actividad, este tipo de motivación se clasifica en cuatro regulaciones; 1) la regulación externa; siendo el comportamiento motivado por recompensas tangibles o evitar castigos, 2) regulación introyectada, es empleada cuando la persona siente una

presión interna al no realizar alguna actividad, pueden presentar sentimientos de arrepentimiento, culpa o vergüenza, 3) regulación identificada, se emplea cuando la persona reconoce la importancia de la actividad, identificando beneficios que conlleva y buscar la manera de aplicarlas en su vida diaria, y por último, 4) la regulación integrada, que se distingue por la integración de los valores de la actividad a su sistema de valores y creencias. Un dato importante es que estas dos últimas regulaciones que, a pesar de ser externas, pueden llevar a una motivación intrínseca. En el caso de la no motivación, representa la falta de compromiso, en el cual sobresale el desinterés y la evasión de la actividad. Comúnmente la no motivación se presenta cuando las necesidades psicológicas básicas como la autonomía, la competencia o relación no son satisfechas.

**Estados de ánimo**

Los estados de ánimo son estados penetrantes, persistentes y subjetivos, usualmente difusos en el sentido que no tiene un foco claro, y por ello no son necesariamente evaluativos (Cashmore, 2008). Son generalmente considerados, por definición, diferentes a las emociones por ser más perdurables o duraderos en lugar de poseer una naturaleza transitoria, su reducida facultad para producir una tendencia a la acción, su menor intensidad, y estar en relación con aspectos generales más que a incidentes específicos (Hagger y Chatzisarantis, 2005).

Los estados de ánimo en el deportista son sumamente importantes, debido a que influyen de manera indirecta en nuestro comportamiento (Ivarsson et al., 2017), permiten un mayor control del estrés, generando un estado de ánimo óptimo, aumentando la motivación y una mejor capacidad para identificar y valorar las emociones, siendo además un elemento clave para un mejor desempeño durante las sesiones psicológicas para el mejoramiento de las habilidades psicológicas, moldeamiento de la personalidad y poder enfrentar los problemas tanto personales como deportivos (Catalá y Peñacoba, 2020). Los factores psicológicos como la percepción personal de emociones, rendimiento, estado de ánimo y las estrategias de afrontamiento serán elementos claves para determinar el nivel de vulnerabilidad del deportista (Abenza et al., 2010; Catalá y Peñacoba, 2020).

Se ha demostrado que los procesos emocionales y los estados de ánimo pueden afectar la adherencia en la rehabilitación (Abenza et al., 2009; Liberal et al., 2014). En el estudio realizado por Olmedilla et al. (2014) con jugadores de fútbol, evaluaron por una temporada completa, los estados de ánimo y ansiedad, demostrando que antes de la lesión los niveles de tensión, cólera y autoconfianza eran mayores y cuando se presentaba la lesión los niveles de depresión, fatiga, ansiedad somática y cognitiva eran los predominantes, resaltando la influencia de la lesión en el estado de ánimo y la ansiedad limitando al deportista, especialmente los factores de tensión como predictores de sufrir de nuevo una lesión y depresión como el estado de ánimo menos adecuado para la recuperación pero que está constantemente presente de manera significativa (Olmedilla et al., 2014).

Los estados de ánimo como tensión, estado deprimido, cólera, fatiga y confusión son emociones que generan un riesgo a la salud, debido a que están en constante lucha contra el estrés volviéndolos vulnerables a cualquier otro tipo de malestar o enfermedad (Fernández y Sánchez, 2005). Es importante señalar que los estados de ánimo y las emociones cumplen con una función adaptativa, indicando la necesidad de atender alguna situación que este generando ese malestar, pero cuando estas sobrepasan pueden generar problemas tanto emocionales como físicos (Piqueras et al., 2009). En el caso de los deportistas lesionados el estudio realizado por Abenza et al. (2010) se observa que los factores emocionales negativos se relacionan negativamente con el nivel de la adherencia, frenando su proceso de recuperación.

En cuanto a los estados de ánimo positivos como la amistad y el vigor, son considerados como la evaluación que se tiene ante una situación como beneficios para la persona (Fernández y Sánchez, 2005) ayudando a mantener o incluso recuperar la salud (Piqueras et al., 2009).

El factor vigor se vuelve un buen predictor de la lesión, porque si este factor, durante una temporada se encuentra en niveles altos los deportistas reducen la aparición de las lesiones. Pero en cambio, si el vigor es bajo existe una alta posibilidad de sufrir lesiones. Estos resultados encontrados por Rozen y Horne

(citado por Olmedilla et al., 2014), se relacionan con lo presentado por Morgan (1980) como el perfil de Iceberg, y que actualmente se ha considerado que los deportistas con lesiones desarrollan este perfil (Abenza et al., 2009).

## Programas de Intervención Psicológica en el Manejo de las Lesiones

### *Antecedentes de intervenciones en variables psicológicas*

Toda intervención psicológica deportiva busca mejorar las habilidades cognitivas de los deportistas con el fin de que puedan maximizar su rendimiento, esto, debido a que se ha demostrado que los aspectos tanto mentales como físicos siempre estarán relacionados a la hora de ejercer las tareas motoras de la actividad deportiva (Almeida, Olmedilla et al., 2014; Matus et al., 2019).

En el caso de los deportistas lesionados, los programas tradicionales de rehabilitación física tienen como objetivo que el deportista regrese de manera óptima y con un nivel adecuado de actividad después de una lesión y en los últimos años, gracias a diversas investigaciones se ha considerado esencial agregar la psicología durante el contexto de rehabilitación (Clement et al., 2013). Se ha demostrado que la mayoría de los deportistas lesionados generan una respuesta emocional que influirá de manera significativa en la calidad y velocidad del proceso de rehabilitación (Clement et al., 2013; Liberal et al., 2014; O'Connor et al., 2021).

Esta respuesta emocional junto con la ansiedad, se asocian con el rendimiento del deportista y ante una lesión la gravedad de esta dependerá tanto del interés y el nivel de desmotivación durante el desarrollo de la rehabilitación, siendo las habilidades de afrontamiento la herramienta psicológica que marcará la diferencia (Liberal et al., 2014). Se ha considerado que la ansiedad en la mayoría de los deportistas que presentan lesiones se relaciona a los pensamientos de preocupación, esto debido a la responsabilidad y el compromiso que tiene hacia su propio rendimiento, alterando con ello la motivación, los estados de ánimo y la autoconfianza, generando tensión en el deportista (Liberal et al., 2014).

Tomando en cuenta lo antes mencionado, a continuación, se abordarán las variables trabajadas en diversas intervenciones del campo de la psicología del

deporte, siendo las que más se presentan en la mayoría de los deportistas (Catalá y Peñacoba, 2020; Clement et al., 2013; Dias et al., 2011; Liberal et al., 2014; Lope y Solís, 2020; Matus et al., 2019; Olivares Tenza et al., 2016; Zamora et al., 2017)

Las intervenciones psicológicas, han demostrado ser eficaces para los deportistas cuando son implementados durante los entrenamientos y tratamientos de rehabilitación. En relación con las diferentes metodologías utilizadas en los programas de intervención encontramos una variedad de estudios.

Por ejemplo, en el estudio de Catalá et al. (2021), su muestra estaba conformada por futbolistas pertenecientes al club de tercera de Madrid (España), dividiéndose en tres grupos. El programa se conformó por una sesión de 30-40 minutos, con frecuencia semanal durante 12 semanas consecutivas, utilizando pruebas para medir la ansiedad (CSAI-2), y cuestionario de regulación de conducta en el deporte (BRSQ), que mide las 8 dimensiones de la motivación y un protocolo de lesión.

En el caso del trabajo de Edvardsson et al. (2012) trabajaron un protocolo que duro 9 semanas en la temporada primavera (abril-junio) con deportistas de edades similares, midiendo variables como la ansiedad deportiva (SAS), inventario de habilidades de afrontamiento, escala de eventos de vida para deportistas universitarios, además de herramientas *biofeedback* (frecuencia cardiaca y respuesta galvánica), realizando las reuniones en las escuelas, participantes en diferentes aulas.

Otro ejemplo de trabajo de intervención fue el de Johnson (2000) trabajando con deportistas mayores de 18 años que participaban a nivel competitivo y quienes no podían entrenar o competir en el deporte durante un mínimo de 5 semanas como resultado de la lesión. Se utilizaron 7 pruebas y escalas en las 3 ocasiones de prueba para medir el efecto del programa de intervención. Se evaluó el estado de ánimo, autoevaluación y el cuestionario de factores psicosociales de riesgo en lesiones deportivas, aplicando la prueba para todos los grupos.

Con base a lo anterior, se resaltan las diferentes teorías y modelos que abordan las variables psicológicas y su relación con las lesiones (Catalá et al., 2021; Cupal y Brewer, 2001; Edvardsson et al., 2012; Evans y Hardy, 2002; Johnson, 2000; Noh et al., 2007), y principalmente la gran variabilidad en tipos de intervenciones. Algunos estudios consideran tres grupos de intervención (Catalá et al., 2021; Cupal y Brewer, 2001; Evans y Hardy, 2002; Noh et al., 2007), otros con un grupo control y uno experimental (Edvardsson et al., 2012; Johnson, 2000). Utilizan instrumentos de evaluación tales como el CSAI-R (Catalá et al., 2021) y ACSI-28 (Edvardsson et al., 2012; Noh et al., 2007), además de medir el estado de ánimo (Johnson, 2000; Moreno-Tenas, 2018) El tiempo de intervención fue de 30-40 minutos (Catalá et al., 2021; Edvardsson et al., 2012; Evans y Hardy, 2002). Las frecuencias fueron de una semana durante 12 semanas consecutivas o más (Catalá et al., 2021; Cupal y Brewer, 2001; Noh et al., 2007). Evaluaron un antes y un después de los tratamientos (Catalá et al., 2021; Edvardsson et al., 2012; Noh et al., 2007).

El diseño de investigación realizado por Matus et al. (2019), contó con ocho etapas, y se realizó una sesión por doce semanas de manera grupal con una duración de dos horas un día antes de los partidos semanales, trabajando especialmente el autoconocimiento, autoconcepto, autoestima, autopercepción, realización de cronogramas de actividades, integración grupal, búsqueda de la identidad, el manejo de emociones, cooperación y competencia. Como resultado del trabajo de Matus et al., se tuvo una mayor participación de los deportistas en los entrenamientos como en las sesiones psicológicas, con un aumento de confianza y disminución de la ansiedad en cada juego, controlando y mejorando las herramientas psicológicas para enfrentar los desafíos de cada entrenamiento (Matus et al., 2019).

En el caso de las intervenciones con enfoque cualitativo en deportistas lesionados, han tenido un aumento en publicaciones en los últimos 10 años, resaltando la importancia y necesidad de conocer los aspectos cualitativos durante el proceso de recuperación de una lesión. La mayoría de los trabajos cualitativos resaltan temas como el trabajo de la visualización, los beneficios percibidos por parte de los deportistas sobre su lesión, exámenes de resistencia a lo largo del proceso de

la lesión deportiva, las creencias sobre las lesiones de sobreuso por parte de los entrenadores como de los deportistas, aspectos psicosociales de las lesiones deportivas y el proceso del deportista para la reincorporación en el deporte (Clement et al., 2013; Driediger et al., 2006; Iadevaia et al., 2015; Kehn y Kroll, 2009; Podlog et al., 2015; Tjong et al., 2015; Wadey, 2011; Wadey et al., 2013; Wilgen y Verhagen, 2012). La mayoría de estos trabajos hablan de lesiones en ligamento cruzado anterior, deportistas que hayan pasado por una cirugía y contusiones (Burland et al., 2018; Choudhury et al., 2020; Iadevaia et al., 2015; Jonson et al., 2016).

En cuanto al género de los deportistas, se ha tratado de buscar la diferencia entre hombres y mujeres respecto a una lesión autores como Lisee et al., (2020), consideran una ligera diferencia en su estudio cualitativo durante un tratamiento de rehabilitación después de una cirugía de ligamento cruzado anterior, demostrando que de forma general ambos sexos presentan cambios de humor, ira, frustración, depresión y ansiedad influyendo en su rehabilitación y actividades cotidianas; durante el tratamiento la mayoría de los deportistas expresaban mentalidad motivada impulsada por sus metas a largo plazo de regresar a sus actividades después de la rehabilitación, pero los sentimientos de miedo estuvieron presentes, en el caso de los hombres enfatizaban el miedo a movimientos específicos de su deporte y en el caso de mujeres en las actividades de vida diaria o generales (Lisee et al., 2020).

En el caso del trabajo publicado por Morgan et al. (2020), señalan haber encontrado diferencias de género, especialmente en deportistas que necesitaron una cirugía y estaban en su proceso de regresar al deporte, resaltando que las mujeres encuentran dificultades a la hora de las relaciones interpersonales, así como el apoyo externo, en el caso de los hombres encuentran mayor dificultad en temas internos con su propia imagen corporal y el autoconcepto. Este tipo de resultados, especialmente en el género femenino, lo podemos observar en el trabajo de Scolnik et al. (2018) quienes firman, que ante una lesión la identidad atlética se ve afectada, y por cuestiones de cultura la búsqueda de ayuda es retrasada y deciden jugar con dolor.

En la terapia psicológica deportiva las estrategias más utilizadas son la realización de ejercicios, actividades de autodiálogo y autoinstrucciones, convirtiéndose en las mejores herramientas para mejorar la eficacia personal y la conducta deportiva, aumentando con ello la autoconfianza del deportista (Lope y Solís, 2020). La relajación somática, el autocontrol, escape-evitación, salidas de emociones, la aceptación de responsabilidades o regular positivamente la situación estresante y la visualización son otras técnicas que también permiten desarrollar habilidades para poder afrontar las situaciones amenazantes, siendo estas las fases para un programa de manejo del estrés (Lope y Solís, 2020).

Todo deportista con mayor capacidad para utilizar la visualización junto con la autoconfianza y motivación, tienen mayor capacidad para lograr tener mejor control de sus emociones y mejorar su motivación de logro, además de ser capaz de elaborar planes previos más adecuados a sus competiciones (Zamora et al., 2017). Para eso el establecimiento de objetivos junto con la visualización, permitirá una alta adherencia a las metas personales y futuros planes competitivos, permitiendo una mejor ejecución deportiva y contribuyendo para el bienestar del deportista (Catalá y Peñacoba, 2020; Zamora et al., 2017).

Autores como Zamora et al. (2017) demostraron la importancia de implementar la psicología del deporte desde edades tempranas o en la iniciación del deporte, debido a que permite un desarrollo óptimo y positivo en el moldeamiento de su personalidad. Zamora et al., realizaron una intervención de dieciséis sesiones por ocho semanas, trabajando con visualización guiada junto con una medición de frecuencia cardíaca. De igual manera se trabajó la parada de pensamiento y reestructuración cognitiva, mediante un listado de pensamientos automáticos negativos que fueron recolectados en entrevistas previas, con la finalidad de que cuando surgieran en entrenamientos o en competencias puedan convertirlos en pensamientos positivos. Estas técnicas se vuelven estrategias psicológicas para poder afrontar la competición y cualquier situación de estrés, teniendo como resultado que la intervención psicológica disminuye los niveles de ansiedad mejorando el rendimiento de los deportistas (Zamora et al., 2017).

Los numerosos trabajos de programas de intervención psicológica en deportistas tienen mayor importancia debido a que buscan disminuir los niveles de ansiedad y estrés, ocasionado por el agotamiento mental, además de bloqueos mentales que disminuye el bienestar del deportista (Olivares Tenza et al., 2016), debido a que un alto cumplimiento del programa de rehabilitación se asocia con un nivel bajo de emociones desagradables además de una mayor probabilidad de regresar a la actividad deportiva de manera exitosa (Ivarsson et al., 2017).

### *Terapia cognitivo conductual*

La terapia cognitivo conductual consiste en un modelo de la psicología encargada de trabajar el cambio en los pensamientos, emociones, conductas y respuestas fisiológicas que limitan el funcionamiento de la persona, buscando otras respuestas más adaptativas que permitan combatir el problema (Puerta y Padilla, 2011).

Los objetivos principales de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC), es la disminución del pensamiento disfuncional, incrementar las habilidades de autocontrol y mejorar las tazas de reforzamiento positivo, además de aumentar las habilidades sociales, contando con el apoyo social adecuado (Puerta y Padilla, 2011).

Se ha utilizado la terapia cognitiva en deportistas con el objetivo de controlar la ansiedad y eliminar pensamientos irracionales para conocer el impacto en el rendimiento deportivo (Pérez y León, 1998; Paredes et al., 2014), señalando la relevancia de las intervenciones cognitivo-conductual en deportistas debido al constante crecimiento y reconocimiento que está teniendo en el campo del deporte (González-Carballido et al., 2013).

Existen estudios de programas de intervención psicológica en los procesos de rehabilitación en lesiones deportivas que han utilizado la terapia cognitivo conductual como una herramienta para mejorar el bienestar psicológico además de la adherencia a la rehabilitación (Gómez-Espejo et al., 2021; Podlog et al., 2020). Algunos estudios han sido estudios de caso (Moreno-Tenas, 2018) enfocados en la disminución de la incertidumbre acerca del estado de salud y del estrés, para facilitar la respuesta de afrontamiento.

En el caso de Moo y Góngora (2020) buscaban conocer el efecto de una intervención en resiliencia en el área de lesiones, enfocados en el diagnóstico identificando los niveles de resiliencia, autoestima y apoyo social y la intervención empleando técnicas cognitivo-conductual optimizando las habilidades de enfrentamiento, las necesidades básicas y la búsqueda de sentido.

Ante todo esto podemos concluir que las variables psicológicas como el estado de ánimo, ansiedad, estrés, depresión, habilidades de afrontamiento y motivación, juegan un papel importante ante la respuesta del deportista a la lesión, así mismo se destaca que el control de estas variables ayuda a sobrellevar su rehabilitación. Es por tal motivo que estas mismas variables se han considerado en diversas intervenciones o estudios exploratorios al trabajar el tema de la lesión deportiva. Por tal motivo en el siguiente apartado de metodología se hablará de las características del programa de intervención, así como los instrumentos que se consideraron los adecuados de acuerdo a la teoría, así como el tipo de análisis que se realizó.

# Metodología

## Diseño

En este programa de intervención psicológica se aplicó un estudio de caso múltiple con pre y post evaluación, midiendo el cambio en las variables ansiedad, depresión, estrés, habilidades de afrontamiento, motivación, respuesta psicológica ante una lesión, y estados de ánimo en sus dimensiones de intensidad, valoración y control (Sampieri, 2018).

## Población

El programa de intervención psicológica se realizó con participantes del Centro de Salud FOD de la Facultad de Organización Deportiva de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Los participantes fueron deportistas lesionados pertenecientes a la Universidad y que requirieron atención física en el Centro de Salud FOD durante el periodo enero-junio del 2023. Tomando en cuenta los criterios de inclusión los participantes son deportistas que presentan lesiones en extremidades inferiores (tobillo y rodilla). Se realizó un sondeo de tres meses de registros de ingresos con deportistas lesionados en el Centro de Salud FOD para conocer el promedio por mes, siendo 12 deportistas la asistencia promedio.

## Muestreo

La técnica de muestreo fue de tipo no probabilístico e intencional, debido a que se eligieron a los participantes que llegaban al Centro de Salud FOD y que cumplieran con los criterios de inclusión.

*Criterios de inclusión*

- Participantes de ambos sexos
- Consentimiento informado que avale la participación voluntaria del deportista
- Diagnóstico del rehabilitador físico que demuestre que el deportista presenta una lesión en tobillo o rodilla

- Tiempo de recuperación de al menos un mes, sin tener la posibilidad de integrarse en las actividades deportivas de su equipo.

*Criterios de exclusión*

- Participantes con otro tipo de lesiones o esguince que requieran cirugía
- Participantes en proceso de readaptación
- Participantes no pertenecientes a la UANL

*Criterios de eliminación*

- Deseo expreso de abandonar el estudio durante el programa de intervención
- Abandono del tratamiento de rehabilitación y/o sesiones psicológicas

**Muestra**

Participaron un total de ocho deportistas que cumplieron con los criterios de inclusión. A continuación, se describen las características de cada deportista.

***Sujeto 1***

Deportista masculino de 22 años, estudiante de la Facultad de Organización Deportiva, ha practicado fútbol desde hace más de 12 años, y su mayor logro ha sido poder formar parte del equipo representativo de Tigres. Tiene como objetivo regresar a sus actividades deportivas lo más pronto posible. En la preparatoria tuvo una lesión en la rodilla y presentaba molestias en la misma zona corporal, debido a eso y la necesidad de rehabilitación, no estaba jugando y decidió atenderse, siendo diagnosticado con sobrecarga de meniscos. En el aspecto de apoyo social, él no comentó con sus familiares la aparición de la lesión, solamente su entrenador y compañeros estaban enterados y dieron seguimiento a su tratamiento. En cuanto a su estado emocional por la lesión se describía ansioso, tratando de darle más importancia y atención a su lesión.

***Sujeto 2***

Deportista femenina de 20 años, estudiante de la Facultad de Organización Deportiva, practica voleibol desde hace más de tres años. Ha practicado otro tipo de deportes como basquetbol y atletismo, y ha ganado competencias en cada uno de

los tres deportes. Su principal objetivo deportivo es poder regresar a los entrenamientos para competir en los *intras* y lograr una buena puntuación. Presentó anteriormente dos esguinces en el tobillo izquierdo, uno en el entrenamiento de basquetbol y el otro jugando voleibol en la calle. Actualmente su lesión es un esguince grado dos en el tobillo derecho. La lesión ocurrió en noviembre en los entrenamientos, al momento en que cayó, no se podía mover, la cargaron y la llevaron a urgencias de FOD, varios días duró sin poder mover su pierna derecha. Cuenta con el apoyo de su pareja y de su mamá en el seguimiento de la rehabilitación, medicamentos, o traslados. La estudiante vive con su familia. La emoción más predominante después de la lesión fue la frustración.

***Sujeto 3***

Deportista femenina de 19 años, estudiante de la Facultad de Organización Deportiva, practica tochito desde hace seis años. Tiene como objetivo personal volver a jugar en un equipo americano, como lo hacía en su estado natal, no obstante, no menciono si deseaba regresar a tochito después de la rehabilitación. Anteriormente no había presentado ningún tipo de lesión, pero ingresó por un esguince de tobillo que sucedió en el momento de estar entrenando. Contó con el apoyo de sus padres y amigos, aún y cuando ella es foránea y vive con compañeras de casa. La emoción más predominante días después de la lesión fue una fuerte frustración, llevando a estar de mal humor la mayor parte del tiempo, por lo que incorporar el programa de intervención psicológica en la rehabilitación le permitiría aprender a ser más paciente.

***Sujeto 4***

Deportista femenina de 22 años, estudiante de la Facultad de Organización Deportiva, juega basquetbol desde que inició la secundaria, hace ocho años aproximadamente. Su principal objetivo deportivo es no dejar de jugar y enseñar basquetbol. Anteriormente ha presentado lesiones en rodilla y tobillo, en esta última, le sugirieron una cirugía, pero el tiempo de recuperación era mayor, por lo que prefirió realizar la rehabilitación. En cuanto a la lesión actual es un esguince de tobillo, el cual sucedió en un partido mientras realizaba un salto y cayó mal. Contó con el apoyo de su pareja durante el proceso de rehabilitación y espera poder

recuperarse pronto para volver a sus actividades laborales y a la práctica del deporte. Vive actualmente con su pareja e hijo de 4 años. La emoción más predominante fue frustración y cansancio por la lesión y el poco reposo que ha realizado.

***Sujeto 5***

Deportista femenina de 20 años estudiante de la Facultad de Organización Deportiva, practica voleibol desde hace más de seis años. Ha competido a nivel estatal y nacional. Su principal objetivo deportivo es recuperar paulatinamente su nivel de juego y dejar de sentir dolor cada vez que camina, principalmente volver a pertenecer al equipo representativo de la UANL. Anteriormente había presentado diversas lesiones, pero a final de año se le diagnosticó inflamación de ligamento cruzado anterior, para lo cual atendió a diversas terapias, y aparentemente se registró una mejora, pero en el mes de abril tuvo una recaída durante un entrenamiento, en un salto sintió como el ligamento se sobre extendió y trato de acomodarlo antes de tocar el suelo, pero aun así no fue suficiente. A pesar de ser foránea, contó con el apoyo de su familia, pareja y amigos en su proceso de rehabilitación. Emocionalmente se encuentra totalmente determinada en buscar mejorar debido a que espera poder regresar pronto al voleibol especialmente de playa.

***Sujeto 6***

Deportista femenina de 19 años estudiante de la Facultad de Organización Deportiva, practica rugby desde hace un año y medio. Anteriormente había practicado por mucho tiempo futbol y se encuentra trabajando como árbitro en diversos partidos, además de cursos para arbitraje profesional (certificado). Tiene como objetivo deportivo reincorporarse en el deporte, ganar más masa muscular, y en metas profesionales lograr tener su certificado de árbitro para crecer laboralmente y buscar oportunidades de trabajo. La razón por la que llegó al Centro de Salud FOD fue una lesión en el menisco derecho, que sucedió mientras estaba entrenando, no miró una zanja en el campo, por lo que cayó de rodillas y al momento de levantarse ya no podía sostenerse. Vive con su pareja quien es el apoyo principal, además de los compañeros que constantemente le preguntaban cómo estaba. La emoción más predominante es la desilusión, debido a que estaban cerca los partidos de la

selección de tigres y se lesionó un día antes, el entrenador se molestó, pero aun así está al pendiente de su proceso y su pronta recuperación.

***Sujeto 7***

Deportista femenina de 20 años, estudiante de la Facultad de Organización Deportiva, práctica handball desde hace un año y anteriormente practicaba voleibol. Ya había presentado lesiones en hombro y glúteo, pero para ella eran lesiones leves a comparación de la actual lesión en la rodilla. Su lesión actual sucedió mientras estaba entrenando, hizo la ejecución de una técnica cuando se sujetó al compañero y al no soltarlo se lastimó la rodilla al caer, diagnosticada por parte del médico como esguince en ligamento cruzado anterior. Al momento no le molestó y siguió jugando, pero al pasar los días el dolor se hizo más presente. Pasaron semanas y decidió empezar sesiones de rehabilitación debido a que el dolor ya era más fuerte y persistente. Su objetivo es regresar a los entrenamientos y mejorar los saltos y la coordinación. Contó solamente con el apoyo de su mamá quien estuvo al pendiente en todo el proceso de rehabilitación. Vive con su familia. La emoción predominante fue tranquilidad.

***Sujeto 8***

Deportista femenina de 21 años, estudiante de la Facultad de Organización Deportiva, práctica basquetbol desde hace más de cuatro años. Anteriormente se había lesionado el tobillo entrenando, presentando inflamación, sin embargo, no se acercó para ser atendida debido a que ya no lo consideraba necesario, después, en un entrenamiento presentó una lesión en el tobillo, trató de utilizar métodos naturalistas para disminuir el dolor, pero al ver que no funcionaba, decidió realizar terapia de rehabilitación, donde le diagnosticaron esguince. Su objetivo deportivo es poder pertenecer al equipo representativo de la universidad, y su objetivo personal era aumentar su confianza. Ella es foránea y siempre cuenta con el apoyo social de su mamá, sus compañeras de casa y amigos del equipo, quienes constantemente daban seguimiento a su recuperación. La emoción más predomínate fue preocupación y molestia física.

## Instrumentos

### *Entrevista semi-estructurada*

Para la elaboración de las entrevistas semi-estructuradas se consideraron seis dimensiones, las cuales contaban con preguntas “establecidas” sin embargo, se omitieron o adecuaron cuando se consideró conveniente. Las dimensiones de la entrevista semi-estructurada comenzaron con los datos personales (6ítems), y posteriormente los siguientes apartados: 1) Aspecto deportivo (4 preguntas); 2) Historial de lesiones (2 preguntas); 3) Lesión actual (12 preguntas); 4) Aspecto emocional (6 preguntas); y 5) Aspecto social (4 preguntas) (Anexo 1). Para la realización de la entrevista semi-estructurada, se consideraron los temas tratados diversos trabajos de intervención en lesiones deportivas que enfatizaban en la descripción sociodemográfica el historial de las lesiones, el estado emocional y el apoyo social (Evans y Hardy, 2002; Podlog et al., 2020).

### *Cuestionarios psicológicos*

***Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés*** (DASS-21, *Depression, Anxiety and Stress Scale*, Lovibond y Lovibond, 1995; versión en castellano de Románet al., 2016). Este cuestionario cuenta con un total de 21 ítems que miden la presencia de intensidad de las variables de Depresión (7 ítems), Ansiedad (7 ítems) y Estrés (7 ítems). Los enunciados de esta escala responden a la presencia e intensidad de cada síntoma en la última semana, en el caso de Depresión estarían respondiendo a enunciados como “Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas”, en Ansiedad a enunciados como “Sentí que mis manos temblaban*”* y en Estrés a enunciados de “Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones”, respondiendo a una escala tipo Likert de 0 a 3 puntos, donde 0 es *No me ha ocurrido* y 3 es *Me ha ocurrido siempre*. Respecto a su fiabilidad, cuenta con un valor general de Alfa de Cronbach de $\alpha$= .93.

***Inventario de Habilidades de Afrontamiento Deportivo*** (ACSI-28, *Athletic Coping Skills Inventory*, Evans et al., 2008; versión en castellano de Graupera et al., 2011). Este inventario cuenta con 28 ítems sobre el comportamiento del deportista en el entrenamiento y competiciones, en total son siete factores: 1) Afrontamiento de la

adversidad (4 ítems); 2) Rendir bajo presión (4 ítems); 3) Establecimiento de objetivos /preparación mental (4 ítems); 4) Concentración (4 ítems); 5) Preocupación por el rendimiento (4 ítems); 6) Confianza y motivación de logro (4 ítems); y 7) Entrenabilidad (4 ítems). Para la realización de este inventario se modificaron los ítems para poder ser utilizados en el proceso de rehabilitación de la lesión, mediante las oraciones describiendo una experiencia, un ejemplo de cada una serían las siguientes: 1) "Cuando las cosas van mal, me ha funcionado hablarme a mi mismo para mantener la calma" (Afrontamiento de la adversidad), 2) "A mayor presión durante las sesiones de rehabilitación, más lo disfruto" (Rendir bajo presión); 3) "Tiendo a ser demasiadas planificaciones sobre cómo alcanzar mis metas" (Establecimiento de objetivos/preparación mental); 4) "Es fácil para mí dirigir mi atención y centrarme en un sólo objeto o persona" (Concentración); 5) "Me presiono mucho preocuándome de mi recuperación" (Preocupación por el Rendimiento); 6) "Yo me siento confiado que me recuperaré bien" (Confianza y motivación de logro); 7) "Si un fisioterapeuta me critica o me grita corrijo mi error sin molestarme" (Entrenabilidad). Estos enunciados son respondidos mediante una escala tipo Likert de cuatro puntos, 1= *es nunca* a 4= *siempre*. El alfa del inventario cuenta con un valor de $\alpha$= .82 (Graupera et al., 2011).

***Escala de Motivación en el Deporte*** (SMS-II; Pelletier et al., 1995; versión en castellano Barbosa-Luna et al., 2017). Esta escala se modificó con el objetivo de medir las razones que les motivan para realizar la rehabilitación deportiva adaptando cada uno de los ítems. En esta escala se les solicita a los sujetos que respondan a la pregunta ¿Por qué asistes a la rehabilitación? La escala cuenta con 18 ítems midiendo 6 factores: Intrínseca (3 ítems), Integrada (3 ítems), Identificada (3 ítems), Introyectada (3 ítems), Externa (3 ítems) y No Motivación (3 ítems). Un ejemplo de ítems de cada uno de los factores, serían los siguientes: 1) "Porque es muy interesante aprender cómo puedo mejorar*"* (Intrínseca)*;* 2) *"*Porque asistiendo a rehabilitación reflejo la esencia de quien soy*"* (Integrada)*;* 3) *"*Porque he escogido la rehabilitación como una forma de desarrollarme a mí mismo*"* (Identificada)*;* 4) *"*Porque me siento bien conmigo mismo cuando hago la rehabilitación*"* (Introyectada)*;* 5) "Porque la gente que me rodea me recompensa cuando la hago" (Externa)*;* y 6)

*"*No lo sé…Siento que no soy capaz de tener éxito en la rehabilitación" (No motivación). Estos enunciados son contestados, mediante una escala tipo Likert de 1 = *Totalmente en desacuerdo* a 7 = de *totalmente de acuerdo*. El alfa de la escala cuenta con un valor de *α*= .70.

**Inventario de Respuesta Psicológica ante la Lesión** (PRSII 19-items; *Psychological Responses to Sports Injury Inventory*, Evans et al., 2008), El PRSII cuenta con un total de 19 ítems que se dividen en cinco factores, cuatro de ellos son negativos: Devastación (4 ítems), Engaño (4 ítems), Inquietud (4 ítems) y Aislamiento (4 ítems); y uno positivo, Reorganización (3 ítems). Un ejemplo de ítem de cada factor son los siguientes; 1) " Estoy devastado por la lesión" (Devastación); 2) "Estoy empezando a sentirme como yo mismo otra vez" (Reorganización); 3) "No puedo entender por qué ocurrió mi lesión" (Sentimiento de engaño); 4) "Estoy inusualmente ansioso" (Inquietud); y 5) "Socialmente me siento marginado" (Aislamiento). La escala de respuesta es tipo Likert que oscila de 1= *Totalmente desacuerdo* a 5= *Totalmente de acuerdo*. Este inventario ha sido utilizado en su versión en inglés con deportistas lesionados (Evans et al., 2008; Mitchell et al., 2014; Rees et al., 2010) cuenta con un valor de *α*= .86. El cuestionario fue traducido y validado al español hablado en México con deportistas universitarios (Salcido et al., Revisión).

***Perfil de los Estados de Ánimo - Valentía, Intensidad, Control*** (POMS-VIC; *Profile of Mood States,* McNair et al., 1971; versión al castellano De la Vega et al., 2014). Este instrumento cuenta con 33 ítems divididos en siete factores con sus respectivos ítems: Tensión (4 respuestas), Estado Deprimido (9 respuestas), Cólera (4 respuestas), Fatiga (4 respuestass), Confusión (4 respuestas) y Amistad (4 respuestas). Cada uno de los ítems de se responde considerando la perspectiva de las tres dimensiones (Intensidad, Valoración y Control).

La dimensión *Intensidad* se le considera a la magnitud de la emoción con la que se siente en ese momento, teniendo como enunciado inicial "En este momento me siento", la cual se responde con una escala tipo Likert de 0 a 4 puntos, donde 0 es *nada*; 1 poco; 2 *más o menos*; 3 *mucho*; y 4 *muchísimo*. La dimensión Valoración hace referencia a cómo valora o siente en ese momento la sensación de la emoción,

teniendo como un enunciado inicial “La valoración de la sensación de la emoción es” la cual se responde en una escala tipo Likert de -2 a 2 puntos, donde -2 es *muy desagradable*, -1 es *desagradable*, 0 *más o menos desagradable*, 1 es *agradable* y 2 es *muy agradable*. Por último, la dimensión de Control hace referencia a cómo percibe su capacidad para controlar la emoción en ese momento, teniendo como enunciado principal “Cuando en este momento me siento así, mi capacidad para controlar la emoción es…” contando con una respuesta tipo Likert que oscila entre -2 a 2 puntos, donde -2 es con *mucho descontrol*, -1 es *descontrol*, 0 *más o menos controlado*, 1, es *control* y 2 es *mucho control*. La escala cuenta con unos índices de fiabilidad de $\alpha$ = .74 en Intensidad, $\alpha$ = .97 en Valoración, y $\alpha$ = .96 en Control.

Las propiedades psicométricas del POMS-VIC han sido utilizadas en diferentes estudios en el contexto español, en entrenadores de fútbol y en estudiantes universitarios (Borges et al., 2017; 2019; 2021).

## Procedimiento

### *Presentación del proyecto*

El estudio se realizó en el Centro de Salud FOD, ubicado en la Facultad de Organización Deportiva de la Universidad Autónoma de Nuevo León. En un inicio se contactó a la jefa del Centro de Salud FOD y al médico a cargo del área de rehabilitación física, a los cuales se les explicó el proyecto y tipo de población a la que se pretende intervenir, en este caso, deportistas lesionados pertenecientes a la UANL y que tuvieran alguna lesión en tobillo y rodilla que les imposibilitara entrenar al menos un mes.

### *Aval del Comité de Ética en Investigación*

De acuerdo a la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (1964) se tomó en cuenta que la muestra fuera diagnosticada primeramente por el equipo médico de rehabilitación física, además de la entrega de un consentimiento informado para la participación al programa psicológico, explicando la confidencialidad de sus datos, en el cual garantiza que toda la información únicamente será accesible al personal autorizado y con fines de investigación, resaltando la posibilidad y voluntariedad del abandono del programa cuando la

persona lo desee. Además de respetar sus derechos y bienestar, siguiendo los principios éticos propuestos por el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Una vez considerado lo anterior, se sometió el protocolo a evaluación por el CEIFOD -Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Organización Deportiva (registro CONBIOETICA-19-CEI-002-20220418)-. El protocolo fue revisado en tres ocasiones por los diversos Comités (Investigación, Bioseguridad y Ética), una vez avalado por el CEIFOD (Anexo 2) se comenzó con el protocolo.

***Presentación ante los fisioterapeutas***

Se socializó el proyecto a los profesionales que brindan los servicios en rehabilitación deportiva a los deportistas de la UANL, coordinando con ellos horarios, fechas y permisos de evaluación e intervención con los deportistas lesionados. En las reuniones se buscó determinar que las intervenciones psicológicas que se llevarán a cabo no perjudicarán las actividades planeadas por los fisioterapeutas. Para obtener datos del deportista, se revisaría el expediente del deportista, resguardando la fecha de ingreso al centro de terapia, tipo de lesión, edad, género y deporte.

***Pilotaje***

Se realizó un pilotaje de aproximadamente tres semanas con el fin de reconocer las diferentes situaciones que pudieran surgir en el Centro de Salud, y de esta forma, poder iniciar la implementación del programa de intervención.

***Selección de participantes***

La selección de los participantes se realizó a través del diagnóstico del médico a cargo del proceso de rehabilitación. Este diagnóstico se realiza en la primera sesión al ingreso al CSFOD, y se verificó que cumplieran con los criterios de inclusión estipulados, así como la entrega del consentimiento informado (Anexo 1).

***Evaluación pre y post***

Para la aplicación de los instrumentos se citó a los participantes después de sus sesiones de rehabilitación realizadas por el fisioterapeuta. Cabe resaltar que se

controló la difusión de los tratamientos en los participantes, con el fin de no afectar en el proceso de intervención psicológica.

## Protocolo de intervención psicológica

La duración de cada una de las sesiones psicológicas fue de 45 minutos aproximadamente. Empezando con la entrevista semiestructurada y la aplicación de los cuestionarios, después se inició las sesiones de rehabilitación en las cuales se trabajó con el establecimiento de objetivos durante el tratamiento, la reestructuración cognitiva, parada de pensamiento, auto instrucciones positivas, autoconocimiento, autopercepción, autoconcepto, manejo de emociones, habilidades de afrontamiento, relajación y visualización.

### *Cronograma*

En la Tabla 1. se muestra el cronograma de actividades de la intervención psicológica, resaltando las variables que se aplicaron, así como la estrategia utilizada.

**Tabla 1**

*Cronograma de actividades del programa de intervención psicológica*

| Sesiones | Semanas | Fecha | Variables | Estrategia utilizada |
|---|---|---|---|---|
| No.1 | Semana 1 | Enero- Junio | Aplicación de los instrumentos y entrevista semiestructurada | |
| No.2 | Semana 1 | Enero- Junio | Establecimiento de objetivos | En una tabla plantear los objetivos a largo plazo/ como llegar a ellos/ que están haciendo para lograrlo/ |
| No. 3 | Semana 2 | Enero- Junio | Manejo de emociones | Psicoeducación / listado de emociones e identificación |
| No. 4 | Semana 2 | Enero- Junio | Autoconocimiento, autoconcepto y autopercepción | Terapia racional emotiva de Ellis |
| No. 5 | Semana 3 | Enero- Junio | Motivación y habilidades de afrontamiento | Línea del tiempo |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| No.6 | Semana 3 | Enero- Junio | Respiración y relajación | Enseñanza de la relajación progresiva de Jacobson y Respiración diafragmática |
| No.7 | Semana 4 | Enero- Junio | Relajación y visualización | Se retomará la relajación de la anterior sesión y se agregará la variable de visualización con el fin de que visualicen su incorporación a sus actividades después de la rehabilitación |
| No.7 | Semana 4 | Enero- Junio | Relajación y visualización | Se retomará la relajación de la anterior sesión y se agregará la variable de visualización con el fin de que visualicen su incorporación a sus actividades después de la rehabilitación |
| No.8 | Semana 4 | Enero- Junio | -Relajación y visualización<br>-Feedback<br>-Cierre | -Relajación con visualización<br>-cronograma de actividades<br>- Consolidación de los conocimientos aprendidos, aplicación de los instrumentos y retroalimentación |

## Recursos humanos del proyecto

En la siguiente tabla (Tabla 2) se muestran los perfiles o puestos de las personas involucradas en la investigación.

**Tabla 2**

*Recursos humanos del proyecto*

| Perfil | Actividades |
|---|---|
| Jefa del Centro de Salud FOD | Facilitar el acceso a los participantes |
| Medico Titular | Contactar con terapeutas que atiendan los casos del estudio |
| Estudiante de posgrado del Doctorado en Ciencias de la Cultura Física<br>Lic. En psicología<br>Mtra. Psicología del Deporte<br>Participación en ponencias nacionales e internacionales, además de impartir talleres sobre la psicología del deporte en lesiones deportivas | Investigadora responsable |
| Licenciado en Psicología<br>Especialista en Deporte o Terapia Breve. | Aplicación de las sesiones psicológicas con los deportistas lesionados |

| | |
|---|---|
| Rehabilitadores físicos | Aplicación de las sesiones físicas para la rehabilitación de la lesión |
| Recepcionista de CSFOD | Expedientes de los participantes que cumplen con los criterios de selección para la calendarización del programa de intervención psicológico. |

**Plan de análisis de datos**

Para poder dar respuesta a los objetivos específicos, se trabajó mediante el promedio de cada una de las variables de acuerdo con los indicadores de los instrumentos implementados, comparando el antes y el después de cada una de las intervenciones aplicadas a los deportistas, relacionando los datos arrojados en cada intervención con la bitácora de cada una de las sesiones.

En cuanto a datos cuantitativos de todos los deportistas lesionados que participaron en el programa de intervención y observar el umbral mínimo de cambio entre las variables antes y después del programa de intervención psicológica, se utilizó el mínimo cambio apreciable (SWC, *Smallest Worthwhile Change*) mediante el tamaño del efecto estandarizado (ES) utilizando intervalos de confianza al 90% (90% *IC*) tomando en cuenta los umbrales modificados de la *d* de Cohen propuestos por Hopkins et al. (2009) siendo > 0.2 cambio pequeño; >0.6 cambio moderado; > 1.2 cambio grande; > 2.0 muy grande; > 4.0 extremadamente grande. Además, se evaluaron las posibilidades cuantitativas de benéfico, perjudicial y trivial, evaluándose cualitativamente con la siguiente escala: 25 a 75% *posible (possibly);* 75% a 95% *probable (Likely);* 95% a 99% *muy probable (Very Likely); y >99% casi seguro (*Hopkins et al., 2009).

# Resultados

De acuerdo con el primer análisis (SWC) se observan porcentajes de cambio entre antes y después del programa de intervención psicológica, encontrando cambios moderados y grandes que pueden considerarse *posibles* y *muy probables* (Tabla 4). Estos datos indican que el cambio no fue por efectos al azar, sino por evidencia estadística la posibilidad de cambio, resaltando la relevancia de la evolución en las variables psicológicas antes y después del programa de intervención psicológica.

**Tabla 3**

*Resultados del mínimo cambio apreciable de los deportistas lesionados.*

| *Instrumento* | *Variable* | *TE (IC90%)* | *Chance* | *Posibilidad MCA (SWC)* |
|---|---|---|---|---|
| DASS-21 | Depresión | -1.05 (-1.69; -0.40) | .03/1.7/**98 %** | Muy probable |
| | Estrés | -0.97 (-1.59; -0.35) | 0.4/2.1/**97.6 %** | Muy probable |
| ACSI-28 | Afrontamiento de la adversidad | -1.21 (-1.90; -0.53) | 0.2/0.9/**98.9 %** | Muy probable |
| | Rendir bajo presión | 0.35 (-0.41; 1.11) | 63.1/25.6/11.3 % | Posible |
| | Establecimiento de objetivos | 0.19 (-0.56; 0.95) | 49.4/32/18.7 % | Posible |
| | Confianza | 0.12 (-0.57; 0.81) | 41.8/36.8/21.4 % | Posible |
| | Entrenabilidad | 0.52 (-0.75; 1.79) | 67.1/16.4/16.5 % | Posible |
| SMS-II | Intrínseca | -1.88 (-4.22; 0.47) | 6.9/4.0/**89.1** % | Probable |
| | Integrada | -1.33 (2.51; -0.15) | 2/3.6/**94.4** % | Probable |
| | Identificada | -0.81 (-1.90; 0.29) | 6.3/10.7/**83** % | Probable |
| POMS intensidad | Tensión | -1.16 (-1.80; -0.52) | 0.2/0.9/**98.9** % | Muy probable |
| | Estado deprimido | -0.96 (-1.57; -0.34) | 0.4/2.1/**97.5** % | Muy probable |
| | Cólera | -0.58 (-1.19; 0.04) | 2.4/11.7/**85.9** % | Probable |
| | Vigor | 0.90 (0.07; 1.74) | **92**/6.2/1.8 % | Probable |
| | Amistad | 0.35 (-0.49; 1.20) | 62.3/24.3/13.4 % | Posible |
| POMS valoración | Tensión | 0.90 (-0.02; 1.81) | **90**/7.3/2.7 % | Probable |
| | Estado deprimido | 0.28 (-0.61; 1.17) | 56.3/25.9/17.8 % | Posible |
| | Cólera | 0.75 (-0.12; 1.62) | **86**/10.3/3.7 % | Probable |
| | Vigor | 0.20 (-0.53; 0.93) | 50.3/32.4/17.3 % | Posible |
| | Fatiga | 0.23 (-0.46; 0.92) | 52.9/32.7/14.4 % | Posible |
| | Confusión | 0.51 (-0.29; 1.31) | 74.6/18.3/7.1 % | Posible |
| | Amistad | 0.12 (-0.65; 0.88) | 42.4/33.6/24 % | Posible |
| POMS control | Tensión | 0.13 (-0.63; 0.89) | 43.8/33.6/22.6 % | Posible |
| | Estado deprimido | 0.20 (-0.63; 1.04) | 50.2/29.4/20.4 % | Posible |
| | Vigor | 0.24 (-0.46; 0.94) | 54.1/31.8/14.2 % | Posible |
| | Amistad | 0.21 (-0.93; 0.64) | 22.4/32.3/45.3 % | Posible |
| PRSII-19 | Devastación | -0.63 (-1.29; 0.03) | 2.3/11.2/**86.5** % | Probable |
| | Reorganización | 0.22 (-0.44; 0.88) | 52/34.2/13.8 % | Posible |
| | Inquietud | 0.22 (-0.61; 1.05) | 51.9/29/19.1 % | Posible |

Relacionando los resultados de la tabla 3, podemos resaltar que los datos de cada una de las variables reafirman la idea de un cambio significativo, especialmente en las variables de depresión y estrés en el caso del DASS-21; así como en la tensión junto con la variable deprimido en el POMS-VIC en la dimensión Intensidad. Es importante resaltar que al analizar con el mínimo cambio apreciable (tabla 3) con los ocho deportistas que participaron en el programa de intervención, permite tener un mayor rango y comprensión estadístico al poder mostrar los cambios significativos en diversas variables de los instrumentos como ACSI-28, SMS-II, POMS-VIC dimensión valoración y control y PRSII-19.

Como segundo análisis, se realizó una comparación de antes y después de cada uno de los cuestionarios, tomando en cuenta las medias de cada una de las variables, y utilizando la bitácora con el fin de usar los datos cualitativos para relacionar por qué existió un cambio antes y después del programa de intervención. A continuación, se mostrarán los resultados de cada uno de los deportistas.

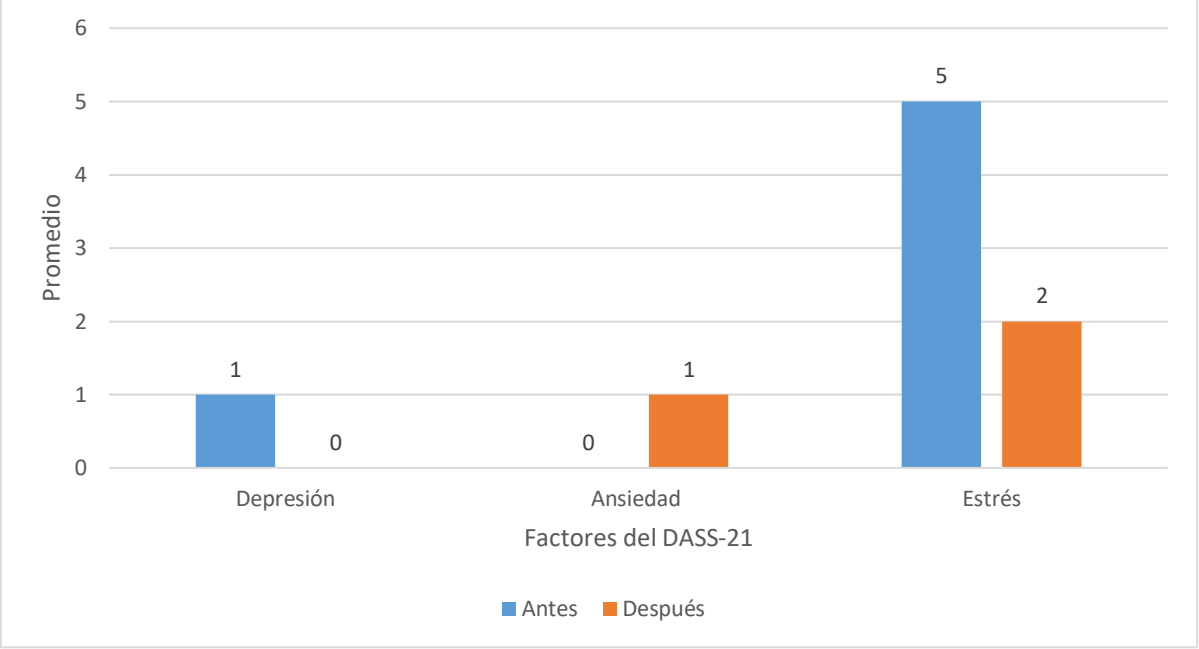
## Análisis por sujeto

### *Sujeto1*

En la Figura 1 observamos que la Depresión y el Estrés disminuyeron después de la intervención, siendo mayor la diferencia del cambio en el factor de Estrés. Al considerar la bitácora (Tabla 3) de las sesiones el deportista refirió visualizarse mejor y con mayor dominio de su zona corporal lesionada, además mencionó que se postuló a una convocatoria externa que le implicó mucho tiempo, y que en ocasiones le era difícil mediar los tiempos entre las actividades académicas y las deportivas.

**Figura 1.**

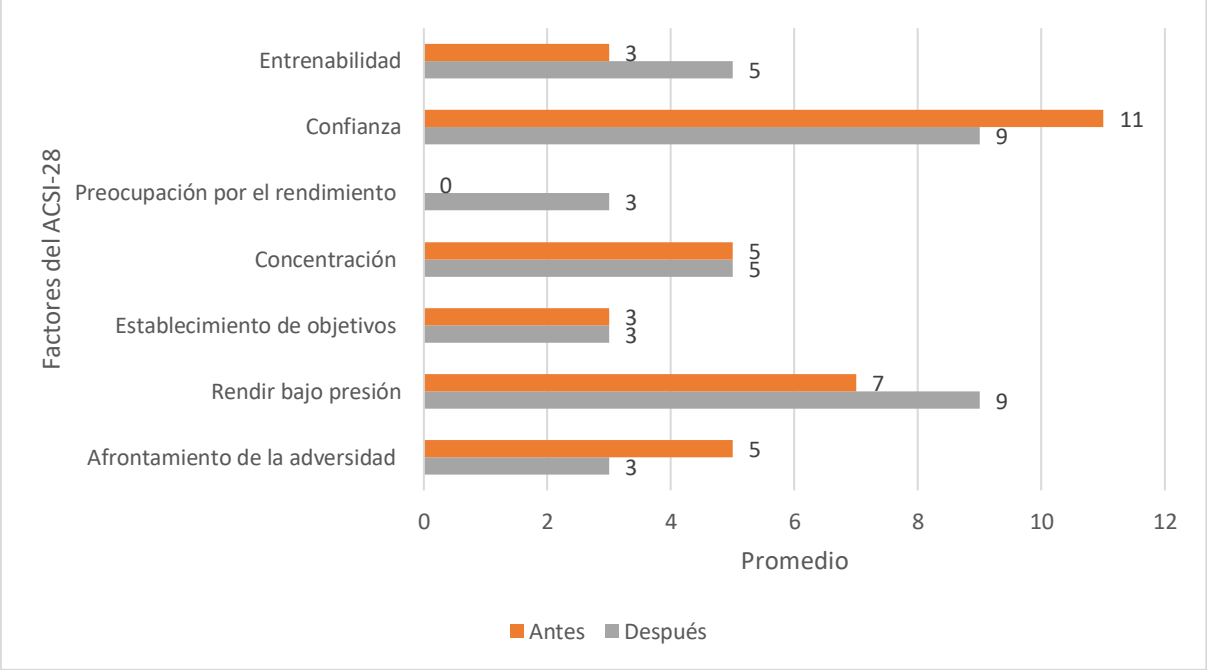
*Resultados del Sujeto 1 de Depresión, Ansiedad y Estrés*




Respecto a las Habilidades de Afrontamiento (Figura 2), logró aumentar su promedio en las habilidades de Entrenabilidad y de Rendir bajo Presión. Al considerar la bitácora (Tabla 3) de las sesiones el Sujeto 1 señaló el compromiso de sobrellevar la lesión como un reto personal a superar, además, mostró un interés en las sesiones psicológicas, teniendo siempre en mente sus metas personales a corto, mediano y largo plazo, así como la búsqueda constante de la reincorporación al deporte, además de recuperar su movilidad de la zona lesionada. No obstante, disminuyó en la Confianza y el Afrontamiento a la Adversidad; además de aumentar la Preocupación por el Rendimiento por parte del Sujeto 1. Estos resultados se relacionan en que el deportista se percibe que debe de estar en forma en poco tiempo para regresar rápidamente a entrenar.

**Figura 2.**

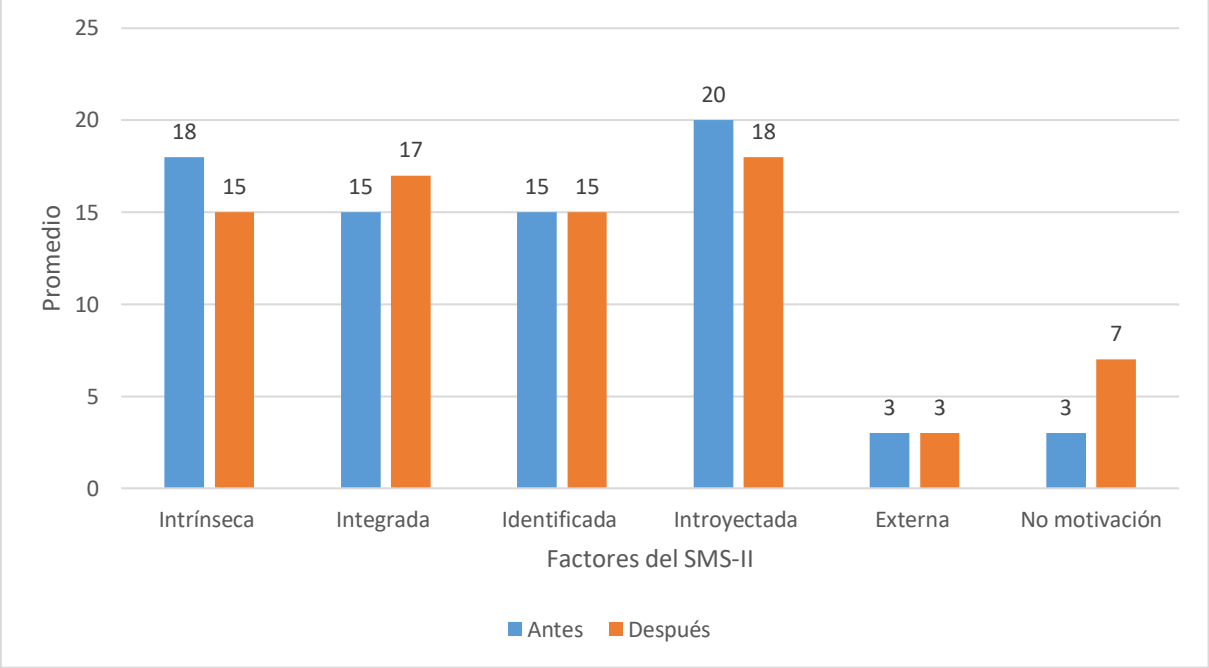
*Resultados del Sujeto 1 de las Habilidades de Afrontamiento*




En la escala de motivación en el deporte revisada (Figura 3) al término del programa, el participante mostró una disminución en las Regulaciones Integrada y Externa, manteniéndose las regulaciones Intrínseca e Identificada, un ligero aumento en la Introyectada y la disminución de Integrada y Externa. Considerando la bitácora (Tabla 3), podemos relacionar los resultados con la necesidad de tener que hacer algo, en este caso recuperarse de la lesión para regresar al equipo y participar en el concurso en línea para entrenamiento de fútbol, llevando a un aumento en la regulación Introyectada, disminuyendo la motivación Integrada. En cuanto a la motivación Extrínseca al no existir una recompensa pronta debido a la poca información que tenía sobre el programa y su avance en la rehabilitación llevó a una disminución.

**Figura 3.**

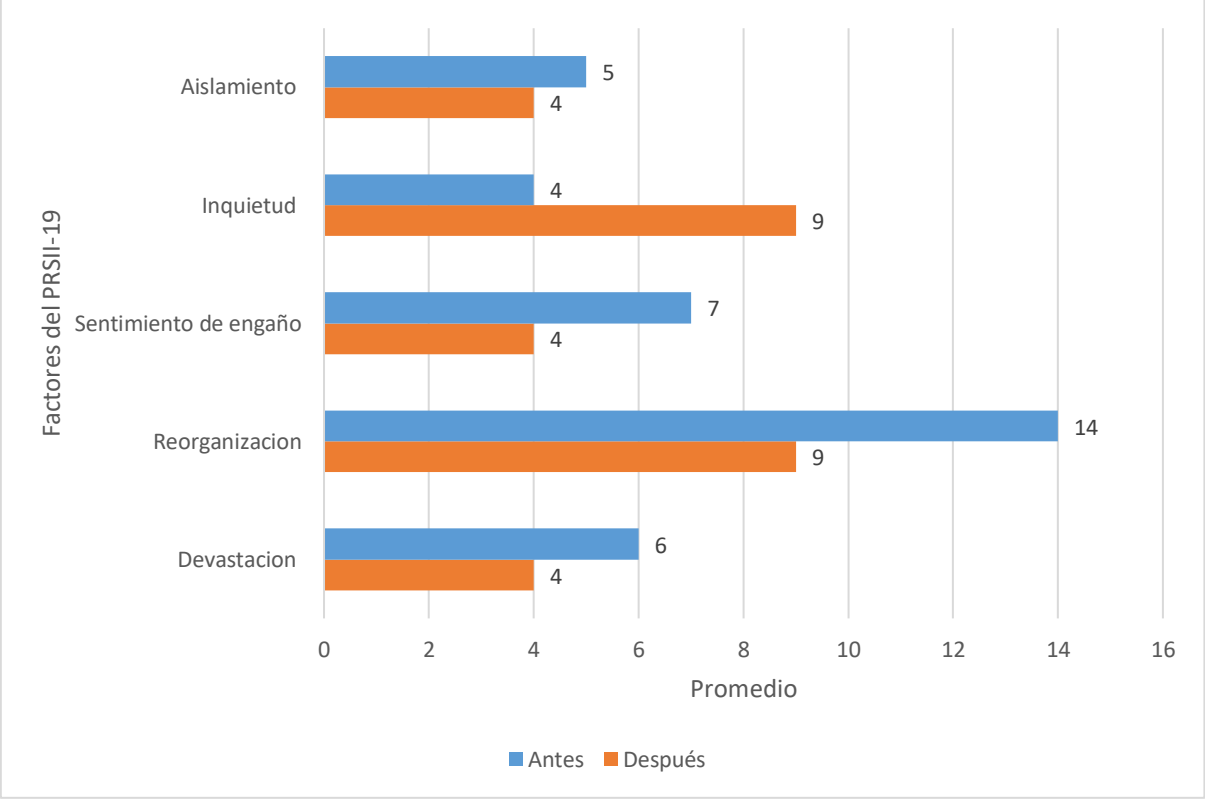
*Resultados del Sujeto 1 en la Escala de Motivación en el Deporte Revisada*




En cuanto la Respuesta Psicológica a la Lesión, las respuestas en sentido negativo como Aislamiento y Devastación disminuyeron y la Inquietud aumentó, no obstante, también disminuyó la Reorganización, siendo está considerada en sentido positivo. Al considerar las bitácoras de las sesiones (Tabla 3) se señaló inquietud por aspectos externos fuera de la lesión, especialmente enfocados a cuestiones escolares y de problemas de pareja.

**Figura 4.**

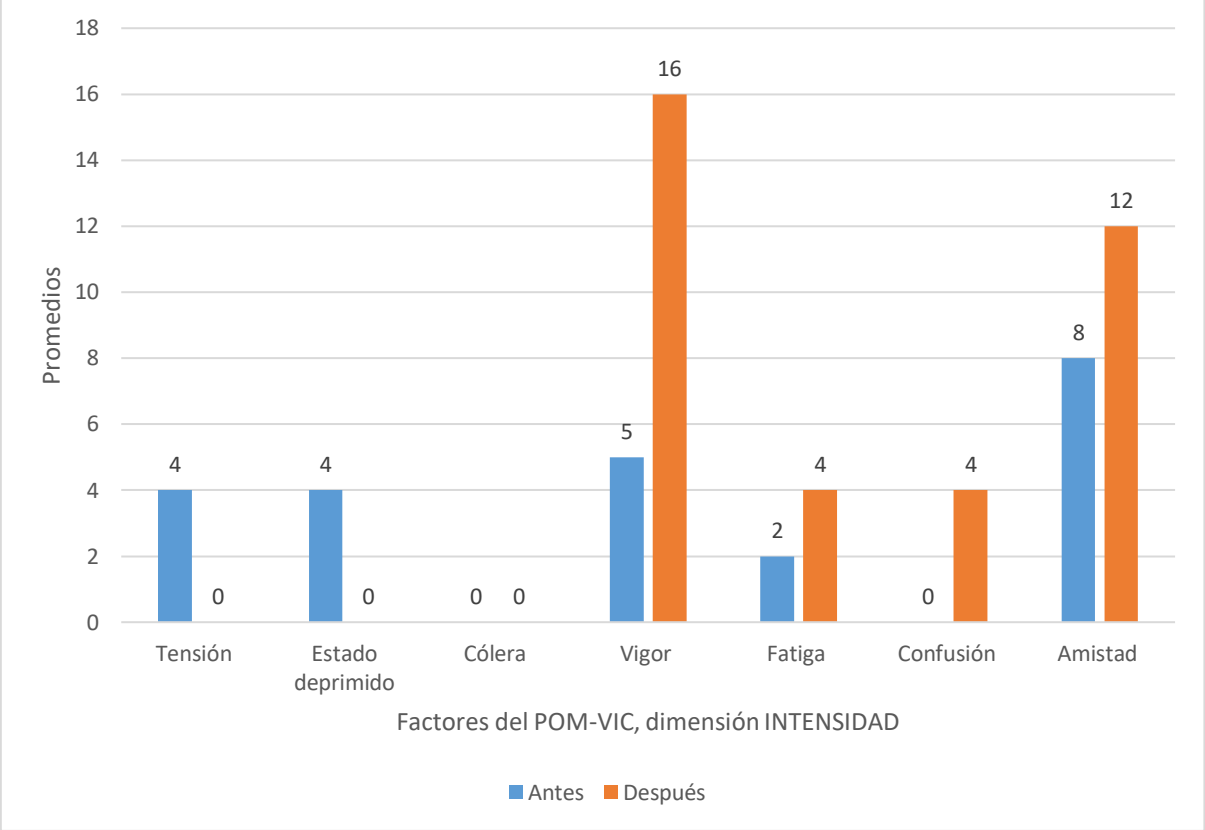
*Resultados del Sujeto 1 de la Respuesta Psicológica ante una Lesión*




En cuanto a la evaluación de los Estados de Ánimo, en la dimensión de Intensidad, al término del programa de intervención incrementaron los estados de Vigor y Amistad y disminuyeron todos los estados de ánimo negativos, Tensión, Estado Deprimido, Cólera, Fatiga, Confusión. En datos señalados en la bitácora (Tabla 3) se puede relacionar con la emoción por volver a entrenar además de mantener una visión positiva de sí mismo, en el cual se describe como alguien con mejor actitud, energía y entusiasmo.

**Figura 5.**

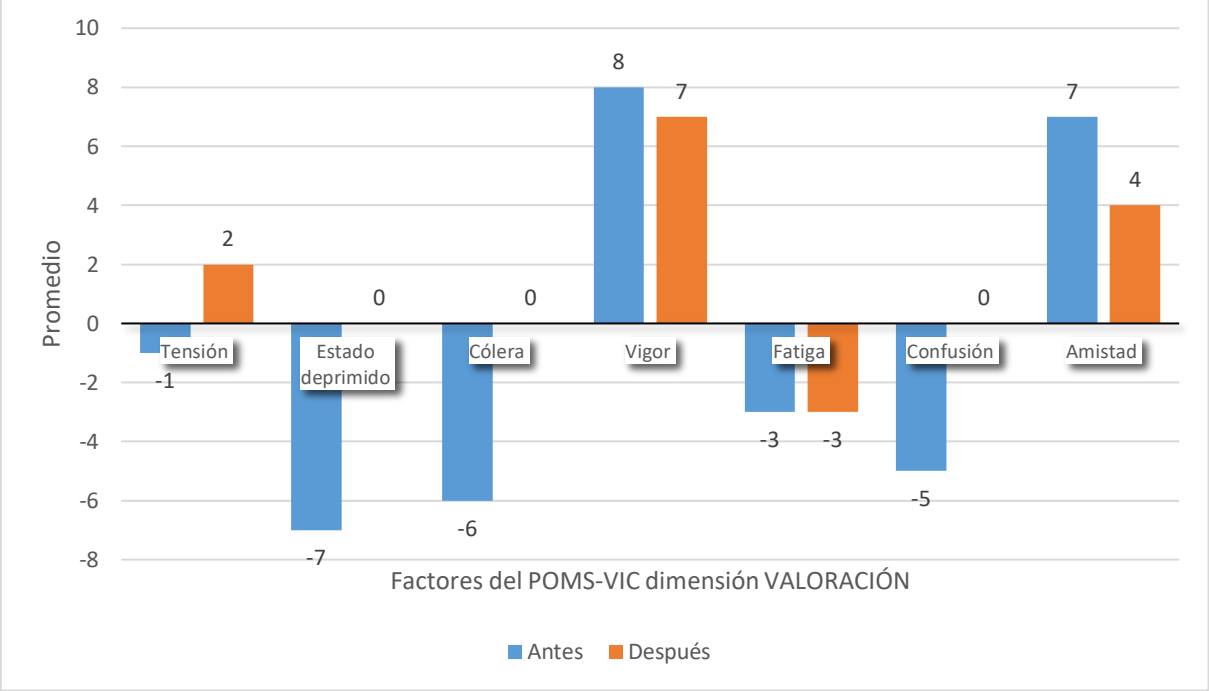
*Sujeto 1. Resultados del POMS-VIC Dimensión Intensidad*




En cuanto a la valoración de los Estados de Ánimo (Figura 6), se observa una disminución en la forma de comprender la emoción, dejando de ser emociones tan desagradables en variables de Estado Deprimido, Cólera y Confusión, estos datos se confirman con la bitácora (Tabla 3) en la cual el deportista se observa cómo alguien capaz de reconocer su avance personal fuera del ámbito del deporte y la lesión como la identificación de sus pensamientos y emociones.

**Figura 6.**

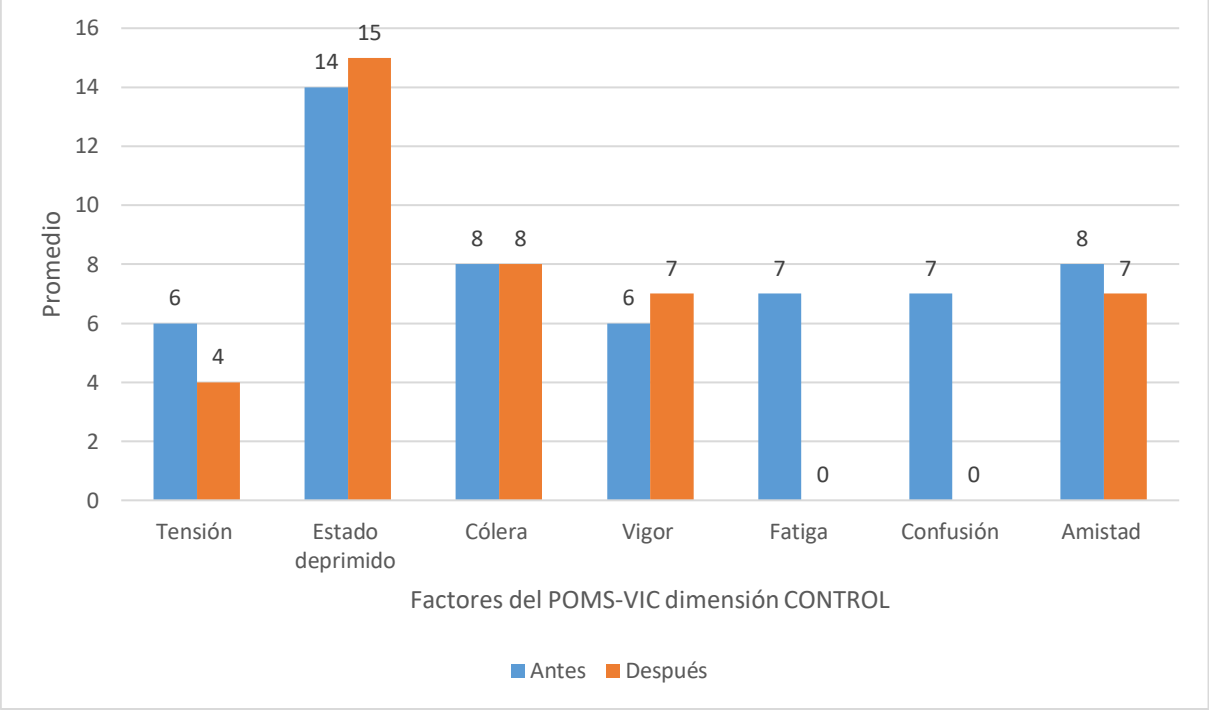
*Sujeto 1. Resultados del POMS-VIC Dimensión Valoración*




Por último, en la dimensión control de los Estados de Ánimo (Figura 7), se observa que cuenta con un dominio de la mayoría de las emociones después del programa de intervención, a excepción de los estados de Fatiga y Confusión los cuales disminuyeron, estos datos se relacionan con la intensidad de sentir las emociones del mismo cuestionario (Figura 5), teniendo como resultado que a mejor control de los factores de Fatiga y Confusión, la sensación de la emoción aumentó después del programa de intervención psicológica y rehabilitación. En cuanto a la relación con la bitácora (Tabla 3), esta disminución del sentimiento de control se relaciona con la ansiedad que presentó el deportista durante su proceso de rehabilitación, más factores externos como la escuela, amigos y relación sentimental, al señalar en que es capaz de identificar lo que le molesta, pero no saber cómo afrontar esos aspectos externos sociales y de pareja.

**Figura 7.**

*Sujeto 1. Resultados del POMS-VIC Dimensión Control*




Al analizar cualitativamente los discursos de las sesiones registrados en la bitácora del programa de intervención (Tabla 3) se pueden observar diferentes respuestas divididas en cuatro dimensiones: estados de ánimo positivos, negativos, la respuesta ante la lesión y la adherencia al tratamiento, mostrando que la mayoría de los estados de ánimo negativos se presentaron en las primeras sesiones (1, 2), pero con una fuerte necesidad de adherirse al tratamiento (sesión 2 y 5), siendo su respuesta a la lesión un listado de “no permitir..”, “no afecte..” (sesión 2 y 3), resaltando la necesidad de no darse la oportunidad de fallar relacionándose al aumento que existió en el factor de preocupación por el rendimiento después del programa de intervención. Esta respuesta a la lesión puede ser un indicador del aumento en las variables de ansiedad, confusión y fatiga, debido al cumplimiento de una reincorporación rápida a sus actividades deportivas, así como su objetivo de recuperar la movilidad sin dolor de la zona lesionada, generando una carga emocional durante todo su proceso de rehabilitación.

**Tabla 4**

*Resultados cualitativos de la bitácora de las sesiones de intervención psicológica del Sujeto 1*

| Variables | Sujeto 1 |
|---|---|
| Estados de ánimo positivos | -“Mi principal objetivo en mi vida se está centrando en mi mentalidad y personalidad debido a que me encuentro en un momento en el que puedo identificar gran parte de mis pensamientos” (sesión 4)<br>-“Me veo con mejor actitud, energía y entusiasmo” (sesión 4)<br>-“Emoción por volver a entrenar” (sesión 5) |
| Estados de ánimo negativo | -Frustración, tristeza, decepción (sesión 2)<br>-Nervios (sesión 2)<br>- Ansiedad (sesión 5) |
| Respuesta psicológica de la lesión | -“No afecte mi rutina del día a día en aspectos básicos” (sesión 2)<br>- “libertad, sin preocupación del movimiento” (sesión 2)<br>-“No permitir que nadie lo saque de su pensamiento actual de querer mejorar” (sesión 2)<br>-“No cumplir con mi objetivo y el del equipo” (sesión 3) |
| Adherencia a la rehabilitación | -“Respetar las indicaciones” (sesión 2)<br>-“Comprensión a las indicaciones por parte del físio” (sesión 5)<br>- Aceptación y aporte a la recuperación (sesión 5) |

*Nota*: Estados de ánimo positivos = Vigor y amistad;

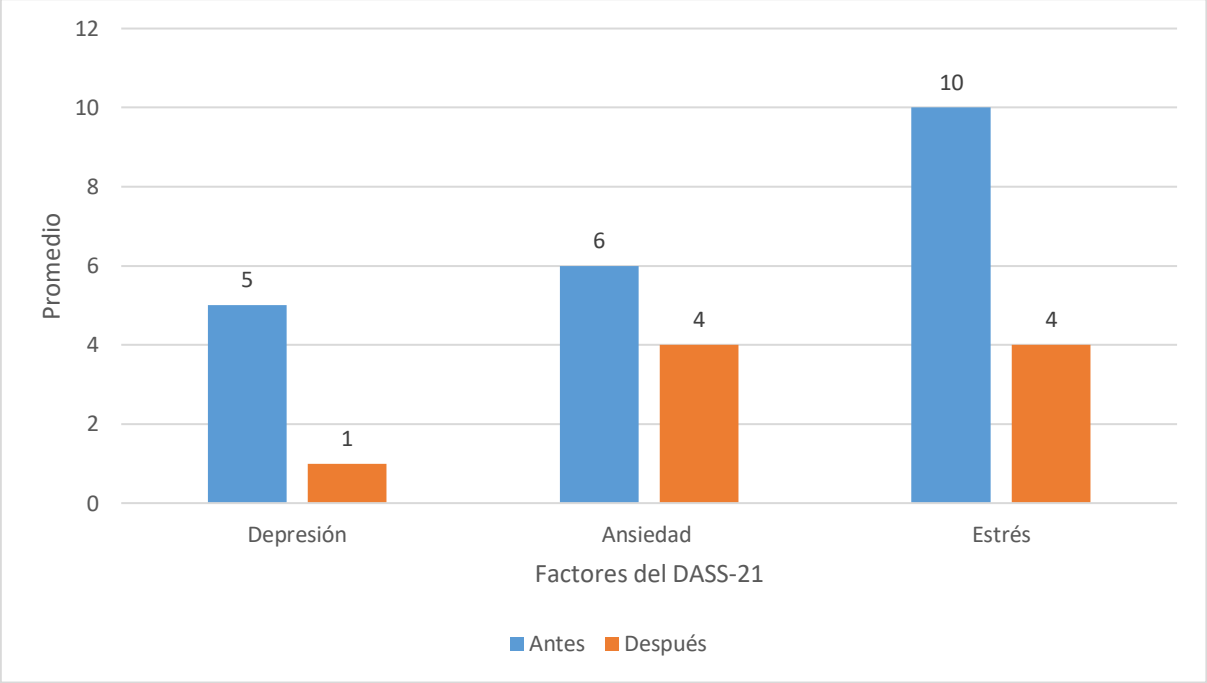
Estados de ánimo negativos = Tensión, cólera, fatiga, confusión, depresión, ansiedad y estrés.

***Sujeto 2***

De acuerdo con los resultados de la escala de Depresión, Ansiedad y Estrés, DASS-21 (Figura 8) se observa una disminución considerable después del programa de intervención en las variables de Depresión y Estrés. Al considerar la bitácora de las sesiones (Tabla 4) la deportista se percibe más alegre y motivada para seguir con sus entretenimientos, generando una disminución de los estados negativos que presentó durante el proceso de recuperación.

**Figura 8.**

*Resultados del Sujeto 2 de Depresión, Ansiedad y Estrés*

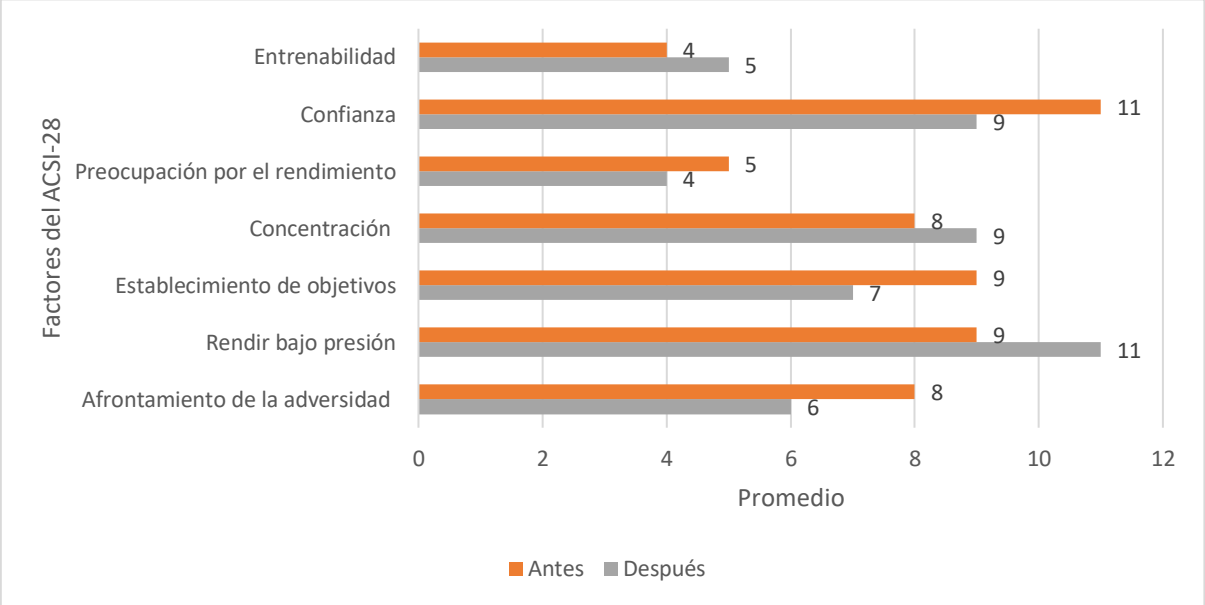



En cuanto a las Habilidades de Afrontamiento (Figura 9) se observa un ligero aumento en los factores de Entrenabilidad, Concentración y Rendimiento bajo Presión y una disminución en la Preocupación del Rendimiento. Al considerar los resultados de la bitácora (Tabla 4) el Sujeto 2 señala sentirse orgullosa por no rendirse al realizar la rehabilitación. En cuanto los factores de Confianza, Establecimiento de Objetivos y Afrontamiento a la Adversidad disminuyen después del programa de intervención siendo cambios no esperados, y esto se puede relacionar con las sesiones y la bitácora debido a que el sujeto 2 al ver que el término de las sesiones de rehabilitación se acerca, disminuye en interés de planificar

diariamente o semanalmente metas específicas durante la rehabilitación, disminuyendo las planificaciones sobre como alcanzar sus metas porque su meta principal es reincorporarse en el deporte lo cual ya es muy probable que suceda ya no hay la necesidad de establecer objetivos por parte del Sujeto 2, estos datos se relacionan con el nivel de confianza de la escala, debido a que ya no siente la necesidad de ir a terapia y hacer los ejercicios al 100 por ciento.

**Figura 9.**

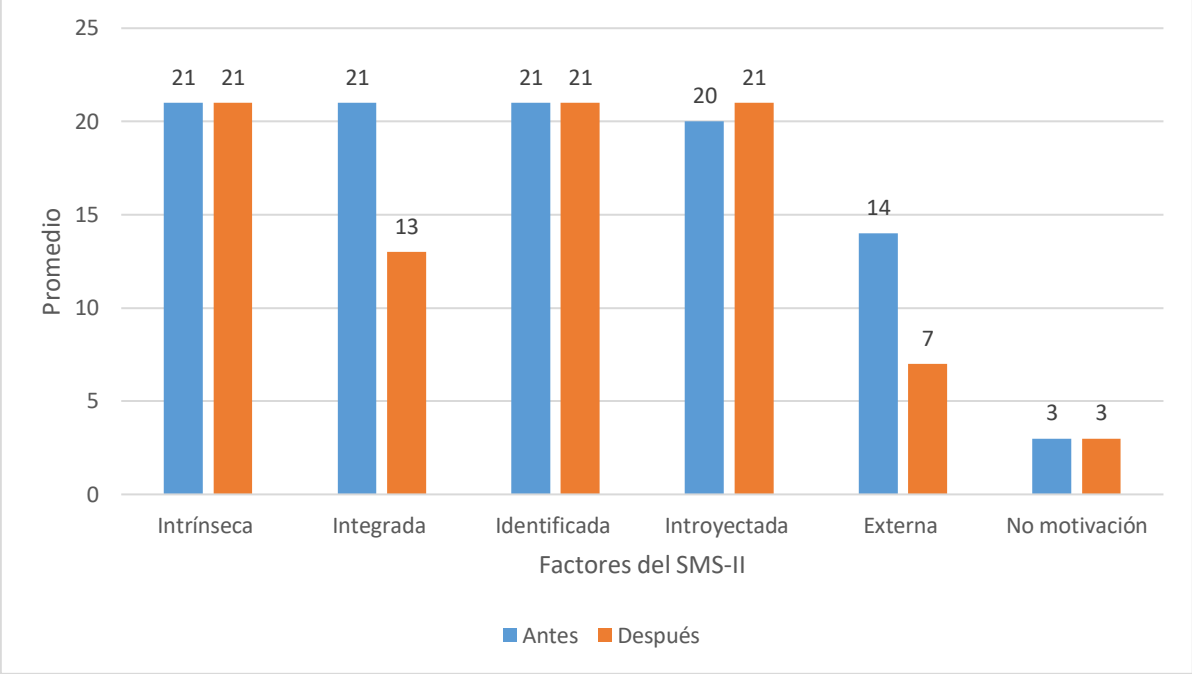
*Resultados del Sujeto 2 de las Habilidades de Afrontamiento*




En cuanto a la Escala de Motivación del Sujeto 2 (Figura 10), mostró una disminución después del programa de intervención psicológica en la motivación Integrada y Externa, además de un ligero aumento en la motivación Introyectada. Estos datos de acuerdo con la bitácora (Tabla 4) de las sesiones psicológicas del deportista, señalan que la deportista busca aceptar el proceso de rehabilitación como algo que tiene que hacer, aunque no sea completamente de su agrado. Esto se observa cuando señala que lesionarse para ella fue muy triste por parar el entrenamiento y tener que ir a rehabilitación, en cuanto la motivación Intrínseca, es importante señalar la estabilidad que presenta antes y después del programa, demostrando que su motivación no depende de factores externos.

**Figura 10.**

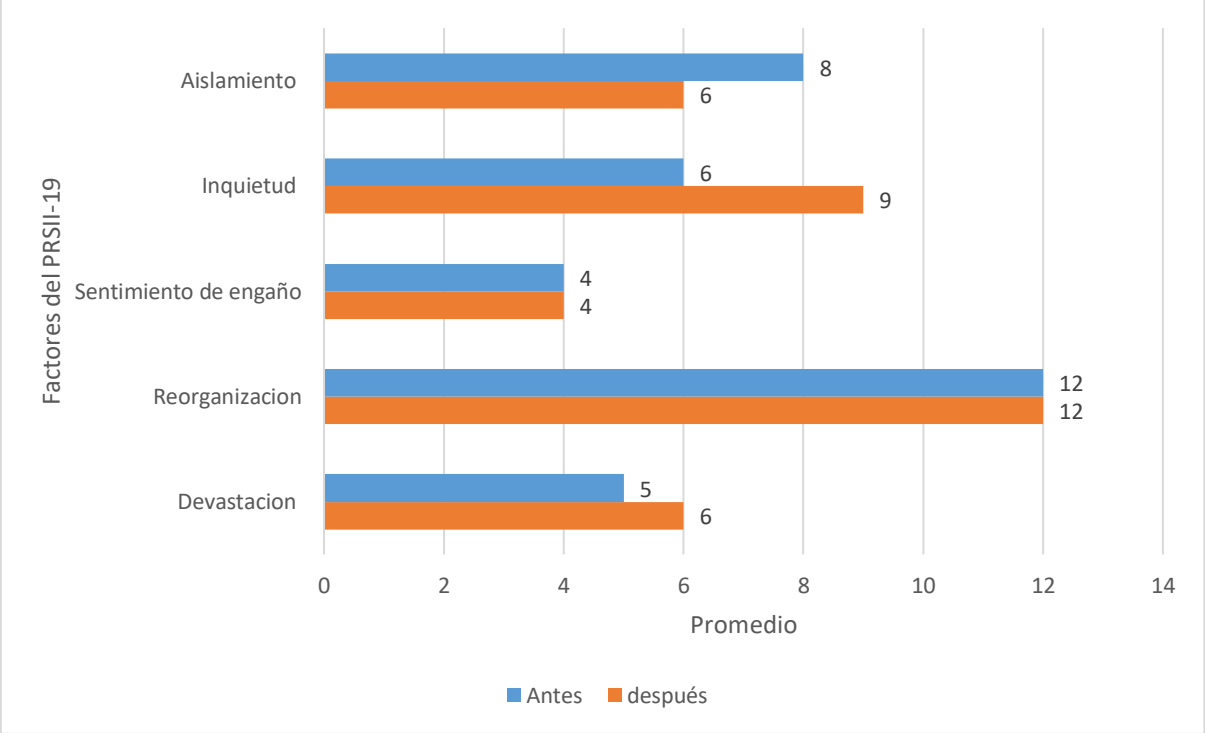
*Resultados del Sujeto 2 de la Escala de Motivación en el Deporte Revisada*




La Respuesta ante la Lesión del Sujeto 2 (Figura 11) mostró un aumento en la Inquietud y Devastación después del programa de intervención, estos datos se relacionan con la bitácora (Tabla 4) de sesiones psicológicas del Sujeto 2, en el cual se ve afectado por situaciones sociales, enfocado especialmente en la comunicación con el nuevo entrenador, además de alejarse del equipo. En cuanto al Aislamiento muestra una disminución, en relación con lo mencionado en sesiones, siempre contó con el apoyo de su pareja y mamá durante todo su proceso de recuperación, además de tratar de comunicarse más con el equipo.

**Figura 11.**

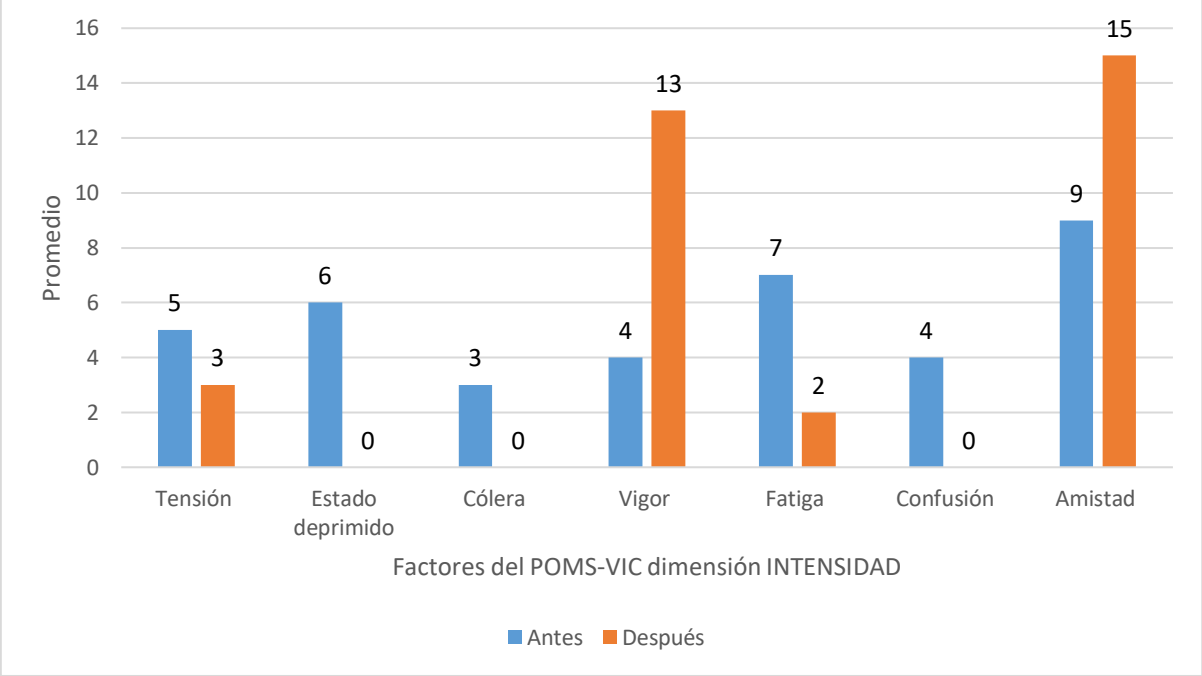
*Resultados del Sujeto 2 de la Respuesta Psicológica ante una Lesión*




En el aspecto de los Estados de Ánimo (Figura12), se observa un considerable cambio en los factores de vigor y amistad después del programa de intervención, siendo estos mismos, los únicos factores positivos de la escala. En cuanto a los factores negativos después del programa de intervención todos quedaron en 0. Estos datos concuerdan con los reportados en la bitácora (Tabla 4) de sesiones en el cual el deportista señala observar avance durante su tratamiento además de la importancia del apoyo de familiares y amigos en seguir en rehabilitación.

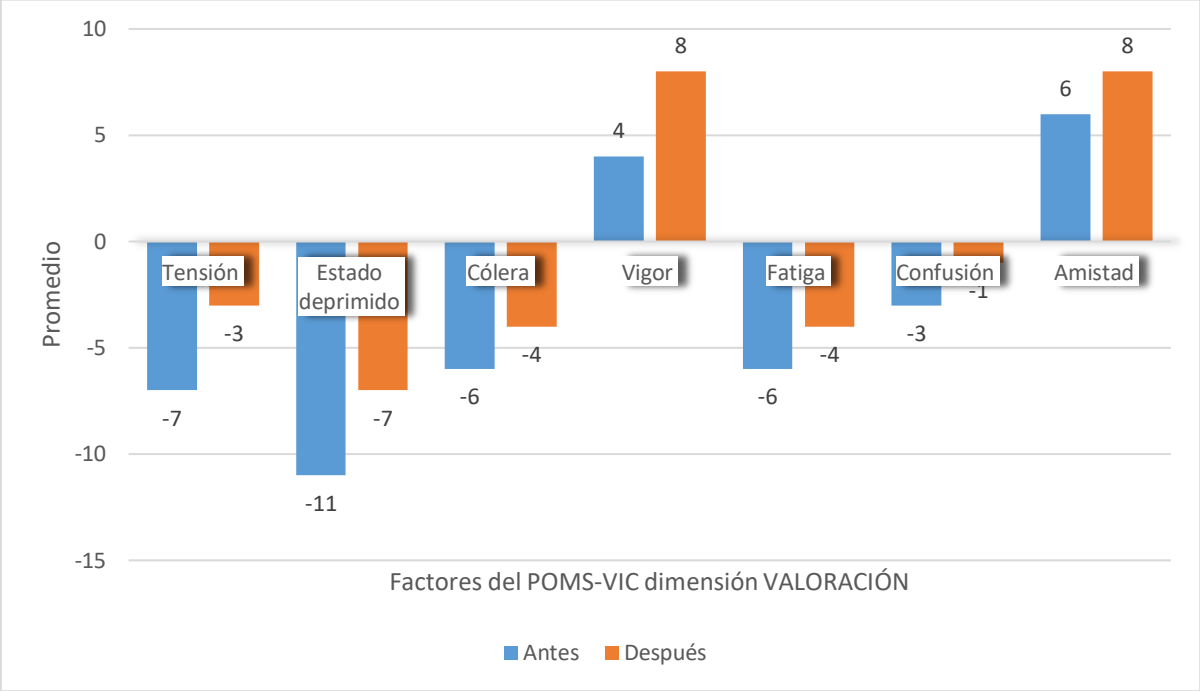
**Figura 12.**

*Sujeto 2. Resultados del POMS-VIC Dimensión Intensidad*




En la dimensión valoración de la escala de Estado de Ánimo del Sujeto 2 (Figura 13) se observa que la forma de interpretar las emociones desagradables disminuyó, pasando de una emoción sumamente desagradable a algo menos desagradable, permitiendo una mejor comprensión y asimilación de la emoción, y en cuando a los factores positivos (Vigor y Amistad) presentaron un aumento, relacionado con lo mencionado con la bitácora de sesiones (Tabla 4), en la cual el deportista se describe con sentimientos de alegría y motivación por incorporarse en los entrenamientos, además de ser optimista y analizar la importancia del proceso de recuperación.

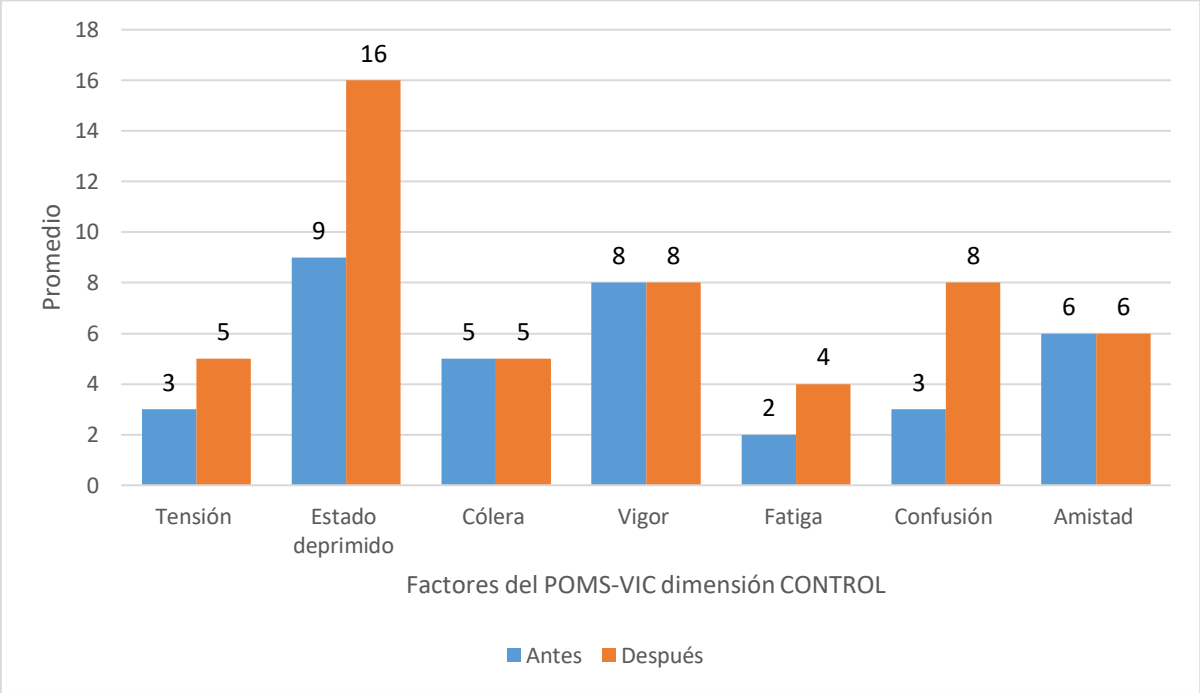
**Figura 13.**
*Sujeto 2. Resultados del POMS-VIC Dimensión Valoración*




En la dimensión control de los Estados de Ánimo (Figura14) el Sujeto 2, se observa con un mayor control de las emociones, especialmente en el Estado Deprimido y la Confusión, estos resultados concuerdan con los mostrados en el DASS-21 y en la Dimensión Intensidad del POMS-VIC (figura 8 y 12), en los cuales el factor Deprimido y Confusión disminuyen. En lo relacionado a la bitácora (Tabla 4), la deportista señala que al ser capaz de comprender que no puede controlar todo durante el proceso de recuperación y que a todos les puede pasar, la llevó a un mejor dominio de sus emociones.

**Figura 14.**

*Sujeto 2. Resultados del POMS-VIC Dimensión Control*




En los aspectos cualitativos el Sujeto 2 tanto en la bitácora como en las sesiones psicológicas del programa de intervención (Tabla 4) se observa que las emociones predominantes de las primeras 4 sesiones fueron de tristeza, llanto, alejarse del equipo por problemas de comunicación con el entrenador y tensión, pero durante el proceso de las siguientes sesiones de la 5 en adelante, el estado de ánimo mejoró a tal grado de poder sentirse orgullosa de no rendirse en realizar la rehabilitación a pesar de que no le gustaba y sentirse motivada debido a su reincorporación en los entrenamientos.

**Tabla 5**

*Resultados cualitativos de la bitácora de las sesiones de intervención psicológica del Sujeto 2*

| Variables | Sujeto 2 |
|---|---|
| Estados de ánimo positivos | -"Estoy muy feliz y orgullosa por no rendirme al realizar la rehabilitación" (sesión 5)<br>-Alegre y motivada para seguir en sus entrenamientos (sesión 8) |
| Estados de ánimo negativo | -Tristeza "ya no voy a hacer deporte", excluida, sentimiento de frustración, ira y tristeza, "tal vez esto ya no es lo mío" (sesión 4)<br>-"Cuando me lesioné lloré mucho, me sentía triste por parar lo que me gustaba y tener que ir a rehabilitación" (sesión 5)<br>-Tensión (Sesión 6)<br>-Sentimiento de sentirse atacada por el entrenador (sesión 7) |
| Respuesta psicológica de la lesión | -"Me aleje un poco del equipo (sesión 4)<br>-Poder regresar a entrenar sin tener miedo de la lesión (sesión 4) |
| Adherencia a la rehabilitación | -Motivación en seguir con sus sesiones de rehabilitación y psicológicas (sesión 3)<br>-"Ser más constante en el deporte para poder sobresalir" (sesión 4)<br>-"Durante el proceso de rehabilitación fui muy optimista pensando en lo importante que es este proceso y que era algo que no se controla y a todos nos puede pasar" (sesión 5) |

*Nota*: Estados de ánimo positivos = Vigor y amistad;

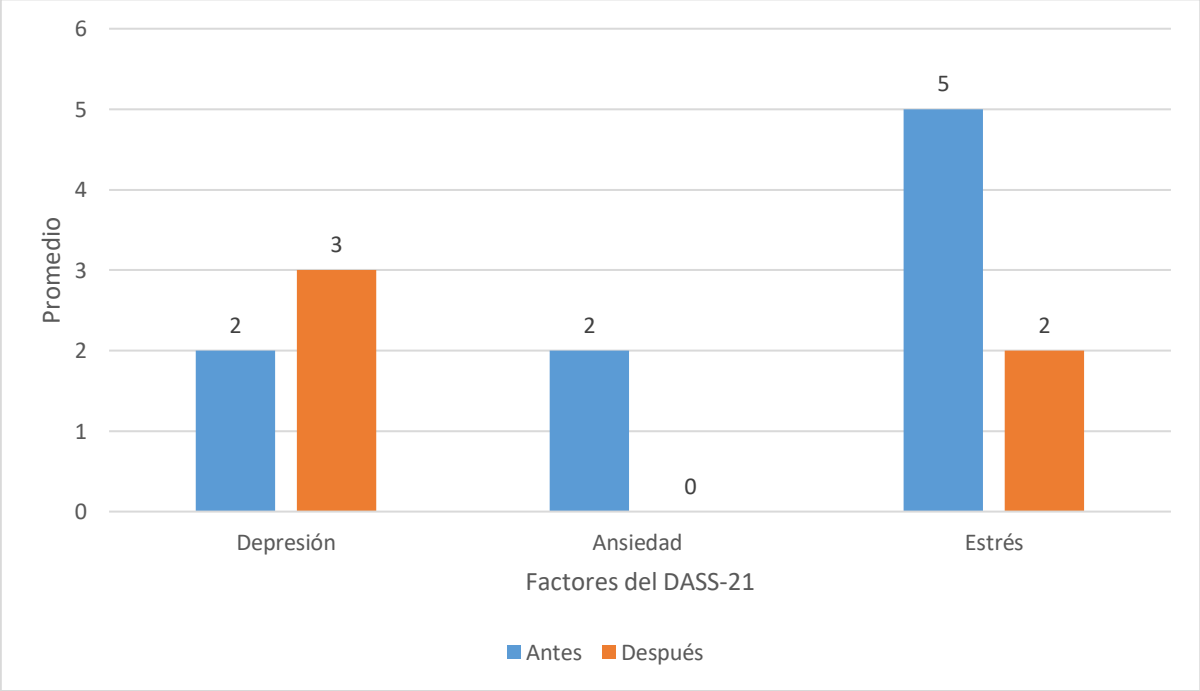
Estados de ánimo negativos = Tensión, cólera, fatiga, confusión, depresión, ansiedad y estrés.

***Sujeto 3***

Después del programa de intervención el Sujeto 3 manifestó cambios en los promedios de Depresión, Ansiedad y Estrés, siendo este último el que presentó mayor cambio al disminuir el promedio, la Ansiedad también disminuyó, no obstante, la Depresión aumentó (Figura 15). Al cruzar estas variables con lo registrado en la bitácora de las sesiones, el incremento de la Depresión puede ser debido a que se visualiza todavía frustración y tristeza por perder el ritmo que llevaba de los entrenamientos, alterando la condición física que tenía antes de lesionarse (Tabla 5).

**Figura 15.**

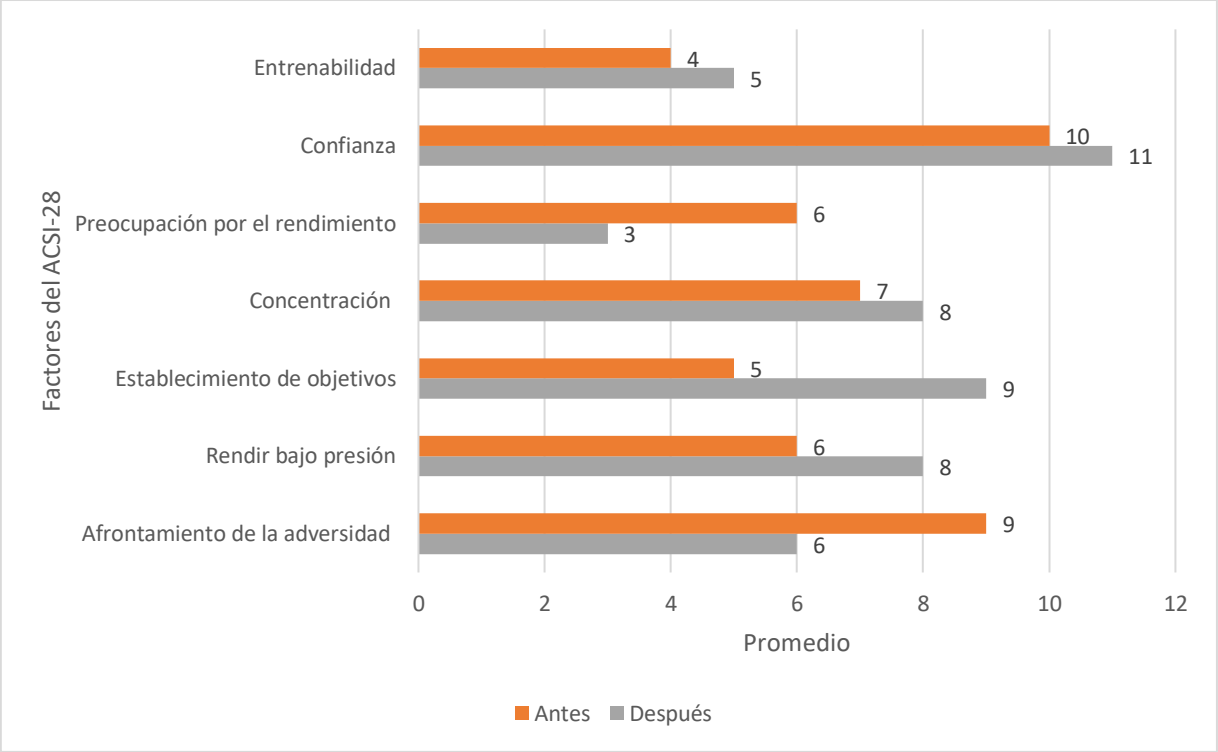
*Resultados del Sujeto 3 de Depresión, Ansiedad y Estrés*




En cuanto a las Habilidades de Afrontamiento por parte del Sujeto 3 (Figura 16), se observan aumentos esperables en los factores de Entrenabilidad, Confianza, Concentración, Establecimiento de Objetivos y Rendir bajo Presión; también disminuyó el factor de Preocupación por el Rendimiento lo cual muestra el cambio por parte del sujeto respecto a la sensación de su zona corporal lesionada, señalando sentirse más segura con su tobillo en los partidos, además se sentirse más tranquila y emocionada por su recuperación (Tabla 5). Llama la atención que la

única variable que no presentó el cambio deseado después del programa fue el Afrontamiento de la Adversidad, esto puede relacionarse con que la deportista señala que, al momento de regresar a jugar, empezó con un poco de miedo, pero cuidando y midiendo la fuerza del tobillo, indicando un posible miedo a la recaída (Tabla 5).

**Figura 16.**
*Resultados del Sujeto 3 de las Habilidades de Afrontamiento*

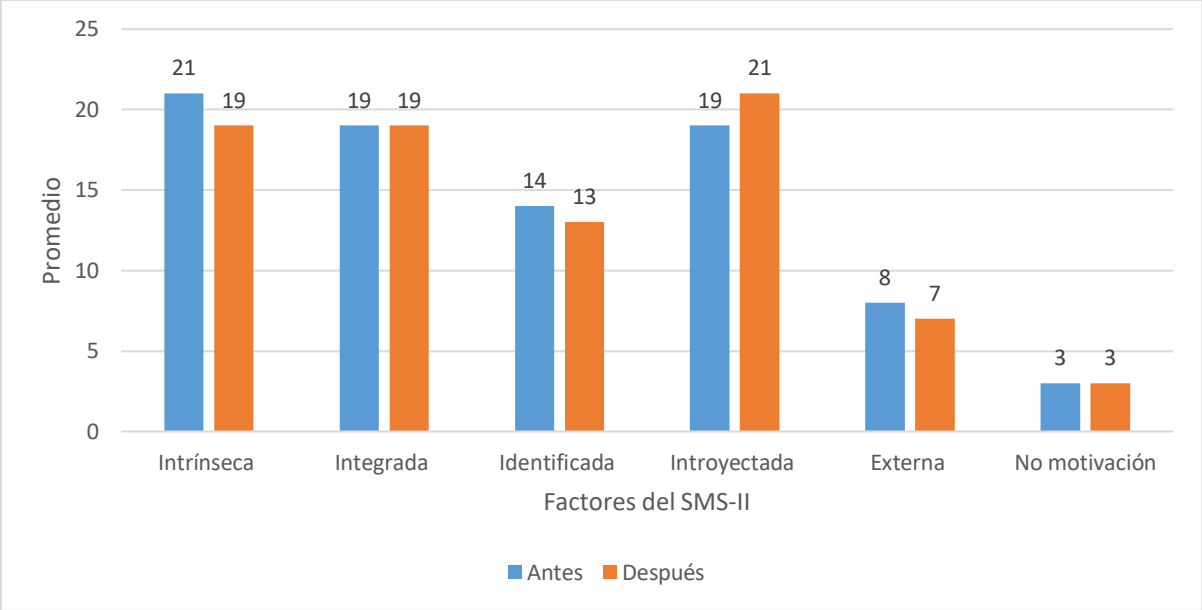



En cuanto a las Regulaciones Motivacionales del Sujeto 3 (Figura 17), se observan disminución en los promedios de las regulaciones Intrínseca, Identificada y Externa, sin cambios en la regulación Integrada y en la No Motivación; y aumentando únicamente en la regulación Introyectada. Se observa que estas variables prácticamente no tuvieron cambios, ya que la mayor variación de promedio fue de 2 puntos. Tomando en cuenta la bitácora de las sesiones (Tabla 5), la deportista señala que la primera semana de rehabilitación usando la tobillera se sintió cansada por el dolor y por el poco reposo que tuvo, ya que empezó a caminar más, no obstante por la sensibilidad que sentía en el tobillo limitó sus actividades, ocasionando a que la motivación sea más Introyectada, por la necesidad de hacer

algo, u obligada a hacer algo más para mejorar su proceso de recuperación y lograr reducir el dolor, generando una disminución de la motivación debido a la poca recompensa visible o tangible.

**Figura 17.**

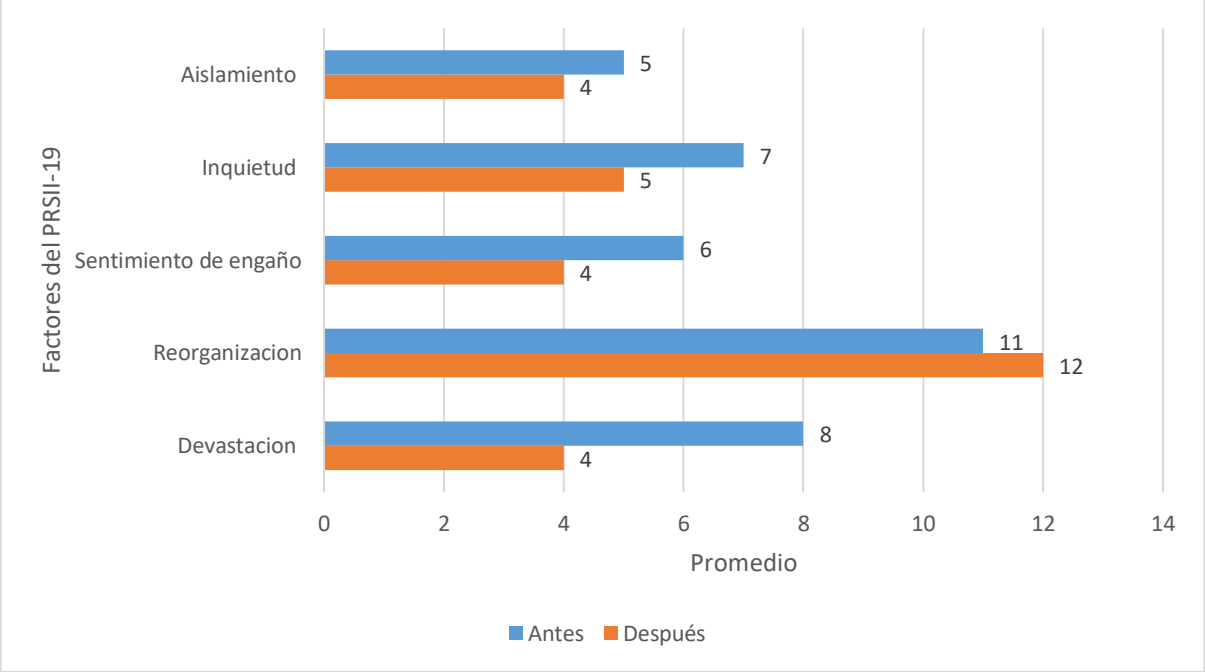
*Resultados del Sujeto 3 de la escala de Motivación en el deporte revisada*




La Respuesta Psicológica que presentó el Sujeto 3 después del programa (Figura 18) muestran un cambio en la forma de sentirse respecto a su lesión, disminuyendo todos los factores negativos, especialmente Devastación y el único factor positivo presentó un ligero aumento (Reorganización). Tomando en cuenta la bitácora de las sesiones (Tabla 5), su mayor preocupación es que en el futuro pueda jugar sin necesidad de la tobillera, aumentando así su seguridad, además de sentirse más activa físicamente, teniendo una respuesta a la lesión esperada.

**Figura 18.**

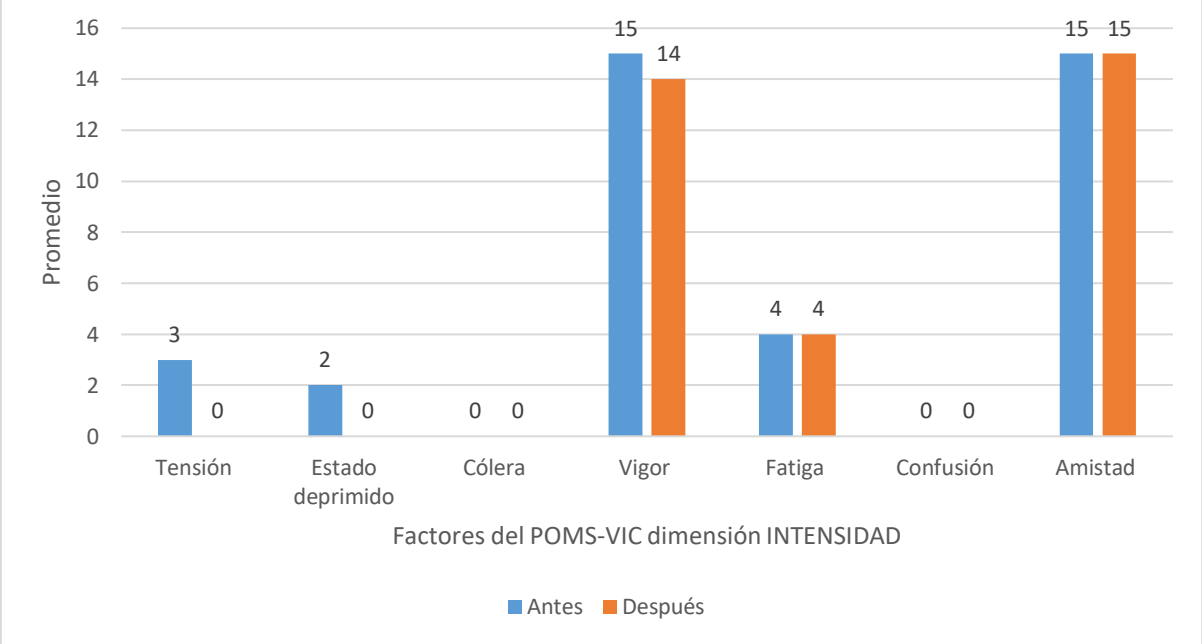
*Resultados del Sujeto 3 de la Respuesta Psicológica ante una Lesión*




Al analizar la intensidad de los Estados de Ánimo, se observa una disminución y mantenimiento de los factores negativos después del programa, los factores positivos de amistad se mantuvieron iguales, no obstante, el Vigor disminuyó (Figura 19). Relacionándose con la bitácora (Tabla 5) el tema de la fatiga se relaciona con el cansancio señalado por la deportista al momento de regresar al deporte, además de las molestias del tobillo y la tobillera, en cuanto los factores negativos, la deportista señala sentirse más tranquila y segura por cumplir sus sesiones de rehabilitación, por lo que la tensión y los síntomas depresivos bajaron.

**Figura 19.**

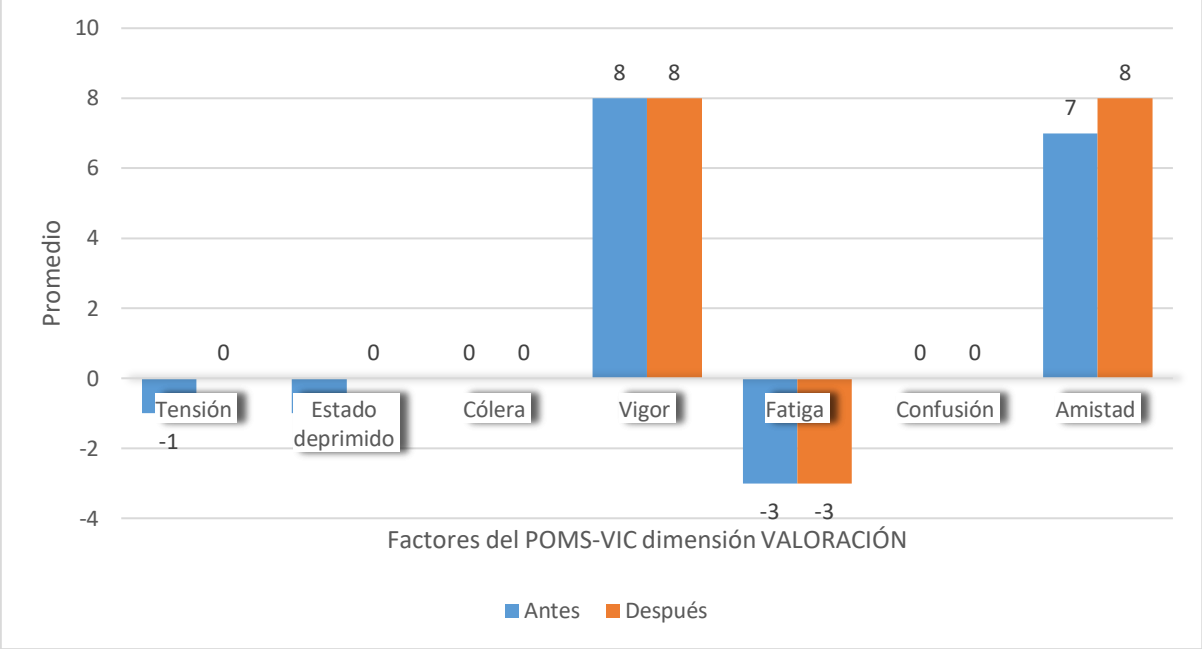
*Sujeto 3. Resultados del POMS-VIC Dimensión Intensidad*




En el caso de la Dimensión Valoración de los Estados de Ánimo (Figura 20) se presentó una ligera disminución en la forma de percibir la tensión y Estado Deprimido, de poco desagradable a neutra; mientras que la Amistad se percibió como más agradable. Considerando la bitácora de las sesiones (Tabla 5), la deportista describe como limitantes la desesperación, tristeza y frustración, por otro lado, respecto a las emociones positivas se identificaron la seguridad, tranquilidad y felicidad por el regreso al deporte.

**Figura 20.**

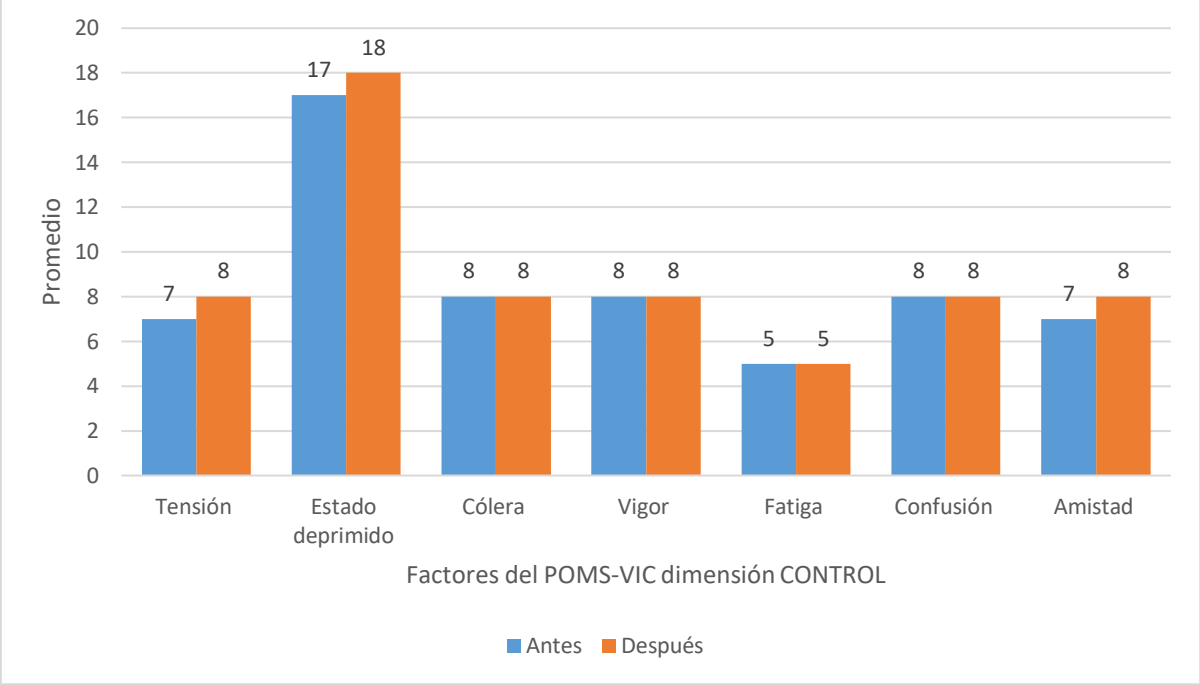
*Sujeto 3. Resultados del POMS-VIC Dimensión Valoración*




La Dimensión de Control de los Estados de Ánimo muestra que el deportista percibe mayor control de las emociones de Tensión, Depresión y Amistad, manteniendo el mismo nivel de control en el resto de los estados de ánimo (Figura 21). Estos datos complementan lo obtenido al medir la intensidad de la Depresión, tanto medida con el DASS-21 (Figura 15) como por el POMS-VIC (Figura 18), ya que aún y cuando varían en el nivel o cantidad de síntomas depresivos, aumentando o disminuyendo, en esta dimensión se percibió un mayor control de la emoción. Estos datos pueden deberse por las características de los ítems de cada escala, en el caso del DASS-21, son frases respecto a no poder sentir ningún sentimiento positivo, la dificultad de iniciativa, sin ilusión, sentirse triste y deprimido, sin entusiasmo, y valer poco como persona, en cambio el POMS-VIC Dimensión Intensidad se observan ítems enfocados al arrepentimiento, abatido, culpable, desesperado, desanimado, infeliz. Con base a lo señalado por la deportista durante las sesiones (Tabla 5) la tristeza fue recurrente manifestando la asociación con las pausas a los entrenamientos, no sintiendo el control de estas emociones debido a las limitaciones que causaba en su vida deportiva.

**Figura 21.**

*Sujeto 3. Resultados del POMS-VIC Dimensión Control*




En cuanto a los datos cualitativos de la bitácora y las sesiones psicológicas del programa de intervención (Tabla 5), se observa que el Sujeto 3 presenta en la mayoría de las sesiones sentimientos negativos (sesión 1 a 5) y preocupación por la rehabilitación y su respuesta psicológica ante la lesión sigue siendo de miedo a una recaída (sesión 5). A pesar de eso, se lograron a observar aspectos positivos en las últimas sesiones (sesión 7 y 8).

**Tabla 6**

*Resultados cualitativos de la bitácora de las sesiones de intervención psicológica del Sujeto 3*

| Variables | Sujeto 3 |
|---|---|
| Estados de ánimo positivos | -Más segura con su tobillo en los partidos (sesión 5)<br>-"Más tranquila y emocionada por la recuperación y físicamente más activa" (sesión 5)<br>-Feliz por cumplir con las sesiones de rehabilitación (sesión 8) |
| Estados de ánimo negativo | -Ante la lesión sintió tristeza "Voy a tener que dejar de jugar al menos un mes" (sesión 4)<br>-"Perdí el ritmo que llevaba (sesión 4)<br>"Desesperación y tristeza por querer seguir jugando" (sesión 4)<br>-"Me sentí frustrada y físicamente en mala condición física cuando me lesioné el tobillo derecho" (sesión 5) |
| Respuesta psicológica de la lesión | -Espera poder jugar más adelante sin usar tobillera (sesión 7)<br>-"Cuando regresé a jugar, empecé con un poco de miedo, pero cuidando y midiendo la fuerza de mi tobillo" (sesión 5) |
| Adherencia a la rehabilitación | -"Con la primera semana de rehabilitación usando tobillera me sentí cansada por el dolor y el poco reposo que tuve comencé a caminar más, sentía inestabilidad en el tobillo" (sesión 5) |

*Nota*: Estados de ánimo positivos = Vigor y amistad;

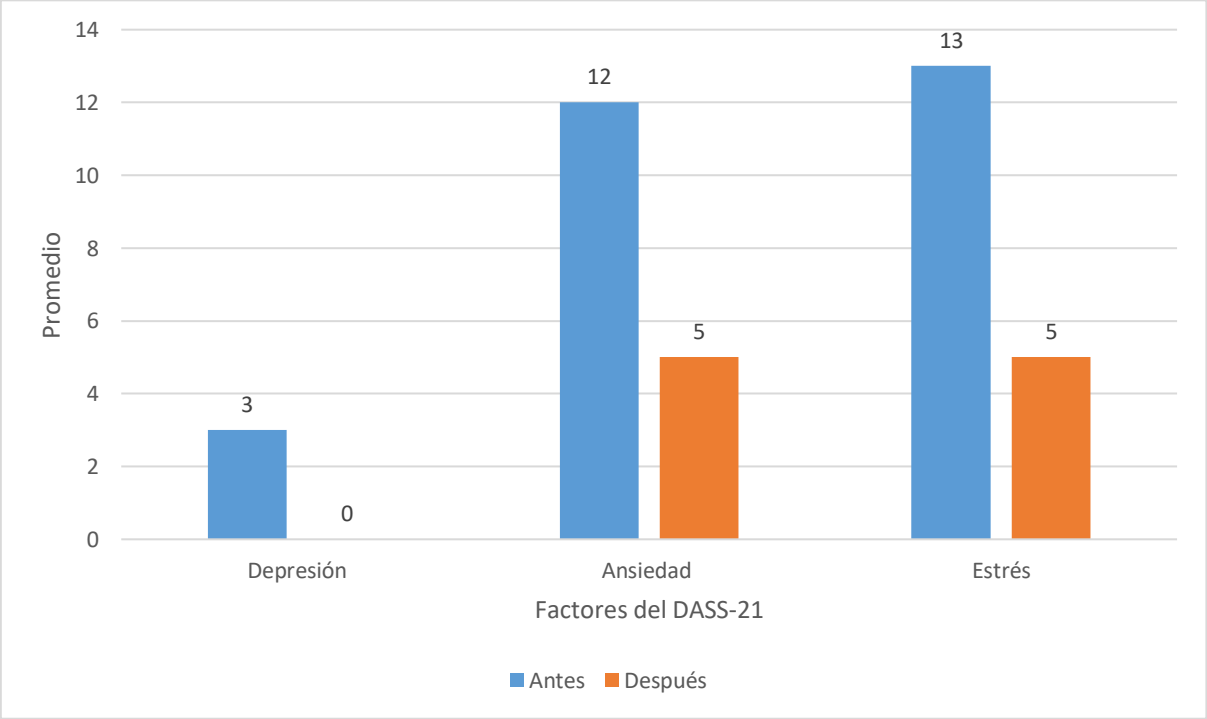
Estados de ánimo negativos = Tensión, cólera, fatiga, confusión, depresión, ansiedad y estrés.

***Sujeto 4***

El Sujeto 4 mostró cambios positivos al disminuir los promedios de las variables de Depresión, Ansiedad y Estrés después del programa de intervención (Figura 22). Al relacionar estos registros de la bitácora de sesiones (Tabla 6), la disminución de las variables se debe a la forma en que la deportista enfrentó la lesión buscando la calma y mostrando alegría por los cambios en su estado de ánimo que va observando durante las sesiones de rehabilitación, siendo consciente como se sentía antes y después del programa tanto de rehabilitación e intervención psicológica.

**Figura 22.**

*Resultados del Sujeto 4 de Depresión, Ansiedad y Estrés*

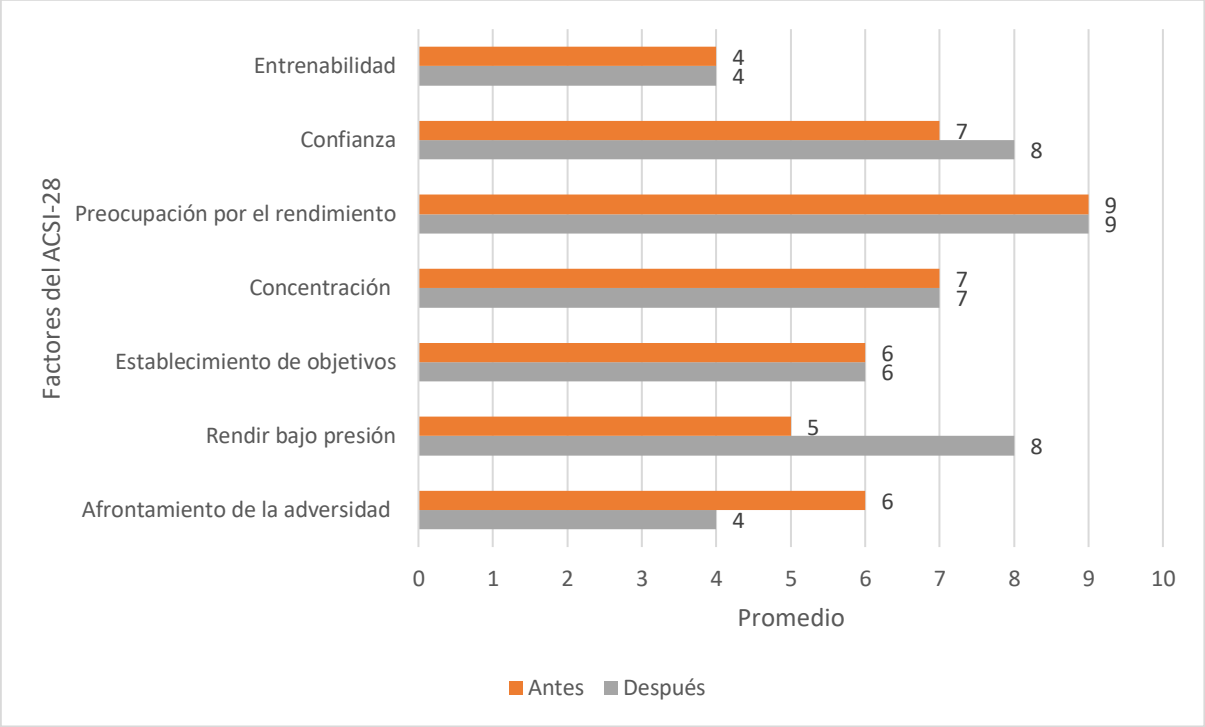



Las Habilidades de Afrontamiento del sujeto 4 (Figura 23) muestran cambios favorables después del programa reflejándose en los factores de Confianza y Rendir bajo Presión; sin embargo, el Afrontamiento a la Adversidad disminuyó. Considerando la bitácora de las sesiones respecto a la disminución del Afrontamiento (Tabla 6), se puede advertir que la deportista señala sentirse insegura al momento de

reincorporarse en el deporte, especialmente en el tema de los saltos y físicamente le cuesta ver el avance de la recuperación, generándose una alteración en sus habilidades de afrontamiento a la adversidad.

**Figura 23.**

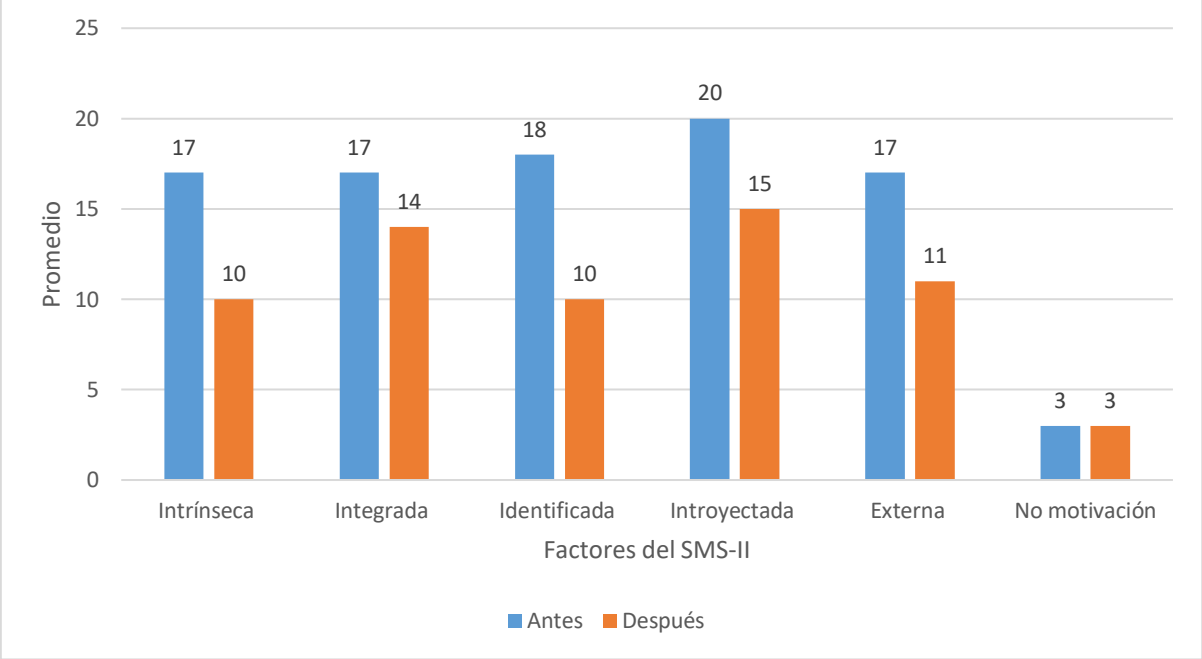
*Resultados del Sujeto 4 de las Habilidades de Afrontamiento*




La motivación del Sujeto 4 después del programa de intervención (Figura 24) disminuyó en todos los factores de la motivación. En relación con las sesiones y la bitácora (Tabla 6) la deportista señala durante las sesiones no saber cómo manejar o expresar lo que siente respecto a la lesión, provocando una desmotivación esto debido a posibles sentimientos de no sentirse bien consigo misma si no lleva a cabo el proceso de recuperación de la forma adecuada.

**Figura 24.**

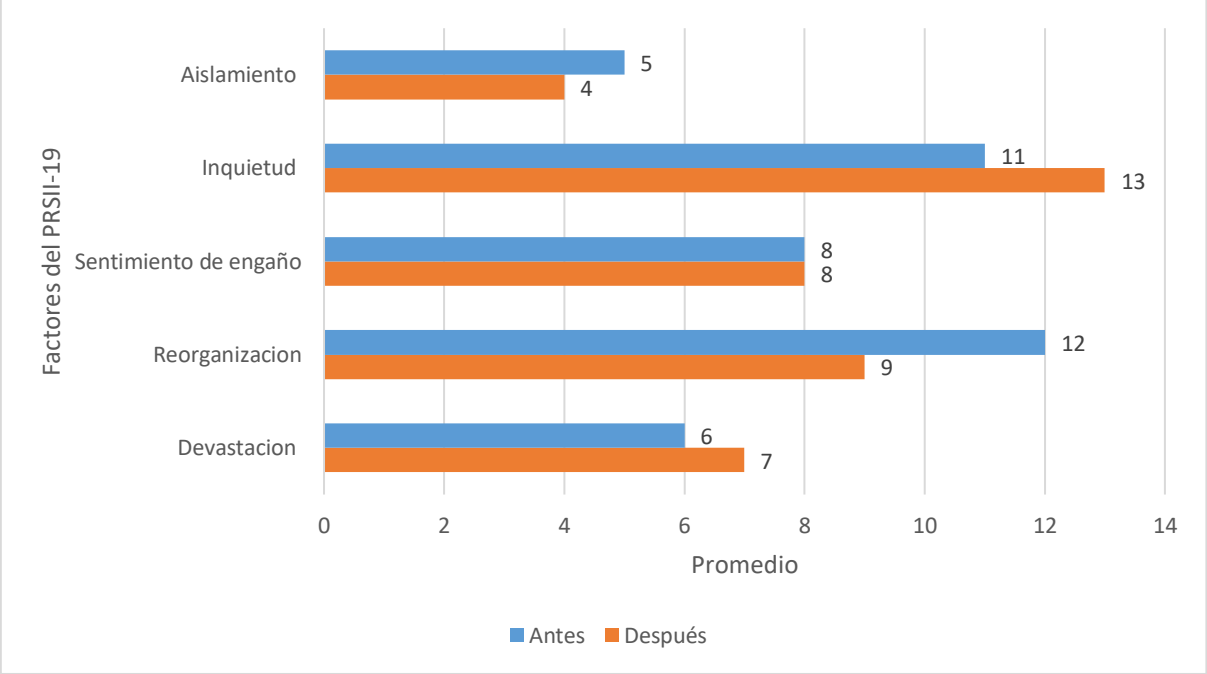
*Resultados del Sujeto 4 de la escala de Motivación en el deporte revisada*




Al evaluar los factores de la Respuesta a la Lesión del Sujeto 4 después del programa de intervención (Figura 25) solo se observa un cambio positivo, que fue la disminución del Aislamiento, ya que el resto de los factores negativos se mantuvo o aumentó y el único factor positivo disminuyó (Reorganización). Esto se relaciona con lo mencionado en bitácoras y sesiones (Tabla 6), en las cuales la deportista señala presentar frustración y el enojo que le causa la lesión, además de la inquietud de no saber cuánto tiempo va a durar el proceso de rehabilitación y la recuperación plena de su lesión.

**Figura 25.**

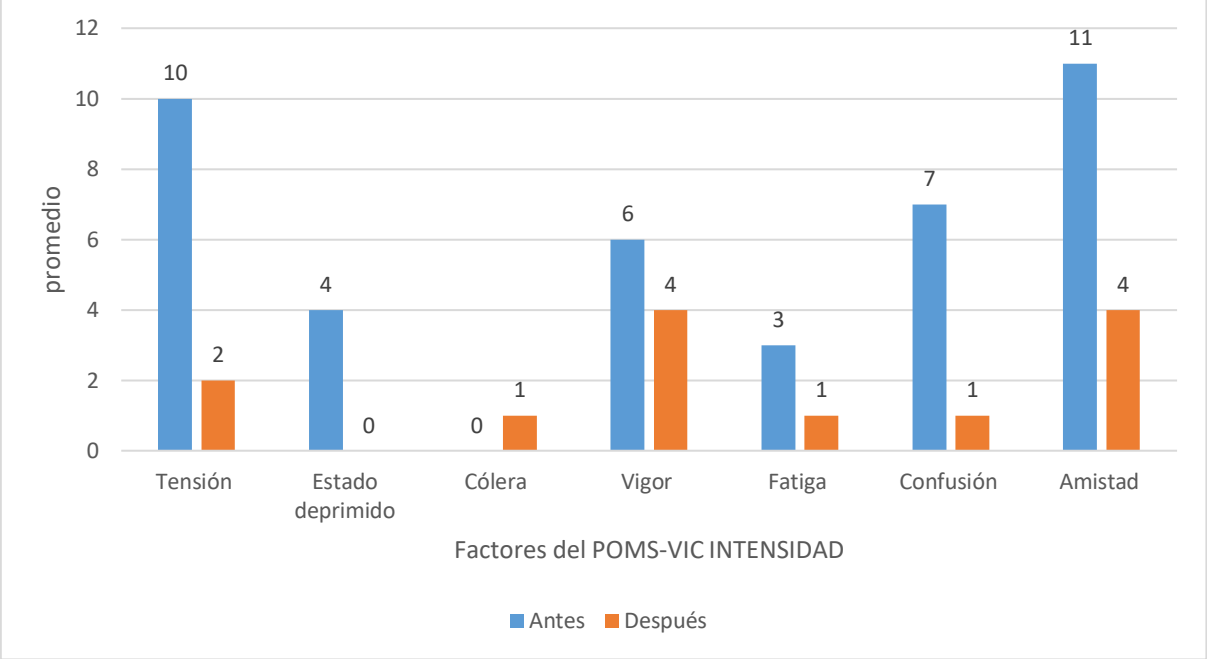
*Resultados del Sujeto 4 de la Respuesta Psicológica ante una Lesión*




En cuanto a la Intensidad del Estado de Ánimo del Sujeto 4, se observa que cuatro de los cinco estados de ánimo negativos disminuyeron su intensidad (Tensión, Estado Deprimido, Fatiga y Confusión) (Figura 26). Al revisar la bitácora (Tabla 6), la deportista señala tratar de trabajar en ser capaz de ver el avance que se le menciona por parte del rehabilitador, las sesiones psicológicas y figuras de apoyo como amigos y familiares quienes le señalan su progreso durante las sesiones de rehabilitación.

**Figura 26.**

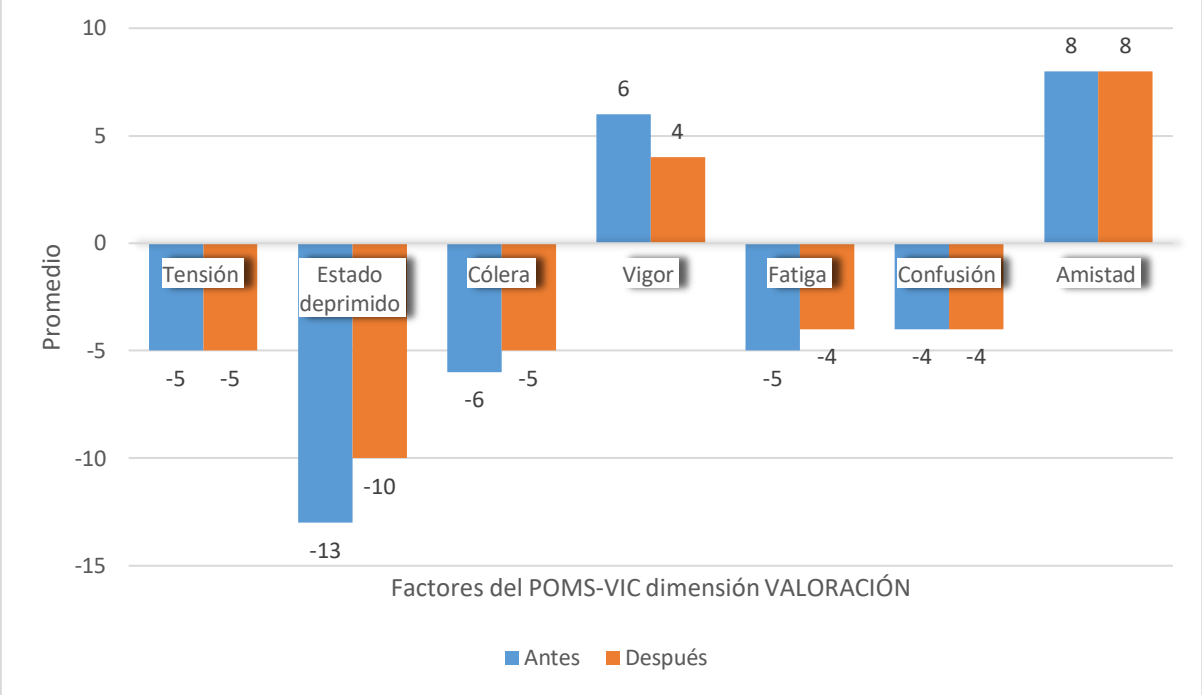
*Sujeto 4. Resultados del POMS-VIC Dimensión Intensidad*




El estado emocional desde la dimensión valoración por parte del Sujeto 4 (Figura 27), disminuyó ligeramente después del programa, pasando a ser emociones menos desagradables, principalmente Estado Deprimido, Cólera y Fatiga; y se mantuvo la percepción de valoración de agrado respecto a la amistad. Retomando lo visto en la bitácora (Tabla 6) la deportista señala que el regreso al deporte le permitió sentirse aliviada y poder reconocer su aprendizaje para encontrar métodos para ayudarle durante el proceso de rehabilitación, permitiéndole tener una mejor percepción de las emociones disminuyendo la sensación de desagrado de las emociones desagradables.

**Figura 27.**

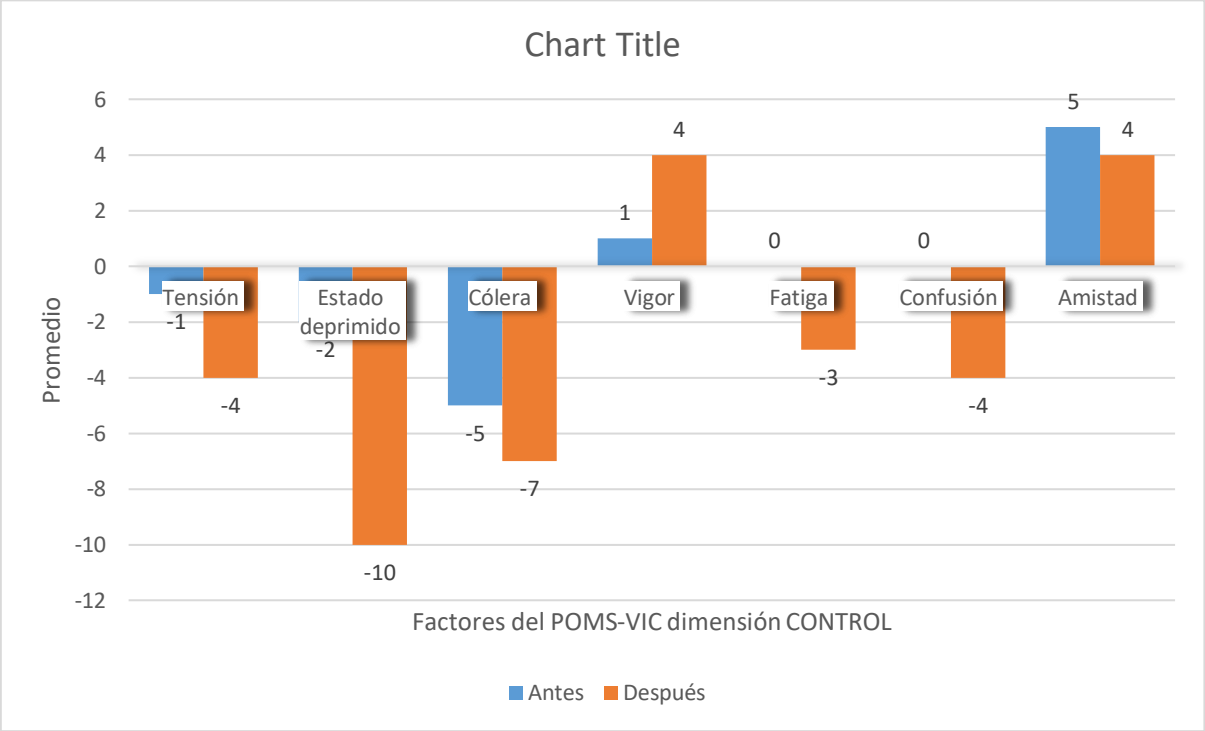
*Sujeto 4. Resultados del POMS-VIC Dimensión Valoración*




En cuanto a la percepción del control de los estados de ánimo el Sujeto 4 (Figura 28), aumentó el Control en la Amistad, pero disminuyó en los estados de Tensión, Estado Deprimido, Cólera, Fatiga y Confusión. Al comparar estos resultados con la Intensidad y Valoración de los Estados de Ánimo, se observa que la deportista disminuye tanto la intensidad de los estados de ánimo negativos, como una menor percepción de su valoración desagradable, no obstante, aún no tiene control de dichos estados de ánimo después del programa (Figura 22 y 26). En relación con la bitácora (Tabla 6) la deportista experimentó varios momentos de emociones positivas y negativas, pero al término del programa ella misma señala que fueron más significativas las positivas, especialmente porque logró identificarlas al momento de regresar a los entrenamientos.

**Figura 28.**

*Sujeto 4. Resultados del POMS-VIC Dimensión Control*




Con respecto a los datos cualitativos de las sesiones psicológicas del programa (Tabla 6), se observa que el Sujeto 4 presentó de la sesión 1 a la 5, emociones desagradables y de la sesión 7 a la 8 logró identificar emociones positivas, pero aun así existía incertidumbre durante todo el proceso de reincorporación al deporte debido al miedo a una posible recaída, pero señaló ser mayor la emoción de regresar a sus actividades.

**Tabla 7**

*Resultados cualitativos de la bitácora de las sesiones de intervención psicológica del Sujeto 4*

| Variables | Sujeto 4 |
|---|---|
| Estados de ánimo positivos | -"Tratar de tomar la lesión con calma" (sesión 4)<br>-"Me sentí aliviada y me gustó mucho aprender métodos para ayudarme" (sesión 5)<br>-Alegría por regresar a los entrenamientos (sesión 7)<br>-Alegre por ver cambios emocionales antes y después de la rehabilitación (sesión 8) |
| Estados de ánimo negativo | -Frustración y enojo por la lesión (sesión 3)<br>miedo ante la lesión cuestionándose "¿Cuánto va a durar?" (sesión 4) |
| Respuesta psicológica de la lesión | -"No sabía cómo manejar o expresar lo que está sintiendo con la lesión" (sesión 5)<br>-Para la deportista ha sido muy poco el avance que ha tenido de su lesión (sesión 8)<br>-Inseguridad en los saltos (sesión 8) |
| Adherencia a la rehabilitación | -"Me gustaría ver el avance de las sesiones y darme cuenta de la superación de la lesión" (sesión 5)<br>-"En este momento estoy feliz y tranquila porque todo está saliendo acorde al plan" (sesión 5) |

*Nota*: Estados de ánimo positivos = Vigor y amistad;

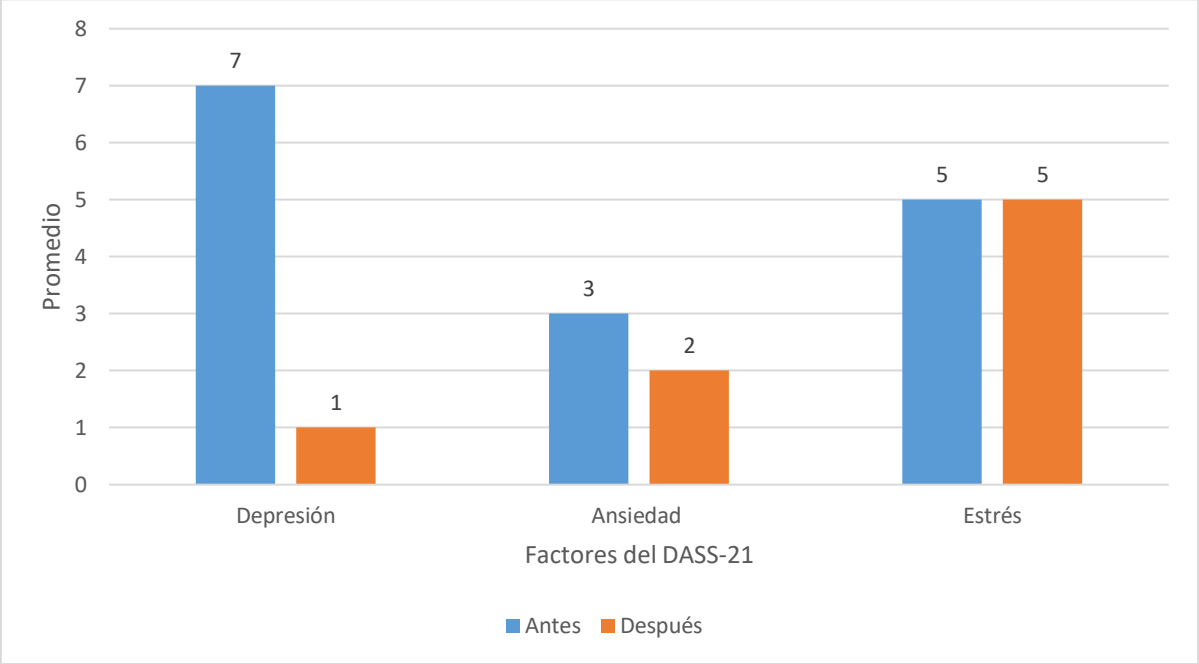
Estados de ánimo negativos = Tensión, cólera, fatiga, confusión, depresión, ansiedad y estrés.

***Sujeto 5***

En el Sujeto 5 se observa una disminución en la variable de Depresión y Ansiedad después del programa de intervención (Figura 29), siendo más visible el cambio en el factor Depresión. Esta disminución se relaciona con lo señalado con la bitácora (Tabla 7) en la cual la deportista se encuentra totalmente determinada en lograr recuperarse. En cambio, el Estrés se mantuvo antes y después, esto debido a que en sesiones contaba su preocupación por mantenerse en el equipo y la duración de la recuperación de la lesión.

**Figura 29.**

*Resultados del Sujeto 5 de Depresión, Ansiedad y Estrés*

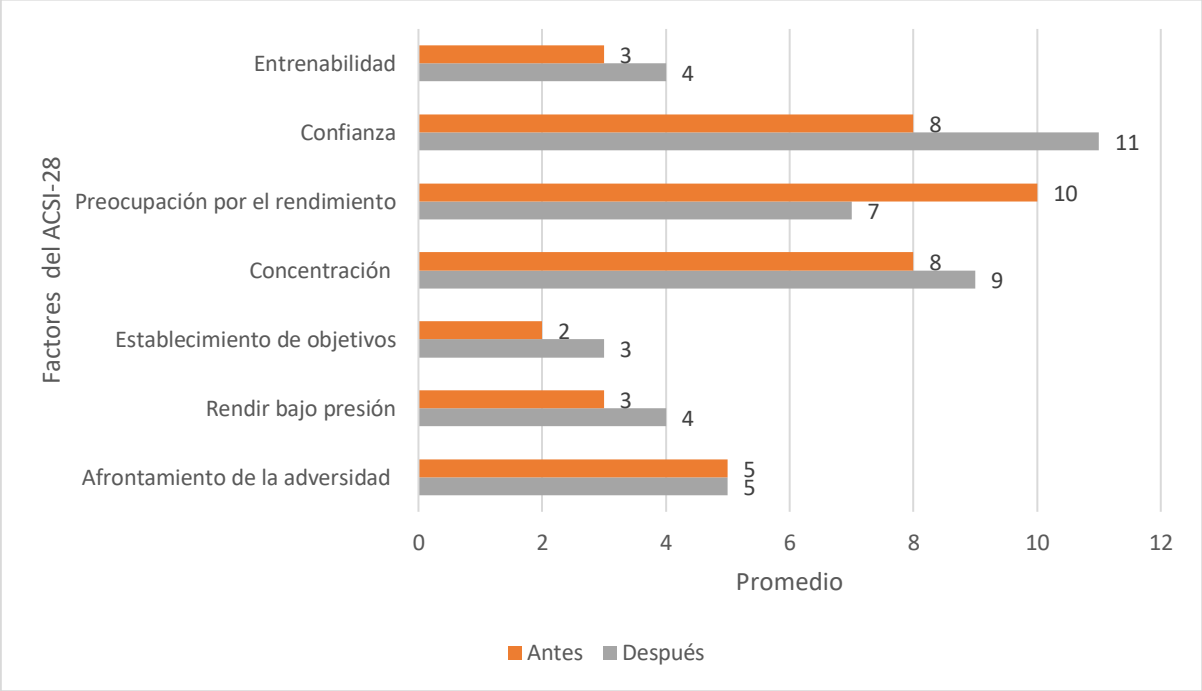



En cuanto a las Habilidades de Afrontamiento el Sujeto 5 (Figura 30), muestra cambios favorables en los factores positivos, como Entrenabilidad, Concentración, Establecimiento de Objetivos, Rendir bajo Presión, y especialmente en el factor Confianza. En el caso del factor de Preocupación por el Rendimiento, muestra una disminución después del programa de intervención, resaltando lo señalado por la bitácora y las sesiones (Tabla 7) en donde la deportista presenta cambios que se relacionan con la forma de sentirse, describiéndose más relajada en comparación de los primeros días. La baja preocupación por parte de la deportista respecto a lo que

piensan los demás y sin presionarse o preocuparse por cometer errores fueron elementos clave.

**Figura 30.**

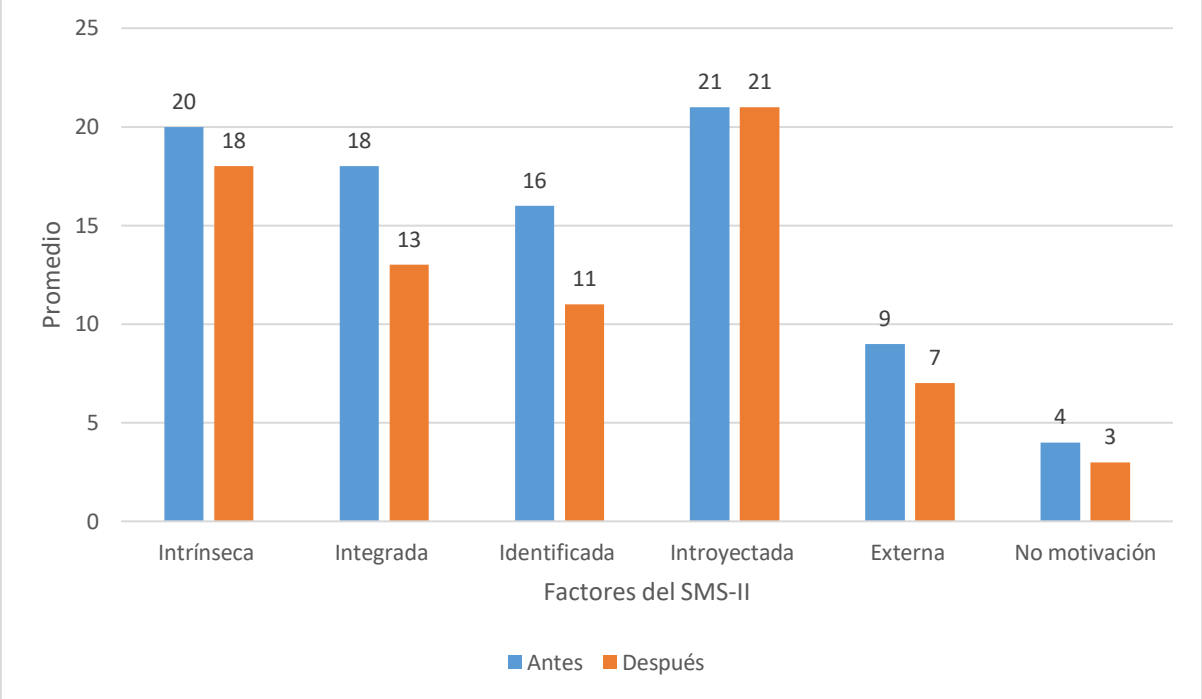
*Resultados del Sujeto 5 de las Habilidades de Afrontamiento*




En cuanto a la motivación el Sujeto 5 (Figura 31) presentó disminución en varias regulaciones, resaltado la motivación Externa y No Motivación después del programa de intervención. Estos resultados se relacionan con la bitácora y las sesiones (Tabla 7), en la cual la deportista señala sentirse con un alto sentido de cumplimiento y tener que hacer las sesiones de rehabilitación y readaptación.

**Figura 31.**

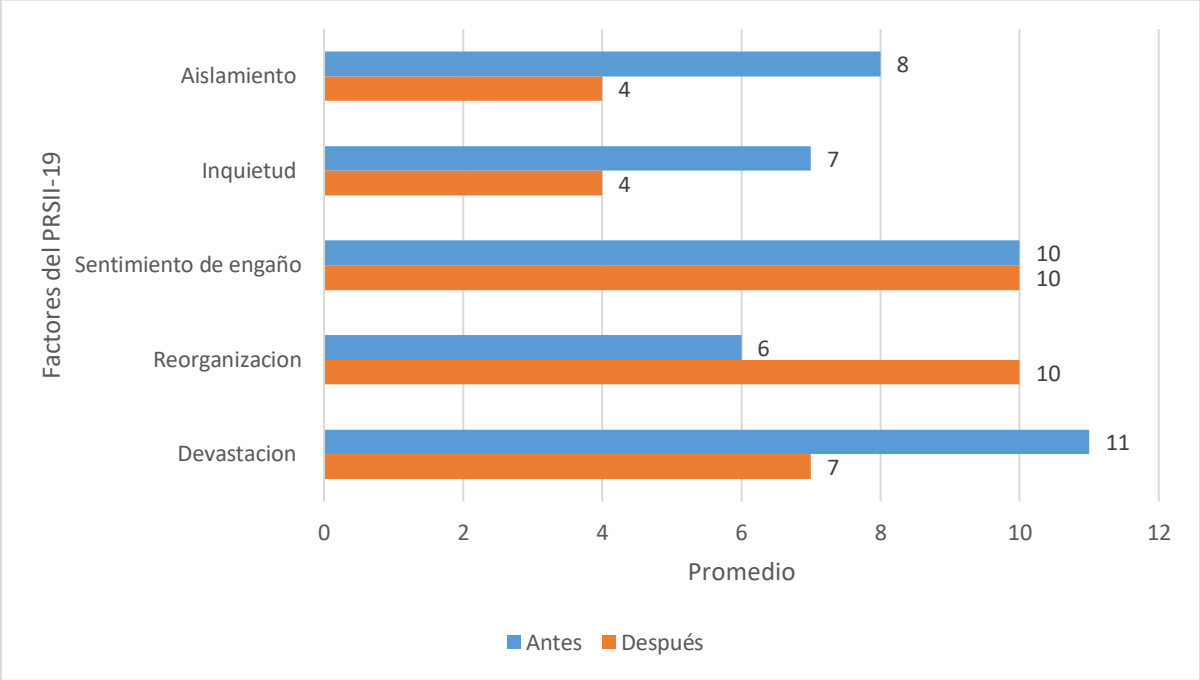
*Resultados del Sujeto 5 de la escala de Motivación en el deporte revisada*




Respecto a la Respuesta Psicológica a la Lesión (Figura 32), el Sujeto 5 muestra disminución en las variables de Aislamiento, Inquietud y Devastación, y un aumento en Reorganización. En relación con la bitácora (Tabla 7), la deportista describe que a pesar de sentirse triste y preocupada por su lesión, a la vez se sentía calmada, esto relacionado a que miraba el proceso de recuperación como una oportunidad para fortalecerse física y técnicamente, buscando un regreso óptimo a su deporte.

**Figura 32.**

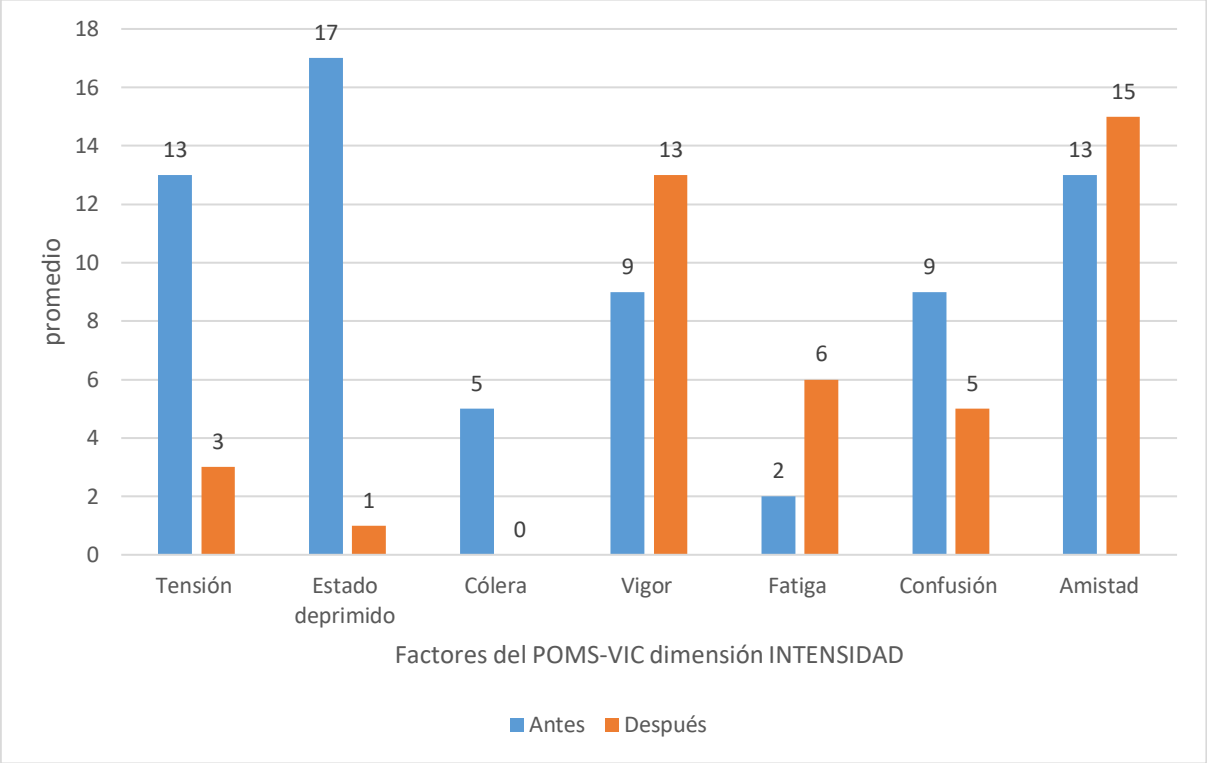
*Resultados del Sujeto 5 de la Respuesta Psicológica ante una Lesión*




En la Intensidad del Estado de Ánimo (Figura 33), el Sujeto 5 muestra disminución en los factores negativos de Tensión, Estado Deprimido, Cólera y Confusión; y un aumento del factor Vigor y Amistad. Llama la atención que el factor Fatiga aumentó después del programa de intervención, en relación de este aumento del factor Fatiga con la bitácora y las sesiones psicológicas del programa (Fabla 7), la deportista señala sentirse agotada y con malestar en la rodilla, lo cual se relaciona con el aumento de la Fatiga después del programa, y en relación con el aumento de los factores Vigor y Amistad se debe a que el Sujeto 5 cuenta con el apoyo de amigos, pareja y familiares durante su proceso de rehabilitación, aumentando su voluntad de mejorar.

**Figura 33.**

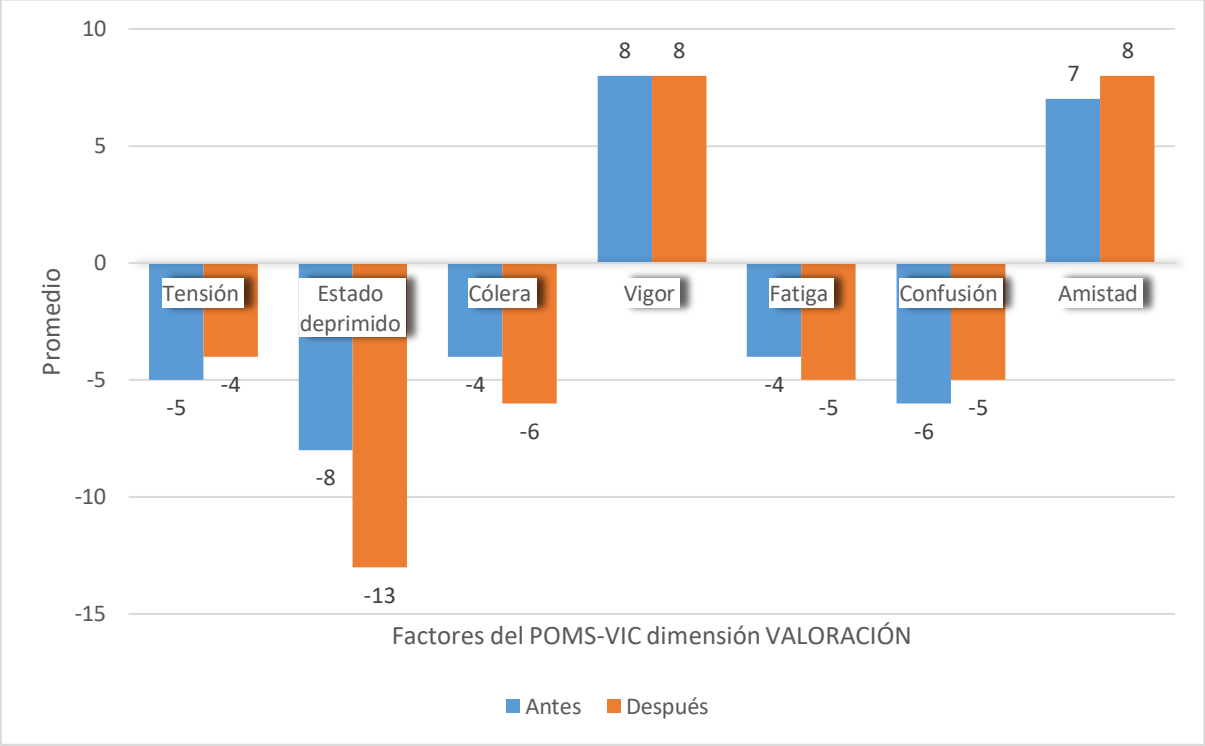
*Sujeto 5. Resultados del POMS-VIC Dimensión Intensidad*




En los resultados de la Dimensión Valoración del POMS-VIC (Figura 34), el Sujeto 5 muestra sentir menor desagrado en los estados de Tensión y Confusión después del programa de intervención. Tomando en cuenta la bitácora de las sesiones (Tabla 7), la deportista percibe la lesión como algo grave, que la lleva a sobrepensar en su proceso de recuperación teniendo pensamientos tales como no poder demostrar lo que puede lograr cuando juega y de lo que es capaz, siendo pensamientos que aumentan la percepción de sentimientos desagradables.

**Figura 34.**

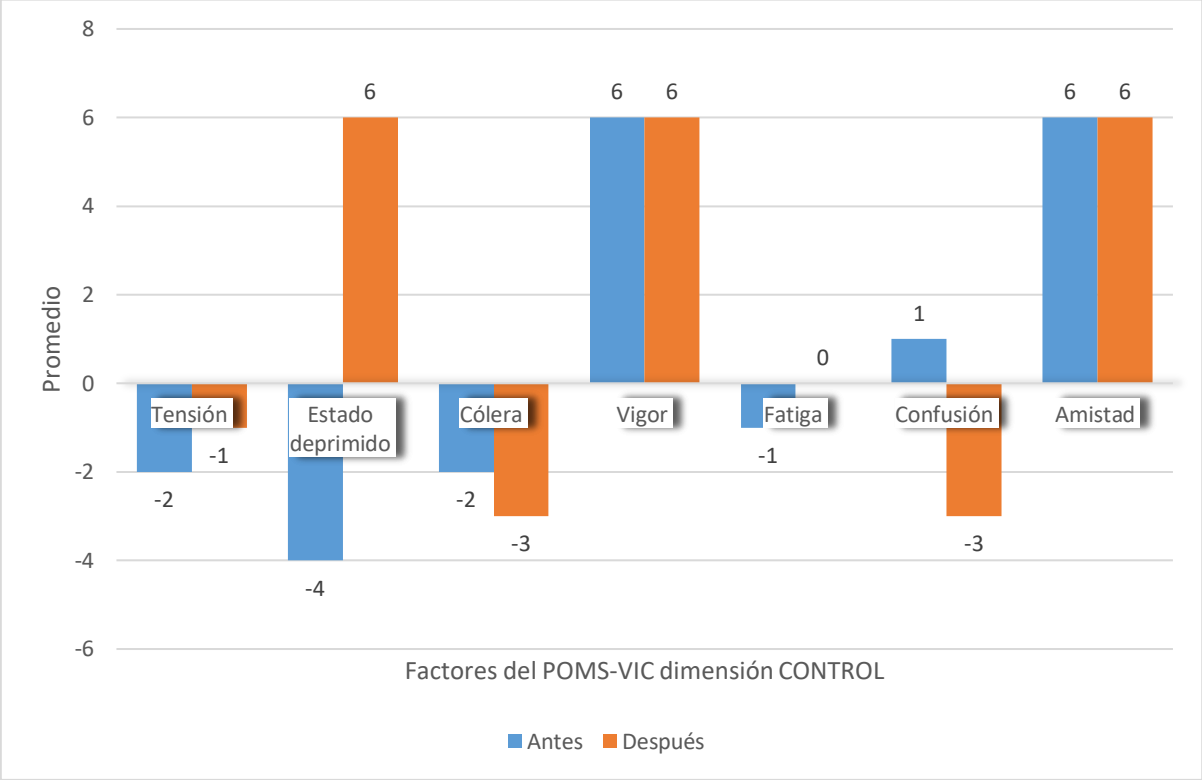
*Sujeto 5. Resultados del POMS-VIC Dimensión Valoración*




En cuanto la Dimensión de Control del POMS-VIC (Figura 35), el Sujeto 5 muestra un mayor dominio del Estado Deprimido después del programa, a pesar de considerarse un estado de ánimo aún más desagradable (Figura 34) existe un mayor control. En relación con la bitácora (Tabla 7), hay un aumento en cuanto a su determinación y a la búsqueda de cumplir con las sesiones de rehabilitación y readaptación.

**Figura 35.**

*Sujeto 5. Resultados del POMS-VIC Dimensión Control*




Con respecto a los resultados cualitativos del Sujeto 5 (Tabla 7), se observa que muestra emociones de frustración, preocupación, tristeza de la sesión 1 a la 5, pero a pesar de eso desde la sesión 1 mostró determinación en buscar mejorar de su lesión, siendo más visible de la sesión 5 a la 7, cuando señala sentirse más relajada a comparación de los primeros días.

**Tabla 8**

*Resultados cualitativos de la bitácora de las sesiones de intervención psicológica del Sujeto 5*

| Variables | Sujeto 5 |
|---|---|
| Estados de ánimo positivos | -Totalmente determinada en buscar mejorar (sesión 1)<br>-Se siente más relajada a comparación de los primeros días (sesión 5 y 7) |
| Estados de ánimo negativo | Frustrada y preocupación (sesión 1)<br>-Agobiada por actividades escolares (sesión 4)<br>-“Qué haré ahora, esto es muy grave, ya me fracturé, voy a dejar de jugar, como voy a conseguir mi beca, cuando se lastiman la rodilla ya no quedan bien ya no podré demostrar lo que juego y soy capaz” (sesión 4)<br>-“Me sentía muy triste y preocupada, pero a la vez calmada” (sesión 4) |
| Respuesta psicológica de la lesión | -“Estuve horas en el hospital, me fui a mi casa y me puse a llorar porque sabía que iba a dejar de jugar por mucho tiempo” (sesión 4)<br>-“No quería ver a nadie” (sesión 4)<br>-Malestar en la rodilla (sesión 5) |
| Adherencia a la rehabilitación | -“Cumplir con las sesiones de rehabilitación y readaptación”<br>(sesión 2) |

*Nota*: Estados de ánimo positivos = Vigor y amistad;

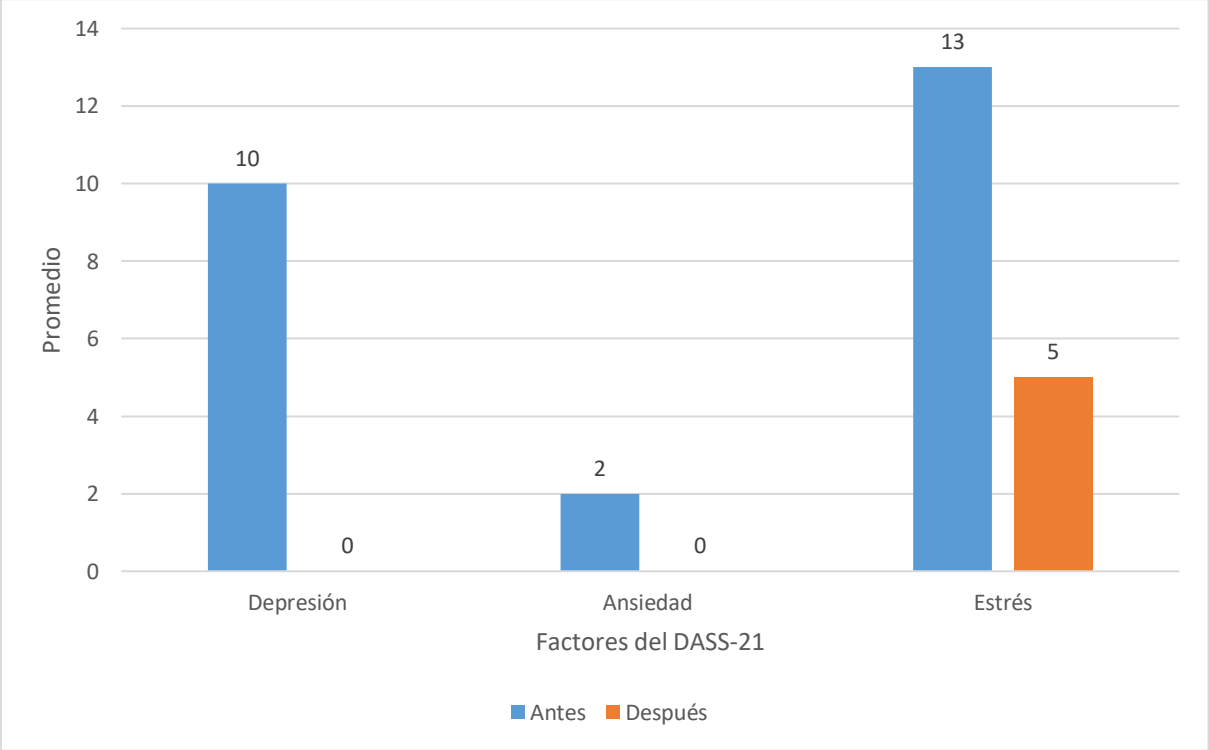
Estados de ánimo negativos = Tensión, cólera, fatiga, confusión, depresión, ansiedad y estrés.

***Sujeto 6***

Respecto al Sujeto 6, se observa una disminución en los tres factores, Depresión, Ansiedad y Estrés (Figura 36). En relación con la bitácora y las sesiones (Tabla 8), estos resultados se relacionan con lo señalado por la deportista, al poder percibir que poco a poco las cosas fueron mejorando por las decisiones que tomó, además de mencionar que pudo cumplir varios objetivos que se planteó durante las sesiones de rehabilitación.

**Figura 36.**

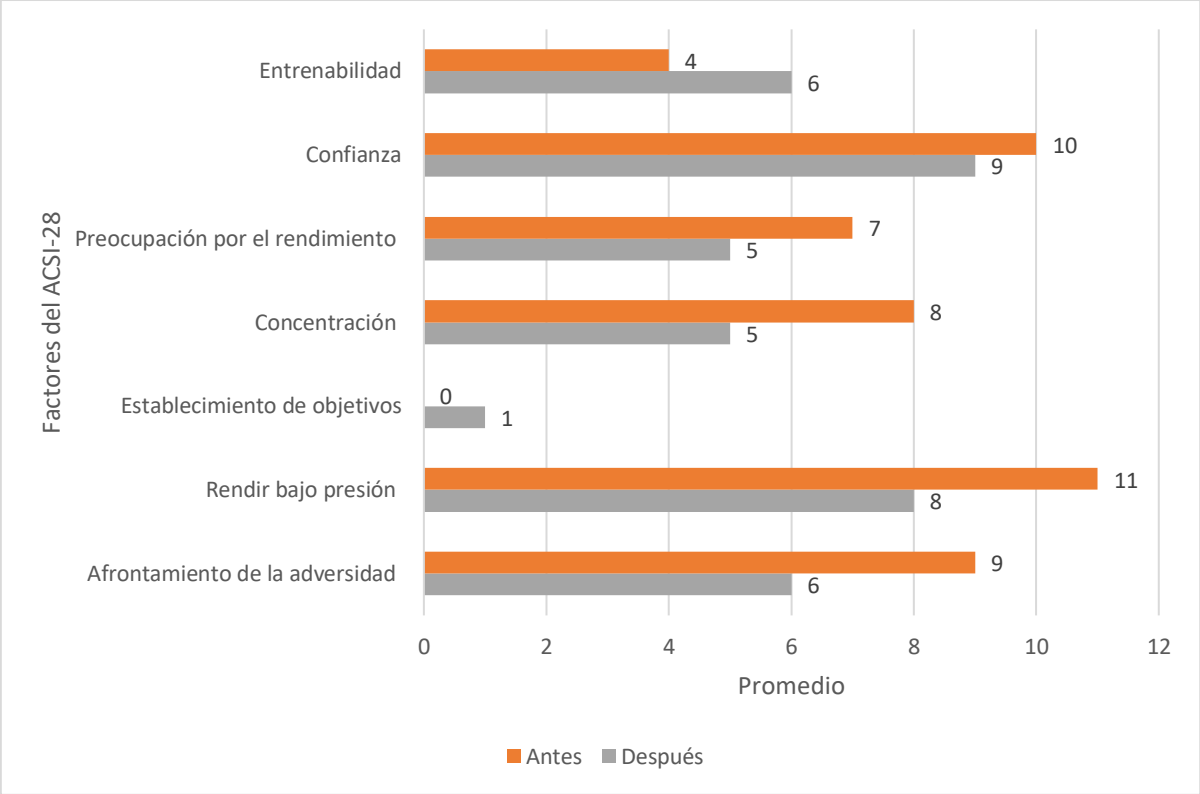
*Resultados del Sujeto 6 de Depresión, Ansiedad y Estrés*




En los resultados de las Habilidades de Afrontamiento del Sujeto 6 (Figura 37), se observa un aumento en el factor de Entrenabilidad y Establecimiento de Objetivos, además en los factores que presentaron disminución esperada fue en la Preocupación por el Rendimiento. En el caso de los demás factores llama la atención la disminución de la Concentración, Rendir bajo Presión y Afrontamiento de la Adversidad, estos resultados se relacionan con la bitácora y las sesiones (Tabla 8) en el cual la deportista señala su preocupación por no poder regresar a su deporte,

además de tener momentos de frustración por no querer seguir lesionada y querer hacer muchas cosas que la lesión le impedía, incluso señala sentirse enojada y culpar a los jugadores de su lesión debido a que consideraba que no jugaban bien, alterando su forma de afrontar la adversidad de la lesión.

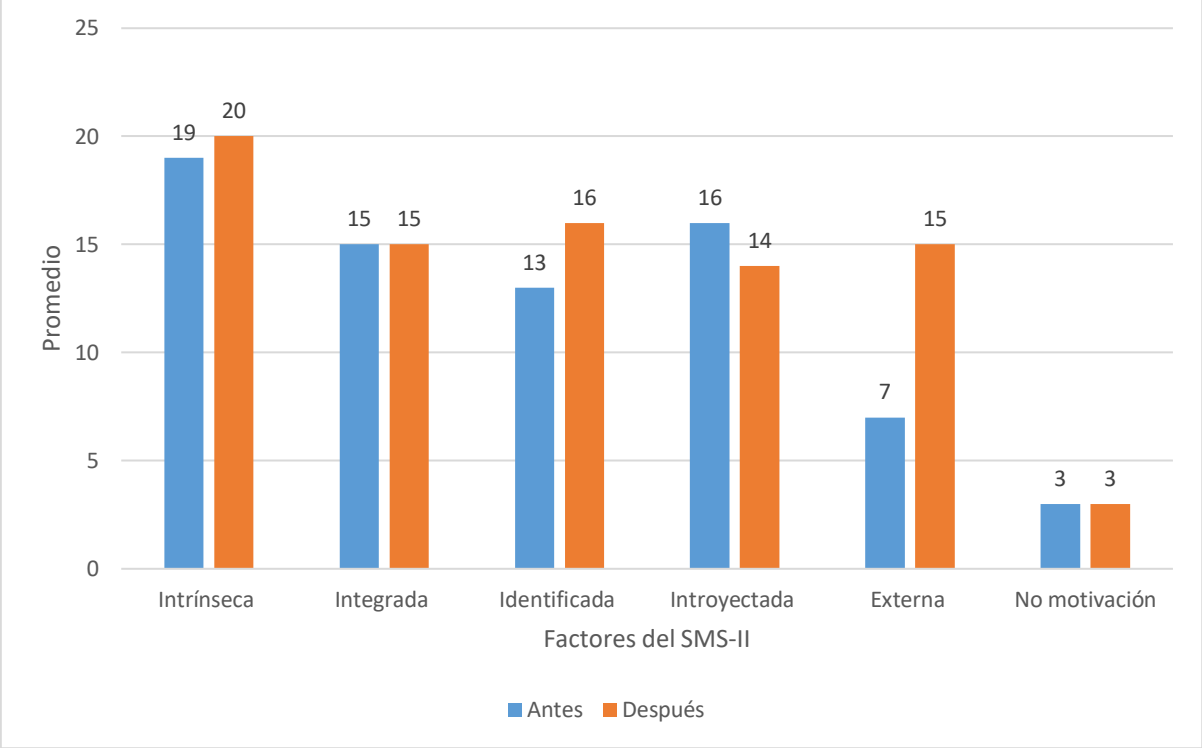
**Figura 37.**
*Resultados del Sujeto 6 de las Habilidades de Afrontamiento*




La Motivación del Sujeto 6 (Figura 38), presentó un aumento esperado en la motivación Intrínseca e Identificada. Al revisar lo mencionado en sesiones y bitácora (Tabla 8), la deportista señala que, al reincorporarse a sus actividades laborales como árbitra la lleno de ilusión, debido a que le permitió poder solicitar más partidos para poder arbitrar aumentando su trabajo como recompensa, señala que al poder estar trabajando tres partidos durante una semana y soportarlos, la motivó para seguir adelante.

**Figura 38.**

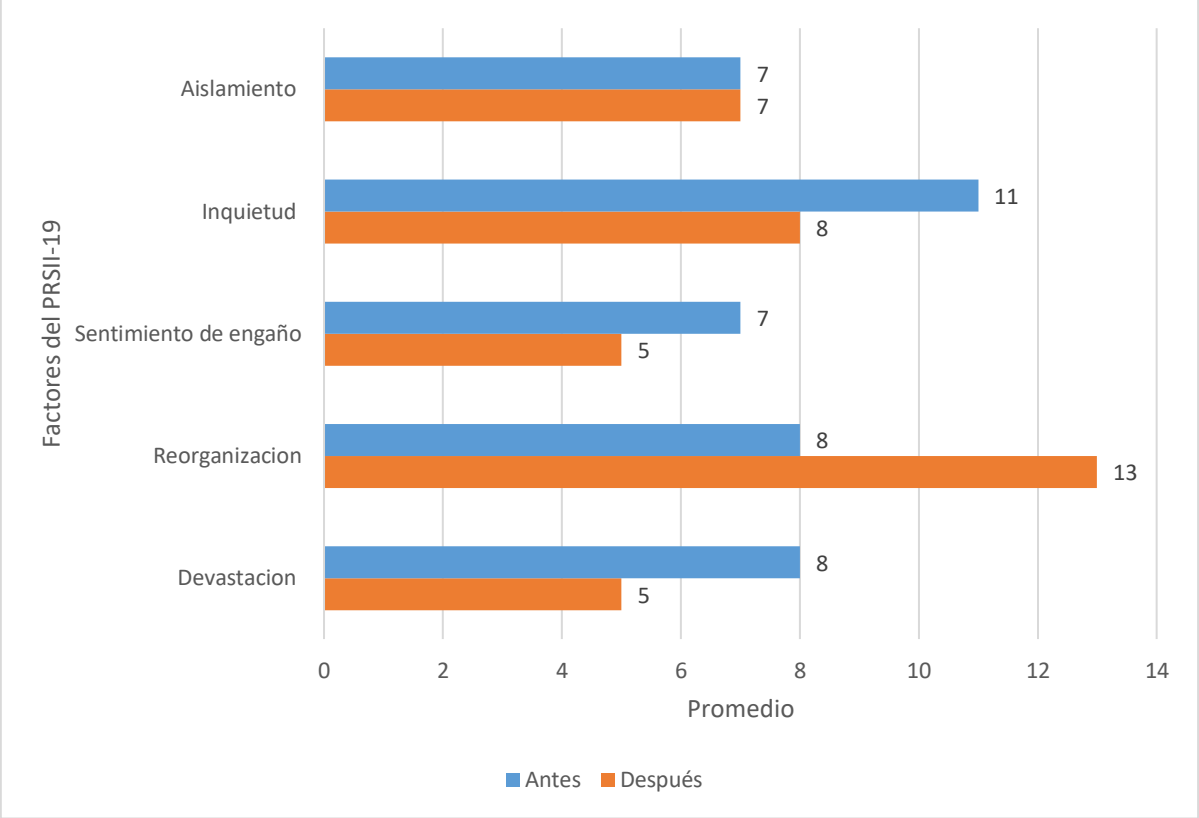
*Resultados del Sujeto 6 de la escala de Motivación en el deporte revisada*




En la respuesta del Sujeto 6 ante la lesión (Figura 39) se mostró una disminución en los factores de Inquietud, Sentimiento de Engaño y Devastación. Además, se observa un aumento en la variable de Reorganización después del programa de intervención psicológica. En relación con la bitácora de las sesiones (Tabla 8) la deportista señala confiar en que podría mejorar si se cuidaba y daba seguimiento al tratamiento de rehabilitación de la lesión, debido a que estaba decidida a luchar en recuperarse lo más rápido posible.

**Figura 39.**

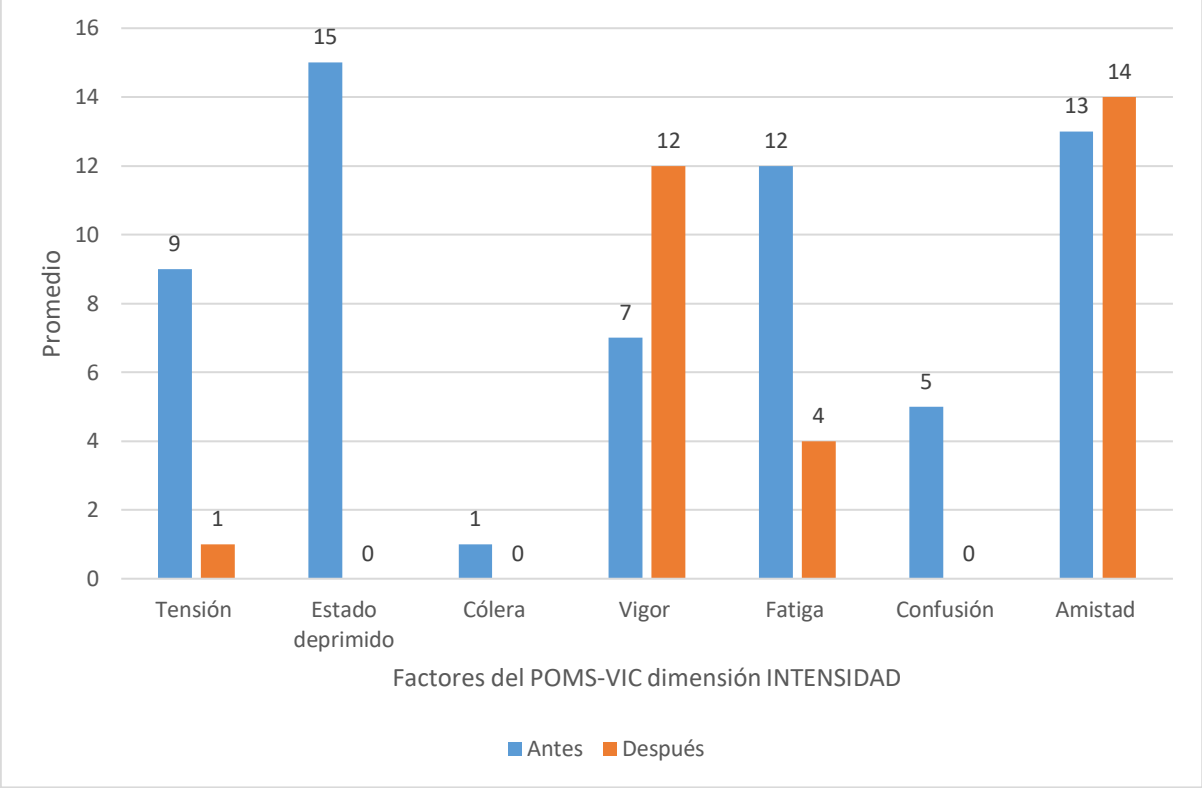
*Resultados del Sujeto 6 de la Respuesta Psicológica ante una Lesión*




En la Intensidad de los Estados de Ánimo después del programa de intervención (Figura 40) se observa una disminución en las variables de Tensión, Estado Deprimido, Cólera, Fatiga y Confusión. Además de un aumento en las variables de Vigor y Amistad. En relación con las sesiones y la bitácora (Tabla 8) la deportista señala que para poder cruzar una avenida necesitaba agarrarse del pasamanos de las escaleras pero ahora puede subirlas al mismo ritmo de las demás personas, mostrando entusiasmo por lograr diferenciar ese cambio durante su proceso de rehabilitación.

**Figura 40.**

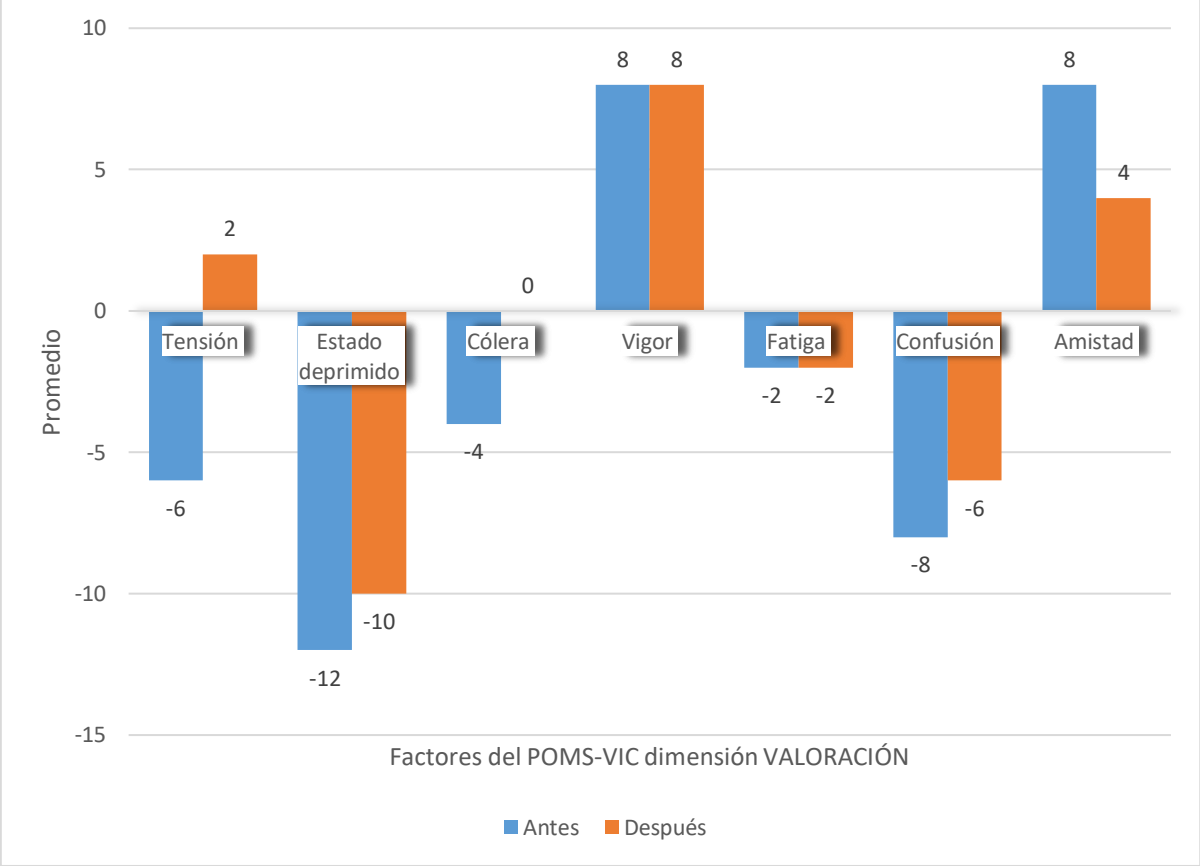
*Sujeto 6. Resultados del POMS-VIC Dimensión Intensidad*




En cuanto a la Validación de los Estados de Ánimo (Figura 41) se observa que se valoran como menos desagradables los factores de Tensión, Estado Deprimido, Cólera y Confusión después del programa de intervención. En relación con la bitácora (Tabla 8) durante todo su proceso y la reincorporación a su trabajo ha logrado identificar cambios físicos durante la recuperación, permitiéndole identificar la lesión como algo no tan limitante y que puede superar, especialmente lo ha identificado en el campo debido a que se percibe con mayor seguridad y sin miedo a lesionarse al momento de trabajar como árbitra.

**Figura 41.**

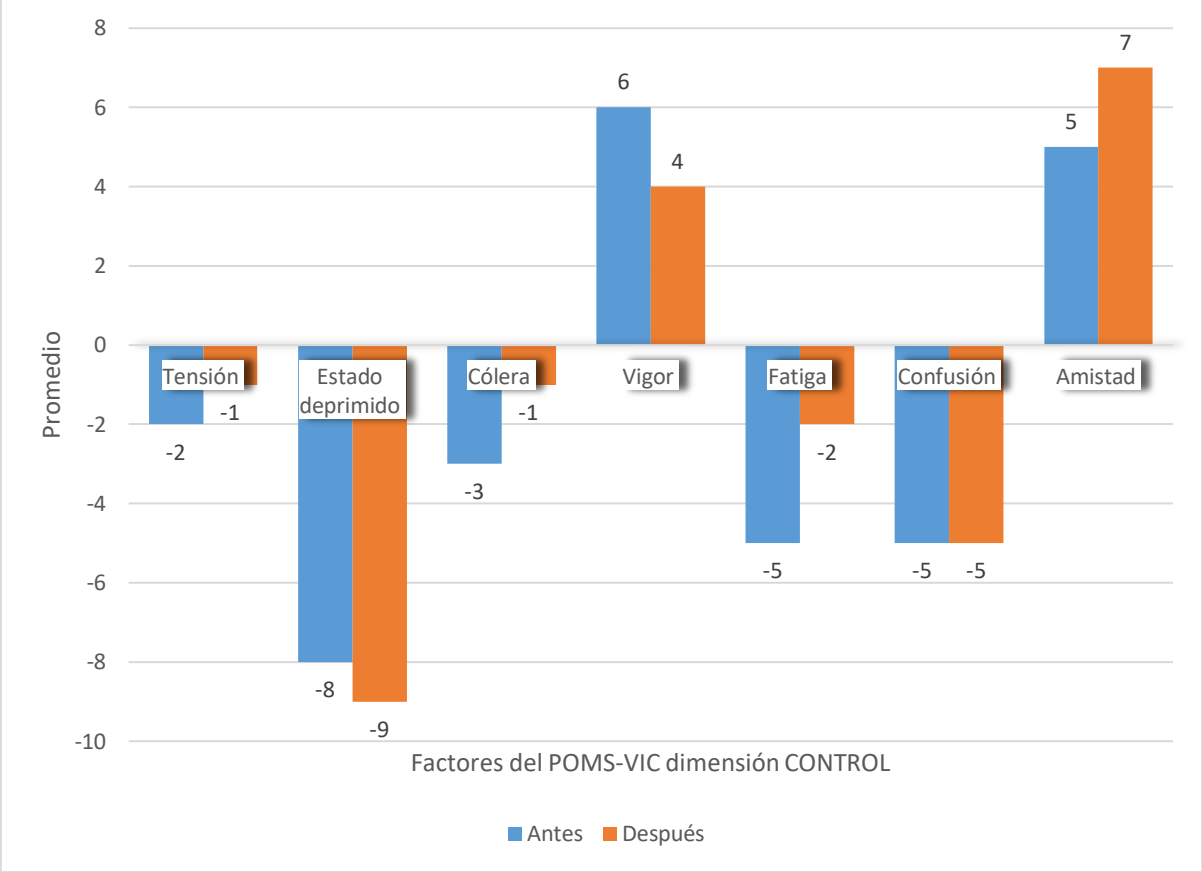
*Sujeto 6. Resultados del POMS-VIC Dimensión Valoración*




En la Dimensión de Control de los Estados de Ánimo (Figura 42) se observa mayor control por parte de la deportista después del programa de intervención en las variables de Tensión, Cólera, Fatiga y Amistad. En cuanto a la variable de Estado Deprimido se describe como descontrolada. En relación con la bitácora (Tabla 8) la deportista señala querer tener un segundo diagnóstico por parte del médico antes de volver a regresar a sus actividades deportivas, considera que no se siente a gusto empezar a entrenar sin saber al 100% si ya puede hacerlo o no, señalando que necesita el diagnostico por parte del médico para poder sentirse totalmente segura y en control con su lesión.

**Figura 42.**

*Sujeto 6. Resultados del POMS-VIC Dimensión Control*




Con respecto a los resultados cualitativos del Sujeto 6 (Tabla 8) se observa la mayoría de los estados emocionales a la mitad del programa de intervención, especialmente en las sesiones 3, 4 y 5, en las cuales la deportista describe sentirse ilusionada por regresar a sus actividades laborales, pero a la vez frustrada por el tiempo que le está tomando recuperarse, y más porque durante ese proceso la deportista expresa que presentó otra lesión que la marcó mucho debido a que señaló que al tratar de cuidar su lesión y proceso y por situaciones no controlables, se lesionó de nuevo, afectando su regreso pronto a su deporte. A pesar de esa limitante la deportista decidió esforzarse a un más y enfocarse en lo aprendido.

**Tabla 9**

*Resultados cualitativos de la bitácora de las sesiones de intervención psicológica del Sujeto 6*

| Variables | Sujeto 6 |
|---|---|
| Estados de ánimo positivos | -Logró trabajar sin dolor físico como árbitra en tres partidos durante una semana, soportar esos tres partidos la motivó para seguir adelante (sesión 3)<br>-"Poco a poco las cosas fueron mejorando por las decisiones que tomé" (sesión 5)<br>-"Antes no podía subir las escaleras de la avenida principal de la universidad debido a que necesitaba ir agarrada del pasamanos y ahora puedo subir las escaleras al mismo ritmo que otras personas" (sesión 5)<br>-Ha logrado desplazarse mejor en el campo con seguridad y sin miedo a lesionarse en su trabajo de árbitra (sesión 7)<br>-Considera que ha logrado cumplir con varios objetivos que se planteó durante las sesiones de rehabilitación (sesión 8) |
| Estados de ánimo negativo | -"Me lesionaron en un partido de futbol, me enoje y pensaba que no saben jugar bien y que por su culpa estaría en reposo" (sesión 4)<br>-"Pensaba que no volvería a jugar y que deberían sacarle tarjeta a la otra jugadora, sentí mucho coraje y frustración y también desagrado" (sesión 4)<br>-"Tuve momentos de frustración y tristeza porque no quería seguir lesionada, porque quería hacer muchas cosas y la lesión me lo impedía y todavía tenia que lidiar con todos los problemas que llevaba conmigo" (sesión 5) |
| Respuesta psicológica de la lesión | -"Cuando recién me lesione, sufrí mucho, sabía que esa lesión significaría muchas cosas negativas y estaba segura de que me detendría mucho. Me sentí muy triste y frustrada y no podía evitar llorar" (sesión 5)<br>-"No lograba ver cambios de la rehabilitación, pero al poder regresar a mis actividades me he sentido más motivada en mi recuperación" (sesión 5)<br>-Se volvió a lesionar, al cruzar la avenida, trató de correr por la velocidad de un carro que se acercaba, terminó lastimándose el tobillo de la otra pierna, sintiéndose abrumada a comparación de otras veces que se había lesionado (sesión 6) |
| Adherencia a la rehabilitación | -"Al iniciar la rehabilitación me sentí tranquila, porque confiaba en que podría mejorar si me cuidaba y le daba seguimiento, estaba decidida a luchar por recuperarme lo más rápido posible" (Sesión 5)<br>-Espera poder tener un segundo diagnóstico por parte del médico antes de volver a regresar a sus actividades físicas, considera que no se siente a gusto empezar a entrenar sin saber al 100% si ya puede hacerlo o no (sesión 3)<br>-"Cuando terminé mi rehabilitación aún sentía una ligera molestia…hoy ya puedo hacer todo y aunque jugar todavía me da un poco de miedo estoy segura de que pronto lo voy a lograr" (sesión 5) |

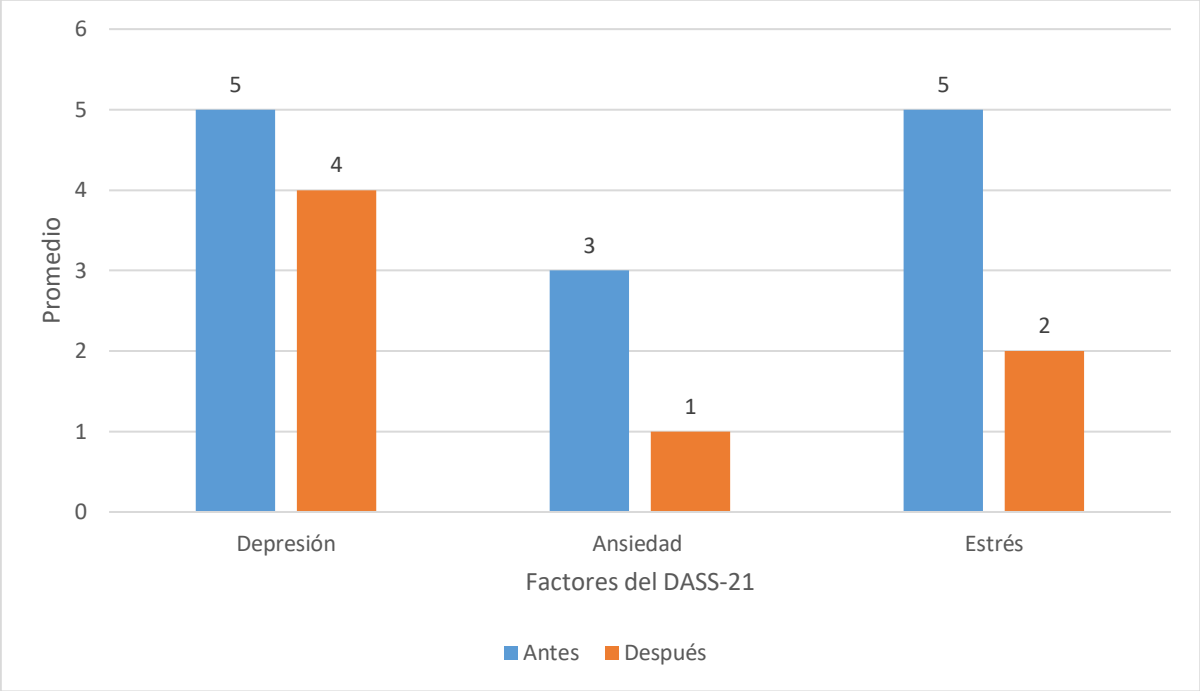
*Nota*: Estados de ánimo positivos = Vigor y amistad;

Estados de ánimo negativos = Tensión, cólera, fatiga, confusión, depresión, ansiedad y estrés.

***Sujeto 7***

En el Sujeto 7 se observa una disminución en las variables de Depresión, Ansiedad y Estrés después del programa de intervención (Figura 43) siendo más visible el cambio en la variable de Estrés. Esta disminución se relaciona con la bitácora de las sesiones (Tabla 9) señalando la deportista ya no presentar molestias en su rodilla y sentirse motivada en seguir adelante.

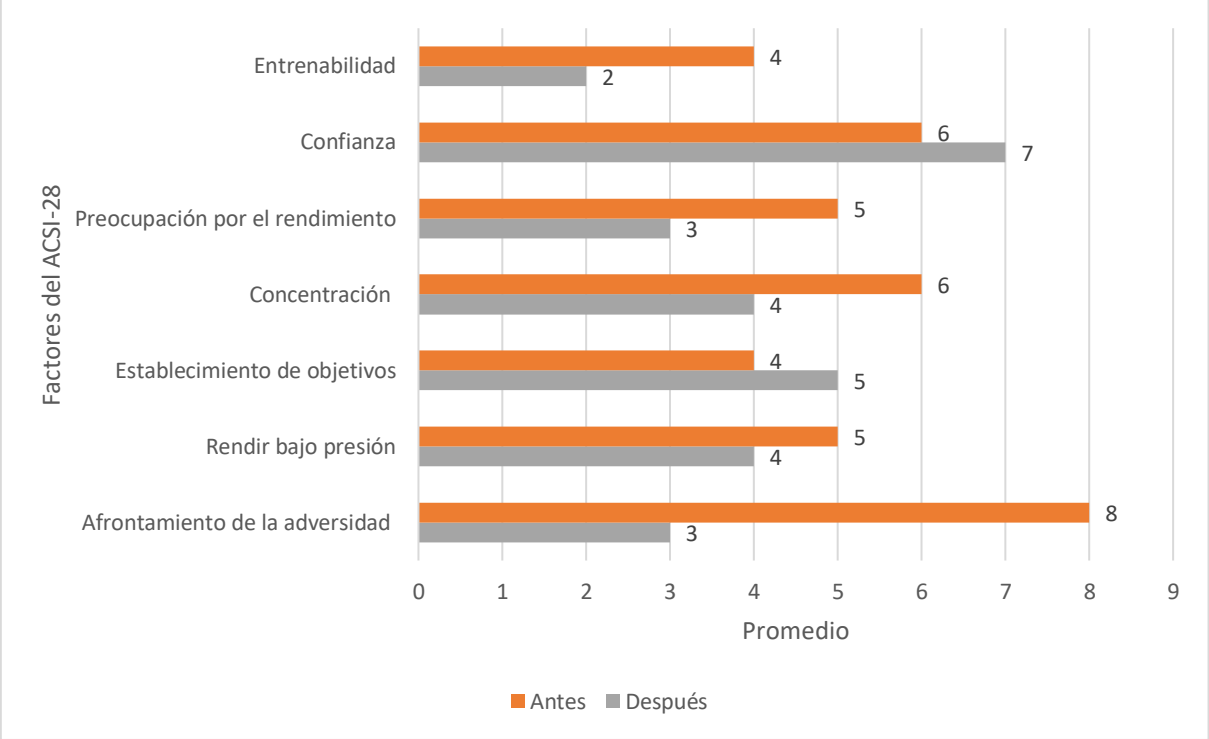
**Figura 43.**
*Resultados del Sujeto 7 de Depresión, Ansiedad y Estrés*




En las Habilidades de Afrontamiento (Figura 44) el Sujeto 7 muestra aumento en las variables de Confianza, Establecimiento de Objetivos y una disminución en la Preocupación por el Rendimiento. Llama la atención que las variables de Entrenabilidad, Concentración, Rendir bajo Presión y Afrontamiento de la Adversidad disminuyan después del programa de intervención psicológica. Estos resultados con relación a la bitácora de las sesiones (Tabla 9) destaca que la deportista se percibe preocupada en terminar el semestre y la temporada sin haber hecho ejercicio.

**Figura 44.**

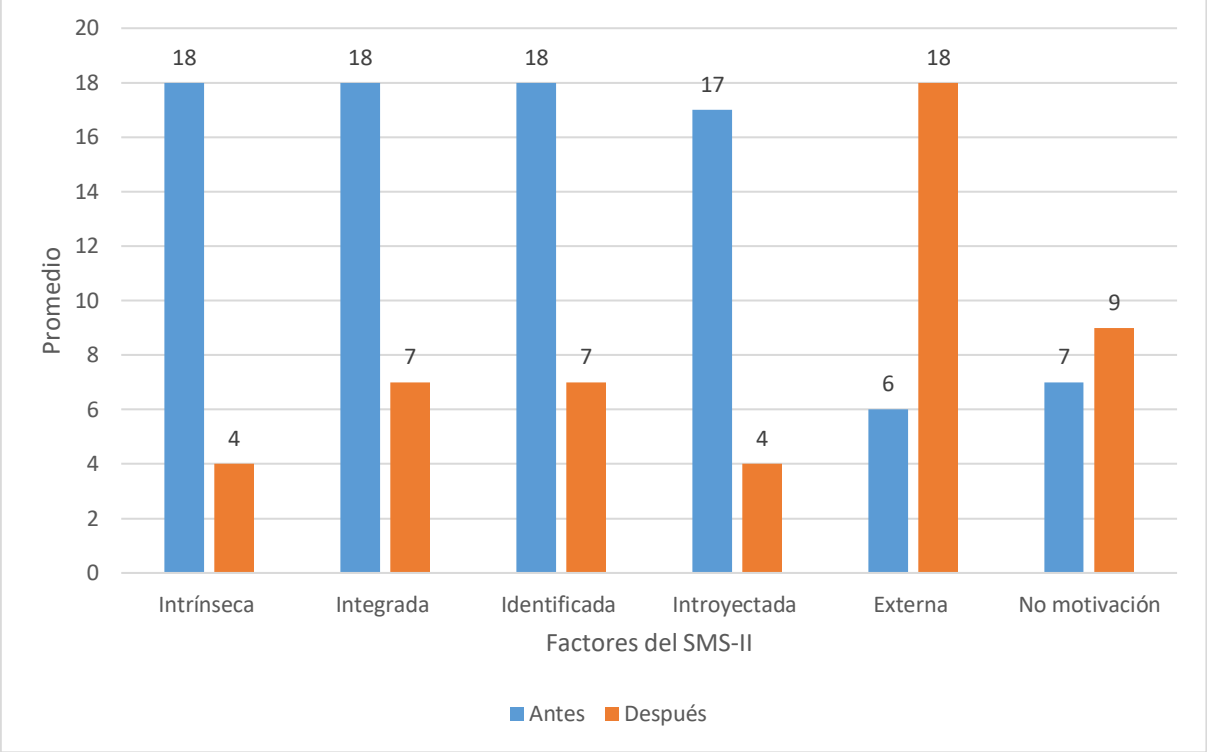
*Resultados del Sujeto 7 de las Habilidades de Afrontamiento*




En la Motivación (Figura 45) el Sujeto 7 muestra una disminución en todas las variables, aumentando la motivación Externa. Esto con relación a la bitácora de las sesiones de la deportista (Tabla 9) en la cual la deportista percibe la lesión como un 'respiro' para poder darse más tiempo a sí misma y sus actividades, debido a que llegó a un punto en que el deporte la abrumó durante un buen tiempo.

**Figura 45.**

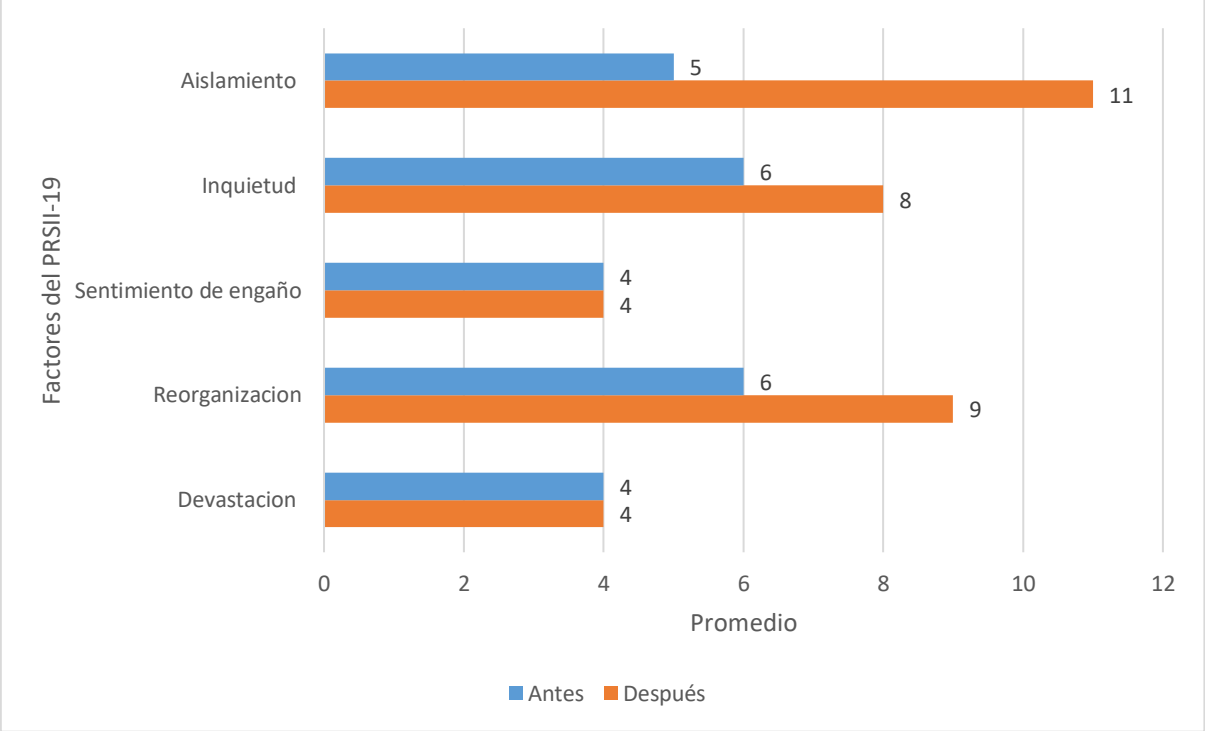
*Resultados del Sujeto 7 de la escala de Motivación en el deporte revisada*




En la respuesta ante la lesión (Figura 46) se observa un aumento después del programa de intervención en la variable de Reorganización. Llama la atención el aumento en las variables de Inquietud y Aislamiento, esto con relación a las sesiones y la bitácora del deportista (Tabla 9) señalando un sobre pensar en cuanto lo que dirán los demás de ella ‘no lo sabe hacer’, ‘no le sale ‘, aumentando el aislamiento con el equipo y su inquietud ante su rendimiento y proceso de recuperación.

**Figura 46.**

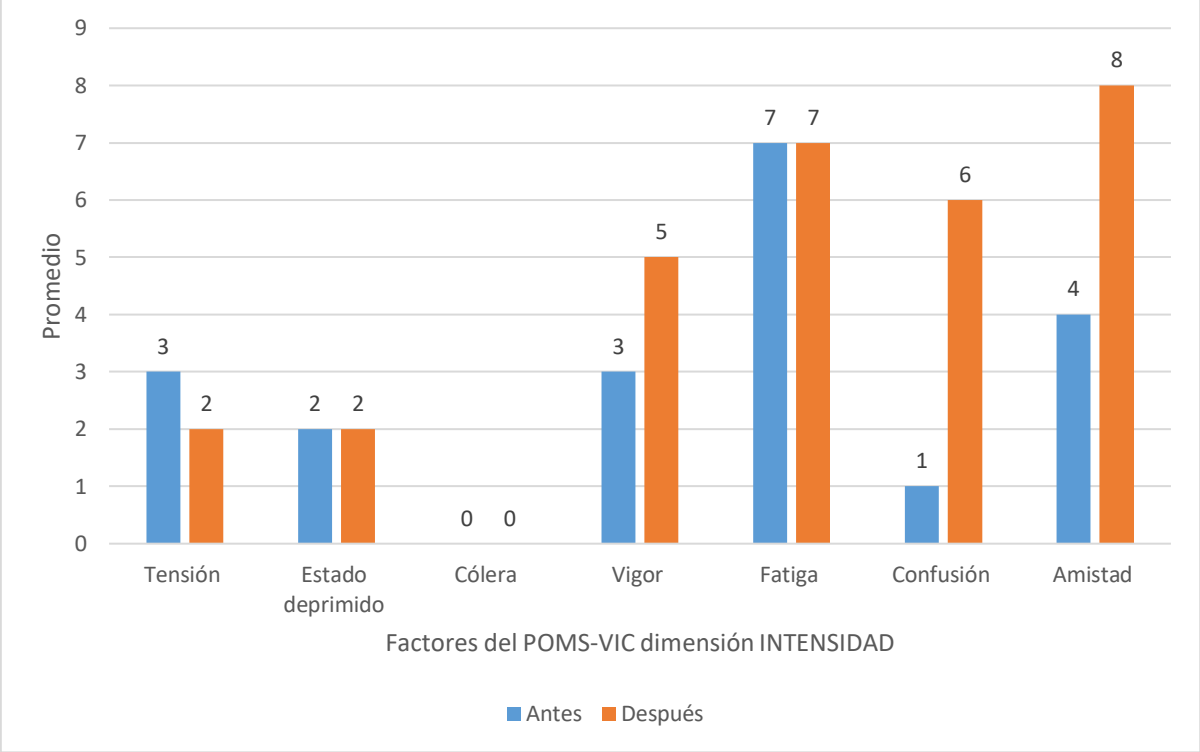
*Resultados del Sujeto 7 de la Respuesta Psicológica ante una Lesión*




La Intensidad del Estado de Ánimo del Sujeto 7 (Figura 47) muestra un aumento en las variables de Vigor y Amistad, además de una disminución en Tensión. Llama la atención que la variable de Confusión aumentó después del programa de intervención. Estos resultados tienen relación con la bitácora (Tabla 9) en la cual la deportista señala sentirse desconectada en los partidos y entrenamientos y durante su proceso de reincorporación, con frases de ‘no estoy concentrada’ y ‘no estoy funcionando bien’.

**Figura 47.**

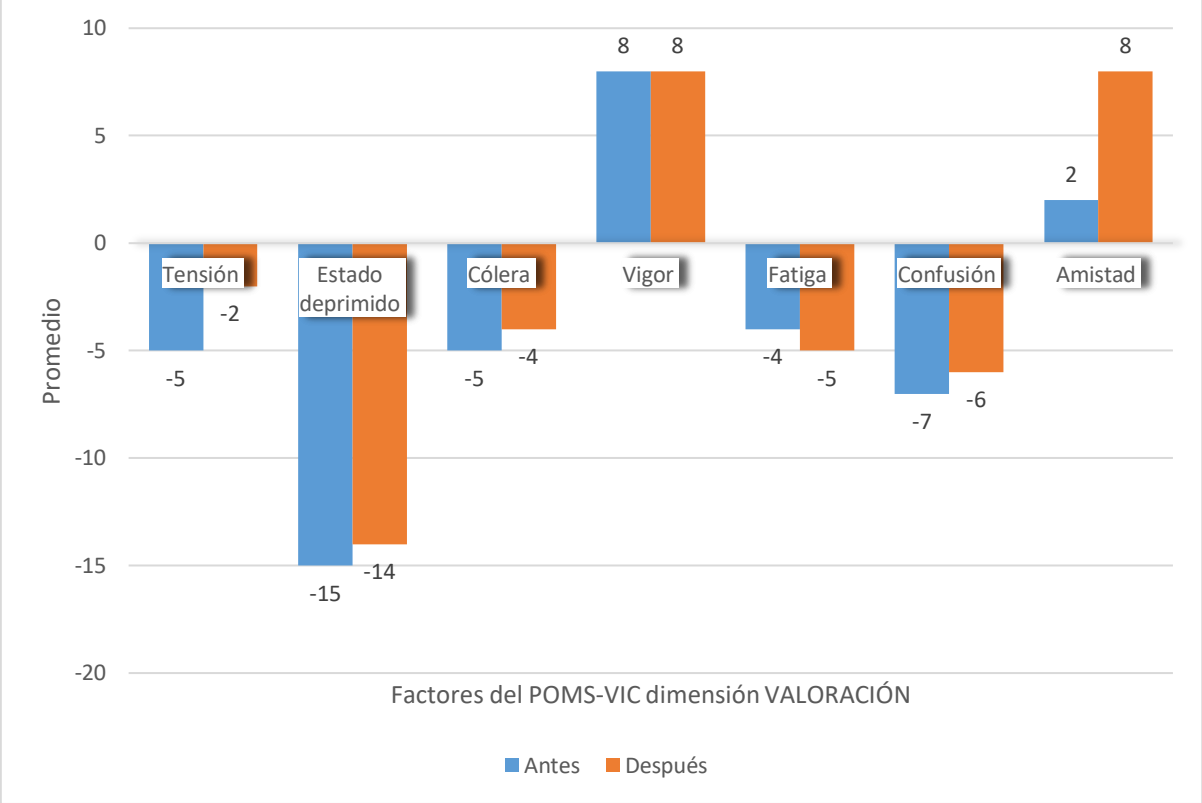
*Sujeto 7. Resultados del POMS-VIC Dimensión Intensidad*




En la Valoración de los Estados de Ánimo por parte del Sujeto 7 (Figura 48) se observan disminución en las variables de Tensión, Estado Deprimido, Cólera y Confusión, pasando a ser emociones menos desagradables, además de un aumento en el factor de Amistad. Esto se relaciona con la bitácora de las sesiones (Tabla 9) señalando que al término del programa de intervención psicológica y del proceso de rehabilitación se considera a sí misma con un aumento de su atención y concentración, además de que poco a poco se esfuerza en mejorar su técnica.

**Figura 48.**

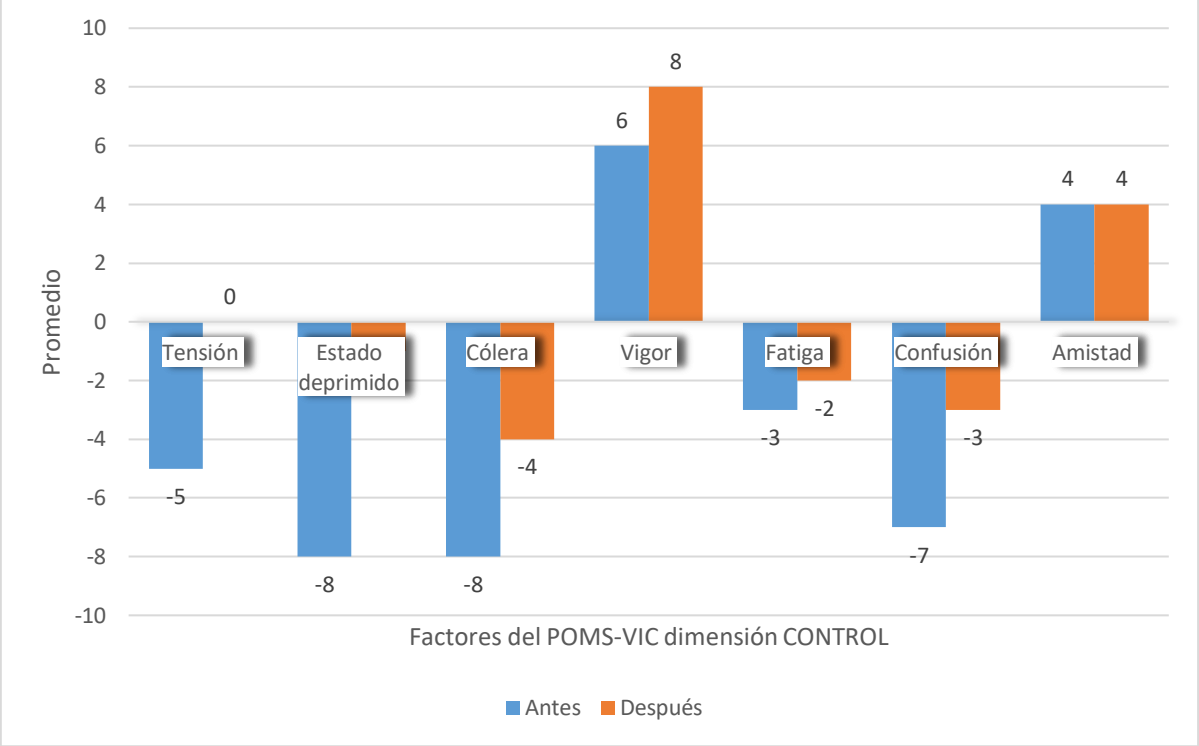
*Sujeto 7. Resultados del POMS-VIC Dimensión Valoración*




En cuanto a la Dimensión de Control (Figura 49) se observa un mayor dominio de los valores de Tensión, Estado Deprimido, cólera, Fatiga y Confusión. Esto con relación a la bitácora del Sujeto 7 (Tabla 9) señalando la deportista en sesiones la reincorporación al deporte, pero ya no directamente a tochito, dando inicio a sus entrenamientos en natación, debido a que considera que este deporte le permite sentirse más relajada y sin tanto estrés a comparación del anterior, permitiéndole tener un mayor control de sus estados de ánimo.

**Figura 49.**

*Sujeto 7. Resultados del POMS-VIC Dimensión Control*




En cuanto a los resultados cualitativos del Sujeto 7 se observa que, durante el programa de intervención, especialmente en la sesión 4 y 5, los niveles de estado de ánimo negativo estaban más presentes, en la sesión 5 señala sentir que le falta mejorar la parte lesionada. Fue en la sesión 6 cuando anuncia su reincorporación al deporte, esta vez en natación, donde muestra un cambio de ánimo tanto de su recuperación como de forma general, señalando al término del programa un esfuerzo en mejorar su técnica de nado.

**Tabla 10**

*Resultados cualitativos de la bitácora de las sesiones de intervención psicológica del Sujeto 7*

| Variables | Sujeto 7 |
|---|---|
| Estados de ánimo positivos | -Ya no hay molestias en su rodilla, está totalmente motivada en seguir adelante (sesión 7)<br>-Considera que ha aumentado su atención y concentración además de que poco a poco está esforzándose en mejorar la técnica de nado (sesión 8) |
| Estados de ánimo negativo | -Nerviosismo, frustración, molestia, desganada. Suele sentirse desconectada en los partidos y entrenamientos con pensamientos “no estoy concentrada” “no estoy funcionando bien”<br>-Y suele pensar en lo que los demás dicen de ella como:<br>-“No lo sabe hacer” “no le sale” (sesión 4) |
| Respuesta psicológica de la lesión | -“Suelo sentir que falta mejorar la parte lesionada” (sesión 5)<br>-“Me preocupa terminar el semestre y la temporada sin haber hecho ejercicio” (sesión 5) |
| Adherencia a la rehabilitación | -El proceso de rehabilitación fue un “respiro” para ella poder darse más tiempo a sí misma y sus actividades (sesión 6) |

*Nota*: Estados de ánimo positivos = Vigor y amistad;

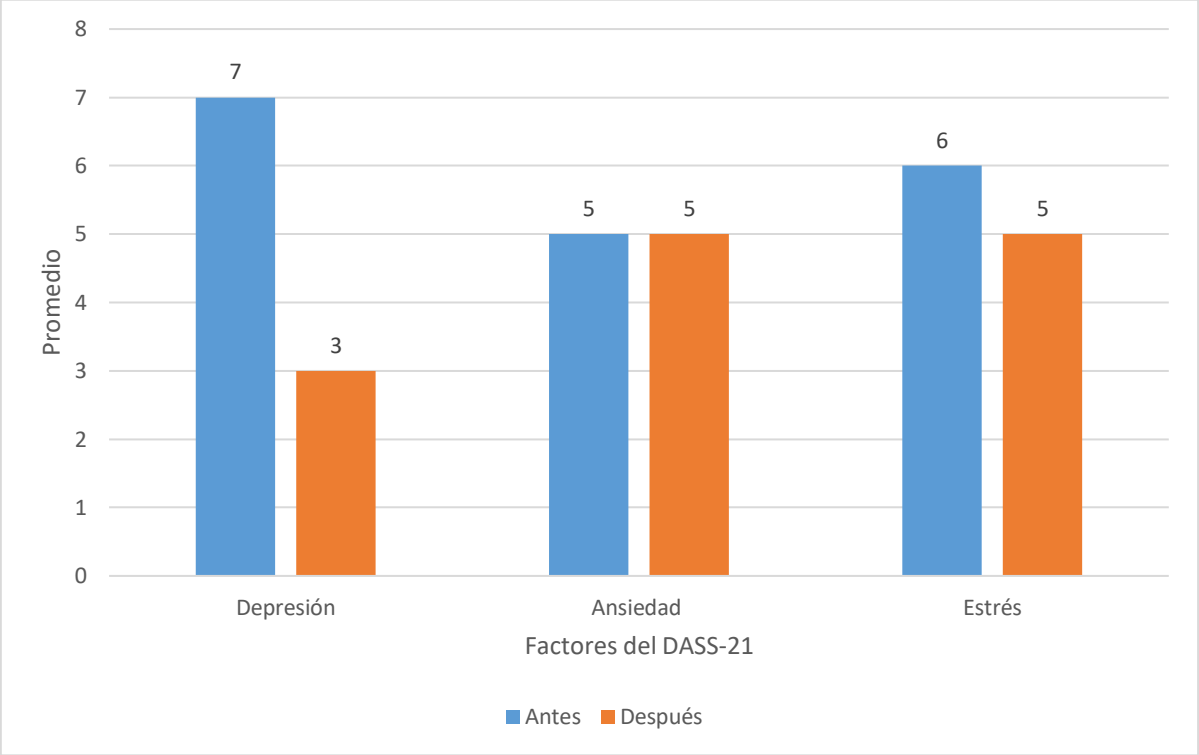
Estados de ánimo negativos = Tensión, cólera, fatiga, confusión, depresión, ansiedad y estrés.

***Sujeto 8***

Después del programa de intervención psicológica del Sujeto 8 (Figura 50) se observa una disminución en las variables de Depresión y Estrés. Estos resultados se relacionan con la bitácora de las sesiones (Tabla 10) señalando la deportista sentirse mejor, aunque actualmente depende del uso de las rodilleras para no sentir molestia, pero aun así puede seguir entrenando.

**Figura 50.**

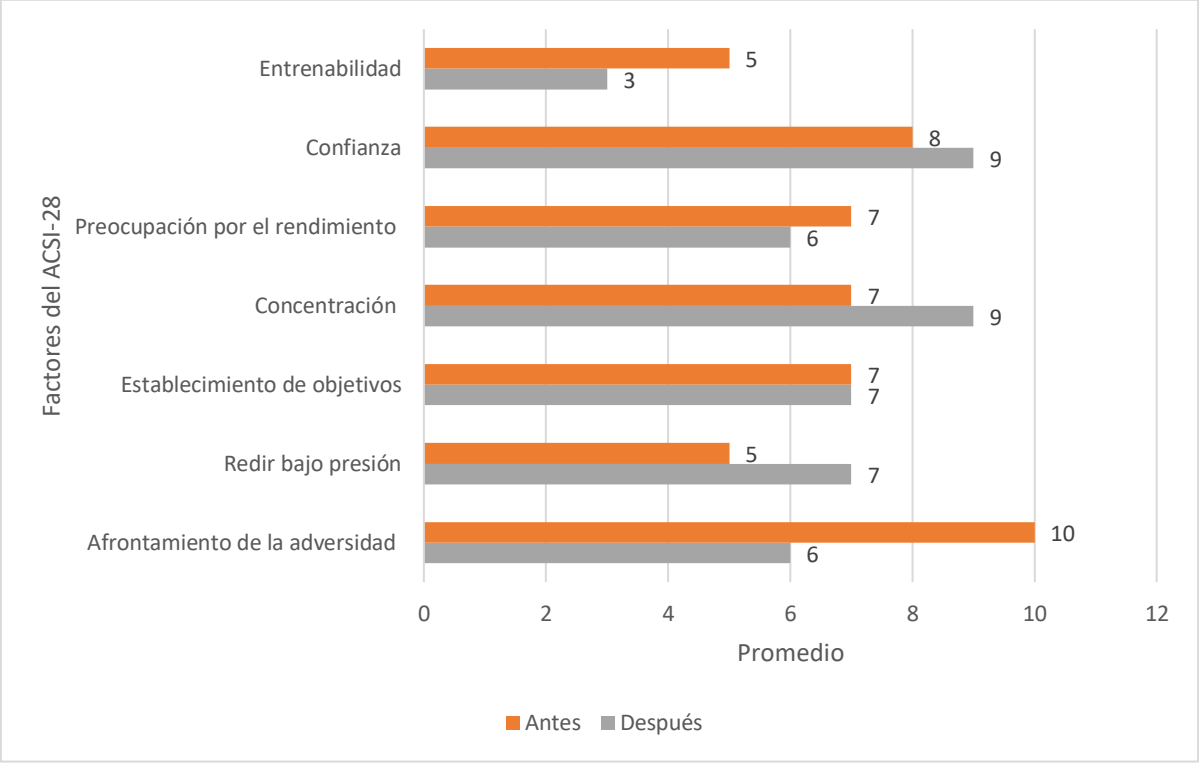
*Resultados del Sujeto 8 de Depresión, Ansiedad y Estrés*




En las Habilidades de Afrontamiento del Sujeto 8 (Figura 51) se observa un aumento en las variables de Confianza, Concentración, Rendir bajo Presión y una disminución en la Preocupación por el Rendimiento siendo lo esperado, llama la atención que las variables de Entrenabilidad y Afrontamiento de la Adversidad disminuyeran. Estos resultados se relacionan con lo señalado en la bitácora de las sesiones (Tabla 10), cuando la deportista señala frustración y tristeza por considerar que no termina nada, enfocada especialmente en su programa de rehabilitación, así

como en la búsqueda de acondicionamiento físico para mejorar sus capacidades en los entrenamientos, llevándola a pensamientos enfocados en el futuro y a la falta de constancia siendo estos devastadores.

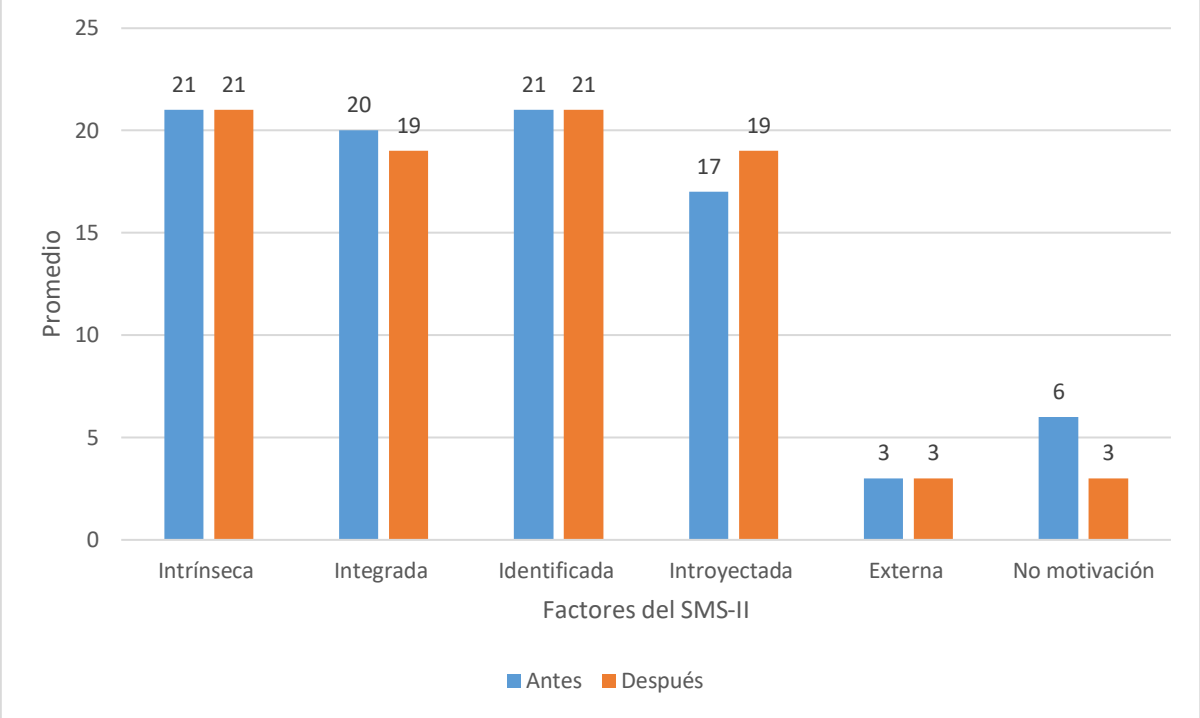
**Figura 51.**
*Resultados del Sujeto 8 de las Habilidades de Afrontamiento*




En la Motivación del Sujeto 8 (Figura 52) se observa el mantenimiento de la motivación Intrínseca e Identificada, además de una disminución en la No Motivación. Estos resultados se relacionan con la bitácora (Tabla 10) señalando la deportista que después de la lesión no lo consideró un limitante para seguir motivada en entrenar, tomando en cuenta que era lo capaz de hacer y que cosas no.

**Figura 52.**

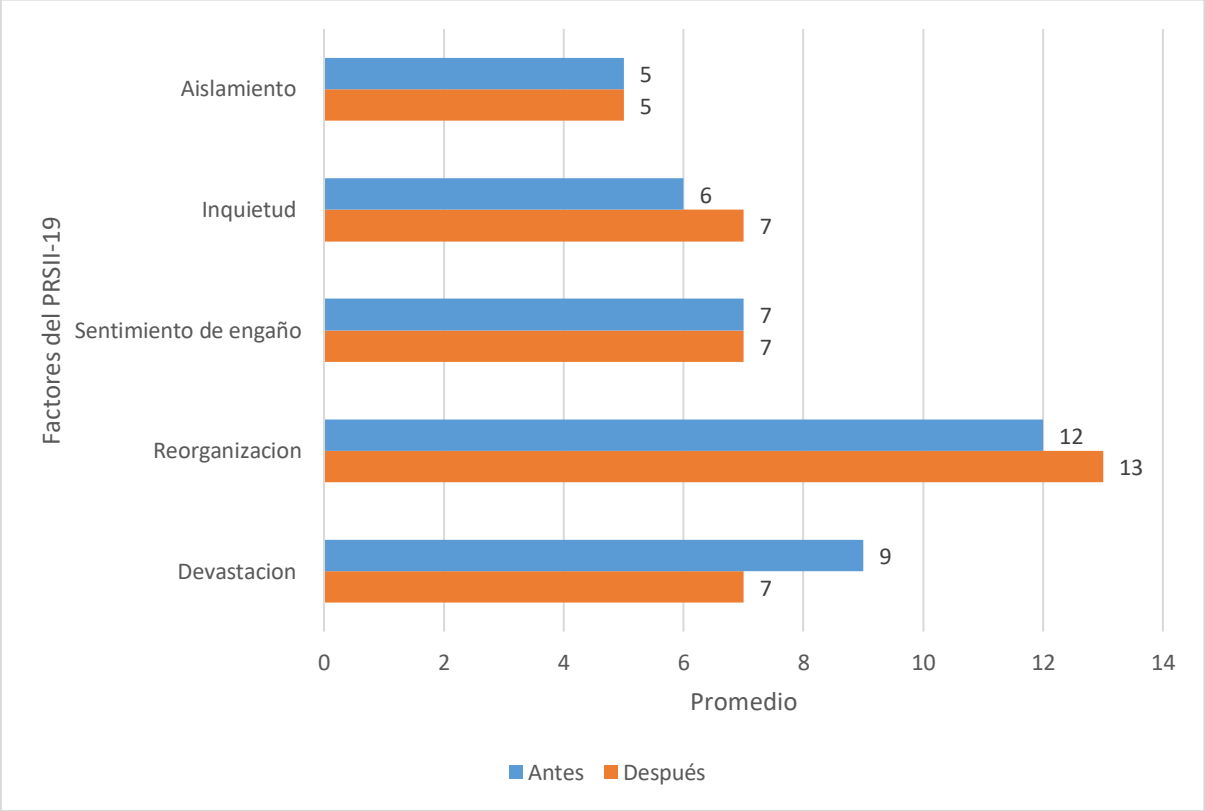
*Resultados del Sujeto 8 de la escala de Motivación en el deporte revisada*




La respuesta ante la lesión (Figura 53) mostró un aumento en la Reorganización y una disminución en la Devastación, manteniéndose el Aislamiento y el Sentimiento de Engaño después del programa de intervención. Estos datos en relación con la bitácora y las sesiones (Tabla 10) señalan sentimientos de devastación y querer huir, comparando su rendimiento antes de la lesión con la actualidad y durante su proceso de reincorporación en el deporte, aumentando así la frustración y la inquietud del por qué no salen las cosas como antes de la lesión.

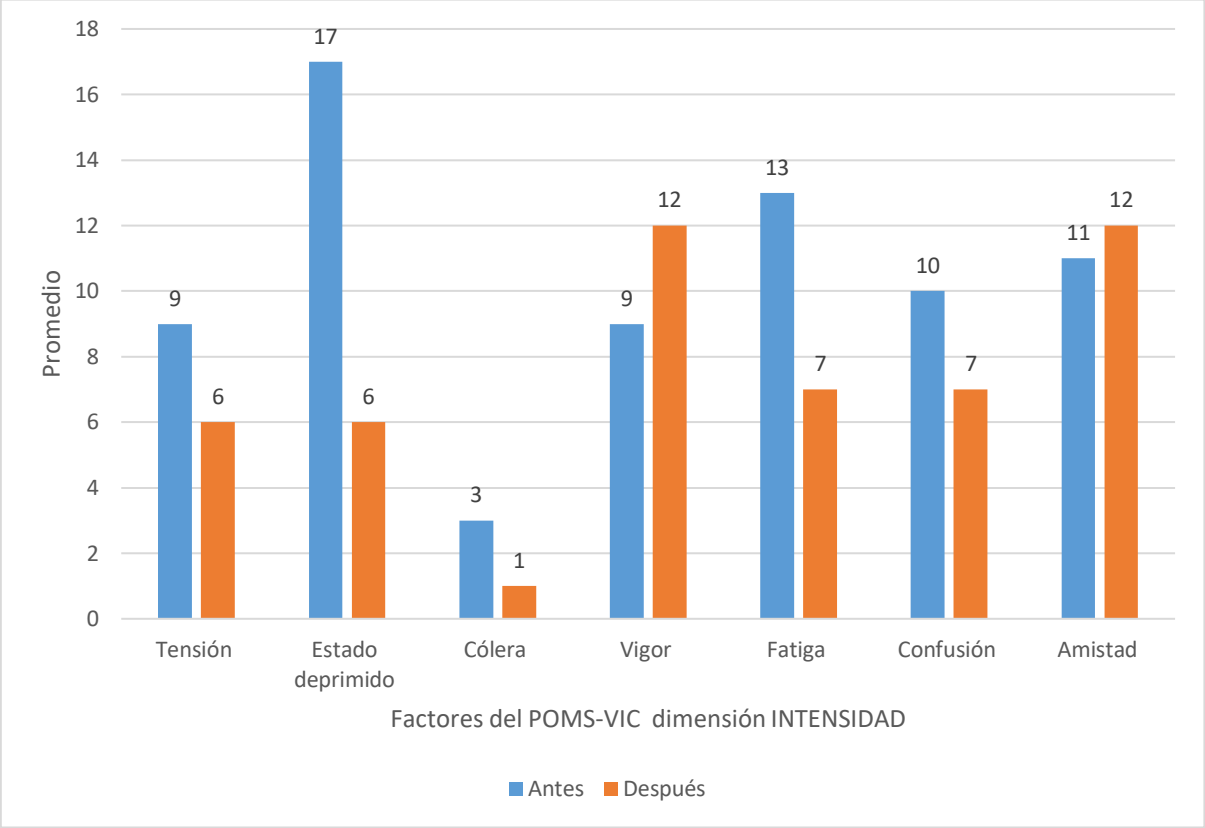
**Figura 53.**

*Resultados del Sujeto 8 de la Respuesta Psicológica ante una Lesión*



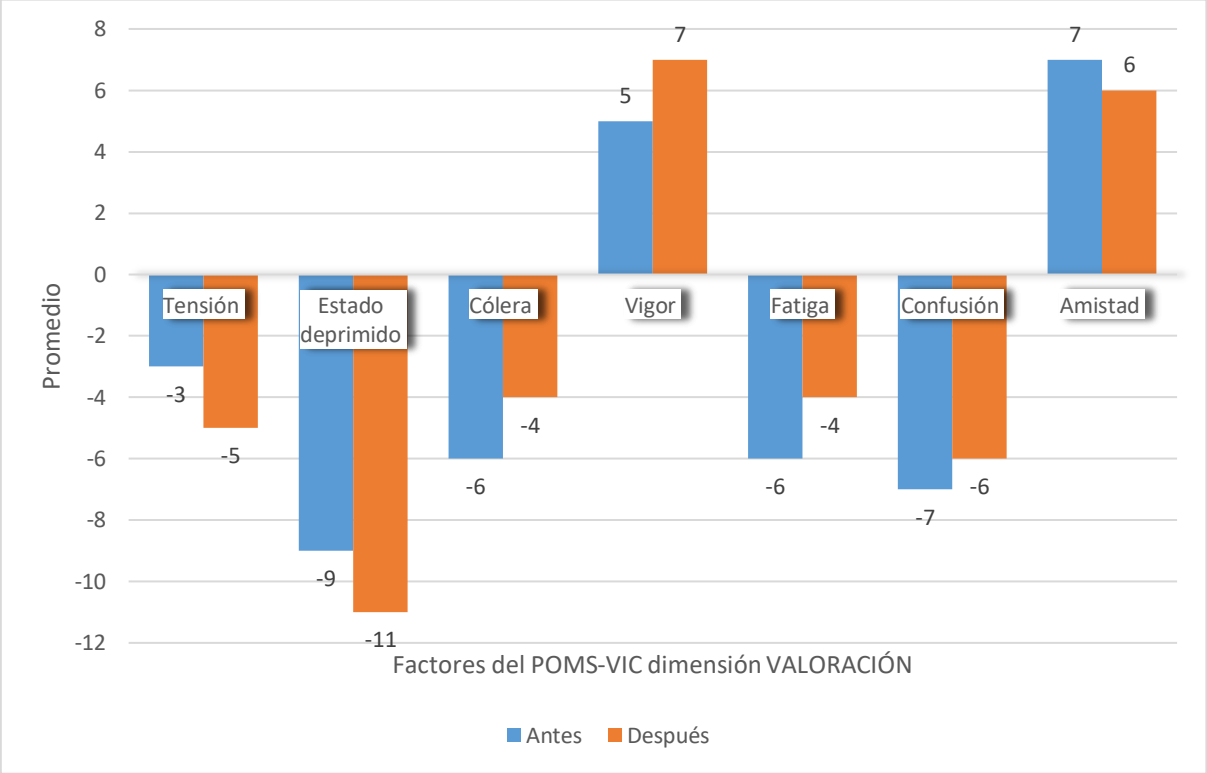

En los estados de ánimo (Figura 54) se observa disminución en la Intensidad de las variables de Tensión, Estado Deprimido, Cólera, Fatiga y Confusión, además del aumento de las variables de Vigor y Amistad, siendo lo esperado después del programa de intervención. Estos datos se relacionan con la bitácora (Tabla 10) señalando la deportista sentir que ha mejorado bastante durante su proceso de rehabilitación y las sesiones psicológicas.

**Figura 54.**
*Sujeto 8. Resultados del POMS-VIC Dimensión Intensidad*




En cuanto a la dimensión de valoración (Figura 55) se observa que el deportista percibe la emoción como menos desagradable en las variables de Cólera, Fatiga y Confusión. Las variables de Tensión y Estado Deprimido aumentaron, manteniéndose como emociones desagradables por parte del deportista. Estos resultados se relacionan con los señalados en la bitácora (Tabla10) debido a su sentimiento de mejora, la forma de valorar sus emociones ha cambiado, pasando a ser más agradables y reconociéndolas, sin que nadie o algo más defina sus estados de ánimo.

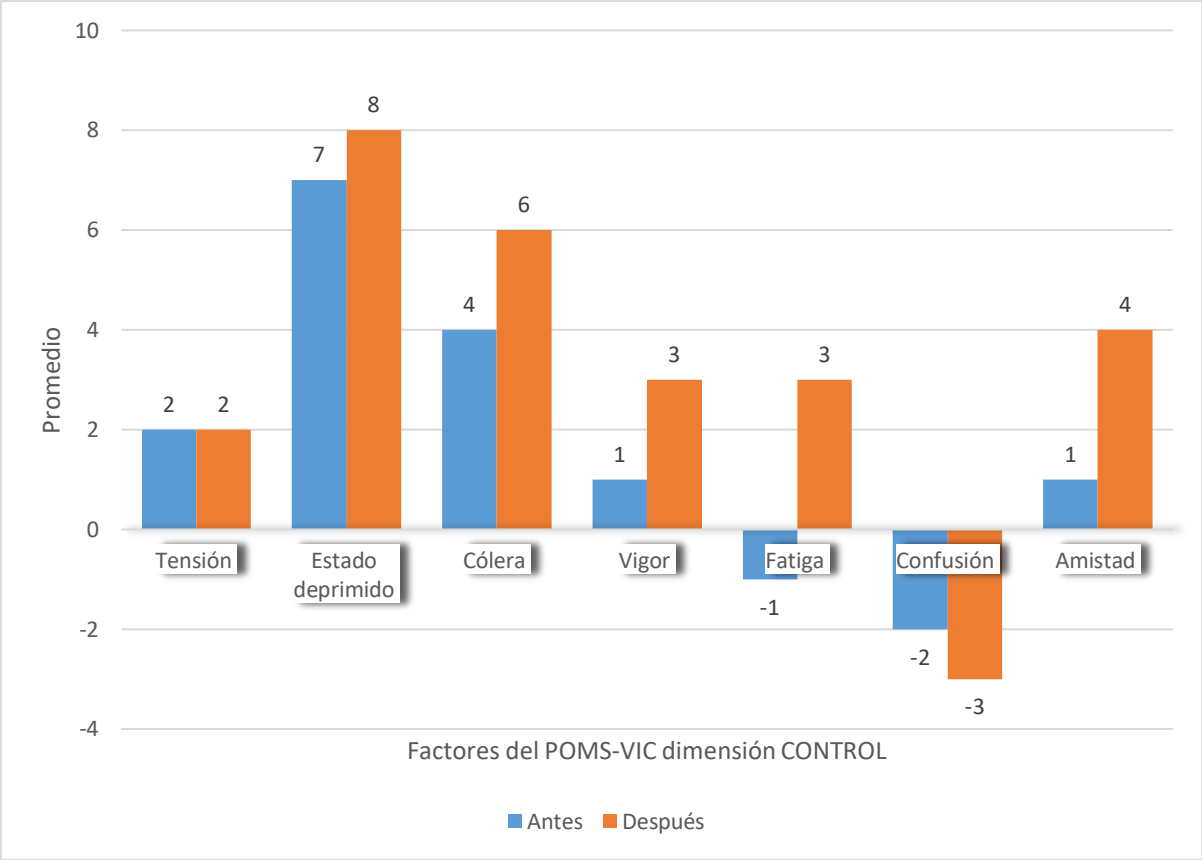
**Figura 55.**
*Sujeto 8. Resultados del POMS-VIC Dimensión Valoración*




En cuanto a la Dimensión de Control (Figura 56) se observa mayor control en las variables de Estado Deprimido, Cólera, Vigor, Fatiga y Amistad. En el caso de la Confusión se observa menor control. Estos datos se relacionan con la bitácora (Tabla 10), la deportista señala no comprender por qué suele presentar recaídas constantes en su lesión durante meses anteriores, considera que son descuidos y choques contra contrincantes, pero aun así cuestiona el por qué no puede manejarlo.

**Figura 56.**

*Sujeto 8. Resultados del POMS-VIC Dimensión Control*




En cuanto a los resultados cualitativos del Sujeto 8 podemos resaltar que durante el programa de intervención las primeras sesiones, especialmente la tercera, podemos observar el mantenimiento de los pensamientos intrusivos respecto a su rendimiento antes de la lesión y su proceso de reincorporación, fue a partir de la sesión quinta, especialmente en la octava, cuando la deportista señala una mejora en su forma de interpretar su estado de ánimo.

**Tabla 11**

*Resultados cualitativos de la bitácora de las sesiones de intervención psicológica del Sujeto 8*

| Variables | Sujeto 2 |
|---|---|
| Estados de ánimo positivos | -“Me siento mejor, ahora yo reconozco mi propio valor y no dejo que algo o alguien más me defina” (sesión 5)<br>-Siente que ha mejorado bastante (sesión 8) |
| Estados de ánimo negativo | -Frustración y tristeza “no terminas nada” “no tendrás resultados por no tener constancia”<br>-Sentimientos de desesperación y de querer huir. Ha participado en torneos de reta y suele tener pensamientos “¿porque no me sale?” “¿Por qué no aporto puntos? ¿porque no puedo jugar igual? ¿de verdad soy buena? “(sesión 3) |
| Respuesta psicológica de la lesión | -“Cuando me lesioné, seguí jugando a pesar de la lesión” (sesión 5)<br>-Sus lesiones y recaídas han sucedido por descuidos y choques contra contrincantes, se cuestiona si es un autosabotaje que no puede manejar (sesión 4) |
| Adherencia a la rehabilitación | Solo cuando no usa sus rodilleras siente molestia (sesión 7) |

*Nota*: Estados de ánimo positivos = Vigor y amistad;

Estados de ánimo negativos = Tensión, cólera, fatiga, confusión, depresión, ansiedad y estrés.

A grandes rasgos podemos resaltar que los resultados de los deportistas indican que después del programa de intervención variables como depresión, ansiedad y estrés fueron las principales que mostraron un cambio significativo logrando disminuir. En cuando a variables de habilidades de afrontamiento los deportistas mostraron una mejora en la entrenabilidad lograr disminuir la preocupación por el rendimiento, aumentar el establecimiento de metas y aumentar el rendimiento bajo presión y la reorganización del deportista.

# Discusiones y conclusiones

Los cambios que presentan los deportistas durante el proceso de recuperación pueden ser totalmente diferentes dependiendo de aspectos sociodemográficos, cuestiones externas, personalidad y la prevalencia personal de los estados de ánimo durante la rehabilitación y reincorporación a sus actividades deportivas (Abenza et al.,2009). A pesar de esos aspectos personales, podemos resaltar que en este caso existen coincidencias generales que podemos destacar de los ocho deportistas que participaron en este programa de intervención psicológica durante su proceso de rehabilitación.

En primer lugar, se destacan los cambios en las variables correspondientes a la Depresión, Ansiedad y Estrés, que presentaron disminución en los deportistas después del programa de intervención, estos datos se relacionan con Márquez-Gurrola et al. (2023) quienes implementaron un programa de autohipnosis Ericksoniana para lograr la disminución de los factores de estrés, ansiedad, depresión y dolor en deportistas lesionados, teniendo como resultado la disminución de estas variables, destacando especialmente la disminución en la ansiedad.

En el caso de la variable de Entrenabilidad (sujetos 1,2,3,5,6), perteneciente a las habilidades de afrontamiento, aumentó en cinco de los ocho deportistas después del programa de intervención, esos datos muestran que los deportistas presentaron menos molestia y no sentir como algo personal los comentarios, correcciones o críticas por parte del rehabilitador. Esta información reafirma la idea de la necesidad de la comunicación adecuada por parte del rehabilitador con el deportista lesionado. Diversos autores (Watkins et al. 2020) consideran necesario que el rehabilitador sea una fuente de apoyo social durante el proceso de recuperación, además de permitir aumentar la confianza y seguridad del deportista durante su tratamiento, proporcionando información del avance de su tratamiento.

De igual forma la Confianza aumentó en cinco de los ocho deportistas (sujetos 3,4,5,7,8) siendo un indicador de que en este programa se sintieron comprometidos con su proceso de rehabilitación, confiando en su recuperación, dando lo mejor de sí mismos. Se ha demostrado que a mayores índices de autoconfianza disminuye el

riesgo de presentar una recaída o una nueva lesión (Ríos et al., 2019). Por tal razón, se recomienda considerar el historial de lesiones de los deportistas, debido a que aquellos que presenten una cantidad alta de lesiones moderadas o graves, son propensos a presentar niveles muy bajos de autoconfianza y altos niveles de ansiedad en comparación a otros deportistas lesionados (Abenza et al., 2010; Ríos et al., 2019).

También la variable de Preocupación por el Rendimiento disminuyó en seis de los ocho deportistas (sujeto 2,3,5,6,7,8) después del programa de intervención, indicando con ello que los deportistas ya no presentaron presión ni preocupación de cometer errores, o pensar en fallar durante su proceso de recuperación. Se ha demostrado que a mayor autoeficacia y rendimiento percibido por parte de los deportistas se debe al uso de adecuadas estrategias cognitivas centrada a la tarea que le permiten enfrentar la situación de la lesión (Vealey, 2001; Levy, Nicholls y Polmand, 2011).

La motivación Introyectada, llamó la atención debido a que siempre se mantuvo alta en los ocho deportistas. Este dato señala que la mayoría de los deportistas de este programa de intervención consideraron la rehabilitación como algo que 'tienen que hacer' con el fin de sentirse bien consigo mismo y vale la pena realizarla. Estos resultados son un gran aporte a la comunidad científica debido a que la mayoría de los estudios respecto a la relación de la motivación y las lesiones deportivas es para explorar la prevención a las lesiones (Olmedilla et al., 2010; 2011), señalando en sus estudios que la mayoría de los deportistas con motivaciones altas tenían mayor riesgo de presentar lesiones con severidad moderada. Pero actualmente son escasos o limitados los trabajos que muestran el estado de la motivación durante el proceso de rehabilitación de una lesión.

En el caso del Inventario de Respuesta Psicológica ante la Lesión, las variables de Aislamiento y Devastación disminuyó en cuatro de los ocho (sujeto 1,3,6,8) deportistas después del programa, lo cual muestra que los deportistas han aceptado su lesión y buscaron el apoyo social, evitando el aislamiento durante su proceso de rehabilitación. Autores como Palmi (2001) ha señalado que el apoyo por

parte del equipo médico es de gran importancia, debido a la necesidad de la perspectiva profesional durante el proceso de rehabilitación, además de permitir al deportista sentirse escuchado y expresarse emocionalmente, considerándose el apoyo social como un factor importante tanto durante la rehabilitación, como también en la prevención de lesiones, aumentando la autoestima, motivación y confianza para el retorno deportivo (Almeida, Luciano et al.,2014; Gómez-Espejo et al., 2017).

En cuanto a la variable de Reorganización aumentó en cinco de los ocho deportistas (sujetos 3,5,6,7,8) indicando en ellos el sentimiento de sentirse de nuevo como sí mismos y con fuerza, aumentando la confianza, relacionando y fortaleciendo el aumento de la variable de confianza en las habilidades de afrontamiento. Estos resultados se relacionan con lo mencionado por Ortín et al. (2018) quienes destacan que los deportistas al reconocer su estado físico actual de forma adecuada serán capaces de determinar su autoestima, motivación entre otras variables psicológicas de acción que determinarán directamente en su rendimiento.

Las variables de Tensión, Estado Deprimido y Confusión, del Perfil de los Estados de Ánimo, mostraron en los deportistas disminución después del programa de intervención, además de un aumento de las variables de Vigor y Amistad en seis de los ocho deportistas (sujetos 1,2,5,6,7,8). Se ha demostrado la importancia de una buena gestión emocional la cual permite el mantenimiento de la concentración, autoconfianza y una adecuada planificación y análisis durante su proceso de recuperación y adaptación de la lesión (Doreste et al., 2020).

Por otro lado, la variable de Afrontamiento a la adversidad llamó la atención que disminuyera después del programa de intervención en siete deportistas de ocho (sujetos 1,2,3,4,6,7,8) dando a entender que la mayoría de los deportistas pertenecientes a este programa indicaron no sentirse con entusiasmo durante la rehabilitación, mostrando dificultades para mantenerse calmados, aunque las cosas vayan mal, además de complicaciones en buscar técnicas de relajación para disminuir la tensión física. Esto se confirma en la mayoría de los deportistas, debido a que anteriormente del programa de intervención psicológica, no habían trabajado técnicas de relajación o visualización y no lo habían considerado como herramientas

durante su proceso de recuperación. Además, esta variable demuestra la dificultad de los deportistas en mantener el manejo emocional independientemente de las circunstancias, en este caso durante el programa de rehabilitación de la lesión. Autores como Ríos et al. (2019), destacan que aquellos deportistas que presentaban un mayor número de lesiones en su historial deportivo, al momento de volverse a lesionar afectaba directa y negativamente en el control de afrontamiento negativo. Por tal razón, estudios como de González-Reyes et al. (2017) señalan la importancia del control de afrontamiento, debido a que fue la más afectada, señalando la importancia e influencia que tiene en aspectos como el autoconcepto emocional.

La variable Inquietud estuvo presente en la mayoría de los deportistas, indicando que a los deportistas se les dificultó encontrar diversión durante la rehabilitación, además de sentimientos de inquietud, estos datos se relacionan con las diversas bitácoras en donde la mayoría de los deportistas señalaron la necesidad de reincorporarse pronto a sus actividades físicas y deportivas. Autores como Olmedilla et al. (2014) recomiendan la implementación de programas de intervención psicológica en deportistas que estén en busca de la reincorporación deportiva después de presentar una lesión grave, esto debido a los altos niveles de ansiedad e inseguridad que presentan enfocados especialmente en la percepción de competencia.

En cuanto a limitaciones del programa de intervención psicológica se presentaron los siguientes:

- Respecto a la muestra, el programa fue totalmente abierto a quien quisiera formar parte, especialmente a los deportistas que presentaron lesiones en extremidades inferiores (tobillo y rodilla) durante la temporada de enero-julio del 2023, en la Clínica de rehabilitación FOD. Por cuestiones fuera de control la cantidad de deportistas lesionados que llegaron fue mínima, presentando lesiones leves, que no requerían tratamiento de rehabilitación mayor a 10 días y la mayoría presentaron lesiones en dedos, y hombro, limitando la cantidad de la muestra de este trabajo a una cantidad de ocho sujetos que si cumplían con los criterios de inclusión.

- Tiempos: Durante el programa dos deportistas decidieron no participar desde el primer momento (cuando se les habló del programa de intervención psicológica durante el proceso de rehabilitación) esto debido a que las sesiones de terapia física la realizaban en puntos intermedios de sus clases, generando que no tuvieran tiempo extra para el programa psicológico.

- Motivación: Los resultados de la escala de motivación en el deporte tuvo resultados diferentes a lo esperado, debido a que todos presentaron un nivel alto en la motivación introyectada. Se revisaron los ítems nuevamente para considerarse en un futuro una nueva aplicación para un grupo más amplio, con el fin de corroborar si los deportistas lesionados en forma general presentan un aumento considerable en la Regulación Introyectada al estar durante su proceso de rehabilitación.

Para futuros trabajos de investigación sería importante tomar en cuenta estas limitaciones, además de considerar el seguimiento de los participantes durante su proceso de reincorporación al deporte, con el fin de tratar la variable de miedo o vulnerabilidad a la lesión en futuras líneas de investigación.

En **conclusión**, los resultados de este estudio aportan datos relevantes y novedosos respecto a la implementación de un programa de intervención psicológica en deportistas lesionados. En primer lugar, en cuanto a los datos cuantitativos de los ocho atletas lesionados, mediante el análisis del mínimo cambio apreciable se destaca una alta probabilidad de cambios, especialmente en variables como estrés, afrontamiento a la adversidad, tensión, estado deprimido, siguiendo con la probabilidad de cambio con variables de regulación intrínseca, integrada e identificada, siendo estas tres últimas las principales para llegar a una motivación intrínseca. Estos mismos datos cuantitativos, se ven reforzados con el análisis cualitativo que se realizó con las bitácoras, sobresaliendo las mismas variables antes mencionadas como aquellas que cambiaron antes y después del programa de intervención.

Es necesario precisar que, de la relación de los datos cualitativos con las medias de los instrumentos, se reforzaron los resultados cuantitativos debido a la relación que existe en la disminución en las variables desagradables como

depresión, ansiedad y estrés y la lucha constante de los deportistas en querer mejorar y reincorporándose a sus actividades deportivas fortaleciendo las regulaciones motivacionales llevando a una motivación intrínseca.

El impacto sobre variables psicológicas relacionadas con los estados de ánimo y motivación, especialmente durante el proceso de rehabilitación de los deportistas genera un aporte científico para futuras investigaciones. Nuestros resultados dan soporte a la evidencia del efecto que tiene un programa orientado a estrategias cognitivo-conductuales, proporcionando mejores recursos para afrontar la lesión y lograr una adecuada reincorporación al deporte y actividad física. Resaltando la necesidad de seguir implementando programas de intervención psicológica durante el proceso de rehabilitación física.

# Referencias


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

Abenza, L., Olmedilla, A., Ortega, E., & Esparza, F. (2011). Construcción de un registro de conductas de adherencia a la rehabilitación de lesiones deportivas. *Revista de Psicología Del Deporte*, *20*(2), 455–476.

Abenza, L., Olmedilla, Z., Ortega, T., & Esparza, F. (2009). Estados de ánimo y adherecia a la rehabilitación de los deportistas lesionados. *Apunts Medicina de l'Esport*, *44*(161), 29–37. https://doi.org/10.1016/S1886-6581(09)70105-7

Abenza, L., Olmedilla, A., Ortega, E., Ato, M., & García-Más, A. (2010). Análisis de la relación entre el estado de ánimo y las conductas de adherencia en deportistas lesionados. *Anales de Psicología, 26*(1), 159-168.

Almeida, P. L., Olmedilla, A., Rubio, V. J., & Palou, P. (2014). Psychology in the realm of sport injury: What it is all about. *Revista de Psicología Del Deporte*, *23*(2), 395–400.

Almeida, P., Luciano, R., Lameiras, J., & Buceta, J. (2014). Beneficios percibidos de las lesiones deportivas: Estudio cualitativo en futbolistas profesionales y semiprofesionales. *Revista de Psicología del Deporte, 23*(2), 457-464.

Alvarado, V., Ruiz, B., & Rodríguez, M. C. (2011). Lesiones musculoesqueléticas en mujeres adultas sedentarias que ingresan a un programa de ejercicio físico. *Enfermería Universitaria*, *8*(1), 33–40. https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2011.1.271

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. https://doi.org/10.1123/jsep.10.3.294

Antúnez, Z., & Vinet, E. V. (2012). Escalas de depresión, ansiedad y estrés (DASS - 21): Validación de la versión abreviada en estudiantes universitarios Chilenos. *Terapia Psicologica*, *30*(3), 49–55. https://doi.org/10.4067/S0718-48082012000300005

Appaneal, R. N., Levine, B. R., Perna, F. M., & Roh, J. L. (2009). Measuring postinjury depression among male and female competitive athletes. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, *31*(1), 60–76. https://doi.org/10.1123/jsep.31.1.60

Bahr, R., & Krosshaug, T. (2005). Understanding injury mechanisms: A key component of preventing injuries in sport. *British Journal of Sports Medicine*, *39*(6), 324–329. https://doi.org/10.1136/bjsm.2005.018341

Barbosa-Luna, A., Tristán, J., Tomás, I., González, A., & López-Walle, J. (2017). Climas motivacionales, motivación autodeterminada, afectos y burnout en deportistas: Enfoque multinivel. *Acción Psicológica, 14* (1), 105-118. http://dx.doi.org/10.5944/ap.14.1.19266

Berengüí, R. (2011). *Personalidad, características psicológicas y lesiones en el deporte de competición: Análisis de relaciones e incidencia en jóvenes deportistas* [Tesis Doctoral]. Universidad de Murcia, España.

Berengüí, R., Brewer, B.W., & Garcés de Los Fayos Ruiz, E.J. (2013). Aspectos psicológicos en las lesiones deportivas. En F. Arbinaga y E. Cantón (coords.), *Psicología del Deporte y la Salud: Una relación compleja* (197-244). EOS Editorial.

Berengüí, R., Garcés de Los Fayos, E. J., & Hidalgo, M. D. (2013). Características Psicológicas Asociadas a La Incidencia De Lesiones En Deportistas. *Anales de Psicología*, *29*(3), 674–684.

Berengüí, R., López-Gullón, J. M., Garcés de Los Fayos, E. J., & Almarcha, J. (2011). Factores psicológicos y lesiones deportivas en lucha olímpica y taekwondo. *E-Balonmano.Com: Revista de Ciencias Del Deporte*, *7*(1), 91–98.

Berengüí, R., Ortín, F. J., Garcés de Los Fayos, E. J., & Hidalgo, M. D. (2017). Personality and injuries in high performance sports. *Revista Iberoamericana de Psicología Del Ejercicio y El Deporte*, *12*(1), 15–22.

Berengüí, R., & Pelegrín, A. (2018). Problemas asociados a la práctica deportiva. En R. Berengüí y J. M. López-Walle (Eds.), *Introducción a la Psicología del Deporte* (pp. 451–488). EOS Editorial.

Berengüí, R., & Puga, J. L. (2015). Predictores psicológicos de lesión en jóvenes deportistas. *Revista Costarricense de Psicología*, *34*(2), 113–129. https://doi.org/10.22544/rcps.v34i02.05

Berengüí, R. & Ríos, J. (2024). Psicología en las lesiones deportivas. En E. M. León Zarceño y E. J. Garcés de Los Fayos (coords.), *Fundamentos de Psicología del Deporte* (pp. 211-220). Editorial Médica Panamericana.

Bramwell, S. T., Masuda, M., Wagner, N. N., & Holmes, T. H. (1975). Psychosocial factors in athletic injuries: Development and application of the social and athletic readjustment rating scale (SARRS). *Journal of Human Stress*, *1*(2), 6–20. https://doi.org/10.1080/0097840X.1975.9940404

Brewer, B. W. (1998). Introduction to the special issue: Theoretical, empirical, and applied issues in the psychology of sport injury. *Journal of Applied Sport Psychology*, *10*(1), 1–4. https://doi.org/10.1080/10413209808406374

Brewer, B.W. (2007). Psychology of Sport Injury Rehabilitation. En G. Tenenbaum y R.C. Eklund (Eds.), *Handbook of Sport Psychology* (pp. 404-424). John Wiley & Sons.

Brewer, B. W. (2017). Psychological Responses to Sport Injury. In *Oxford Research Encyclopedia of Psychology*. Oxford University Press. https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190236557.013.172

Brewer, B.W., Andersen, M.B., & Van Raalte, J.L. (2002). Psychological aspects of sport injury rehabilitation: Toward a biopsychosocial approach. En D.L. Mostofsky y L.D. Zaichkowsky (Eds.), *Medical and psychological aspects of sport and exercise* (pp. 41–54). Fitness Information Technology.

Brewer, B. W., Cornelius, A. E., van Raalte, J. L., Petitpas, A. J., Sklar, J. H., Pohlman, M. H., Robert, Krushell, J., & Ditmar, T. D. (2003). Age-Related Differences in Predictors of Adherence to Rehabilitation After Anterior Cruciate Ligament Reconstruction. *Journal of Athletic Training*, *38*(2), 158–162. www.journmartlofathletictraining.org

Brewer, B. W., & Redmond, C. J. (2017). *Psychology of Sport Injury*. Human Kinetics.

Borges, P.J., Ruiz-Barquín, R., & De la vega, R. (2017). Análisis y validación psicométrica de una nueva forma de presentación (ordenada) del perfil de Estados de Ánimo (Valencia, Intensidad, Control) POMS-VIC. *Retos, 32*, 82-87.

Borges, P.J., Ruiz-Barquin, R. & De la vega, R. (2019). Influencia del estado emocional en el rendimiento: Estudio experimental. *Revista Andaluza de Medicina del Deporte, 12*(3) 210-215. https://doi.org/10.33155/j.ramd.2018.03.003

Borges, P.J., Ruiz-Barquin, R., & De la Vega, R. (2021). Validez convergente de la escala POMS-VIC, *Retos, 42*, 891-897.

Burland, J., Toonstra, J.,Werner, J., Mattacola, C., Howell, D., & Howard, J. (2018). Decision to return to sport after anterior cruciate ligament reconstruction, part 1: a qualitative investigation of psychosocial factors. *Journal of Athletic Training, 53*(5), 452-463. https://doi.org/10.4085/1062-6050-313-16

Candel, M.J., Mompeeán, R., Olmedilla, A., Giménez, J.M. (2023) Pensamiento catastrofista y evolución del estado de ánimo en furbolistas lesionados. *Retos, 47,* 710-719. https://doi.org/10.47197/retos.v47.95553

Cashmore, E. (2008). *Sport and Exercise Psychology: The key concepts*. Routledge.

Castro, M., Chacón, R., Zurita, F., & Espejo, T. (2016). Niveles de resiliencia en base a modalidad, nivel y lesiones deportivas. *Retos*, *29*, 162–165.

Catalá, P., & Peñacoba, C. (2020). Factores psicológicos asociados a la vulnerabilidad de lesiones. Estudio de caso en un equipo de fútbol semi-

profesional. *Revista de Psicología Aplicada al Deporte y El Ejercicio Físico*, *5*(1). https://doi.org/10.5093/rpadef2020a5

Catalá, P., Peñacoba, C., Pocinho, R., & Margarido, C. (2021). Effects of a psychological and physiotherapeutic intervention on the occurrence of injuries. *Cultura, Ciencia y Deporte*, *16*(48), 225–234. https://doi.org/10.12800/CCD.V16I48.1715

Clement, D., Granquist, M. D., & Arvinen-Barrow, M. M. (2013). Psychosocial aspects of athletic injuries as perceived by athletic trainers. *Journal of Athletic Training*, *48*(4), 512–521. https://doi.org/10.4085/1062-6050-48.3.21

Correa-Mesa, J. F., Rodríguez-Camacho, D. F., Camargo-Rojas, D. A., & Correa Morales, J. C. (2016). Prevalencia de lesiones en luchadores olímpicos pertenecientes a la Liga de Lucha Olímpica de Bogotá, D.C. *Revista de La Facultad de Medicina*, *64*(3Sup), 99. https://doi.org/10.15446/revfacmed.v64n3sup.50971

Cupal, D. D., & Brewer, B. W. (2001). Effects of relaxation and guided imagery on knee strength, reinjury anxiety, and pain following anterior cruciate ligament reconstruction. *Rehabilitation Psychology*, *46*(1), 28–43. https://doi.org/10.1037/0090-5550.46.1.28

Choudhury, R., Kolstad, A., Prajapati, V., Samuel, G., & Yeates, K.O. (2020). Loss and recovery after concussion: Adolescent patients give voice to their concussion experience. *Health Expectations*, 23, 1533-1542. https://doi.org/10.1111/hex.13138

De la Vega, R., Ruiz, R., Borges, P.J., & Tejero-González, C.M. (2014). Una nueva medida tridimensional del estado de ánimo deportivo: el POMS-VIC. *Cuadernos de Psicología del Deporte, 14*(2), 37-46.

Dias, C., Cruz, J. F., & Fonseca, A. M. (2011). Ansiedad, percepción de amenaza y estrategias de afrontamiento en el deporte; diferencias individuales en el rasgo de ansiedad. *Ansiedad y Estrés*, *17*(1), 1-13.

Díaz, M., Buceta, J., & Bueno, A. (2004). Situaciones estresantes y vulnerabilidad a las lesiones deportivas: un estudio con deportistas de equipo. *Revista de Psicología del Deporte*, *13*(1), 7–24.

Doreste, A., Farré-Martí, J.M., & Doreste, J.L. (2020). Evolución de las lesiones deportivas y correlación con el estilo de afrontamiento. *Psicosomática y Psiquiatría, 14*, 20-27.

Driediger, M., Hall, C., & Callow, N. (2006). Imagery use by injured athletes: A qualitative analysis. *Journal of Sport Sciences, 24*(3), 261-271. https://doi.org/10.1080/02640410500128221

Edvardsson, A., Ivarsson, A., & Johnson, U. (2012). Is a cognitive-behavioural biofeedback intervention useful to reduce injury risk in junior football players? *Journal of Sports Science and Medicine*, *11*(2), 331–338.

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

Evans, L., Hardy, L., Mitchell, I., & Rees, T. (2008). The development of a measure of psychological responses to injury. *Journal of Sport Rehabilitation, 16*, 21-37.

Fariña, F., Isorna, M., Soidán, J. L., & Vázquez, M. J. (2016). Estilos de afrontamiento y recuperación de las lesiones deportivas en kayakistas de élite. *Revista de Psicología Del Deporte*, *25*(1), 43–50.

Fernández, R., Zurita, F., Linares, D., Ambros, J., Pradas, F., & Linares, M. (2014). Relación entre la ansiedad estado/rasgo, posición en el terreno de juego y ocurrencia de lesiones deportivas. *Universitas Psychologica*, *13*(2), 433–441. https://doi.org/10.11144/Javer iana.UPSY13-2.reae

Fernández, L.M., & Sánchez, A. (2005). Estado de ánimo y respuesta emocional en la gestante: Influencia de variables psicosociales. *International Journal of Developmental and Educational Psychology, 1*(1), 585-596.

Franco, W., & Martínez, H. (2018). Intervención psicológica dirigida al deportista lesionado de alto nivel competitivo. *Revista Ciencias de La Educación*, *28*, 855–866.

García-Mas, A., Pujals, C., Fuster-Parra, P., Núñez, A., & Rubio, V. J. (2014). Determinación de las variables psicológicas y deportivas relevantes a las lesiones deportivas: Un análisis bayesiano. *Revista de Psicologia del Deporte*, *23*(2), 423–429.

Graupera, J.L., Ruiz, L.M., García, V., & Smith, R. (2011). Development and validation of a Spanish version of the Athletic Coping Skills Inventory, ACSI-28, *Psicothema, 23*(3), 495-502

González-Carballido, L., Ordoqui-Baldriche, J., Pineda-Alonso, Y., & Estrada-Contreras, O. (2013). Intervenciones psicológicas aplicadas a los deportistas olímpicos cubanos que asistieron a Londres, 2012. *Cuadernos de Psicología del Deporte, 12*(2), 91-100.

González-Reyes, A. A., Moo, J., & Olmedilla, A. (2017). Características psicológicas que influyen en las lesiones deportivas de triatletas amateurs de Yucatán, México. *Revista de Psicologia Del Deporte*, *26*, 71–77.

Gómez-Espejo, V., Álvarez, I., Abenza, L., & Olmedilla, A. (2017). Análisis de la relación entre apoyo social y lesiones en futbolistas federados. *Acción Psicológica, 14*(1); 57-64. http://dx.doi.org/10.5944/ap.14.1.19261

Gómez-Espejo, V., García-Más, A., Ortega, E., & Olmedilla, A. (2021). Programas de intervención psicológica en porcesos de rehabiltiación de lesiones deportivas. *Archivos de Medicina del Deporte, 39*(1), 26-33. https://doi.org/10.18176/archmeddeporte.00071

Hagger, M., & Chatzisarantis, N. (2005). *Social psychology of exercise and sport*. Open University Press.

Hägglund, M., Waldén, M., Bahr, R., & Ekstrand, J. (2005.) Methods for epidemiological study of injuries to professional football players: developing the UEFA model. *British Journal of Sports Medicine, 39,* 340-346. http://dx.doi.org/10.1136/bjsm.2005.018267

Hsu, C. J., Meierbachtol, A., George, S. Z., & Chmielewski, T. L. (2017). Fear of Reinjury in Athletes: Implications for Rehabilitation. *Sports Health*, *9*(2), 162–167. https://doi.org/10.1177/1941738116666813

Iadevaia, C., Roiger, T., & Zwart, M.B. (2015). Qualitative examination of adolescent health-related quality of life at 1 year postconcussion. *Journal of Athletic Training, 50 (*11), 1182-1189.https://doi.org/10.4085/1062-6050-50.11.02

Ivarsson, A., Tranaeus, U., Johnson, U., & Stenling, A. (2017). Negative psychological responses of injury and rehabilitation adherence effects on return to play in competitive athletes: a systematic review and meta-analysis. *Open Access Journal of Sports Medicine*, *8*, 27–32. https://doi.org/10.2147/oajsm.s112688

Jiménez-Torres, M.G., Pilar, M., Miró, E., & Sánchez, A. (2012). Relación entre estrés percibido y estado de ánimo negativo. Diferencias según el estilo de afrontamiento. *Anales de Psicología, 28*(1), 28-36. https://doi.org/10.6018/analesps

Johnson, U. (2000). Short-term psychological intervention: A study of long-term-injured competitive athletes. *Journal of Sport Rehabilitation*, *9*(3), 207–218. https://doi.org/10.1123/jsr.9.3.207

Johnson, U., Ivarsson, A., Karlsson, J.,Hägglund, M., Waldén, M., & Börjesson, M. (2016). Rehabilitation after first-time anterior cruciate ligament injury and reconstruction in female football players: a study of resilience factors. *BMC Sport Science, Medicine and Rehabilitation, 8*(20). https://doi.org/10.1186/s13102-016-0046-9

Journey Sports. (n.d.). *Lesiones deportivas ¿qué nos cuentan las estadísticas?* Journey Sports. https://journey.app/blog/lesiones-deportivas-que-nos-cuentan-las-estadisticas/

Kehn, M., & Kroll, T. (2009). Staying physically active after spinal cord injury: a qualitative exploration of barriers and facilitators to exercise participation. *BMC Public Health,9* (168). http://www.biomedcentral.com/1471-2458/9/168

Klüber-Ross, E. (1969). *Sobre la muerte y los moribundos*. Grijalbo.

Kvist, J., Ek, A., Sporrstedt, K., & Good, L. (2005). Fear of re-injury: A hindrance for returning to sports after anterior cruciate ligament reconstruction. *Knee Surgery, Sports Traumatology, Arthroscopy*, *13*(5), 393–397. https://doi.org/10.1007/s00167-004-0591-8

Latorre, P. Á., & Pantoja, A. (2013). Diseño y validación de un cuestionario de propensión al accidente deportivo (PAD-22). *Cuadernos de Psicología Del Deporte*, *13*(1), 51–62. https://doi.org/10.4321/S1578-84232013000100006

Lee, Y. S., Park, D. S., Oh, J. K., & Kim, S. Y. (2020). Sports injury type and psychological factors affect treatment period and willingness-to-pay: Cross-sectional study. *Medicine*, *99*(50), e23647. https://doi.org/10.1097/MD.0000000000023647

Levy, A. R., Nicholls, A. R., & Polman, R. C. (2011). Pre-competitive confidence, coping, and subjective performance in sport. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports, 21*, 721-729. https://doi.org/10.1111/j.1600-0838.2009.01075.x

Liberal, R., Escudero, J. T., Cantallops, J., & Ponseti, J. (2014). Impacto psicológico de las lesiones deportivas en relación al bienestar psicológico y la ansiedad asociada a deportes de competición. *Revista de Psicología del Deporte*, *23*(2), 451–456.

Lisee, C. M., DiSanti, J. S., Chan, M., Ling, J., Erickson, K., Shingles, M., & Kuenze, C. M. (2020). Gender differences in psychological responses to recovery after anterior cruciate ligament reconstruction before return to sport. *Journal of Athletic Training*, *55*(10), 1098–1105. https://doi.org/10.4085/1062-6050-558.19

Lope, D., & Solís, O. (2020). Estrategias de afrontamiento como intervención al estrés en futbolistas. Retos, 38, 613–619.

Lovibond, P. F. and Lovibond, S. H. (1995a). Manual for the Depression Anxiety Stress Scales. Sidney, Australia: Psychology Foundation of Australia.

Lovibond, P. F. and Lovibond, S. H. (1995b). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the

Beck Depression and Anxiety Inventories. Behaviour Research and Therapy, 33, 335-343

Matus, E., Molino, J., & Matus, L. (2019). The effect of a psychological intervention program on the sports motivation of soccer players. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte*, *15*(1), 1.

Márquez-Gurrola, V., Gallegos-Sánchez, J., Lares, E. Castañeda, C., Torrecillas, J., Talamantes, A., Ávila, A., & Torres, S. (2023). Autohipnosis Ericksoniana en la atención de la lesión deportiva sobre los factores de estrés, ansiedad, depresión y dolor. *Retos, 47*, 326-333.

Moo, J. C., & Góngora, E. A. (2017). La Lesión Deportiva Desde Una Perspectiva Psicológica Positiva En Yucatán (México). *Enseñanza e Investigación en Psicología*, *22*(1), 127–134.

Moo, J. C., & Góngora, E. A. (2020) Impacto de una intervención en resiliencia en deportistas universitrarios lesionados*. Journal of Behavior, Health & Social Issues, 12* (1); 47-57. http://dx.doi.org/10.22201/fesi.20070780.2020.12.1.75655

Moo, J.,C. & Solís, O., B. (2019) Resiliencia y lesiones en deportistas universitarios. *Revista de Psicología de la Salud*, *7* (1); 134-151. https://doi.org/10.21134/pssa.v7i1.867

Morgan, W.P. (1980). Test of champions: The iceberg profile. *Psychology Today, 14*, 92-108.

Moreno-Tenas, A. (2018). Intervención psicológica sobre un ciclista élite con un proceso lesivo recidivante. *Revista de Educación, Motricidad e Investigación*, *10*, 66–79. https://doi.org/10.33776/remo.v0i10.3349

Morgan, A., Fernandez, C., Terry, M., & Tjong, V. (2020). A qualitative assessment of return to sport in collegiate athletes: Does gender matter? *Cureus, 12*(8). https://doi.org/10.7759/cureus.9689

Noh, Y. E., Morris, T., & Andersen, M. B. (2007). Psychological intervention programs for reduction of injury in ballet dancers. *Research in Sports Medicine*, *15*(1), 13–32. https://doi.org/10.1080/15438620600987064

O'Connor, S., Moran, K., Sheridan, A., Brady, S., Bruce, C., Beidler, E., O'Hagan, A. D., & Whyte, E. (2021). Fear Avoidance After Injury and Readiness to Return to Sport in Collegiate Male and Female Gaelic Games Players. *Sports Health*, *13*(6), 532–539. https://doi.org/10.1177/1941738121999047

Olivares Tenza, E., López García, J., & Garcés de los Fayos Ruiz, E. (2016). Entrenamiento psicológico en tiro olímpico: Estudio de un caso. *Revista de Psicología del Deporte, 25*(1), 131–135.

Olmedilla, A., Blas, A. & Laguna, M. (2010). Motivación y lesiones deportivas en jugadores de balonmano. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento, 2* (3), 1-7.

Olmedilla, A., García, C., & Martínez, F. (2006). Factores psicológicos y vulnerabilidad a las lesiones deportivas: un estudio en futbolistas. *Revista de Psicología del Deporte*, *15*(1), 37–52.

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

Olmedilla. A., Laguna, M., & Blas, A. (2011). Lesiones y características psicológicas en jugadores de balonmano. *Revista Andaluza de Medicina del Deporte, 4*(1), 6-12.

Olmedilla, A., Ortega, E., & Gómez, J. M. (2014). Influencia de la lesión deportiva en los cambios del estado de ánimo y de la ansiedad precompetitiva en futbolistas. *Cuadernos de Psicología Del Deporte*, *14*(1), 55–62. https://doi.org/10.4321/s1578-84232014000100007

Olmedilla, Z., Ortega, E., Murcia, J. A., & García, A. (2017). Relación entre niveles de depresión y lesiones deportivas. *Revista Euroamericana de Ciencias Del Deporte*, *6*(1), 35–40.

Olmedilla Zafra, A., Prieto Andreu, J. M., & Blas Redondo, A. (2010). Relaciones entre estrés psicosocial y lesiones deportivas en tenistas. *Universitas Psychologica*, *10*(3), 909–922. https://doi.org/10.11144/javeriana.upsy10-3.repl

Olmedilla, A., Sánchez-Aldeguer, M., Almansa, C., Gómez-Espejo, V., & Ortega, E. (2018). Entrenamiento psicológico y mejora de aspectos psicológicos relevantes para el rendimiento deportivo en jugadores de fútbol. *Revista de Psicología Aplicada al Deporte y al Ejercicio Físico, 3*(e8), 1-11.

Ortín, F. J., Garcés De Los Fayos, E. J., & Olmedilla, Z. (2010). Influencia de los factores psicológicos en las lesiones deportivas. *Papeles del Psicólogo*, *31*(1), 281-288.

Ortín, F., Olivares, E. M., Abenza, L., González, J., & Jara, P. (2014). Variables psicológicas e intervención en el periodo postlesión en el contexto deportivo: Revisión y propuestas de intervención. *Revista de Psicologia Del Deporte*, *23*(2), 465–471.

Ortín, F., Martín, M., Mena, L., Izquierdo, T., & López, J. (2018). Análisis cualitativo sobre aspectos psicológicos y rendimiento deportivo en lucha olímpica. *Revista de Psicología Aplicada al Deporte y al Ejercicio Físico*, *3*(2), 1-19. https://doi.org/10.5093/rpadef2018a12

Palmi, J. (2001). Visión psico-social en la intervención de la lesión deportiva. *Cuadernos de Psicología del Deporte, 1*, 70-79.

Palmi, J. (2014). Psicología y lesión deportiva: Una breve introducción. *Revista de Psicología del Deporte*, *23*(2), 389–393.

Palmi, J., & Solé, S. (2014). Psicología y lesión deportiva: estado actual. *Apunts. Educación Física y Deportes*, *118*(4), 23–29. https://doi.org/10.5672/apunts.2014-0983.es.(2014/4).118.02

Palmi, P., & Solé, C. (2019). Psicología y lesiones deportivas. Una aproximación desde la Psicología del Deporte. *Acción*, *15*, 1812–5808.

Paredes, V., Gallardo, J., Porcel, D., De la Vega, R., Olmedilla, A., & Lalín, C. (2014). La readaptación físico-deportiva de lesiones. Aplicación práctica metodológica. *Cuadernos de Psicología del Deporte, 14*(1), 127-128.

Pedrosa, I., Soto-Sánchez, A., Suárez-Álvarez, J., & García-Cueto, E. (2012). Lesiones deportivas: un modelo psicológico aplicado. *Estudios de Psicologia*, *33*(3), 359–369. https://doi.org/10.1174/021093912803758174

Pérez, M. A., & León, R. (1998). Aplicación de un programa cognitivo-conductual en un grupo de deportistas que practican taekwondo: relación entre los factores psicológicos y el rendimiento deportivo. *Análisis y Modificación de Conducta, 24*(98), 851-881.

Pineda-Espejel, A., Alarcón, E., López-Ruiz, Z., Trejo, M., & Chávez, C. (2016). Propiedades psicométricas de la escala de motivación en el Deporte revisada (SMS-II) adaptada al español hablado en méxico. *RICYDE: Revista Internacional de Ciencias del Deporte*, *12*(44), 107–120. https://doi.org/10.5232/ricyde2016.04402

Piqueras, J.A., Ramos, V., Martínez, A.E., & Oblitas, G. (2009). Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Suma Psicológica, 16*(2), 85-112.

Prieto, J. M. (2015). Variables deportivas y personales en la ocurrencia de lesiones deportivas. Diferencias entre deportes individuales y colectivos. *Retos*, *28*, 21–25. https://doi.org/10.47197/retos.v0i28.34819

Prieto, J., Ortega, E., de los fayos, E., Garcés, J., & Olmedilla, A. (2014). Perfiles de personalidad relacionados con la vulnerabilidad del deportista a lesionarse. *Revista de Psicología del Deporte*, *23*(2), 431–437.

Podlog, L., Banham, S., Wadey, R., & Hannon, J. (2015). Psychological readiness to return to competitive sport following injury: a qualitative study. *The Sport Psychologist, 29*, 1-14. http://dx.doi.org/10.1123/tsp.2014-0063

Podlog, L., Heil, J., Burns, R., Bergeson, S., Iriye, T., Fawver, B., & Williams, M. (2020). A cognitive behavioral Intervention for college athletes with injuries. *The Sport Psychologist, 34*(2), 1-11. https://doi.org/10.1123/tsp.2019-0112

Puerta, J., & Padilla, D. (2011). Terapia cognitiva-conductual (TCC) como tratamiento para la depresión: una revisión del estado del arte. *Duazary, 8*(2), 251-257. http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=512156315016

Ramírez, A., Alzate, R., & Lázaro, I. (2002). Efectos psicológicos de la lesión deportiva. *Revista Motricidad*, *9*, 59–68. https://doi.org/10.2307/j.ctv86dgj7.9

Ramos, C., & Martínez, P. (2010). Características de las lesiones deportivas en el taekwondo. *Revista Educacion Fisica*, *April 2010*, 1–18.

Riaño, L., Rodríguez, M. C., & Garzón, A. (2024). Diseño y validación contenido del cuestionario de rehabilitación psicológica de lesión deportiva (PsyReSport). En D. A. Herrera y L. Arenas (eda.), *Psicología de la actividad física y el deporte. Formación y aplicación en Colombia* (pp. 318-351). Ascofapsi.

Ríos, J., Pérez, Y., Olmedilla, A., & Gómez-Espejo, V. (2021). Psicología y lesiones deportivas: Un estudio en lanzadores de beisbol. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, *21*(1), 102–118. https://doi.org/10.6018/cpd.416351

Ríos, J., Pérez, Y., Fuentes, E., & De Armas, M. (2019). Efecto de las lesiones deportivas sobre variables psicológicas en lanzadores de béisbol. *PODIUM Revista de Ciencia y Tecnología en la Cultura Física, 14*(3), 403-415.

Rizeanu, R., & Bratu, M. (2018). Correlations between depression, anxiety and the level of pain perception in athletes who suffered injuries. *Discobolul*, *XIV*(3), 3–80.

Román, F., Santibáñez, P., & Vinet, E. (2016). Uso de las escalas de depresión ansiedad estrés (DASS-21) como instrumento de tamizaje en jóvenes con problemas clínicos. *Acta de Investigación Psicológica, 6*(1), 2325-2336.

Ryan, R., & Deci, E. (2000). La teoría de la autodeterminación y la facilitación de la motivación intrínseca, el desarrollo social, y el bienestar. *American Psychological Association, 55*(1), 68-78. https://doi.org/*10.1037110003-066X.55.1.68*

Rubio, V. J., Pujals, C., De La Vega, R., Aguado, D., & Hernández, J. M. (2014). Autoeficacia y lesiones deportivas: ¿factor protector o de riesgo? *Revista de Psicología del Deporte*, *23*(2), 439–444.

Sancho, D., & Villarmín, M. (2012). Incidencia de lesiones traumáticas y psicológicas en taekwondo. *Enfermería Integral*, *98*, 31–33.

Santi, G., & Pietrantoni, L. (2013). Psychology of sport injury rehabilitation: A review of models and interventions. *Journal of Human Sport and Exercise*, *8*(4), 1029–1044. https://doi.org/10.4100/jhse.2013.84.13

Sampieri, R.H. (2018). *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw Hill México.

Soligard, T., Schwellnus, M., Alonso, J. M., Bahr, R., Clarsen, B., Dijkstra, H. P., Gabbett, T., Gleeson, M., Hägglund, M., Hutchinson, M. R., Janse Van Rensburg, C., Khan, K. M., Meeusen, R., Orchard, J. W., Pluim, B. M., Raftery, M., Budgett, R., & Engebretsen, L. (2016). How much is too much? (Part 1) International Olympic Committee consensus statement on load in sport and risk of injury. *British Journal of Sports Medicine*, *50*(17), 1030–1041. https://doi.org/10.1136/bjsports-2016-096581

Scolnik, M., Nakamura, Y., Howard, A., Murnaghan, L., & Macpherson, A. (2018). A qualitative analysis of the psychosocial effects of injury in female athletes. *Graduate Journal of Sport, Exercise & Physical Education Research, 6*, 29-43.

Tracey, J. (2003). The emotional response to the injury and rehabilitation process. *Journal of Applied Sport Psychology, 15*(4), 279-293. https://doi.org/10.1080/714044197

Traversi, M. (2018). Percepción y tendencia al riesgo en relación a la última lesión ocurrida y momento de rehabilitación de las lesiones en deportistas de Córdoba. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, *18*(2), 152–168.

Tjong, V., Devitt, B., Murnaghan, M.L., Ogilvie-Harris, D., & Theodoropoulos, J. (2015). A qualitative investigation of reuturns to sport after arthroscopic bankart repair: beyond stability. *The American Journal of Sports Medicine, 43(*8), 2005-2011. https://doi.org/10.1177/0363546515590222

van Ierssel, J., Pennock, K. F., Sampson, M., Zemek, R., & Caron, J. G. (2022). Which psychosocial factors are associated with return to sport following concussion? A systematic review. *Journal of Sport and Health Science*, *11*(4), 438-449. https://doi.org/10.1016/j.jshs.2022.01.001

Vealey, R. S. (2001). Understanding and enhancing self-confidence in athletes. En R. N. singer, H. A. Hausenblas y C. M. Janelle (eds.), *Handbook of Sport Psychology* (pp. 550-565). Wiley

Wadey, R. (2011). Perceived benefits following sport injury: a qualitative examination of their antecedents and underlying mechanisms. *Journal of Applied Sport Psychology, 23*, 142-158. https://doi.org/10.1080/10413200.2010.543119

Wadey, R., Evans, L., Hanton, S., & Neil, R. (2013.) Effect of dispositional optimism before and after injury. *Medicine & Science in Sport & Exercise,45*(2), 387-394. https://doi.org/10.1249/MSS.0b013e31826ea8e3

Wagman, D., & Khelifa, M. (1996). Psychological issues in sport injury rehabilitation: Current knowledge and practice. *Journal of Athletic Training*, *31*(3), 257–261.

Watkins, R., Young, G., Western, M., Stokes, K., & McKay, C. (2020). Nobody says to you “come back in six months and we’ll see how you’re doing”: a qualitative interview study exploring young adults’ experiences of sport-related knee injury. *BMC Musculoskeletal Disorders, 21*, 419. https://doi.org/10.1186/s12891-020-03428-6

Wiese-Bjornstal, D. M. (2010). Psychology and socioculture affect injury risk, response, and recovery in high-intensity athletes: A consensus statement. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports*, *20*(Suppl. 2), 103–111. https://doi.org/10.1111/j.1600-0838.2010.01195.x

Wiese-Bjornstal, D. M., Smith, A. M., Shaffer, S. M., & Morrey, M. A. (1998). An integrated model of response to sport injury: Psychological and sociological dynamics. *Journal of Applied Sport Psychology*, *10*(1), 46–69. https://doi.org/10.1080/10413209808406377

Wilgen, C. P., & Verhagen, E. A. (2012). A qualitative study on overuse injuries: the beliefs of athletes and coaches. Journal of Science and medicine in sport, 15, 116-121. https://doi.org/10.1016/j.jsams.2011.11.253

Williams, J.M., & Andersen, M.B. (1998). Psychosocial antecedents of sport injury: review and critique of the stress and injury model. *Journal of Applied Sport Psychology, 10*, 5–25. https://doi.org/10.1080/10413209808406375

Yang, J., Schaefer, J. T., Zhang, N., Covassin, T., Ding, K., & Heiden, E. (2014). Social support from the athletic trainer and symptoms of depression and anxiety at return to play. *Journal of Athletic Training*, *49*(6), 773–779. https://doi.org/10.4085/1062-6050-49.3.65

Zamora, E., Rubio, V., & Hernández, J. (2017). Intervención psicológica para el control de la ansiedad en un deportista español de lucha grecorromana. *Acción Psicológica*, *14*(2), 211–224.

Zurita, F., Rodríguez, S., Olmo, M., Castro, M., Chacón, R., & Cepez, M. (2017). Análisis de la resiliencia, ansiedad y lesión deportiva en fútbol según el nivel competitivo. *Cultura, Ciencia y Deporte*, *12*, 135–142. https://doi.org/10.12800/ccd.v12i35.885

# Anexos

## Entrevista semiestructurada

***Datos generales:***

Nombre completo:
Edad:
Estado civil: Hijos: ¿Con quién vives?
Trabajo:
Estudios:

Deportivos:
Actividad que realiza: años realizando la actividad:
Su mayor logro
Objetivo:

Historial de lesiones: (que puedo preguntar para el historial de lesiones)
¿Anteriormente había sufrido alguna lesión? ¿qué tipo de lesión?

Lesión actual:
¿Cómo paso?
¿Siguió la misma rutina de entrenamiento ese día? ¿hubo algo diferente?
¿Qué hizo inmediatamente?
¿Conoces tu diagnostico? ¿Sabes cuánto tiempo va a durar tu rehabilitación?
¿Sabes que te van a hacer?
¿Conoces las fases de la rehabilitación? (terapia, vuelta a entrenamiento y vuelta a competencia) ¿Cuáles cree que pueden ser las principales ventajas de cada fase en la rehabilitación?
¿Qué cree que puede aprender de esta situación a medida que avance su rehabilitación?
¿Han cambiado esos hábitos a raíz de la lesión? ¿De qué manera?

*Cuestión emocional*

¿Como describirías tu estado emocional en estos últimos días después de la lesión? ¿Tu estado emocional ha cambiado después de la lesión?
¿Cómo se ha sentido con los cambios en sus actividades diarias a raíz de la lesión? Y ¿cómo se manifiesta?
¿En tu confianza en su parte lesionada o en sus habilidades deportivas considera que ha cambiado algo?
¿Has logrado identificar tus emociones?

*Cuestión Social*

¿Qué persona ha sido gran apoyo durante esta etapa de lesión?
¿Ahora que hace en el tiempo que antes dedicaba a sus entrenamientos?
¿Qué familiares han estado en este proceso de la lesión? ¿De qué forma te han ayudado? (amigos, compañeros de trabajo, deporte)

UANL FACULTAD DE ORGANIZACIÓN DEPORTIVA

Oficio no. CEIFOD 22 018

M. Yadira Elizabeth Salcido Otáñez
Investigador principal
P r e s e n t e –

Reciba un saludo cordial, en relación con la solicitud de evaluación del protocolo con clave de registro CEIFOD 0822 003, titulado: **"Programa psicológico en el proceso de rehabilitación en lesiones deportivas"** de autoría múltiple en colaboración con Dra. Jeannette Magnolia López Walle, Dr. Rosendo Berengüi y M. Leopoldo López Lara. Se hace constar que su trabajo ha sido evaluado desde el mes de agosto del 2022, por parte de los comités integrantes del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Organización Deportiva (CEIFOD) con registro CONBIOETICA-19-CEI-002-20220418 con sede en la Facultad de Organización Deportiva de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

En sesión extraordinaria del CEIFOD durante el 8 de diciembre del 2022 en las instalaciones de la dirección de la misma dependencia se revisó la recomendación de los tres comités por lo que me permito informarle que el dictamen de la versión tres de su protocolo es: **Aprobado. El protocolo cumple con los requisitos establecidos por el CEIFOD. Se emiten recomendaciones adicionales para generar una enmienda.**

Sin más por el momento, agradeceré confirmación de recibido.

Atentamente

*Alere Flammam Veritatis*

San Nicolás de los Garza, N. L., 8 de diciembre de 2022.

CEIFOD ®
COMITE DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN
FACULTAD DE ORGANIZACIÓN DEPORTIVA
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
CONBIOETICA-19-CEI-002-20220418

Dr. Oswaldo Ceballos Gurrola
Presidente del CEIFOD

**Recomendaciones adicionales para enmienda de proyecto**

1. En el consentimiento informado señala que el riesgo de participar en un programa de terapia psicológica es nulo. De acuerdo con el artículo 17 los niveles de riesgo son tres: sin riesgo, riesgo mínimo y riesgo superior al mínimo. En este caso, se solicita aclarar, en el consentimiento informado, que el riesgo es mínimo dada la relación contrastante con los beneficios que señala el mismo proyecto.
2. Por tradición, la participación en proyectos experimentales debería implicar gratuidad en todos los aspectos del tratamiento incluyendo la terapia de rehabilitación. Se sugiere considerar la condonación del costo de la terapia de rehabilitación en los casos que dicho costo afecte la adherencia.
3. Se solicita enviar la versión final del protocolo y consentimiento informado previo al inicio de la recolección de datos para el archivo (enmienda).

P.D.

**Entrega de reporte(s) de los avances para el seguimiento**

Posterior a la aprobación de un proyecto, es responsabilidad del investigador principal realizar un reporte para el expediente del proyecto. El reporte que debe proveer el investigador al CEIFOD incluye, por ejemplo: cambios del protocolo, modificaciones que incrementen el riesgo a los sujetos o afecten significativamente la conducción del estudio, eventos adversos graves o nueva información que pueda influir negativamente en la seguridad de los sujetos o la conducción del estudio. Los investigadores se comprometen a notificar por escrito al CEIFOD:

a. Enmiendas al protocolo.

b. Enmiendas al material de reclutamiento, a la información para los potenciales participantes en la investigación o al formato de consentimiento y/o asentimiento informado.

c. Eventos adversos serios e inesperados relacionados con la conducción del estudio.

d. Circunstancias no esperadas, la terminación del estudio o decisiones significativas tomadas por otros Comités.

e. Enviar resumen o reporte final para cierre del expediente de investigación.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
Av. Universidad s/n, Ciudad Universitaria, San Nicolás de los Garza, Nuevo León, México. C.P 66455 (81)13404450
(81) 13404451 • Fax: 7640 • fod@uanl.mx • www.fod.uanl.mx

## Escala de Depresión Ansiedad y Estrés (DASS-21)

**Instrucciones:** Por favor lea las siguientes afirmaciones y seleccione con un (✓) (x) en qué grado le ha ocurrido a usted esta afirmación *durante la semana pasada*. La escala de calificación es la siguiente.

| | | No me ha ocurrido | Me ha ocurrido un poco | Me ha ocurrido bastante | Me ha ocurrido siempre |
|---|---|---|---|---|---|
| **1** | Me ha costado mucho descargar la tensión. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| **2** | Me di cuenta que tenía la boca seca. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| **3** | No podía sentir ningún sentimiento positivo. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| **4** | Se me hizo difícil respirar. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| **5** | Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| **6** | Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| **7** | Sentí que mis manos temblaban. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| **8** | He sentido que estaba gastando una gran cantidad de energía. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| **9** | Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podía hacer el ridículo. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| **10** | He sentido que no había nada que me ilusionara. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| **11** | Me he sentido inquieto. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| **12** | Se me hizo difícil relajarme. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| **13** | Me sentí triste y deprimido. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| **14** | No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| **15** | Sentí que estaba a punto de pánico. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| **16** | No me pude entusiasmar por nada. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| **17** | Sentí que valía muy poco como persona. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| **18** | Tiendo a sentirme enfadado con facilidad. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| **19** | Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| **20** | Tuve miedo sin razón | 0 | 1 | 2 | 3 |
| **21** | Sentí que la vida no tenía ningún sentido. | 0 | 1 | 2 | 3 |

## Habilidades Psicológicas en el Deporte (ACSI-28)

**Instrucciones:** Las siguientes son declaraciones que los deportistas han usado para describir sus experiencias. Por favor, lea cada una de las declaraciones cuidadosamente y seleccione (✓) (x) con qué frecuencia usted tiene estas experiencias durante esta etapa de lesión. No tarde demasiado tiempo en una sola declaración, no hay respuestas correctas o incorrectas.

| | | Nunca | Pocas | Muchas veces | Siempre |
|---|---|---|---|---|---|
| **1** | De manera diaria o semanal, me pongo metas muy específicas para mí mismo que guían lo que hago. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| **2** | Doy lo mejor de mi talento y habilidades. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| **3** | Cuando el fisioterapeuta me corrige por un error que he cometido, tiendo a tomarlo de forma personal y sentirme muy molesto(a). | 0 | 1 | 2 | 3 |
| **4** | Cuando estoy en terapia puedo enfocar mi atención y bloquear las distracciones. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| **5** | Sigo siendo positivo y entusiasta durante la terapia, no importa que tan mal vayan las cosas. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| **6** | Tiendo a realizar mejor los ejercicios de fisioterapia cuando trabajo bajo presión porque pienso más claramente. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| **7** | Me preocupa un poco acerca de lo que otros piensan de mi rendimiento. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| **8** | Tiendo a hacer demasiadas planificaciones sobre cómo alcanzar mis metas. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| **9** | Yo me siento confiado que me recuperaré bien. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| **10** | Cuando un fisioterapeuta me critica, me pongo molesto(a) en vez de tener la sensación de ayuda. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| **11** | Es fácil para mí mantener pensamientos que interfieren mientras estoy viendo o escuchando algo. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| **12** | Me presiono mucho preocupándome de mi recuperación. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| **13** | Pongo mis propias metas de desempeño en cada sesión de rehabilitación. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| **14** | No tengo que ser empujado(a) para ir a terapia o hacer los ejercicios, doy el 100%. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| **15** | Si un fisioterapeuta me critica o me grita, corrijo mi error sin molestarme. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| **16** | Manejo muy bien las situaciones inesperadas en mis sesiones de rehabilitación. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| **17** | Cuando las cosas van mal, me ha funcionado hablarme a mí mismo para mantener la calma. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| **18** | A mayor presión durante las sesiones de rehabilitación, más lo disfruto. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| **19** | Mientras estoy en terapia, me preocupa cometer errores o no lograrlo. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| **20** | Con antelación he elaborado mis propias metas antes de ir a fisioterapia. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| **21** | Cuando me siento demasiado tenso, puedo rápidamente relajar mi cuerpo y ponerme en calma. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| **22** | Para mí, las situaciones de presión son desafíos, que doy la bienvenida. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| **23** | Pienso e imagino sobre qué pasaría si yo fallara o metiera la pata. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| **24** | Mantengo el control emocional, independientemente de cómo van las cosas para mí. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| **25** | Es fácil para mí dirigir mi atención y centrarme en un sólo objeto o persona. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| **26** | Cuando fallo en alcanzar mis metas, eso me hace esforzarme más. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| **27** | Puedo mejorar mis habilidades, al escuchar cuidadosamente los consejos e instrucciones de mi fisioterapeuta. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| **28** | Cuando hay presión, hago menos errores porque me concentro mejor. | 0 | 1 | 2 | 3 |

## Escala de Motivación en el Deporte (SMS-II)

**Por favor, indica el nivel de acuerdo o desacuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones:**

| ¿Por qué asiste a las sesiones de rehabilitación? | Totalmente en desacuerdo | | Indiferente | | | Totalmente de acuerdo | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Porque me emociona aprender más acerca de mi rehabilitación. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2. Porque es muy interesante aprender cómo puedo mejorar. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 3. Porque me emociona descubrir nuevas estrategias de rehabilitación. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4. Porque asistiendo a rehabilitación reflejo la esencia de quien soy. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 5. Porque a través de la rehabilitación, estoy viviendo de acuerdo a mis principios. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 6. Porque recuperarme de la lesión es una parte integral de mi vida. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 7. Porque es una de las mejores formas que tengo para desarrollar otros aspectos de mí mismo/a. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8. Porque he escogido la rehabilitación como una forma de desarrollarme a mí mismo/a. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 9. Porque valoro que es una buena forma para desarrollar aspectos de mí mismo/a. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 10. Porque me sentiría mal si no dedico tiempo para hacer la rehabilitación. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 11. Porque me siento bien conmigo mismo cuando hago la rehabilitación. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 12. Porque vale la pena realizarla. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 13. Porque la gente que me importa se molestaría conmigo si no hago la rehabilitación. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 14. Porque la gente que me rodea me recompensa cuando la hago. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 15. Porque creo que los demás lo desaprobarían conmigo si no la hago. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 16. Solía tener buenas razones para ir a rehabilitación, pero actualmente me pregunto si debería continuar haciéndola. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 17. No lo sé... Siento que no soy capaz de tener éxito en la rehabilitación. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 18. No lo tengo claro, en realidad no creo que esto sea necesario. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

# Perfil de Estados de Ánimo (POMS-VIC)

¿Ha ocurrido durante la última semana algún acontecimiento de vital importancia en tu vida?
Sí No

**Instrucciones:** Más abajo aparece un listado de palabras que describen las **sensaciones** que tiene la gente. Por favor, lee cada una cuidadosamente y seleccione (✓) (x) que mejor se ajuste a tu forma de ser. Para ello, ten en cuenta los siguientes criterios y puntuaciones.

**Intensidad**: Hace referencia a **la magnitud con la que sientes la sensación en este momento**.
0= Nada 1=Poco 2=Moderadamente 3= Bastante 4= Mucho

**Valoración:** Hace referencia a **cómo valoras o sientes en este momento la sensación**.
-2= Muy desagradable -1= Desagradable 0=Ni agradable ni desagradable 1=Agradable 2= Muy agradable

**Control:** Hace referencia a **cómo percibes tu capacidad para controlar la sensación en este momento.**
-2= Con mucho descontrol -1= Con descontrol 0= Ni con control ni descontrol 1=Con control 2=Con mucho control

| | **Intensidad**<br>**En este momento me siento……** | | | | | **Valoración**<br>**La valoración de la sensación es….** | | | | | **Control**<br>**Cuando en este momento me siento así, mi capacidad para controlar la sensación es….** | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **Nada** | | | | **Muchísimo** | **Muy desagradable** | | | | **Muy agradable** | **Con mucho descontrol** | | | | **Con mucho control** |
| **Amistoso** | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 |
| **Tenso** | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 |
| **Enfadado** | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 |
| **Infeliz** | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 |
| **Animado** | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 |
| **Confundido** | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 |
| **Arrepentido** | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 |
| **Triste** | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 |
| **Activo** | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 |
| **Comprensivo** | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 |
| **Intranquilo** | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 |
| **Inquieto – (T)** | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 |
| **Incapaz de concentrarme** | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 |
| **Fatigado (F)** | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 |
| **Molesto (EN)** | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 |
| **Desanimado (D)** | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 |
| **Nervioso (T)** | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 |
| **Solo (D)** | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 |
| **Alegre (E)** | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 |
| **Con rabia (EN)** | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 |
| **Amable (A)** | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 |
| **Abatido (D)** | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 |
| **Desesperado (D)** | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 |
| **Débil (F)** | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 |
| **Cansado** | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 |
| **Desorientado** | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 |
| **Furioso** | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 |
| **Considerado con los demás** | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 |
| **Lleno de energía** | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 |
| **Inútil** | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 |
| **Culpable** | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 |
| **Indeciso** | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 |
| **Agotado** | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 |

**Inventario de Respuestas Psicológicas a las Lesiones Deportivas (PRSII-19)**

| | Totalmente en desacuerdo | | | | Totalmente de acuerdo |
|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Soy incapaz de divertirme | | | | | |
| 2. Experimento sentimientos de celos | | | | | |
| 3. Me cuesta aceptar que estoy herido | | | | | |
| 4. Compañeros de equipo parecen haber perdido interés en mí | | | | | |
| 5. Me siento mentalmente más fuerte | | | | | |
| 6. Me siento aislado | | | | | |
| 7. Estoy devastado por la lesión | | | | | |
| 8. No puedo relajarme | | | | | |
| 9. Estoy inusualmente ansioso | | | | | |
| 10. No puedo entender por qué ocurrió mi lesión | | | | | |
| 11. Mi mundo se ha derrumbado | | | | | |
| 12. Socialmente me siento marginado | | | | | |
| 13. Me he sentido engañado/a | | | | | |
| 14. Estoy empezando a sentirme como yo mismo otra vez | | | | | |
| 15. Me siento inquieto | | | | | |
| 16. Tengo mucha más confianza en mí mismo | | | | | |
| 17. Experimento una sensación de vacío | | | | | |
| 18. No tengo ganas de enfrentarme con otros niveles deportivos | | | | | |
| 19. Siento que me han engañado al estar lesionado | | | | | |