

La psicología del deporte y el deportista lesionado

Sandy Gordon

Reproducido con la autorización del S.P.O.R.T.S., Coaching Association of Canada, Marzo 1986. Volum. BV-1.

Traducción del original por Blanca Nualart y Guillermo Pérez Recio

No es norma presentar a los deportistas como sujeto de este tipo de artículos. La formación profesional de los médicos, de los fisioterapeutas y de los entrenadores acaparan las prioridades. Como consecuencia, estos profesionales están muy ocupados. Los médicos en particular parecen preocuparse menos de la reacción del deportista a sus lesiones o de su readaptación que de los signos o síntomas objetivos y físicos. El autor sostiene que esta falta de atención a los aspectos psicológicos de las lesiones favorece una actitud ingenua, entre otras, en los profesionales interesados por los deportes, de que si el cuerpo está en buenas condiciones (sano), el espíritu también lo está. Una actitud así, en lo que se refiere a un deportista lesionado recientemente, puede acarrear consigo una repetición de la lesión o una lesión de otra parte del cuerpo (por razón de la sobreprotección de la parte ya lesionada), un mal rendimiento, y una pérdida de la confianza que puede resultar permanente (Rotella, 1985).

El presente artículo presenta en primer lugar una breve aproximación a las causas psicosociales de las lesiones. Describe ciertas respuestas típicas provocadas por las lesiones y ocho etapas de adaptación que el deportista lesionado deberá seguir con el fin de prepararse para un rendimiento eficaz en su readaptación. Presenta unas estrategias y técnicas prácticas de maestría que se basan en la evaluación cognitiva de su lesión por parte del deportista empleadas por los mejores médicos y clínicos con pacientes y víctimas de acontecimientos muy estresantes. Este artículo no está presentado como un manual de instrucción. El lector interesado deberá consultar la bibliografía con el fin de realizar estudios complementarios, y pedir consejo a un especialista de psicología deportiva antes de intentar hacer uso de los métodos psicológicos descritos más adelante.

Las causas psicosociales de las lesiones

Las lesiones de los deportistas se consideran a menudo como un "riesgo profesional": es de esperar. Sin embargo las lesiones no son espontáneas, tienen sus causas. Algunas son el resultado de la interacción con el entorno deportivo (un terreno en malas condiciones, la intemperie), o con otras personas u objetos (una colisión con alguien del mismo equipo, o con un contrario), sin embargo, las causas son con más frecuencia de orden personal: un calentamiento mal efectuado, una falta de habilidad, el cansancio, etc.

Ciertos aspectos de las lesiones provocadas por uno mismo ponen de relieve el carácter individual del deportista, su salud mental y sus circunstancias personales. Por ejemplo, los deportistas predispuestos a las lesiones tienden a sentirse inseguros y muy ansiosos dado que los deportistas que se inquietan demasiado tienen tendencia a atribuir sus lesiones a causas tales como la falta de concentración o de atención y/o a una sensibilidad corporal insuficiente (Cratty, 1983). De manera parecida, los deportistas sobreentrenados, cansados y/o fastidiados tienen tendencia a estar predispuestos a las lesiones, especialmente cuando viven cambios importantes en su género de vida [por ejemplo un nuevo lugar de entrenamiento, un cambio de entrenador, una diferencia con un organismo deportivo, la muerte de un miembro de la familia, dificultades matrimoniales, el inicio o fin de estudios formales (Bramwell, Masuda, Holmes, 1975, Kirby)].

Sin embargo es difícil evaluar estos factores y sus efectos en cada deportista concreto. Debe evitarse entonces utilizar en forma predictiva los cambios de personalidad o de actitud, y también los cambios surgidos del modo de vida del deportista, ya que si los factores psicológicos dificultan sus reac-

ciones adaptivas a las situaciones y/o movimientos potencialmente peligrosos, podemos aumentar la susceptibilidad del deportista a las lesiones.

La reacción a las lesiones. Las etapas de adaptación

No todos los deportistas reaccionan de la misma manera frente a los factores psicosociales que pueden ocasionar indirectamente las lesiones. No reaccionamos todos de la misma manera a la prueba de una lesión. Sin embargo, existen ciertas reacciones típicas a las lesiones, o unas etapas de adaptación, que corresponden a las etapas de adaptación a la aproximación de la muerte (Glover Weisenfeld, 1985; Kavanaugh, 1972; Kübler-Ross, 1969). Las 5 etapas (Rechazo, Irritación, Ajuste, Sentimiento de pérdida y depresión y Aceptación) se caracterizan por actitudes y/o sentimientos distintos. Las características se exponen en la tabla 1.

Que estas etapas sean o no secuenciales, progresivas o incluso evidentes no tiene tanta importancia para los que curan o para los entrenadores como la necesidad de conseguir el modo de que la transición de la etapa de rechazo a la de adaptación se produzca lo antes posible. Los deportistas que no aceptan el hecho de que están lesionados no podrán ser capaces de concentrarse para el proceso de readaptación, disminuyendo entonces la posibilidad de una recuperación completa.

Los comportamientos asociados al rechazo y al cambio dificultan la readaptación. Pueden prolongar el periodo de recuperación y dar lugar a una incapacidad permanente. La irritación y la depresión son más fáciles de comprender, pero pueden

provocar disfuncionalidades al mismo tiempo, además de ser contraproducentes en lo referente a los procesos de readaptación. La depresión ha sido descrita como la irritación dirigida contra uno mismo, (Ellis, 1977) pudiendo provenir de los sentimientos naturales de incertidumbre, de miedo a lo desconocido y a lo que pueda venir, y de sentimiento de impotencia. La depresión puede provenir de crisis de identidad, como los prejuicios sobre la imagen de uno mismo, la estima o la confianza en si mismo (Young, Cohen, 1979). No es sorprendente que la agresión, que es un elemento esencial de ciertos deportes, al estar dirigida contra uno mismo, agrave sentimientos de irritación, de depresión y de ansiedad que están asociados a sentimientos de privación provocados por las lesiones. Sin embargo, los deportistas lesionados proyectan raramente sus sentimientos de depresión, de aislamiento o de antagonismo en público. La mayor parte de los deportistas disimulan estas tendencias naturales y comprensibles, incluso a los ojos de sus médicos, entrenadores, compañeros de equipo y amigos; y esto gracias a las defensas psicológicas muy elaboradas. Puede ser muy difícil discernir la ansiedad y la angustia que están eficazmente disimuladas a menudo en una actitud de resignación y de falsa bravura.

Rotella (1985) diferencia 8 etapas de reacción adaptativas por parte de los deportistas lesionados cuando se enfrentan a los dolores psíquicos y emocionales que acompañan a una lesión grave. Se distinguen unas etapas de adaptación parecidas en los jóvenes que se recuperan de traumatismos debilitantes o de intervenciones quirúrgicas asociadas a una enfermedad (Meichenbaum, 1985). Las etapas de adaptación son las siguientes:

Tabla 1. Reacciones típicas ante una lesión grave sufrida en fútbol

Etapas de la reacción	Diálogo interno típico
Rechazo	"Esto es poca cosa. Me recuperaré fácilmente. No debe ser tan grave como parece."
Irritación	"¡Qué guarrada!" "No tendría que haber hecho eso nunca"
Ajuste	"De acuerdo, estoy lesionado. Tendré que ir a un médico y a un fisioterapeuta que me hará cuidarme (pero solo hasta que me convenga) y estaré a tiempo para las eliminatorias."
Depresión	"Tengo tanto dolor que estoy desesperado" "Estoy perdido, no hay nada que pueda hacer." "Ni siquiera puedo ver un partido. Estoy verdaderamente desesperado."
Aceptación/ resignación	"Bien, lo que ha pasado, ha pasado. No hay más razones para inquietarse. Lamentarse es una pérdida de tiempo. Ahora debo intentar ayudar al equipo y hacer todo lo posible para ayudarme a mí mismo."

tes:

1. Reaccionar de forma positiva a la invalidez, al dolor y a la debilidad provocados por las lesiones:

El sentimiento de rechazo es sin duda una traba para el proceso de readaptación. El entrenador o el fisioterapeuta deben advertirlo desde el momento que se produce el dolor o la lesión.

2. Adaptarse rápidamente al estrés ocasionado por los procesos de tratamiento:

El equipamiento y el material terapéutico, los aparatos ortopédicos, y el aislamiento con respecto a la rutina normal de actividades sociales, al igual que hacia los amigos, pueden tener un efecto perturbador y resultar difícil adaptarse a la salida.

3. Confiarse al personal médico y fomentar la comunicación:

La ansiedad se manifiesta en cuestiones del género: "¿Cómo puedo fiarme de él? Nunca me escucha" "¿Se da realmente cuenta de la importancia que tiene para mí una recuperación completa?" "Están todos de tan buen humor. No puedo creer en su optimismo mientras yo sufro tanto y tengo tantas dudas" "Debería exponerle mi dolor y mis temores ¿Qué es lo que no va bien?" La vulnerabilidad y la dependencia de otro suscitadas por las tragedias personales resultan a menudo extremadamente amenazadoras para las víctimas. La pérdida de la confianza en los profesionales, que operan en un medio poco familiar, es una reacción muy común.

4. Mantener un equilibrio emocional:

Los atletas lesionados experimentan a veces sentimientos de culpabilidad y vergüenza relacionados con las causas de sus lesiones: "Ya me habían advertido que no hiciera esto antes del calentamiento".

5. Mantener una buena imagen de sí mismo:

Debido a que se pierde a menudo el sentido del dominio y de competencia (en lo referente a los deportes), el atleta lesionado puede tener que evaluar de nuevo o reforzar sus motivaciones, sueños y ambiciones para conservar una perspectiva positiva, cosa que a menudo resulta difícil. Los deportistas conceden mucho valor a la independencia emocional y física, y a su imagen deportiva. Es muy importante que los médicos, fisioterapeutas y entrenadores entiendan los sistemas de evaluación de sí mismos de los deportistas para comprender bien el significado que tiene para ellos una lesión grave.

6. Conservar las relaciones con sus compañeros de equipo, entrenadores, familia y amigos:

Los sentimientos de aislamiento suscitan la alienación del deportista lesionado frente a sus amigos y colegas, que pueden empezar a dudar de la lealtad del deportista. Se necesita muy poco esfuerzo por parte del deportista para asegurarse de que los lazos normales de amistad no se rompan.

7. Enfocar de una manera positiva un futuro incierto:

Es irónico que los procesos de cirugía puedan suscitar a menudo, y destruir a la vez, la esperanza de una recuperación completa. Incluso aceptando el final de su participación, el deportista víctima de una lesión grave debería sentirse entusiasta siempre frente a su recuperación eventual, y a la vuelta a una vida activa.

8. Aceptar los límites y las contrariedades impuestas por la lesión y adaptar su forma de vida y sus objetivos consecuentemente:

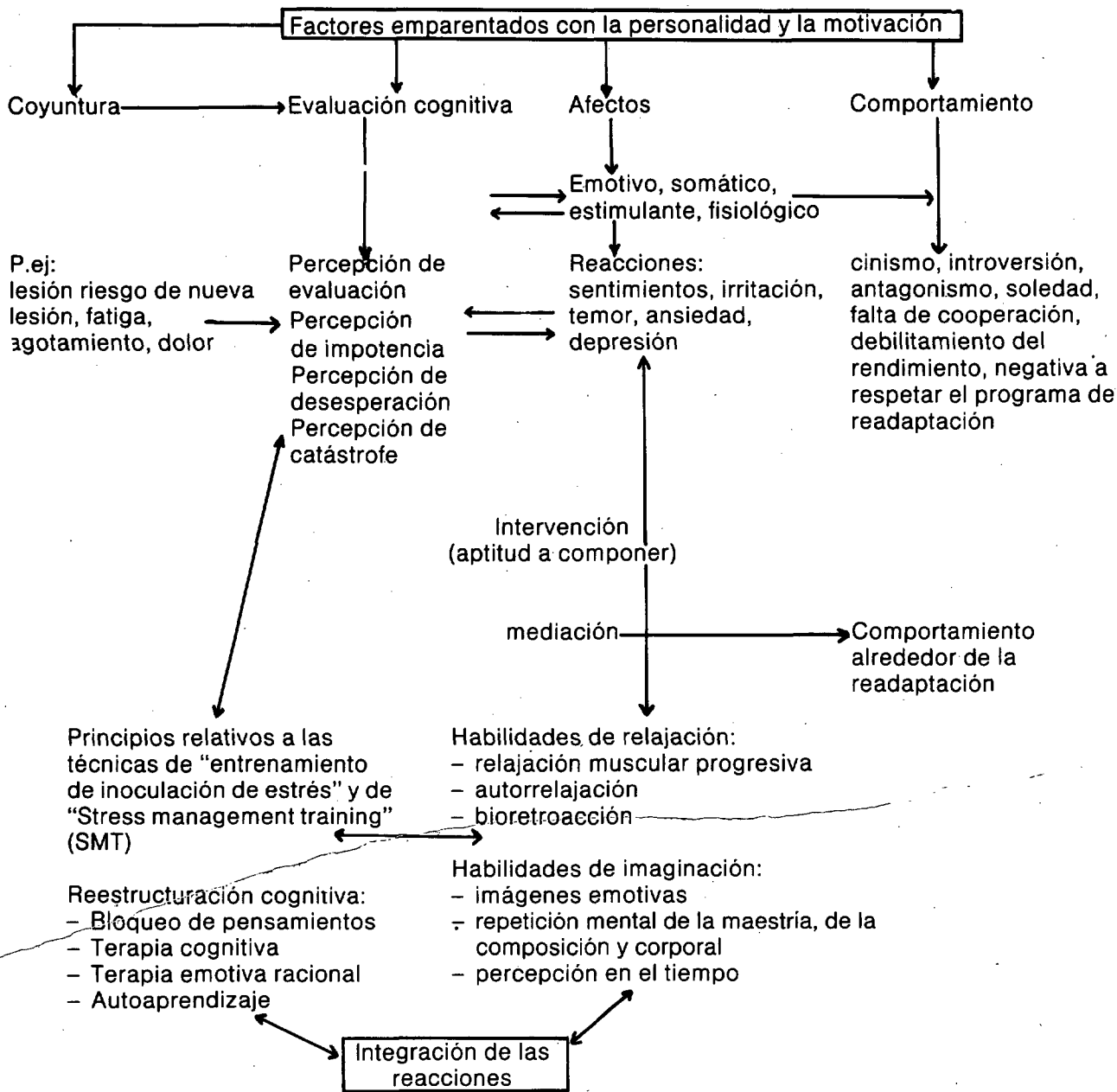
Las historias de los deportistas orgullosos y valientes inválidos constituyen excelentes modelos para los deportistas que han de retirarse prematuramente debido a una lesión: "Estoy inválido o gravemente lesionado pero ahora debo concentrarme en la determinación de lo que puedo hacer y de lo que me espera en el futuro. Sé lo que no puedo hacer, pero no vale la pena pensarlo adelante!"

Lo anterior sugiere que el deportista puede aprender a elaborar y adaptar estrategias cognitivas que afrontan y combaten el dolor y las tensiones externas, así como el inconveniente suscitado por la lesión, y la readaptación. Algunas de las estrategias más pertinentes, a las que los fisioterapeutas, entrenadores y deportistas pueden recurrir se presentan en la siguiente sección.

La readaptación psicológica

Las estrategias expuestas aquí debajo son adaptaciones de técnicas de modificación del comportamiento cognitivo que han sido concebidas para favorecer la maestría del comportamiento disfuncional en algunos recursos respecto a los procesos de autoevaluación y a las experiencias íntimas del individuo (es decir, los pensamientos y las experiencias estimulantes). La figura 1 ilustra la integración del "espíritu" al "cuerpo", que es de una gran importancia para la readaptación acertada y completa, y el efecto mediador de los procesos de autoevaluación y de las experiencias íntimas sobre el comportamiento. Los atributos de la personalidad y los factores motivantes determinan la mane-

Figura 1. Modelo conceptual de los lazos hipotéticos existentes entre los componentes coyunturales, cognitivos, afectivos y comportamentales de las reacciones ante las lesiones y a la readaptación. (Tomado de Smith 1984, 1985)



ra en que reacciona el deportista cuando está lesionado (coyuntura); como piensan en la lesión (evaluación cognitiva); como reaccionan al hecho de estar lesionados (reacciones psicológicas, somáticas, emotivas, estimulantes) y cómo se comporta. Los factores relacionados con la personalidad y la motivación ayudan también a explicar porque los diferentes deportistas raramente reaccionan de la misma manera frente a las lesiones y a la readaptación.

La figura 1 muestra también como los pensamientos, sentimientos y experiencias psicológicas y emotivas que influenciándose los unos a los otros

pueden influenciar el comportamiento, tanto como la lesión misma. (coyuntura) puede resultar menos importante que la forma en que se piensa y que la forma en que se evalúa y es percibida. Si la reacción de un deportista hacia la lesión o hacia la readaptación resulta negativa o desfavorable, resulta posible modificar su actitud gracias a la modificación de su pensamiento respecto a su lesión.

La reestructuración cognitiva, la relajación y la imaginación son tres estrategias de intervención a las que se puede acudir para aumentar la capacidad de un deportista para asumir una lesión. Dado que

los fundamentos de estas estrategias están más allá del alcance del presente artículo, el autor sugiere que el lector interesado se dirija a los textos que tratan sobre la aplicación a la gestión del estrés de los programas de modificación del comportamiento cognitivo, que están mencionados en la bibliografía (Meichenbaum, 1977; 1978; Smith, As-cough, 1985; Turk, Meichenbaum, Genest, 1983).

Las estrategias de intervención

1. La reestructuración cognitiva

Las investigaciones realizadas sobre los diálogos interiores (Mahoney, 1974); Meichenbaum, 1977) revelan que las evaluaciones, los pensamientos, los sentimientos y el diálogo consigo mismo —antes, durante y después de la lesión y la readaptación— son determinantes importantes del comportamiento subsiguiente del deportista. Lo que el deportista no se dice resulta ser también de suma importancia. Como consecuencia, la primera medida de modificación del comportamiento cognitivo a tomar después de una lesión es la sensibilización del deportista respecto al pensamiento defectuoso. Antes de pedirle al deportista que se acuerde de sentimientos, pensamientos y temores que ha experimentado inmediatamente después de la lesión, deben tomarse en consideración la incertidumbre y los efectos a largo plazo provenientes de esta demanda pudiendo revertir en forma de temor el volver a realizar plenamente sus actividades o un retroceso de los procesos de readaptación. Sin embargo, esta llamada al orden tiene dos fines importantes. En primer lugar, la transición de esta etapa de rechazo a la de “aceptación” debe verse favorecida y acelerada, lo cual permite al deportista concentrarse más pronto en los procesos de readaptación. En segundo lugar, plantando cara a los sentimientos de irritación o de lástima de sí mismo, el deportista adquiere una mejor comprensión del modo en que las reacciones negativas pueden retrasar o dificultar la recuperación. Unos ejemplos típicos del pensamiento disfuncional son: la convicción de que su carrera se ha terminado (porque una lesión parecida ha terminado con la carrera de otro); el rechazo a creer, después de los tratamientos en la eficacia del programa terapéutico (a pesar de que los terapeutas habían advertido al deportista al principio que las mejoras son siempre mínimas al principio, pero que son más evidentes después de seis tratamientos).

1 (a) El bloqueo de los pensamientos La autosugestión

La sensibilización del deportista a sus diálogos

internos desde el principio puede facilitar la tarea de apartar los pensamientos contraproducentes mediante un proceso que se denomina bloqueo de los pensamientos (Thought stoppage). El deportista es capaz de dirigir la ansiedad contraproducente hacia una reflexión positiva repitiéndose la palabra “stop” cada vez que un pensamiento negativo le viene a la cabeza. Este proceso puede “inocular” al deportista contra los pensamientos destructivos e insensatos (Meichenbaum, 1985). Dos guiones típicos que podrían engendrar el pensamiento defectuoso y las intervenciones del bloqueo de los pensamientos y que podrían llegar a ser eficaces se presentan en la tabla 2.

Los entrenadores y los fisioterapeutas podrían establecer fácilmente listas de diálogos interiores productivos parecidos a partir de sus propias experiencias y distribuirlas a sus deportistas. Los informes de los deportistas que han tenido experiencias de lesiones graves también pueden llegar a ser muy útiles, en particular, si esos “modelos de comportamiento” son capaces de recordar los diálogos interiores negativos en cada etapa de la readaptación de los deportistas y de contar cómo han salido con éxito con esas tácticas.

1 (b) El pensamiento racional y el aprendizaje autónomo

Los deportistas reaccionan a veces ante los peligros profesionales y a las crisis como las lesiones de una forma emocional e irracional. Una reacción de éste género puede llegar a ser muy exagerada e insensata y dar lugar entonces a comportamientos negativos y contraproducentes (Beck, 1976; Ellis, Harper, 1975).

Dos ejemplos típicos de comportamiento emocional irracional son: “¡Debo volver, el entrenador y el equipo cuentan conmigo!” “Estoy gravemente lesionado y así debo preocuparme de la inquietud y de la ansiedad”. Esta lesión es tan grave y TERRIBLE...”. “Mi imagen, mi vida, mi mundo están completamente hundidos”. Es posible afrontar los pensamientos absolutos de este género y diluirlos para preocuparse con pensamientos de un carácter menos emocional. Por ejemplo, pensar: “Quiero” en lugar de pensar: “Debo”; “En el pasado no me fue posible”, en lugar de: “No podré nunca”; “Prefiero”, en lugar de: “Me falta”; “Me resultará difícil”, en lugar de: “Me resultará imposible”.

Así, el objeto del pensamiento racional [Por ejemplo, la terapia cognitiva (Beck, 1976) y la terapia racional-emotiva (Ellis, Harper, 1975; Ellis, 1977)] es examinar el sistema de creencias del deportista que pueden llegar a producir pensamientos deformados e irracionales. En la tabla 3 se presentan dos ejemplos de terapia racional-emotiva.

El procedimiento de la terapia racional-emotiva puede desarrollarse de la siguiente manera:

Tabla 2. Ejemplos de técnicas de bloqueo de los pensamientos

Fuente de estrés	Diálogo interior contraproducente	Diálogo interior productivo modificado
1. Son las 7h30m. La clínica está cerrada y el terapeuta no ha llegado aún para la sesión de entrenamiento.	¡El muy idiota! Me sermoneó ayer sobre la importancia de los tratamientos de recuperación y mirálo, no está aquí. Deberá excusarse si quiere que vuelva. ¡Estoy harto!	Estoy muy enfadado – STOP! Esto es raro. Seguramente ha ocurrido algo importante, pues él siempre es puntual y es muy profesional; además sé que él insiste siempre para que me recupere. Volveré más tarde para ver si me puede reservar otro momento.
	Consecuencias: El deportista no asume ninguna responsabilidad y no se da cuenta de que es él quien sufrirá la falta de terapia.	Consecuencias: El deportista racionaliza la ausencia del terapeuta y asume la responsabilidad de su recuperación.
2. El deportista sufre mucho dolor y molestias durante los ejercicios y no puede discernir los signos de mejora de su condición.	Esto me hace daño de verdad. Hasta ahora solo he sentido dolor y mi condición no mejora. Necesito vacaciones y ellos se rien de mí. Si me necesitan de verdad ya me llamarán. Esta lesión se curará por sí misma con el tiempo	¡Diablos, esto sí que hace daño! – ¡STOP! Pero ya me han advertido, el dolor puede llegar a ser insoportable. Pero debo perseverar y soportarlo si quiero reponerme y volver a jugar.
	Consecuencias: El esfuerzo aparentemente dedicado al tratamiento proporciona muy pocos beneficios al deportista. Cree y justifica falsos motivos para no hacer nada.	Consecuencias: El deportista se consagra al 100% a las sesiones de tratamiento, y se prepara para hacer otro tanto en las próximas. Hace participe al terapeuta de sus dificultades e inquietudes. Se siente bien el resto de la jornada porque su comportamiento es apropiado y se compecece menos a sí mismo.

Tabla 3. Reacciones racionales e irracionales a las lesiones y a la readaptación

Hecho	Pensamientos racionales contraproducentes	Pensamientos racionales productivos
Lesión	¡Estoy acabado! La mayoría de los deportistas no se recuperan nunca de este género de lesiones.	Estoy gravemente lesionado pero si sigo los consejos del médico podré recuperarme. Esta es la actitud de los deportistas que consiguen recuperarse. Debo ponerlo todo de mi parte si quiero conseguir recuperarme.
Readaptación	¿Qué es lo que saben los médicos y los fisioterapeutas? Este juego del tratamiento es un despilfarro de mi tiempo y del suyo.	La terapia es verdaderamente fastidiosa. Pero no puedo esperar a recuperarme a menos que me quite el miedo. Esto me llevará tiempo, pero si no lo hago, no me recuperaré tan rápidamente como me gustaría.

ACCION: El deportista cree: "Los ligamentos de mi rodilla están lesionados, es una lástima, (creencia racional). "Me he desgarrado los ligamentos de la rodilla para siempre —estoy acabado. Mi carrera deportiva ha terminado" (Creencia irracional).

CONSECUENCIAS: La consecuencia de la creencia racional es que el deportista se procura consejos sobre el tratamiento y la readaptación y obra en consecuencia (La consecuencia conveniente); mientras que la consecuencia de la creencia irracional es que el deportista no toma ninguna medida positiva. Se siente deprimido, irritado, y rechaza el tratamiento y la readaptación (Consecuencia inconveniente).

DISPUTA: Disputa y afrontamiento de las creencias racionales: "¿Cómo puedes saber que ya te has desgarrado los ligamentos de la rodilla?". "¿Quién es el que dice que tu carrera ha terminado?", "¿Por qué piensas que la cirugía y la readaptación son tan terribles?".

EFFECTOS: La intervención engendra eventualmente un nuevo comportamiento "cognitivo-emotivo" en el espíritu del deportista: "Bueno, estoy trastornado, pues pensé por un momento que los ligamentos estaban realmente desgarrados, pero hace falta que lo confirme lo antes posible. Haré lo que los especialistas me aconsejen hacer. Aunque sea necesaria la cirugía, conozco casos de deportistas que han sufrido la misma lesión y que han conseguido volver a jugar, o por lo menos, a participar de una vida completamente activa. Entonces, sabré que hago todo lo posible para recuperarme".

El pensamiento racional figura también en la terapia de inoculación de estrés cuando los pensamientos irracionales y deformados respecto a un hecho estresante (por ejemplo, una lesión) son disputados y afrontados. Meichenbaum (1977; 1985) prefiere una técnica especial de la terapia cognitiva a la que denomina técnica "Colombo" (Refiriéndose a la primera emisión de Colombo en la televisión). El psicólogo, el fisioterapeuta, o el entrenador juegan el papel de un escucha ignorante, y no hace más que aceptar las declaraciones refutables del deportista bajo forma de suposiciones. Por ejemplo: "Corrígeme si me equivoco, has dicho que estás seguro de que tus ligamentos están totalmente rotos en tu tobillo" "Déjame comprobar si esto corresponde con tu punto de vista ¿los deportistas que se operan no vuelven jamás al deporte o la vida activa?"

Meichenbaum ofrece también sugerencias para el empleo del diálogo interior dirigido, que él denomina la formación por instrucción autónoma (Self instruction training) para confeccionar con las cuatro etapas posibles que el define de el estrés. Las instrucciones autónomas reproducidas en la tabla

4 son unos ejemplos de diálogo interior al cuál podrían recurrir los deportistas cuando tienen que afrontar una visita a la clínica, o el dolor que produce un tratamiento. La práctica constante de las habilidades de reestructuración cognitiva para la adaptación al estrés podría dotar al deportista de estrategias de resolución de problemas y de establecimiento de objetivos que podrían engendrar un comportamiento más productivo, y mejorarse a sí mismo. Los terapeutas y entrenadores podrían elaborar listas de instrucciones autónomas y de respuestas parecidas a las presentaciones en la tabla 4, pero debieran tener entonces tres consideraciones importantes para su inspiración:

Primeramente, aunque estas listas sean muy útiles y que el fisioterapeuta o el entrenador sepan tratarlas como confidenciales, será mejor conservarlas en su cabeza y no emplearlas más que como consejos y bajo supervisión de especialistas cualificados. Así se evitará, entre otros, la terapia "à forfait".

En segundo lugar, los fisioterapeutas, entrenadores y deportistas lesionados más particularmente, no deben confundir las estrategias de modificación del comportamiento cognitivo con las técnicas populares de "pensamiento positivo". Aunque la reestructuración cognitiva apela a algunas de estas técnicas, no hacen más que suministrar unas fórmulas para la conversación no emotiva (habitualmente prescritas en el marco de la repetición de los roles) y un paliativo verbal de valor dudoso (Meichenbaum, 1985). La terapia cognitiva y la formación por instrucción autónoma suministran al deportista estrategias de resolución de problemas de carácter educacional y realista que pueden adaptarse a las necesidades del individuo y generalizar para englobar todos los desafíos que hacen referencia a los mecanismos de maestría del estrés.

En tercer lugar, considerando que la terapia cognitiva y la terapia racional emotiva tienden a favorecer la reacción emocional ante las lesiones y a la readaptación, el bloqueo de los pensamientos y la formación por instrucción autónoma favorecen la preparación para un diálogo interior productivo (Y la imaginación). Sin embargo, estas estrategias no están consideradas tan diferentes o tan incompatibles unas de las otras. Deberían utilizarse las cuatro estrategias concurrentemente, y bajo la dirección de personal cualificado. A fin de cuentas, el empleo de técnicas de reestructuración cognitiva permite al deportista lesionado traducir unas preocupaciones productivas como "Por qué yo", en preocupaciones constructivas como "Ahora que sé que se ha producido, ¿qué es lo que puedo hacer?".

2. Las técnicas de relajación

La relajación es una condición previa exigida a menudo por intervenciones clínicas, e incluye es-

Tabla 4. Formación para la instrucción autónoma destinada a los deportistas en vías de readaptación

Etapa 1	Etapa 2	Etapa 3	Etapa 4
Para prepararse a sufrir un estrés (Visita a la clínica)	Para afrontar el estrés (el dolor)	Cuando el deportista se siente agobiado (El dolor)	Para evaluar sus esfuerzos
Objeto de la instrucción: Combatir el pensamiento negativo y acentuar la planificación y la preparación.	Objeto de la instrucción: Reasegurarse, dominar el dolor, y reorientarse para hacer una aportación constructiva.	Objeto de la instrucción: Animarse y localizar su concentración.	Objeto de la instrucción: Evaluar lo que ha tenido éxito; felicitarlo por su esfuerzo, y atribuirse méritos por un esfuerzo que ha tenido éxito.
"Esta visita seguramente será difícil y enojosa, pero sé que tengo que hacerlo hoy"	"No pienso en la máquina -pienso sólo en lo que debo hacer" "El fisioterapeuta me ha dicho que tendré que soportar algo de dolor durante cierto tiempo" "Detente, respira profundamente -ésto es el miedo! Me estoy dominando y colaboraré al proceso de recuperación con calma"	"El dolor empeora, se acerca al máximo de mi escala de 0 a 10, pero ya soy capaz de dominar cierta parte del dolor relajando estos músculos y respirando profundamente" "Esto resulta demasiado doloroso, pero es una indicación de lo que tengo que hacer, y probablemente será necesario llamar al fisioterapeuta porque querrá saberlo"	"Esto mejora cada vez que hago esta maniobra. Tengo que hacerlo bien". "Esto hoy no funciona, pero me dá igual ¿Qué lección puedo sacar para la próxima vez?" "¡Formidable! He hecho esto bien. Tengo que decirle al terapeuta (Entrenador...) cómo ha ocurrido esto. La próxima vez lo haré mejor aún".

trategias de modificación del comportamiento cognitivo y las técnicas de imaginación. Una condición de relajación favorece la recuperación (Lazarus, Folkman, 1984). La relajación tiene un efecto moderado sobre las funciones del sistema nervioso simpático, que son accionadas a menudo por situaciones y/o condiciones estresantes, y ayuda a conservar la energía vital necesaria para favorecer la recuperación, componer con el estado incómodo del cuerpo, e impedir la enfermedad (Turk, Meichenbaum, Genest, 1983). Entonces es posible que, gracias al recurso de la técnica de relajación, el deportista lesionado sepa controlar, favorecer y también acelerar su recuperación. Entre las técnicas de relajación que pueden emplearse a lo largo de la recuperación están la relajación muscular progresiva, el entrenamiento autógeno y la retroacción biológica o "Bioretroacción" (Gauron, 1984; Harris & Harris, 1984).

2 (a) La relajación muscular progresiva:

La relajación muscular progresiva enseña al deportista a reconocer el aumento de la tensión en los diferentes grupos musculares y a redimirla, liberarla. Esta técnica está indicada cuando con experiencias o sensaciones dolorosas o para prepa-

rarse para el tratamiento (Turk, Meichenbaum, Genest, 1983).

2 (b) El entrenamiento autógeno:

El entrenamiento autógeno se basa en la autosugestión y apunta a la relajación física (sensaciones de calor y pesantez), así como a la relajación mental (imaginación).

2 (c) El biofeedback: (La bioretroacción)

Se podría integrar el biofeedback a los programas de readaptación con el fin de ayudar a los individuos a entrenar y dominar sus reacciones corporales. Es concebible que el empleo de electrocardiogramas o de indicadores de reacciones cutáneas galvánicas (Visuales o auditivas), por ejemplo, puedan permitir que el deportista lesionado vigile y domine su estado de relajación en el curso de el tratamiento (Achterberg, Lawlis, Zai-chowsky, 1982).

3. La imaginación

Además se puede recurrir a la imaginación; es decir, a la creación de imágenes en el espíritu para favorecer los procesos de readaptación cuando se

trata de un deportista que ha perdido el control de su imaginación o que se inculpa desde las peores situaciones posibles. Es posible enseñar a los deportistas a controlar su imaginación y a orientarla para disminuir la ansiedad y el miedo.

La repetición mental engloba todas las formas de práctica imaginaria. Se ejecuta un gesto, un movimiento o una actividad con sus más pequeños detalles enteramente en su mente. La repetición de las imágenes acarrea una recuperación mucho más completa de una experiencia. Comprende la búsqueda de sensaciones táctiles, auditivas, visuales, emocionales, y también musculares. Después de la repetición de las imágenes, la imagen es entendida, vista "en color" (Suinn, 1983).

El éxito de la imaginación parece depender de la práctica anterior, lo cual trae consigo consecuencias para los fisioterapeutas y entrenadores. Las técnicas que se pueden emplear con los deportistas lesionados son las siguientes:

- (a) La imaginación emotiva (Lazarus, 1977) ayuda al deportista a sentirse más positivo consigo mismo y con aquello que puede hacer. Eleva los niveles de confianza teniendo recursos en escenas imaginarias que el deportista recuerda con fiereza y entusiasmo. Esto podría hacerse haciendo una llamada a los sentimientos de admiración y de bondad para con otros deportistas que están completamente recobrados de una lesión parecida o a los sentimientos de fiereza provocados por la recuperación de lesiones o de otras dificultades anteriores, o aún de los recuerdos de alabanzas y de expresiones de admiración provenientes de los compañeros de equipo, entrenadores o amigos. El objetivo no es engañar al deportista, sino más bien evocar sentimientos positivos y tranquilizantes asociados con expresiones memorables del pasado.
- (b) La repetición corporal (Rotella, 1985) facilita la curación, la readaptación y la recuperación completa por medio de imágenes positivas. La terapia se efectúa en dos etapas. La primera completa la descripción detallada al deportista lesionado de lo que se ha producido como causa de la lesión. Esto le permite elaborar una imagen mental precisa de la parte de su cuerpo que está lesionada. La segunda etapa comporta la explicación de todas las etapas de los procesos de readaptación (y comprende las intervenciones quirúrgicas si cabe) con el fin de permitir al deportista imaginar de un modo preciso lo que se desarrolla en "el interior" del curso de la readaptación. Después de que la imagen de los procesos de curación que se desarrolla en el interior del cuerpo está completa (en color), se pide al deportista que se imagine el verdadero proceso de curación.
- (c) A menudo se tiende a recurrir a la repetición de la "maestría" (Mahoney, 1979; Achlerberg, Law-

lis, 1980), de acuerdo con la repetición corporal cuando, por ejemplo, el médico o el fisioterapeuta explica con detalle lo que debe producirse en el interior con el fin de efectuar la curación. Como consecuencia el deportista imagina que la cirugía, la readaptación o la recuperación conseguidas, y jamás las dificultades o los retrocesos. Estas imágenes de maestría son de gran importancia en la repetición corporal, pero son útiles también cuando el deportista imagina la realización completa de otros objetivos de los procesos de readaptación. A pesar de que la repetición de la maestría es una técnica útil, y favorece indudablemente un elevado nivel de confianza, no se aplica generalmente a una vasta gama de dificultades situacionales, ni a los retrocesos inevitables que se experimentan a lo largo de la readaptación.

- (d) La repetición de la composición (Coping rehearsal) (Lazarus, 1977; Meichenbaum, 1985), por su parte, no se aplica a las dificultades que se previenen o que se atienden a experimentar a lo largo de la readaptación. Las habilidades de repetición de la composición se comprueban probablemente más realistas y entonces de un valor superior, comparativamente a las habilidades de repetición de la maestría. Los planes establecidos para afrontar eficazmente la ansiedad, la inquietud y los retrocesos comprenden las técnicas de bloqueo de los pensamientos que ayudan a minimizar los diálogos interiores negativos y falibles. Por ejemplo: "Sufriré el dolor sin duda, la frustración y el agotamiento durante los entrenamientos" – ¡esta máquina es otra cosa! – pero emplearé estos pensamientos de un modo favorable. Cuando llegue a ser consciente de estos sentimientos haré un esfuerzo adicional para permanecer en calma y persistiré. También avisaré inmediatamente al terapeuta. Estará entonces más dispuesto a ayudarme gracias a mi actitud positiva, mi determinación y mi coraje".
- (e) La proyección en el tiempo (Lazarus, 1977) es una técnica que sirve para distanciar al deportista lesionado de las frustraciones inconvenientes y dolores actuales.

Sin embargo, desgraciadamente esta manera de preparar al deportista para afrontar los retrocesos y las dificultades puede acarrear malestar y, en ciertos casos, unos temores y ansiedad agobiantes. Tales preparaciones podrían llegar a ser disfuncionales e inútiles.

El tiempo nos permite sin embargo entablar reacciones psicológicas curativas (Es decir: hacer, experimentar, imaginar, y poner a prueba muchas cosas que pueden ayudar a borrar viejas lesiones psíquicas). Imaginándose situado a 2 semanas, a 6 semanas o a 6 meses en el futuro, es posible que el deportista pueda producir un cierto alivio inmediato. Igualmente la

planificación de día en día, o de semana en semana, unas etapas, actividades y experiencias pueden ayudar al deportista a afrontar una crisis.

Conclusión

Es posible adaptar las técnicas de imaginación, de relajación, y de composición cognitiva al individuo y a las circunstancias como manera de animar actitudes y comportamientos que favorecen la recuperación y la readaptación. Las habilidades y las estrategias de afrontamiento pueden llegar a ser útiles, no solo para mitigar los trastornos asociados a las reacciones a la lesión, sino también al mejor desarrollo de la readaptación.

Gracias a lecturas más extensas y con la colabora-

ción y el apoyo de especialistas en psicología deportiva, los fisioterapeutas y los entrenadores ayudarán a los deportistas de alguna manera a afrontar de una forma más eficaz el traumatismo psicológico asociado a las lesiones y a la readaptación. El simple hecho de preguntar al deportista cómo se siente, y escuchar sus respuestas es mucho más eficaz y productivo que los gestos motivacionales que los deportistas conocen demasiado bien (Por ejemplo, un golpecito en la espalda, un pulgar en el aire, "¿Cómo se porta el inválido hoy?", "¿Va bien eh?" etc.)

Hay quien piensa que el deportista lesionado no reacciona de la misma manera, estos que tienden a creer que la readaptación psicológica es el impulso natural de la readaptación física. El autor se responde "Puede ser, pero ¿Cómo saberlo si no nos tomamos la molestia de verificarlo?".

Bibliografía

ACHTERBERG, J. et G.F. LAWLIS (1980) *Bridges of the Body Mind: Behavioral Approaches to Health Care*. Champaign, Ill.: Institut for Personality and Ability Testing.

BECK, A.T. (1976) *Cognitive Therapy and Emotional Disorders*. New York: International Universities Press.

BRAMWELL, S.T.; M. MASUDA; N.N. WAGNER et T.H. HOLMES (1975): Psychosocial Factors in Athletic Injuries: Development and Application of the Social and Athletic Re-adjustment Rating Scale (SAARS), *Journal of Human Stress*, 1(2), 6-20. (CDS, 10368).

CRATTY, B.J. (1983) *Psychology in Contemporary Sport*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall. (CDS, 13480).

ELLIS, A. et R.A. HARPER (1975) *A New Guide to Rational Living*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.

ELLIS, A. (1977) *Anger: How to Live With and Without It*. Secaucus, N.J.: Citadel Press.

GAURON, E.F. (1984) *Mental Training for Peak Performance*. New York: N.Y.: Sport Science Associates.

GLOVER, B. et M. WEISENFELD (1985) *The Injured Runner's Training Handbook*. Penguin.

HARRIS, D.V. et B.L. HARRIS (1984) *The Athlete's Guide to Sports Psychology: Mental Skills for Physical People*. New York: Leisure Press. (CDS, 17028)

KAVANAUGH, R.E. (1972) *Facing Death*. Los Angeles, CA: Nash Publishing.

KUBLER-ROSS, E. (1969) *On Death and Dying*. New York: Macmillan.

LAZARUS, A. (1977) *In the Minds Eye: The Part of Imagery, of Imagery for Personal Enrichment*. New York: Lawson Assoc.

LAZARUS, R.S. et S. FOLKMAN (1984) Coping and Adaptation. Dans W.A. Gentry *Handbook of Behavioral Medicine*. New York: The Guilford Press.

MAHONEY, M.J. (1974) *Cognitive and Behavior Modification*. Cambridge, MA: Ballinger.

MAHONEY, M.J. (1979) Cognitive Skills and Athletic Performance. Dans P.C. KENDALL et S.O. HOLLAN (eds.), *Cognitive-Behavioral Intervention: Theory, Research and Procedures*. New York: Academic Press.

MEICHENBAUM, D. (1977) *Cognitive Behavior Modification: An Integrative Approach*. New York: Plenum.

MEICHENBAUM, D. (1985) *Stress Inoculation Training*. Toronto: Pergamon Press.

ROTELLA, R.J. (1978) Systematic Desensitization: Psychological Rehabilitation of Injured Athletes. Dans L. BUNKER et R.J. ROTELLA (eds.), *Sport Psychology: From Theory to Practice*.

Charlottesville, VA: Department of Health and Physical Education, University of Virginia. (CDS, 3380).

ROTELLA, R.J. (1985) The Psychological Care of the Injured Athlete. Dans L.K. BUNKER, R.J. ROTELLA et A.S. REILLY (eds.), *Sports Psychology: Psychological Considerations in Maximizing Sport Performance*. Ann Arbor, Michigan: McNaughton & Gunn, Inc.

SHEIKH, A.A. (Ed) (1983) *Imagery: Current Theory, Research and Application*. Toronto: John Wiley & Sons.

SMITH, R.E. (1984, mars) The Dynamics and Prevention of Stress-Induced Burnout in Athletes. Dans J.A. LOMBARDO (ed.), *Primary Care: Clinics in Office Practice*, 11, 1, 115-127.

SMITH, R.E. et J.C. ASCOUGH (1985) Induced Affect in Stress-Management Training. Dans S.R. BURCHFIELD (ed.), *Stress: Psychological and Physiological Interactions*. New York: Hemisphere.

SUIN, R.M. (1983) Imagery and Sports. Dans A.A. SHEIKH (ed.), *Imagery: Current Theory Research and Application*. Toronto: John Wiley & Sons.

TURK, D.C. D.; MEICHENBAUM et M. GENEST (1983) *Pain and Behavioral Medicine: A cognitive-Behavioral Perspective*. New York: The Guilford Press.

YOUNG, M.L. et D.A. COHEN (1979) Self-concept and Injuries. *American Corrective Therapy Journal*, 33, 139-142.

ZAICHKOWSKY, L.D. et W.E. SIME (1982) *Stress Management for Sport*. Reston, Virginie: AAHPERD. (CDES, 14463).

Communication personnelle avec S. KIRBY qui est en train de compléter sa thèse de doctorat intitulée *Retirement in Elite Canadian Female Athletes*, Université de l'Alberta.