



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Facultad de
Psicología

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

Universidad de la República

Facultad de Psicología

Trabajo Final de Grado

Modalidad: Monografía

Autoconfianza y lesiones en el deporte

Nicolás Paz 4.978.284-7

Tutora: Patricia Domínguez

Revisor: Jorge Salvo

Julio, 2023
Montevideo - Uruguay

Índice

Introducción	5
1. Autoconfianza	7
1.1 Autoconfianza como variable psicológica	7
1.2 Teoría de la autoeficacia de Bandura (1977)	11
1.3 Modelo conceptual de confianza en el deporte de Vealey (1986)	14
1.4 Modelo de filtro cognitivo Dosil (2008)	15
2. Lesiones en el deporte	17
2.1 Sobreentrenamiento	19
2.2 Clasificación de las lesiones	19
2.3 Modelos teóricos	20
2.3.1 El modelo de estrés y lesión (Andersen & Williams, 1988)	21
2.3.2 Los modelos centrados en las reacciones emocionales del deportista (Heil, 1993; Brewer, 1994)	23
2.3.3 El modelo integral de la respuesta psicológica a la lesión y al proceso de rehabilitación (Wiese-Bjornstal, Smith, Shaffer & Morrey, 1998)	25
2.3.4 El modelo global psicológico de las lesiones deportivas (Olmedilla y García-Mas 2009)	26
2.4 Intervención psicológica en las lesiones deportivas	27
2.4.1 Prevención	28
2.4.2 Intervención poslesión	29
2.4.3 Evaluación	31

2.4.4 Intervención directa	32
2.4.5 Control de la eficacia	33
3. Investigaciones sobre la relación entre autoconfianza y lesiones en el deporte	34
3.1 Niveles de autoconfianza y lesiones en el deporte	35
3.2 Altos niveles de autoconfianza indican mayor probabilidad a lesionarse	36
3.3 Bajos niveles de autoconfianza indican mayor probabilidad a lesionarse	36
3.4 Posibles motivos de los resultados contradictorios	38
Referencias Bibliográficas	40

Resumen

En la presente monografía se reflexiona sobre la autoconfianza en el deporte como variable psicológica y su relación con las lesiones en el deporte. Se toma la perspectiva desde la psicología del deporte para desarrollar las teorías existentes sobre la autoconfianza en el deporte y los modelos teóricos de las lesiones en el deporte y la influencia de los factores psicológicos. La autoconfianza es una de las tantas variables psicológicas que puede aumentar o disminuir la probabilidad de sufrir o no una lesión y ser un factor crucial a la hora de la recuperación de una lesión. Por lo tanto, es un factor psicológico que posee cierto grado de incidencia tanto en la etapa prelesión como en la poslesión. De ahí surge la necesidad de realizar estudios de campo sobre la autoconfianza. Los resultados de estas investigaciones han arrojado conclusiones contradictorias en algunas ocasiones explicitando la importancia de seguir implementando la teoría en la práctica para permitir mayor influencia de los modelos teóricos y por ende beneficios para las personas que practican deporte y su salud.

Introducción

El presente trabajo final de grado es una monografía sobre autoconfianza y lesiones en el deporte. Se analizará las teorías existentes sobre la autoconfianza como variable psicológica en el deporte y los modelos teóricos sobre las lesiones en el deporte. Para comprender estos conceptos y la relación entre los mismos se utilizará como marco teórico la psicología del deporte.

El origen de la psicología del deporte se determina con el mismo origen de la psicología como ciencia, marcando el inicio con los estudios experimentales sobre tiempos de reacción que realizó Wundt en Leipzig (Alemania) en 1879 (Serrato, 2005). Aunque este sea el origen consensuado, la psicología del deporte ha transcurrido por varias etapas de desarrollo a lo largo del siglo XX, hoy en día nos encontramos en el periodo 5 según Serrato (2005, p: 33) “Es el periodo de la consolidación y afianzamiento de la PD con un crecimiento vertiginoso en todos sus campos” (PD significa psicología del deporte). Como bien argumenta Dosil (2008) en este periodo se forman asociaciones en todos los continentes abriéndose al intercambio mundial sobre la psicología de la actividad física y del deporte (de ahora en adelante PADF) y “otra característica de este periodo es el intento de dar el paso definitivo de la teoría a la práctica” (Dosil 2008, p.35). Esto sumado a la cantidad de artículos producidos implica un gran diferencial sobre las etapas anteriores.

En el correr de la historia distintos autores han definido a la psicología del deporte de diversas maneras, para esta monografía se tomará como referencia la definición brindada por Dosil (2008):

La psicología de la actividad física y del deporte es una ciencia que estudia el comportamiento humano en el contexto de la actividad física y deportiva, y como disciplina de las ciencias de la actividad física y del deporte, guarda una relación estrecha con todas las que conforman dicho ámbito, aportando los conocimientos psicológicos al mismo y, de esta manera, completando y enriqueciendo las aportaciones propias de otras ciencias, como la medicina, la sociología o el derecho.
(p.13)

Uno de los problemas actuales a los que se enfrenta la PADF son las lesiones deportivas y el aumento de las mismas en la población que practica deporte tanto profesional como amateur (Bernal, Bustamante y Jiménez, 2018; Palmi y Solé, 2014; Dosil, 2008). Los autores Olmedilla, Ortega, Abenza y Boladeras (2011) realizaron un estudio sobre las publicaciones

vinculadas a las lesiones deportivas y los factores psicológicos en los primeros diez años del siglo XXI. Dentro de varios resultados interesantes que arrojó esta investigación, surgen tres líneas de investigación bien definidas según Olmedilla et al. (2011): “la relación entre factores psicológicos y la vulnerabilidad del deportista a lesionarse, la relación entre la historia de lesiones y la influencia de esta en la psicología del deportista, y las reacciones emocionales y psicológicas del deportista lesionado.” (p. 46)

En las investigaciones revisadas por Olmedilla et al. (2011) se estudiaron más de 30 variables de objeto de estudio diferentes y la autoconfianza es el tercero más estudiado representando el 8,07% de las investigaciones. Esto demuestra la importancia de la autoconfianza y su relación como variable psicológica con las lesiones deportivas a la hora de la prevención y rehabilitación de las mismas (Dosil, 2008; Vives y Garcés, 2006; Weinberg & Gould, 2010; Cox, 2009).

Sin embargo, al enfocarse en casos de estudio de intervenciones, el campo se reduce a pocos ejemplos, ya sea en la prevención de lesiones o en la rehabilitación (Vives y Garcés, 2002; Vives y Garcés, 2006; Dosil, 2008). En la etapa de rehabilitación existen procesos en los que se tomaron en cuenta las variables psicológicas como parte de la rehabilitación, pero son casos aislados y aun la PADF se encuentra lejos de lograr una sistematización o programas de rehabilitación de las lesiones incluyendo a los factores psicológicos (Vives y Garcés, 2002; Vives y Garcés, 2006; Dosil, 2008).

Sin más preámbulos se continuará con el análisis de los conceptos principales de la monografía, la autoconfianza y su relación con las lesiones en el deporte. Tomando en cuenta que el enfoque que se brinda es desde la PADF.

Autoconfianza

Para comenzar con el análisis de la autoconfianza se acudirá a su origen, importancia y definición como variable psicológica en el contexto deportivo. Para luego profundizar sobre las teorías de autoconfianza en el deporte.

1.1 Autoconfianza como variable psicológica

La autoconfianza es una variable psicológica que ingresó como un factor a estudiar dentro del rasgo personalidad, de a poco fue generando su lugar de manera independiente teniendo en cuenta la influencia y relevancia que tomó en el estudio de los factores psicológicos en el deporte (Dosil, 2008). Es fundamental comprender la importancia de porque estudiar la autoconfianza como una variable psicológica. “Si pensamos que no es posible realizar determinada tarea o desarrollar a la perfección determinada habilidad, seguro que no seremos capaces de hacerlo. De ahí deriva la enorme importancia de la autoconfianza en el deporte” (Vives y Garcés, 2002, p. 235). Dosil (2008) coincide con lo importante que es la autoconfianza y por eso afirma: “se hace necesario que los entrenadores y psicólogos del deporte sepan identificar los diferentes tipos de confianza, los evalúen y puedan intervenir” (p. 226).

Es claro que en el deporte y en la actividad física se deben entrenar habilidades específicas para poder mejorar ciertas destrezas. Incluso el entrenamiento debe ser aún más riguroso cuando se compite y la autoconfianza posee gran importancia en estos aspectos. “En el terreno deportivo no es suficiente que el deportista tenga capacidad para conseguir un buen rendimiento en su deporte, sino que además también ha de querer conseguirlo y creer que tiene capacidad para ello” (Balaguer, Palomares y Guzmán, 1994, p. 177). Los autores Vives y Garcés (2002) resaltan que la autoconfianza se debe trabajar en los entrenamientos ya que la cantidad de estos es siempre mayor que a las competiciones, por ende, es la mejor instancia para desarrollar la autoconfianza.

En cuanto a la definición de autoconfianza varios autores en el correr de finales del siglo XX y principios de este siglo han teorizado sobre una posible definición. Como se mencionó anteriormente, en sus principios la autoconfianza era percibida como un rasgo de la personalidad, parte importante de su separación como variable psicológica a la hora de la investigación es tener una definición específica del concepto (Dosil, 2008).

Resulta muy interesante lo que manifiestan Vives y Garcés (2006) sobre las distintas variables que inciden en la autoconfianza como concepto, lo cual permite que en ocasiones sea complejo comprenderla y definirla. Una cuestión a tener en cuenta sobre la autoconfianza como variable psicológica es la internalización o externalización de los factores influyentes, muchos autores han dedicado sus estudios a determinar si los niveles de autoconfianza son condicionados por influencias internas o externas (Vives y Garcés, 2006). Por supuesto que siendo extremistas y posicionándose en un polo dentro de esta dicotomía sobre condicionantes internos o externos una definición de autoconfianza podría ser rotundamente distinta y sesgada a lo que el concepto implica.

Una de las definiciones más aceptadas de autoconfianza para la PADF es la que brinda Dosil (2008): “se puede definir como el grado de certeza, de acuerdo con las experiencias pasadas, que tiene el deportista respecto a su habilidad para alcanzar el éxito en una determinada tarea” (p. 227). Analizando la definición se pueden desglosar tres grandes características que se interrelacionan, el grado de certeza como condición del sujeto, la influencia de experiencias pasadas y la habilidad para realizar una determinada tarea con éxito. Más adelante se profundizará sobre este desglose.

Vives y Garcés (2006) brindan una definición de autoconfianza: “podemos definir la autoconfianza como la convicción que una persona tiene de que puede llevar a cabo las habilidades necesarias (tanto físicas como mentales) para ejecutar con éxito la conducta requerida para producir un determinado resultado (p. 298). Lo destacable no es la definición en sí, ya que es muy similar a la que Dosil (2008) formuló. Lo interesante es el hilo de pensamiento que surge a partir de estas dos definiciones:

Desde nuestro punto de vista estas dos definiciones incluyen características que son necesarias, pero no suficientes: esta evaluación que se realiza sobre las propias habilidades impactará en la autoconfianza solamente en las situaciones en las que se requiere comprobar la “valía personal” del individuo y en aquellas situaciones en las que el compromiso que se posee con la tarea es tan importante que le hace desplegar el máximo esfuerzo en su consecución. (Vives y Garcés, 2006, p. 298)

En esta afirmación se puede denotar la complejidad de la autoconfianza como concepto, su definición permite un acercamiento y facilidad para ser estudiada. Más allá de su definición hay determinadas variables que se deben tener en cuenta a la hora de “indagar sobre la importancia, la influencia y el valor de la autoconfianza en el deporte” (Vives y Garcés, 2006, p. 299). Se destacarán algunos aspectos que deben ser tomados en cuenta según Vives y

Garcés (2006) y se relacionan con el desglose realizado anteriormente sobre la definición propuesta por Dosil (2008).

Se analizarán dos de estos aspectos, comenzando por: “desarrollo de aprendizajes y perfección de habilidades, gestos técnicos, etc.” (Vives y Garcés, 2006, p. 299). La autoconfianza como variable psicológica es clave para que el deportista logre ejecutar con éxito habilidades que practica en los entrenamientos regularmente pero también es esencial para que las habilidades y aprendizajes evolucionen y el atleta pueda llegar a su máximo potencial (Vives y Garcés, 2006). Este aspecto se encuentra estrechamente vinculado con las tres características desglosadas sobre la definición de Dosil (2008). Se puede percibir la incidencia de los entrenamientos y las experiencias pasadas en la autoconfianza y la mejora de las habilidades y aprendizajes como un impulsor de certeza para lograr con éxito una tarea específica.

El segundo aspecto es: “La autoconfianza como mediador, amortiguador y facilitador de beneficios paralelos” (Vives y Garcés, 2006, p. 300).

En la mayoría de las investigaciones se ha estudiado la relación de la autoconfianza con el rendimiento; si nos centramos únicamente en esta perspectiva estaremos despreciando el enorme papel que este constructo juega como mediador y amortiguador de problemas o barreras psicológicas en el ámbito deportivo, como la prevención y recuperación de lesiones, la prevención y el tratamiento de burnout, el estrés o la ansiedad, la toma acertada de decisiones o el afrontamiento adecuado de las competiciones. (Vives y Garcés, 2006, p. 300).

En este aspecto los autores resaltan varias características deportivas en las que la autoconfianza tomada como variable psicológica puede incidir y también deben ser estudiadas. Como afirman Bunker y Williams (1991): “Uno de los hallazgos más consistentes en la literatura sobre la ejecución deportiva es la correlación directa entre la autoconfianza y el éxito” (p. 343). Esto también se debe a que en la historia las investigaciones y estudios de campo han apuntado a la relación entre autoconfianza y rendimiento como variable psicológica vinculada al éxito, dejando de lado muchos aspectos que también son afectados por la autoconfianza. Para esta monografía resulta muy interesante la postura mencionada de Vives y Garcés (2006) sobre el interjuego entre la autoconfianza como variable psicológica y la prevención y recuperación de lesiones.

La autoconfianza como factor psicológico además de jugar un rol específico en el rendimiento y en la prevención e intervención de las lesiones genera beneficios para el deportista. Weinberg & Gould (2010) sostienen que algunos de los beneficios que poseen los deportistas con autoconfianza son la activación de emociones positivas, el deportista suele soportar mayor presión sin perder la calma. La autoconfianza facilita la concentración, el deportista logra poner el foco en las tareas que debe cumplir (Weinberg & Gould, 2010). La confianza afecta las metas, el deportista con confianza se plantea objetivos más desafiantes y su confianza le permite alcanzarlos (Weinberg & Gould, 2010). La confianza también aumenta el esfuerzo que dedica el deportista para conseguir sus objetivos (Weinberg & Gould, 2010).

Balaguer et al. (1994) sostiene que la autoconfianza por su influencia en el rendimiento deportivo es una de las variables psicológicas más estudiadas y también comparte que:

El nivel de confianza que los deportistas tienen en ellos mismos, sobre sus posibilidades de conseguir resolver diferentes situaciones de su deporte, afecta a los niveles motivacionales, al gasto energético, a las emociones y pensamientos positivos, a la habilidad de concentración, a la capacidad de lucha-esfuerzo, a la habilidad para manejar la presión, a la resistencia física, y a la probabilidad de lesionarse físicamente. (p. 178)

Una cuestión importante a tener en cuenta sobre la autoconfianza es su categorización, se puede clasificar en tres niveles: exceso de autoconfianza (mucha), nivel óptimo (nivel adecuado), baja autoconfianza (poca) (Balaguer et al., 1994; Weinberg & Gould, 2010). Cuando un deportista tiene exceso de autoconfianza cree que puede rendir por encima de sus habilidades, esto lo perjudica en su rendimiento ya que puede dejar de esforzarse en los entrenamientos, suele subestimar a los rivales, perder concentración y fallar en las tareas (Balaguer et al., 1994; Weinberg & Gould, 2010). Estos hechos pueden aumentar sus probabilidades de lesionarse, sobre todo la pérdida de concentración y el fallo en las tareas ya que podrían significar una mala ejecución y aumentar el riesgo de sufrir una lesión.

En la situación de que la autoconfianza esté en su nivel óptimo Balaguer et al. (1994) afirma que: "es cuando los deportistas establecen metas realistas, basándose en sus propias habilidades (p. 180). Por lo tanto, el deportista podrá seguir desarrollando sus habilidades y desempeñando un rendimiento acorde a sus capacidades, con metas realistas (Weinberg & Gould, 2010).

Por último, cuando el nivel de autoconfianza que posee un deportista es bajo, este tenderá a no esforzarse lo suficiente y desmotivarse al no poder realizar las tareas esperadas con éxito (Balaguer et al., 1994; Weinberg & Gould, 2010). Realizando malas ejecuciones y aumentando también su riesgo de lesionarse.

Ya que se profundizó sobre el concepto de autoconfianza, su origen, importancia y definición como variable psicológica en el contexto de la PADF. Se continuará con el desarrollo de los tres modelos teóricos que preponderan en el estudio y análisis de la autoconfianza: la Teoría de la autoeficacia de Bandura (1977), el Modelo conceptual de confianza en el deporte de Vealey (1986) y el Modelo de filtro cognitivo de Dosil (2008).

1.2 Teoría de la autoeficacia de Bandura (1977)

La autoeficacia es definida por Bandura (como se citó en Dosil, 2008) como “creencia de que uno puede dominar una situación y producir resultados positivos”. Para que se pueda comprender esta definición es importante acudir al origen de la teoría. El origen de la misma es una de sus características más importantes, ya que esta se desprende de una teoría general sobre el comportamiento humano (Vives y Garcés, 2006).

Esta teoría general sobre el comportamiento humano propuesta por Bandura (1977) está compuesta por tres factores fundamentales que son determinantes y están interrelacionados entre sí, factores personales (fundamentalmente cognitivos), factores ambientales y factores conductuales (Vives y Garcés, 2002). Por ende, la conducta, el comportamiento y funcionamiento humano se encuentra determinado por esta interrelación entre el medio ambiente, las cogniciones y los estados fisiológicos (Vives y Garcés, 2006).

Resulta necesario destacar que el pensamiento autorreferente posee una gran influencia dentro de esta teoría debido a que afecta al funcionamiento psicosocial, la motivación y por lo tanto la acción (Vives y Garcés, 2002). “Los juicios que tienen las personas sobre su capacidad para actuar a un nivel determinado en una tarea concreta influyen en su conducta (esfuerzo, persistencia, etc.), en sus patrones de pensamiento y en sus reacciones emocionales” (Balaguer et al., 1994, p. 186). Por esto lo que opine una persona de su habilidad para ejecutar una tarea específica con éxito, influirá en cómo se comportará (Vives y Garcés, 2002).

Es relevante para una buena comprensión del concepto de autoeficacia considerar esta característica brindada por Vives y Garcés (2002):

La teoría de la autoeficacia parte de la distinción conceptual entre dos tipos de expectativas: expectativas de eficacia o autoeficacia (<<creencia de que es capaz de ejecutar con éxito un determinado comportamiento requerido para obtener unos determinados resultados>>) y expectativas de resultados o acción-resultados (<<creencia de que un determinado comportamiento conducirá a unos resultados determinados>>). (p. 239)

Por ejemplo, una expectativa de eficacia sería que un jugador de fútbol creyera que en su primer partido internacional podrá tener un rendimiento superlativo y la expectativa de resultado podría ser a raíz de ese rendimiento lograr una transferencia a una liga o equipo de mayor nivel. Las dos variantes de expectativas actúan como impulsores y motivadores, ya que son previas a las acciones, por lo que guían a los comportamientos y pensamientos del deportista (Balaguer et al., 1994).

Un gran aporte de la teoría de la autoeficacia de Bandura (1977) es que considera que mediante determinadas fuentes de información se puede estimar y predecir la autoeficacia de un deportista (Dosil, 2008; Weinberg & Gould, 2010; Cox, 2009). Debido a que mediante este enfoque teórico se ubica al deportista como un ser activo, receptor de información constante, esta nueva información es quien le otorga al deportista la percepción de sus capacidades y cómo enfrenta las situaciones (Balaguer et al., 1994). Teniendo esto en cuenta se puede vislumbrar que las expectativas de eficacia del deportista son: “cogniciones actuales, específicas y cambiantes que se van formando a partir de las propias experiencias pasadas y que se proyectan hacia el futuro influyendo en el presente” (Balaguer et al., 1994, p. 190). Se profundiza sobre algunas de estas fuentes de información:

Logros de ejecución: como se mencionó anteriormente la autoconfianza es influida por experiencias del pasado. Esta es una de las fuentes de información que mayor influencia tienen en la autoeficacia, cuando los recuerdos del deportista son positivos, aumenta la autoeficacia, cuando estos son negativos, disminuye la misma (Dosil, 2008; Weinberg & Gould, 2010; Cox, 2009). Un factor determinante sobre el recuerdo es la dificultad de la tarea, si la percepción de esfuerzo fue mucho y el nivel de dificultad de la tarea era alto, será percibido como un logro, pero si fuese mucho esfuerzo para una tarea de baja complejidad, por más que se haya logrado cumplir puede no ser considerado como un recuerdo exitoso (Balaguer et al., 1994).

Observando la conducta realizada por las personas: Esta fuente de información no posee tanta influencia en la autoeficacia como los logros de ejecución. Pero debemos considerar que la mayoría de las conductas que aprende el ser humano son a través del modelado, es decir observando cómo ejecutan otros para luego tomar como referencia e implementar esas conductas (Balaguer et al., 1994). Si el deportista ve a algún compañero con habilidades del mismo nivel que él o similares, realizar determinada tarea con éxito, creará que él también tiene la destreza para realizar esa tarea (Vives y Garcés, 2006; Dosil, 2008; Weinberg & Gould, 2010; Cox, 2009).

Persuasión verbal: “Las técnicas de persuasión son ampliamente utilizadas por los profesores que intentan enseñar a sus discípulos, tanto sobre temas intelectuales como deportivos” (Balaguer et al., 1994, p. 192). Hay situaciones en el deporte en las que los atletas deben responder con cierto rendimiento esperado. Cuando esto no sucede tanto sus compañeros como el director técnico pueden recurrir a la persuasión verbal como fuente de información para aumentar la autoconfianza del deportista, siempre y cuando el diálogo sea factible sobre las capacidades del deportista para cumplir esos objetivos (Vives y Garcés, 2002; Dosil, 2008; Weinberg & Gould, 2010; Cox, 2009). Lo que sucede con la persuasión verbal es que suele ser de corta duración para aumentar los niveles de eficacia y la fuente debe provenir de una persona que sea figura en el deporte o que inspire, para lograr persuadir con éxito a los deportistas (Balaguer et al., 1994). Un claro ejemplo de esto son las charlas motivacionales que suelen contratar equipos en distintos deportes antes de finales o partidos determinantes, que suelen dar figuras importantes y ganadoras de ese deporte. Últimamente han surgido charlas motivacionales que brindan sobrevivientes de tragedias y a través de su experiencia motivan a los deportistas para enfrentar un evento crucial en sus carreras.

Estado emocional: La situación emocional por la que transcurre el atleta afecta a las expectativas de autoeficacia, la relación es directamente proporcional, cuando el deportista se encuentra en un estado emocional positivo (felicidad, tranquilidad, contento) suelen aumentar positivamente las expectativas y en estados emocionales negativos (ansiedad, enojo, depresión) difícilmente lo logren (Dosil, 2008; Weinberg & Gould, 2010; Cox, 2009).

Comprender estas fuentes de información, analizarlas y estudiarlas en los deportistas es lo que permitirá percibir las capacidades de los atletas en las distintas situaciones a las que se enfrenten (Vives y Garcés, 2006; Dosil, 2008; Weinberg & Gould, 2010; Cox, 2009).

1.3 Modelo conceptual de confianza en el deporte de Vealey (1986)

Este modelo conlleva una diferencia sustancial con el anterior ya que no es una teoría psicológica general que se aplica al deporte, Vealey (1986) lo creó dentro del enfoque y marco teórico de la PADF (Dosil, 2008).

Como afirman Vives y Garcés (2002):

Desde este modelo, específicamente creado para el ámbito deportivo, la confianza en el deporte queda definida por la misma Vealey (1986) como <<la creencia o el grado de certeza que los individuos poseen acerca de su habilidad para tener éxito en el deporte>>. (p. 241)

Es de gran relevancia esta definición de confianza brindada por Vealey (1986) ya que su modelo está compuesto por una estructura de dos tipos de confianza que se relacionan constantemente. La confianza rasgo que se define como “la creencia o grado de certeza que los individuos usualmente poseen sobre sus habilidades de obtener éxito en el deporte” (Dosil, 2008, p. 229). Es una parte de la confianza que viene con el deportista (es un rasgo de la persona) de manera determinada que suele ser estática en líneas generales. La confianza estado se define como “la creencia o grado de certeza que los individuos en un momento particular poseen sobre sus habilidades de obtener éxito en el deporte” (Dosil, 2008, p. 229). Esta parte de la confianza es un estado, que varía por momentos, situaciones, desde enfrentarse a tareas específicas del atleta en entrenamientos, a factores extra deportivos.

En esta estructura del modelo conceptual de confianza en el deporte, existe un tercer elemento que por más que no sea de igual importancia que la confianza rasgo y la confianza estado, es necesario porque influye en el interjuego de la estructura (Vives y Garcés, 2006; Cox, 2009). Este elemento se denomina orientación competitiva “las metas sobre las que se basa la orientación competitiva fueron clasificadas por Vealey en dos vertientes: ganar y actuar bien, porque se considera, de acuerdo con Nicholls, que el éxito significa diferentes cosas para diferentes individuos” (Vives y Garcés, 2002, p. 242).

En el interjuego que se da entre estas tres variables, la autoconfianza estado se regula según la interacción entre la autoconfianza rasgo y la orientación competitiva (Vives y Garcés, 2002; Cox, 2009). De esta manera la relación entre lo que el deportista considere como éxito y su autoconfianza rasgo, serán el termómetro que medirá las situaciones específicas a las que se enfrenta el deportista y como éste las percibe, determinando de esta manera la

autoconfianza estado (Vives y Garcés, 2002). Por lo tanto, la autoconfianza rasgo y la orientación competitiva actúan como predictores del nivel de autoconfianza estado (Balaguer et al., 1994).

Según Vives y Garcés (2006): “Se hipotetiza que la autoconfianza estado estará positivamente relacionada con la autoconfianza rasgo y la orientación hacia la ejecución y negativamente relacionada con la orientación hacia los resultados (p. 304). Por lo tanto, se puede notar la preponderancia de la autoconfianza estado como impulsor de los comportamientos y las decisiones que tome el deportista, aunque la misma está condicionada por los otros dos elementos y por la subjetividad del deportista en cuanto al éxito que haya obtenido (Vives y Garcés, 2002; Cox, 2009).

Una característica diferencial que destaca Balaguer et al. (1994) sobre el modelo es: “Este modelo nos ofrece una operacionalización parsimoniosa de la autoconfianza en situaciones deportivas. Según Vealey, tanto el modelo como sus instrumentos nos permiten obtener una predicción consistente de las conductas a través de diferentes situaciones deportivas” (p. 182).

1.4 Modelo de filtro cognitivo de Dosil (2008)

Este modelo propuesto por Dosil (2008): “se basa en que todas las personas poseen una especie de <<filtro>> o barrera cognitiva, que deben superar las fuentes de información a las que se ha aludido” (p. 230). Por lo tanto, un deportista con un filtro inadecuado o menos entrenado se verá influido negativamente por las fuentes de información y un deportista con un filtro adecuado o que goce de un mejor entrenamiento de su autoconfianza será capaz de no ser afectado negativamente por las fuentes de información (Vives y Garcés, 2006).

En este modelo las influencias externas deben pasar por el filtro, el mismo estímulo, pero proveniente de diferentes personas tendrá mayor o menor incidencia. Por ejemplo: cuando a un deportista los espectadores lo critican, no debería afectar demasiado como para perjudicar su ejecución ya que suelen estar expuestos a esa influencia, pero en el caso de que un compañero de equipo o el mismo entrenador sea quien recrimine al deportista hay mayores posibilidades de que perjudique su autoconfianza (Dosil, 2008).

Los deportistas que poseen niveles de autoconfianza óptimos o un filtro entrenado se verán menos afectados ya que tienen claro que en el mundo de los deportes, los entrenamientos y la mejora continua son imprescindibles para trabajar la confianza (Balaguer et al., 1994).

Resulta evidente que ya desde la base de este modelo se nota una gran diferencia frente a los dos modelos presentados anteriormente. Debido a que en el modelo de Dosil (2008) el deportista posee mayor importancia en cuanto al control de su confianza y la habilidad para entrenar y cuidar su filtro (Vives y Garcés, 2006).

Balaguer et al. (1994) sostiene: “Con ello queremos decir que dos deportistas que hayan tenido los mismos resultados deportivos no tendrán necesariamente el mismo nivel de confianza en su deporte, sino que este dependerá de la interpretación que hayan realizado de los mismos” (p. 178). El punto de vista del deportista sobre los resultados determinará el nivel de autoconfianza y no solamente el resultado en sí.

Para culminar su modelo Dosil (2008) afirma: “En investigaciones futuras, se deberá profundizar en el uso personal del <<filtro>> y en la elaboración de instrumentos para medir cuando este es adecuado e inadecuado” (p. 231).

Lesiones en el deporte

Realizar deporte y actividad física posee muchos beneficios para la salud, tanto para el cuerpo como para la mente, se han realizado incontables estudios sobre los beneficios específicos que brinda cada deporte o entrenamientos como natación, pilates, etc. De todas formas, al practicar un deporte y hacer ejercicio siempre se corre el riesgo de tener dolores, molestias y sufrir una lesión.

Cada vez son más las personas que practican deportes y realizan actividades físicas por salud o pasatiempo, también la edad promedio de estas personas ha aumentado considerablemente lo que ha significado un incremento en el número de lesiones deportivas (Palmi y Solé, 2014). Por otro lado, el deporte de alta competición conlleva exigencias y entrenamientos extremos que fuerzan las capacidades de los atletas para obtener los mejores resultados y como consecuencia natural del sobreentrenamiento surgen las lesiones (Dosil, 2008). Palmi y Solé (2014) indicaron que aproximadamente el 40% de los deportistas sufren una lesión menor o mayor en el correr de la temporada.

Llevar a las personas al límite tanto en los entrenamientos como en las competiciones aumentará la vulnerabilidad a lesionarse ya que, como menciona Dosil (2008):

“las exigencias del rendimiento deportivo son, en la mayoría de las modalidades, contrarias a los principios de salud física del individuo. Realizar entrenamientos con cargas excesivas, querer conseguir en poco tiempo unos grandes resultados, poco descanso muscular, la falta de preparación psicológica, etc. son factores que determinan las numerosas lesiones que se producen en el deporte de competición”.
(p. 452)

En cuanto a la preparación psicológica hoy en día no caben dudas de que hay ciertos factores psicológicos que como variables pueden jugar un rol de incidencia en la probabilidad de que un deportista se lesione (Olmedilla y De la Vega, 2005). El estudio del vínculo entre las variables psicológicas del deportista y las lesiones se remonta a la década de los setenta (Olmedilla et al., 2011). En esa década y la siguiente la mayoría de las investigaciones indagaban sobre la relación entre la personalidad y la tendencia a lesionarse, pero los resultados no fueron los esperados (Palmi y Solé, 2014) así como ocurrió con la relación entre personalidad y alta o baja autoconfianza (mencionado en el capítulo anterior).

En 1988 ocurrió un hito para la PADF y más específicamente para el sector que estudia las lesiones desde este paradigma, ya que como afirman Olmedilla y De la Vega (2005): “La publicación, en 1988, del artículo de Andersen y Williams, A model of stress and athletic injury: Prediction and prevention, supone un salto cualitativo en la investigación posterior.” (p. 201). Este modelo vincula la lesión y el estrés como variable psicológica principal de incidencia en la posibilidad de lesionarse, más adelante se profundiza sobre este modelo teórico.

Según la investigación realizada por Olmedilla et al., (2011) del 2000 al 2009 el 8,42% de las investigaciones publicadas son sobre el vínculo entre la predisposición a lesionarse y los factores psicológicos. Uno de los motivos por los cuales puede ser que este porcentaje sea bajo es que desde la revisión realizada por los mismos Williams & Andersen en 1998 sobre su modelo propuesto en 1988 no han surgido grandes variantes y por la dificultad para recoger datos (Palmi y Solé, 2014).

Otro resultado muy interesante que arrojó la investigación de Olmedilla et al (2011) es sobre cuáles son los factores psicológicos que más se investigaron del 2000 al 2009, siendo el primero de ellos los recursos de afrontamiento (18,94%), se profundiza sobre esta variable más adelante en este capítulo y en tercer lugar (como se mencionó en la introducción) el factor más estudiado es la autoconfianza (8,07%) variable sobre la cual se desarrolló en el primer capítulo.

Estas variables psicológicas mencionadas recientemente se encuentran dentro de los factores internos del deportista (médicos, fisiológicos y psicológicos) y por otro lado se encuentran los factores externos al deportista (conducta de los otros y factores deportivos). Esta división de factores (internos y externos) relacionados con la probabilidad de lesionarse fue propuesta por varios autores (Olmedilla y González, 2002; Olmedilla y De La Vega, 2005; Palmi y Solé, 2014; Palmi, 2001).

Sobre los factores externos del deportista Jaritonoff (1994) afirma que “En sí todo deportista no está exento del riesgo de producirse una lesión, ya sea por exceso de entrenamiento, por estrés, por no tomar ciertas medidas de seguridad o por falta de atención a su indumentaria” (p. 150). En esta afirmación se puede ver la similitud con el planteo de Dosil (2008) mencionado anteriormente sobre las distintas variables que pueden incidir para que un deportista se lesione. En este caso se resalta la afirmación sobre la indumentaria y las medidas de seguridad como factor externo al deportista, las instalaciones donde practica y la superficie donde compite, pueden aumentar las probabilidades de lesionarse. El ejemplo que brinda Jaritonoff (1994) para argumentar esta afirmación es en el básquetbol, deporte en el

cual la lesión más común es el esguince de tobillo, si el basquetbolista se aplica vendaje y utiliza el calzado correcto puede reducir hasta en un 70 a 80% la probabilidad de lesionarse. Este es un claro ejemplo de factores externos al deportista ya que es un factor deportivo particular del básquetbol como deporte.

2.1 Sobreentrenamiento

El síndrome de sobreentrenamiento para Palmi (2001) es un factor interno porque es principalmente psicológico-físico, pero posee una parte que es externa al deportista: la exigencia y expectativas del entrenador, el exceso de cargas en los ejercicios y la repetición de los mismos. El estado de sobreentrenamiento se puede asociar con la famosa concepción e idea de siempre dar el 110%, término y filosofía muy utilizada en el deporte cuando el cuerpo técnico, los compañeros y el atleta mismo se mentalizan que, para lograr los objetivos competitivos deben brindar siempre el 110% de su energía, esfuerzo y atención.

Como afirman Rotella y Heyman (1991):

A los atletas se les ha enseñado sistemáticamente, que la inflexibilidad mental y el dar el 110% de todo su tiempo, son necesarios para su éxito en el deporte. Aunque la inflexibilidad mental y el dar lo mejor de uno mismo son importantes para el éxito, debemos tener en cuenta que ambos aspectos llevados al extremo, pueden desembocar en lesión y fracaso. (p. 501)

La presión que puede sentir un atleta de su entrenador, de sus pares e incluso de sí mismo podrían fomentar un exceso de exigencia en los entrenamientos y permitir un estado de sobreentrenamiento en el cual aumentarán significativamente sus posibilidades de lesionarse (Palmi, 2001).

2.2 Clasificación de las lesiones

En el momento en que el atleta sufre la lesión es importante que haya protocolos establecidos para realizar una intervención, tratamiento y recuperación eficaz de la lesión (Dosil, 2008). Los autores Bernal et al (2018) realizaron una división entre dos clases de lesiones, las lesiones agudas y las lesiones crónicas. Las lesiones agudas son aquellas que aparecen de repente, como puede ocurrir con un esguince o una fractura de hueso (Bernal et al., 2018). Las lesiones crónicas como indica su nomenclatura representan a lesiones que perduran

durante un tiempo, también se las puede clasificar como lesiones que surgen del desgaste, por ejemplo, la tendinitis o fracturas por estrés (Bernal et al., 2018).

Otra forma de clasificar a las lesiones es según la gravedad de las mismas como lo hizo Palmi (2001). Esta clasificación consta de cinco grados de gravedad de la lesión y se toma en cuenta para determinar esto, las consecuencias funcionales del atleta y cómo se verá afectado en su día a día (Palmi, 2001).

Los cinco tipos de lesiones son: leves, moderadas, graves, incapacidad deportiva e incapacidad funcional (Palmi, 2001). Las lesiones leves son aquellas que permiten que el deportista continúe entrenando y participando en las competiciones ya que no necesitan tratamiento, puede ser un golpe o una molestia (Palmi, 2001). Luego se encuentran las lesiones moderadas, las cuales sí pueden generar que el atleta no forme parte de los entrenamientos debido a las molestias e incomodidades y afectan negativamente el rendimiento (Palmi, 2001). Las lesiones catalogadas como graves suelen poseer un periodo respetable de tiempo en el cual la lesión está presente, generalmente existe un pasaje por el hospital y en algunos casos ser operadas (Palmi, 2001).

Por último, las siguientes dos categorías implican como consecuencia de la lesión cierta incapacidad para el atleta. Las lesiones que conllevan una incapacidad deportiva comprenden un periodo de tiempo extenso e incluso podrían indicar un retiro anticipado del deportista ya que posiblemente impida que vuelva a su nivel de rendimiento deportivo previo a la lesión (Palmi, 2001). Las lesiones de incapacidad funcional como su nomenclatura lo explicita van más allá de lo que es una lesión deportiva, son invalidantes y tienden a significar un cambio permanente en la vida del atleta afectando principalmente el área motora (Palmi, 2001).

2.3 Modelos teóricos

Se abordarán cuatro modelos teóricos para comprender la relación entre los factores psicológicos y las lesiones en el deporte. Estos mismos son el modelo de estrés y lesión de Andersen & Williams (1988) (mencionado anteriormente por su importancia), el modelo centrado en las reacciones emocionales del deportista (Heil, 1993; Brewer, 1994), el modelo integrado de la respuesta psicológica a la lesión y al proceso de rehabilitación de Wiese-Bjornstal, Smith, Shaffer & Morrey (1998) y el más reciente el modelo global psicológico de las lesiones deportivas de Olmedilla y Garcia-Mas (2009).

Antes de que se comience con el análisis de estos modelos mencionados es relevante tener en cuenta esta idea aportada por Olmedilla et al. (2006):

Desde el ámbito científico de la Psicología del Deporte se sabe que los factores psicológicos tienen un peso específico (no el mayor, ni quizás el principal) en el hecho de que las lesiones ocurran; qué factores y qué importancia son dos aspectos estudiados por los investigadores para ayudar a comprender mejor la lesión deportiva y por tanto, posibilitar la puesta en marcha de acciones que, de una forma u otra, ayuden a prevenir la lesión: o, al menos, a minimizar aquellos aspectos que incrementan la posibilidad de lesionarse del deportista. (p. 497)

Teniendo estas líneas de investigación en cuenta, como cuales son los factores psicológicos que tienen mayor peso en la probabilidad de lesionarse o simplemente cuales aumentan o disminuyen esa probabilidad. Se continuará con el análisis de los modelos teóricos.

2.3.1 El modelo de estrés y lesión (Andersen & Williams, 1988)

Como se mencionó anteriormente este modelo fue un antes y un después en la historia de la PADF, el estudio de las lesiones y su vínculo con los factores psicológicos (Olmedilla y De la Vega, 2005). Palmi (2014) también concuerda con esta idea y complementa que: “la relación entre psicología y lesión deportiva comienza a tomar importancia como objeto de estudio a partir de la publicación del modelo sobre estrés y lesiones de Andersen & Williams (1988)” (p. 23).

Este modelo representa un cambio de perspectiva debido a que:

Los autores proponen un modelo teórico en el que relacionan de un modo comprensivo el estrés y la lesión, insertando los déficits atencionales y el aumento de la tensión muscular, como factores explicativos del proceso de la relación entre el estrés y la lesión. (Olmedilla y de la Vega, 2005, p. 201)

La hipótesis que sustenta este modelo teórico de estrés y lesión es que la personalidad del deportista, su historial de factores de estrés y sus recursos de afrontamiento serán las variables incidentes que tomará la evaluación cognitiva del deportista para determinar el grado de estrés que le genere una situación potencialmente estresante (Olmedilla et al., 2006; Olmedilla y de la Vega, 2005). Según cómo interprete el atleta esta situación potencialmente estresante podrán aumentar sus alteraciones fisiológicas y atencionales, lo que

proporcionalmente permitirá un aumento de probabilidades a sufrir una lesión (Dosil, 2008). Este aumento de las alteraciones fisiológicas y atencionales, representa la relación bidireccional con la evaluación cognitiva que realiza el deportista e indica su propensión a lesionarse (Olmedilla et al., 2006). El modelo incluye dos líneas de investigación para explicar la tendencia a lesionarse debido al estrés generado, estas son la teoría de los déficits atencionales y la teoría del aumento de la tensión muscular (Olmedilla y de la Vega, 2005).

La teoría de los déficits atencionales argumenta que cuando el factor potencialmente estresante es visto por el deportista como estresante se efectúa una respuesta de pérdida de foco atencional, permitiendo un estado de desconcentración del deportista que puede llegar a tomar decisiones erradas en sus actos o ignorar información que prevenga una posible lesión (Olmedilla et al., 2006).

La teoría del aumento de la tensión muscular, sugiere que cuando el factor potencialmente estresante es visto por el deportista como estresante (ocurre lo mismo que en el caso anterior) la respuesta fisiológica puede reflejarse en movimientos y ejecuciones no deseadas por el atleta debido a la tensión de los músculos y la pérdida de flexibilidad (Olmedilla y de la Vega, 2005).

Se definirán los factores psicológicos (personalidad, historial de factores de estrés y recursos de afrontamiento) mencionados por Andersen & Williams (1988) para una mejor comprensión del modelo:

La personalidad engloba a las características psicológicas que componen a la persona y la hacen única, como la respuesta que pueden tener ante distintas situaciones estresantes que suelen darse en el deporte siendo más o menos eficaz para cada deportista (Palmi, 2001).

El historial de factores de estrés se refiere a eventos o episodios de estrés de la vida privada del atleta y lesiones anteriores, que pueden influir en la respuesta de estrés del atleta hacia las lesiones (Cox, 2009).

Los recursos de afrontamiento o recursos adaptativos, los deportistas están compuestos por varios recursos de afrontamiento como por ejemplo la conducta de afrontamiento y la contención social (Cox, 2009). La conducta de afrontamiento significa la capacidad que tiene un deportista de afrontar una situación de estrés y cómo a raíz de esta conducta puede una situación potencialmente estresante, no llegar a ser lo suficientemente estresante como para aumentar el riesgo de lesión (Palmi, 2001; Cox, 2009). La contención social es otro recurso

de afrontamiento muy importante, ya que significa el soporte que brinda la familia, amigos, compañeros y el club, acompañando y ayudando al deportista a enfrentar situaciones estresantes, permitiendo una reducción del estrés cotidiano (Cox, 2009).

Como se mencionó anteriormente los recursos de afrontamiento son el factor psicológico que más se estudió (18,94% de las investigaciones) del 2000 al 2009 en relación a las lesiones deportivas (Olmedilla et al, 2011). Es importante tener esto en cuenta ya que Cox (2009) afirma que: “En numerosos trabajos de investigación quedó demostrado que existe una relación entre las conductas generales de afrontamiento bien desarrolladas y la menor incidencia de traumatismos deportivos” (p. 447).

El modelo de estrés y lesión (Andersen & Williams, 1988) no solo cambió el paradigma desde un punto de vista teórico, sino que también generó un nuevo marco en la intervención y prevención de las lesiones en el deporte, trabajando en el desarrollo de los factores psicológicos que influyen en la posibilidad de lesionarse para prevenir traumatismos (Olmedilla et al., 2006).

En 1998 Williams & Andersen realizaron una revisión del modelo donde modificaron la premisa de la relación unidireccional que existía entre los factores psicológicos (personalidad, historial de factores de estrés y recursos de afrontamiento) y la respuesta de estrés que aumenta las probabilidades de lesionarse del deportista, argumentando que esta relación es interaccional, la relación entre los componentes o el efecto por sí solo de uno de ellos genera la respuesta de estrés (Olmedilla y de la Vega, 2005).

2.3.2 Los modelos centrados en las reacciones emocionales del deportista (Heil, 1993; Brewer, 1994)

En varias ocasiones cuando se comenzó a estudiar la psicología de las lesiones, los psicólogos notaron cierta coincidencia entre la reacción de un atleta a la lesión y la reacción de una persona hacia una posible muerte (Weinberg & Gould, 2010). Se delimitaron 5 tipos de reacciones emocionales por las cuales puede transitar el deportista (Weinberg & Gould, 2010; Olmedilla et al., 2006; de Diego y Sagredo, 1992):

1. Negación: El deportista tiende a negar o minimizar la lesión quitándole importancia al acontecimiento y las consecuencias que puedan devenir (Olmedilla et al., 2006; de Diego y Sagredo, 1992; Olmedilla y González, 2002).

2. Enfado: El deportista se irrita fácilmente consigo mismo y con los demás ocupando su mente con pensamientos negativos que no le permiten aceptar la realidad (Olmedilla et al., 2006; de Diego y Sagredo, 1992; Olmedilla y González, 2002).
3. Negociación: El deportista comienza a ser más razonable sobre su recuperación pensando en qué forma podrá colaborar para lograr retornar a los entrenamientos, pero también puede aislarse y retomar pensamientos negativos o momentos de ira (Olmedilla et al., 2006; de Diego y Sagredo, 1992; Olmedilla y González, 2002).
4. Depresión: En esta fase el deportista potencia sus pensamientos negativos y de ira, dudando sobre su capacidad de volver a rendir como antes lo que puede conducir a fuertes estados depresivos (Olmedilla et al., 2006; Diego y Sagredo, 1992; Olmedilla y González, 2002).
5. Aceptación y reorganización: esta última fase consiste en la responsabilidad que toma el deportista en cuanto a la lesión y resulta esencial para una rehabilitación exitosa, tanto física como mental permitiendo el retorno a los entrenamientos y las competiciones (Olmedilla et al., 2006; de Diego y Sagredo, 1992; Olmedilla y González, 2002).

Es fundamental tener en cuenta que este no es un proceso por el cual los deportistas transitan de fase en fase, ni siquiera deben vivenciar todas estas reacciones emocionales o en ese orden estipulado, sino que son posibles estados que pueden transitar en distintos momentos (Weinberg & Gould, 2010; Olmedilla et al., 2006; de Diego y Sagredo, 1992). “El tipo y la gravedad de la lesión son dos aspectos que van a determinar las reacciones emocionales del sujeto” (Olmedilla et al., 2006, p. 498).

Olmedilla et al (2006) consideran que la Teoría Cíclica Afectiva (Heil, 1993) y la Teoría de la Valoración Cognitiva Brewer (1994) se encuentran dentro de los modelos centrados en las reacciones emocionales del deportista.

La Teoría Cíclica Afectiva (Heil, 1993) afirma que ante una lesión el deportista presenta tres respuestas emocionales, angustia, negación y enfrentamiento. La angustia representa el shock emocional y negativo frente al suceso de la lesión, está cargada de sentimientos de rabia y culpa (Dosil, 2008). La negación indica el no aceptar la lesión ocurrida por parte del deportista, lo cual genera un efecto ambivalente porque posibilita una disminución de la ansiedad, pero a largo plazo no permitirá que las emociones fluyan y será un impedimento

para la rehabilitación (Dosil, 2008; Olmedilla et al., 2006). El enfrentamiento es la fase en la que el deportista acepta la lesión y comienza a mentalizarse para colaborar en la recuperación y lograr realizar la misma con éxito (Dosil, 2008; Olmedilla et al., 2006).

Por último, sobre esta teoría es relevante mencionar que durante el proceso de rehabilitación ciertos factores situacionales o ambientales pueden generar un retroceso emocional a etapas como la de angustia o negación (Dosil, 2008).

La Teoría de la Valoración Cognitiva (Brewer, 1994) sostiene que la reacción emocional del deportista ante la lesión se verá a través de los factores de personalidad y cómo estos determinan su conducta influyendo en la valoración cognitiva del mismo (Olmedilla et al., 2006). Dosil (2008) brinda un ejemplo de estos factores de la personalidad y su influencia: “por ejemplo, los deportistas que tienen una mayor autoestima suelen realizar una valoración más positiva que las personas con baja autoestima” (p. 454). Según Olmedilla et al. (2006) lograr que el deportista controle las variables que influyen en las reacciones emocionales permitirá una mejor respuesta hacia la rehabilitación, esto se puede desarrollar mediante intervenciones psicológicas.

2.3.3 El modelo integral de la respuesta psicológica a la lesión y al proceso de rehabilitación (Wiese-Bjornstal, Smith, Shaffer & Morrey, 1998)

Este modelo como lo explicita su nombre busca un abordaje integral de las lesiones en los deportistas y como trabajar en la rehabilitación tomando en cuenta los aportes del modelo de estrés y lesión (Andersen & Williams, 1988) y los factores posteriores a las lesiones (Wiese-Bjornstal, Smith y LaMott, 1995) que también inciden en la respuesta psicológica del deportista (Cox, 2009; Dosil, 2008; Olmedilla et al., 2006; Olmedilla y de la Vega, 2005).

La novedad de este modelo es el constante interjuego que propone entre los factores personales como, historial de lesiones, los factores psicológicos, demográficos y físicos y los factores situacionales como, tipo de deporte, nivel de competición, momento de la temporada, influencia de los compañeros de equipo y acceso a la rehabilitación (Wiese-Bjornstal et al., 1998; Cox, 2009; Dosil, 2008; Olmedilla et al., 2006; Olmedilla y de la Vega, 2005). Resultan consecuencia de este interjuego entre los factores personales y situacionales; la valoración cognitiva (habilidades de afrontamiento, sentido de pérdida o alivio), la respuesta emocional (miedo, frustración, dolor) y la respuesta conductual (adherencia a la rehabilitación, uso de apoyo social), estos son los tres principales componentes del modelo y también se interrelacionan entre sí generando la respuesta psicológica del deportista a la lesión y al

proceso de rehabilitación (Wiese-Bjornstal et al., 1998; Cox, 2009; Dosil, 2008; Olmedilla et al., 2006; Olmedilla y de la Vega, 2005).

2.3.4 El modelo global psicológico de las lesiones deportivas (Olmedilla y García-Mas 2009)

Este modelo fue teorizado por Olmedilla y Garcia-Mas (2009) debido a que por más que el estudio de la relación de las variables psicológicas y las lesiones en el deporte lleva años de desarrollo, investigación y varias teorías definidas, continúa persistiendo un gran problema de dispersión de datos y marcos teóricos (Olmedilla y Garcia-Mas 2009). Por esto mismo Olmedilla y Garcia-Mas (2009) afirman que: “se ha considerado la necesidad de definir un modelo global psicológico de lesiones deportivas, que sea comprensivo, multi-conceptual, predictivo y demostrable empírica y/o experimentalmente” (p. 77).

Para lograr un modelo global psicológico de las lesiones deportivas los autores definen tres ejes que componen al modelo: el eje causal, el eje temporal y el eje conceptual (Olmedilla y Garcia-Mas 2009). Los cuales permitirán un enfoque metodológico apropiado para el estudio e intervención de las lesiones en el deporte, se profundiza sobre ellos a continuación:

El eje causal: consta de las variables psicológicas que existen y son tomadas como antecedentes de la lesión, es decir pueden influir en la probabilidad de que el deportista se lesione (Olmedilla y Garcia-Mas, 2009). Hay varias líneas de investigación que comparten el mismo foco y fueron mencionadas anteriormente en este capítulo: el modelo de estrés y lesión (Andersen & Williams, 1988) y el modelo integral de la respuesta psicológica a la lesión y al proceso de rehabilitación (Wiese-Bjornstal et al., 1998). Es importante destacar que el eje causal también considera los efectos psicológicos que surgirán durante y a partir de la lesión deportiva que también deberán ser estudiados (Olmedilla y Garcia-Mas 2009).

El eje temporal: está subdividido en tres etapas diferenciadas por Olmedilla y Garcia-Mas (2009): “anteriores a la LD, presentes durante el tiempo de vigencia de la LD y presentes después de la curación médica-morfológica-entrenamiento de la LD” (p. 80) (por “LD” los autores se refieren a lesiones deportivas). En este eje se clasifican a las variables psicológicas que hayan incidido y según su grado de incidencia en cualquiera de los tres momentos que se mencionaron recientemente, ya sea que surgen o se estudian en ese momento (Olmedilla y Garcia-Mas, 2009). Lo que suele ocurrir con las variables psicológicas es que es difícil determinar cuándo comienza y cuando termina su influencia, como es solo

un antecedente de la lesión y deja de influir una vez que el deportista se lesiona (Olmedilla y Garcia-Mas, 2009).

El eje conceptual: a diferencia de los dos ejes anteriores, no posee un esquema lineal, sino que es similar al de nuestro sistema solar, siendo la lesión deportiva el sol (núcleo del sistema solar) y las variables psicológicas orbitan en torno a ella, interaccionando entre sí también (Olmedilla y Garcia-Mas, 2009). En este eje se permite el estudio de las relaciones entre las variables psicológicas con la lesión deportiva y de las variables psicológicas entre sí, más allá del momento de la lesión (Olmedilla y Garcia-Mas, 2009).

Al superponer los tres ejes en un esquema podemos comprender mejor el modelo global psicológico de las lesiones deportivas de Olmedilla y Garcia-Mas (2009) y su búsqueda de unificar las investigaciones realizadas en un modelo global y apropiado para el estudio e intervención de las lesiones deportivas desde la psicología del deporte.

Por último, Olmedilla y Garcia-Mas (2009) consideran importante resaltar:

...que la utilización de modelos globales y comprensivos de este tipo permite la obtención de una visión más amplia del campo; detectar sus carencias; diferenciar investigación y aplicación; y permitir que el análisis de los resultados de las investigaciones posea la mayor capacidad teórica posible. (p. 85)

2.4 Intervención psicológica en las lesiones deportivas

Las intervenciones psicológicas en las lesiones deportivas es un campo que históricamente fue abordado por médicos y fisioterapeutas, pero en los últimos años la importancia de los factores psicológicos ha permitido que se aborde el tema multidisciplinariamente, tomando en cuenta los aportes de la psicología del deporte y la psicología de la salud (Dosil, 2008; Olmedilla et al., 2006; de Diego y Sagredo, 1992; Olmedilla y de la Vega, 2005).

La PADF puede colaborar en la intervención de las lesiones desde dos etapas muy marcadas, la prevención (antes de que ocurra la lesión deportiva) y la intervención directa (una vez que ocurrió la lesión deportiva) que incluye el proceso de rehabilitación (Dosil, 2008; Olmedilla et al., 2006; Olmedilla y Gonzalez, 2002; Olmedilla y de la Vega, 2005; Palmi, 2001; Palmi y Solé, 2014).

2.4.1 Prevención

La intervención psicológica preventiva implica el trabajo con los deportistas en aquellos factores psicológicos que pueden influir en la probabilidad de lesionarse. Según Olmedilla et al. (2006) la mayoría de estos estudios se han realizado desde el modelo de estrés y lesión teorizado por Andersen & Williams (1988) ya que permite realizar una intervención estructurada en aquellas variables psicológicas que incidirán en los deportistas. Poder evaluar los niveles de ciertas variables psicológicas como los recursos de afrontamiento, la autoconfianza y el estrés resulta esencial para poder generar la capacidad de que los deportistas entrenen y fortalezcan estos factores psicológicos permitiendo el desarrollo de las intervenciones psicológicas preventivas como método aplicado (Dosil, 2008; Olmedilla y Gonzalez, 2002; Olmedilla et al., 2006; Palmi, 2001; Palmi y Solé, 2014; Olmedilla y de la Vega, 2005) disminuyendo así las probabilidades de lesión de los deportistas.

Más allá de que aun en la actualidad no existen programas o guías detalladas sobre intervenciones preventivas (Olmedilla y Gonzalez, 2002; Olmedilla y de la Vega, 2005), Palmi (2001) describió tres factores principales que deben ser considerados de riesgo: factores médico-fisiológicos, factores psicológicos y factores deportivos.

Los factores médico-fisiológicos son los componentes innatos y fisiológicos del deportista que podrán contener una predisposición a la lesión (Olmedilla y Gonzalez, 2002). Para estos factores debe ser el equipo médico quien analice al deportista (Palmi, 2001). Los factores psicológicos son los que se han profundizado a lo largo de este trabajo como los recursos de afrontamiento, evaluar y conocer los recursos del deportista permitirá trabajar en el desarrollo de los mismos para situaciones estresantes que aumenten la probabilidad de sufrir una lesión (Palmi, 2001). Los factores deportivos significan situaciones características del deporte, como el sobreentrenamiento y la ansiedad competitiva (Olmedilla y Gonzalez, 2002; Palmi, 2001).

Además de estos tres factores a tener en cuenta, Palmi (2001) menciona cuatro componentes que son necesarios a la hora de realizar un programa de intervención para la prevención de lesiones en el deporte (Dosil, 2008; Olmedilla y Gonzalez, 2002; Olmedilla et al., 2006).

El primer componente es mejorar la formación específica y representa el brindar información y educación a los atletas sobre los factores de riesgo a lesionarse (mencionados recientemente), buenos hábitos para el entrenamiento deportivo y la importancia de la preparación física para la competición (Dosil, 2008; Olmedilla y Gonzalez, 2002; Palmi, 2001; Olmedilla et al. 2006; Olmedilla y de la Vega, 2005; Palmi y Solé, 2014).

El segundo componente es entrenar los recursos psicológicos mediante la evaluación y entrenamiento de los mismos permitiendo que el atleta mediante técnicas psicológicas desarrolle sus recursos adaptativos y así reduzca las probabilidades de lesionarse (Dosil, 2008; Olmedilla y Gonzalez, 2002; Palmi, 2001; Olmedilla et al. 2006; Olmedilla y de la Vega, 2005; Palmi y Solé, 2014).

El tercer componente es la planificación de los entrenamientos y la competición con objetivos reales lo que significa que el cuerpo técnico esté atento a la individualización de los entrenamientos y que estos no se conviertan monótonos, principalmente para evitar situaciones de síndrome de sobreentrenamiento en los deportistas (Dosil, 2008; Olmedilla y Gonzalez, 2002; Palmi, 2001; Olmedilla et al. 2006; Olmedilla y de la Vega, 2005; Palmi y Solé, 2014).

El cuarto componente es la mejora de los recursos técnicos ya que el simple hecho de entrenar la ejecución correcta y la mentalización adecuada para lograr las habilidades necesarias y competir permitirá disminuir el riesgo de lesionarse para los atletas (Dosil, 2008; Olmedilla y Gonzalez, 2002; Palmi, 2001; Olmedilla et al. 2006; Olmedilla y de la Vega, 2005; Palmi y Solé, 2014).

Por último, es importante destacar que el trabajo de las intervenciones preventivas para las lesiones deportivas debe mantener un sólido enfoque educacional y multidisciplinar (Olmedilla y de la Vega, 2005; Palmi, 2001).

2.4.2 Intervención poslesión

En el momento que sucede la lesión es importante poder comprender la situación de incertidumbre y ansiedad que puede sentir el deportista ya que como afirman de Diego y Sagredo (1992): "Para un deportista lesionado, la lesión supone la pérdida de algo muy relacionado con el mismo: su posibilidad de participación en lo que está desarrollando, que es una actividad deportiva" (p. 256). Weinberg & Gould (2010) concuerdan con lo traumático que puede ser el momento de la lesión y lo que está implica para el deportista y su futuro, por lo que desarrollan tres reacciones psíquicas que pueden surgir:

La pérdida de identidad personal es una de las posibles reacciones que puede surgir del deportista lesionado ya que, el no poder practicar le quita gran parte de sus actividades diarias y parte de lo que representa su persona debido a que para muchos el ser deportista es lo que

son o abarca gran parte de su persona (Weinberg & Gould, 2010). El miedo y la ansiedad son sentimientos que suelen ocurrir a partir de la lesión, miedo sobre el tiempo de recuperación, la posibilidad de no volver a competir, perder el puesto en el equipo y la ansiedad aumenta cuando todas estas preocupaciones aparecen en la mente del deportista (Weinberg & Gould, 2010). La falta de confianza no es ajena a los deportistas lesionados porque durante el tiempo que se encuentran fuera de los entrenamientos su estado físico disminuye (además del área lesionada), esto puede desencadenar una pérdida de confianza y motivación a la hora de retomar los entrenamientos (Weinberg y Gould, 2010).

Para poder acompañar al deportista de la mejor manera desde el primer momento que se lesiona es importante que haya un protocolo de acción y se actúe rápidamente (Dosil, 2008). Esta será la mejor manera de comenzar un largo proceso, Palmi (2001) resalta lo esencial que es esta primera etapa:

En este estadio, uno de los elementos indispensables es el hecho de conseguir que el deportista controle su ansiedad, tenga confianza en el equipo médico y mantenga un alto nivel de motivación para conseguir desarrollar el programa de readaptación que se le plantee, y que en algunos momentos va a resultar doloroso, monótono, pesado, y poco esperanzador. (p. 230)

Ya desde el primer momento incluso cuando se retira de la competición, entrenamiento o en camilla, la comunicación con el deportista es fundamental, que esté informado en todo momento sobre la situación (de Diego y Sagredo, 1992). Estas acciones permiten la disminución de la posibilidad de que surjan las reacciones que mencionan Weinberg & Gould (2010) o el grado de las mismas. Se puede notar la importancia de esta primera intervención y las consecuencias que pueden generar tanto positivas como negativas en el deportista y su recuperación.

Las intervenciones poslesiones son las que ocupan el mayor número de trabajos e investigaciones realizadas (Palmi y Solé, 2014; Olmedilla, 2011) y la mayoría de los programas que se han aplicado suelen ser bajo el marco teórico del modelo integrado de la respuesta psicológica a la lesión y al proceso de rehabilitación de Wiese-Bjornstal et al. (1998) (Olmedilla et al., 2006; Palmi y Solé, 2014; Dosil, 2008).

Dentro de las intervenciones poslesión hay tres etapas muy marcadas por varios autores (Olmedilla y González, 2002; Olmedilla et al., 2006; Olmedilla y de la Vega, 2005) que son: la evaluación, la intervención directa y el control de la eficacia.

2.4.3 Evaluación

En esta primera etapa se evaluará minuciosamente la gravedad de la lesión y las repercusiones psicológicas que puede generar en el deportista, compañeros y familiares (Olmedilla y González, 2002). Es interesante mencionar esta afirmación de Rotella y Heyman (1991): “Las lesiones varían de mayor a menor. Es importante recordar que la variedad de una lesión, no determina necesariamente, la facilidad o dificultad de la rehabilitación psicológica” (p. 514). Por otro lado, de Diego y Sagredo (1992) sostienen que:

A mayor importancia en la lesión, mayores reacciones extremas por parte del deportista, ya que, tanto en el momento inmediato de la lesión como en la fase de la rehabilitación, las reacciones emocionales son las que afloran y definen la recuperación. (p. 256)

Quizás, al leer estas afirmaciones sin mucho detenimiento se podría pensar que son contradictorias pero en realidad son complementarias ya que Rotella y Heyman (1991) enfatizan en la importancia de no desmerecer una lesión que podría ser catalogada como leve por su perjuicio físico en el deportista porque podría dejar secuelas psicológicas graves y una pequeña lesión termine generando un mayor tiempo alejado de las competiciones y entrenamientos para el atleta (por ejemplo las mencionadas por Weinberg y Gould (2010)). Lo que afirman de Diego y Sagredo (1992) es que las lesiones de mayor gravedad física que mantienen al atleta alejado de los entrenamientos por periodos prolongados suelen estar acompañadas de reacciones extremas que deben ser trabajadas con el deportista para lograr una rehabilitación eficaz.

Es fundamental que la etapa de evaluación se realice adecuadamente debido a que también habilita el comienzo de la planificación del proceso de rehabilitación. Según Dosil (2008): “El objetivo de cualquier tipo de programa de intervención con lesiones deportivas es ayudar a que el deportista recupere plenamente su estado de forma y que consiga regresar a la práctica deportiva lo antes posible” (p. 455).

2.4.4 Intervención directa

En la etapa de la intervención directa es necesario dividir dos momentos específicos según Palmi (2001), la fase de inmovilización que puede ser con o sin cirugía y la fase de movilización (Dosil, 2008; Olmedilla et al., 2002; Palmi y Solé, 2014). Estos dos momentos representan distintas problemáticas que necesitarán el desarrollo de ciertos recursos

psicológicos que irán variando a medida que evolucione la rehabilitación del deportista (Palmi, 2001).

La fase de inmovilización puede contener el ingreso hospitalario con o sin cirugía y suele tener una extensión de uno a cinco días de hospitalización y luego un periodo en el hogar (Palmi, 2001). Esta fase se caracteriza por la presencia de dolor en algunos casos, tensión y visión negativa hacia la recuperación ya que el hecho de la lesión es muy reciente y el atleta se encuentra en pleno duelo (concepto mencionado anteriormente), por lo que se deben trabajar algunas técnicas psicológicas para que el deportista logre controlar su ansiedad (Palmi, 2001; Dosil, 2008; Olmedilla et al., 2002).

Las habilidades de comunicación del equipo médico son fundamentales para brindarle la información adecuada al deportista lesionado y que éste confíe en ellos y en el proceso de recuperación (Olmedilla et al., 2002). El equipo médico debe saber explicar y sobre todo escuchar las dudas del deportista sobre la lesión (Palmi, 2001). Las técnicas de relajación son un recurso muy valioso que el deportista puede utilizar para lograr lidiar de mejor forma el dolor y la ansiedad permitiendo que la experiencia sea lo menos negativa posible (Palmi, 2001; Olmedilla et al., 2002). Las técnicas de imaginación y visualización combinadas con las técnicas relajantes son muy valiosas debido a que el deportista se imagina realizando movimientos físicos (que en esta etapa no puede realizar), utilizando sus partes del cuerpo lesionadas y en proceso de curación (Palmi, 2001; Olmedilla et al., 2002). La determinación de objetivos es otra técnica que se puede emplear, en la cual el deportista trabaja sobre las zonas del cuerpo que no hayan sido afectadas por la lesión y pueda mantener su estado físico general permitiendo que continúe con el hábito de ejercitarse (Palmi, 2001; Olmedilla et al., 2002).

La fase de inmovilización empieza a concluir a medida que el atleta comienza a recuperar sus habilidades motoras y se da paso a la fase de movilización (Palmi, 2001; Olmedilla et al., 2002).

La fase de movilización generalmente posee una extensión mayor y el atleta poco a poco recupera sus niveles de movilidad previos a la lesión, puede ser que la zona lesionada esté protegida aun y Palmi (2001) define tres bloques en los que se trabajarán en ocasiones hasta por meses: recuperación, readaptación y reentrenamiento (Dosil, 2008; Olmedilla et al., 2002).

El bloque de recuperación implica el trabajo directo con el fisioterapeuta y traumatólogo para comenzar los trabajos en el área lesionada, estos trabajos suelen ser repetitivos y desmotivantes por lo que es importante que el atleta confíe en los médicos y mantenga un diálogo fluido, utilice técnicas de relajación ya que puede sufrir dolor y determinar objetivos en conjunto para sentir el avance en el proceso de rehabilitación (Dosil, 2008; Olmedilla et al., 2002; Palmi, 2001).

El bloque de readaptación significa el entrenamiento específico de la habilidad perdida por la lesión, tonificar esa área de forma que el atleta recupere su estado físico anterior a la lesión y para esto es importante la actitud positiva del deportista, fijar objetivos y la práctica imaginada (Dosil, 2008; Olmedilla et al., 2002; Palmi, 2001).

El último bloque es el reentrenamiento, aquí el deportista retomará los entrenamientos en el campo, con sus compañeros para recuperar sus habilidades técnicas y tácticas lo que puede generar ciertos miedos e incertidumbres, es necesario que el atleta confíe en su recuperación y marque claramente sus objetivos en cada entrenamiento (Dosil, 2008; Olmedilla et al., 2002; Palmi, 2001).

2.4.5 Control de la eficacia

Hay pocas investigaciones que corroboren el aporte de las intervenciones psicológicas en el hecho lesional (Olmedilla et al., 2002), las mismas buscan aportar desde el bienestar del deportista y una recuperación más rápida y eficaz. Olmedilla et al., (2002) destaca la importancia sobre el diseño de programas y trabajos aplicados para poder contrastar resultados de la eficacia de las intervenciones y así permitir un mayor desarrollo de la psicología del deporte en el campo de las lesiones.

“Sí podemos indicar que, en cualquier caso, parece que las variables psicológicas tienen una gran influencia en la aparición de lesiones deportivas y en el desarrollo de la rehabilitación de las mismas” (Olmedilla et al., 2002, p. 313).

Investigaciones de la relación entre la autoconfianza y las lesiones en el deporte

No caben dudas del vínculo entre los factores psicológicos y las lesiones en el deporte (Dosil, 2008; Olmedilla y Gonzalez, 2002; Olmedilla et al., 2006; Olmedilla y de la Vega, 2005; Palmi y Solé, 2014; de Diego y Sagredo, 1992; Palmi, 2001; Weinberg & Gould, 2010; Cox, 2009; Olmedilla et al., 2011) como lo demuestran los modelos teóricos mencionados en el capítulo 2 (Andersen & Williams, 1988; Heil, 1993; Brewer, 1994; Wiese-Bjornstal et al., 1998; Olmedilla y Garcia-Mas, 2009).

En el caso de la autoconfianza como variable psicológica se ha estudiado principalmente en relación al rendimiento deportivo, demostrando en numerosos estudios su correlación positiva (Balaguer et al., 1994; Weinberg & Gould, 2010). En cuanto al vínculo de la autoconfianza como variable psicológica y las lesiones deportivas se puede establecer una relación en la etapa de prevención de las lesiones deportivas y otra en la etapa de rehabilitación de las lesiones deportivas (Dosil, 2008; Olmedilla y Gonzalez, 2002; Olmedilla et al., 2006; Olmedilla; Weinberg & Gould, 2010; Cox, 2009; Olmedilla et al., 2011).

Resulta muy importante la relación de la autoconfianza como variable psicológica en la probabilidad de sufrir una lesión ya que se puede abordar desde un enfoque preventivo (Dosil, 2008; Olmedilla y Gonzalez, 2002; Olmedilla et al., 2006; Olmedilla; Weinberg & Gould, 2010; Cox, 2009; Olmedilla et al., 2011). Para la salud de los deportistas la prevención es el método más eficaz en teoría, porque se evitará el sufrimiento de la lesión y todo lo que esta implica. Si se analiza desde un lado económico también, ya que permite ahorrar tiempo y posiblemente recursos a largo plazo debido a que los procesos de rehabilitación pueden llegar a ser muy extensos y demandantes (Dosil, 2008; Vives y Garcés, 2006; Vives y Garcés, 2002). Desde un enfoque educativo-preventivo los deportistas podrían notar distintos indicadores que fueron mencionados a lo largo de esta monografía como las situaciones de estrés, sobreentrenamiento y momentos en los que su autoconfianza no es la óptima y esto pueda derivar a evitar la toma de decisiones erróneas y arriesgadas disminuyendo de esta manera la probabilidad de sufrir una lesión (Dosil, 2008; Olmedilla y Gonzalez, 2002; Vives y Garcés, 2006; Vives y Garcés, 2002; Olmedilla et al., 2006; Olmedilla; Weinberg & Gould, 2010; Cox, 2009; Olmedilla et al., 2011).

Una vez que la persona sufre la lesión, la autoconfianza como variable psicológica es de extrema importancia para el proceso de rehabilitación (Dosil, 2008; Olmedilla y Gonzalez,

2002; Vives y Garcés, 2006; Vives y Garcés, 2002; Olmedilla et al., 2006; Olmedilla; Weinberg & Gould, 2010; Cox, 2009; Olmedilla et al., 2011; Palmi, 2001; Palmi y Solé, 2014). Como se mencionó anteriormente existe un gran proceso psicológico por el que debe pasar el atleta lesionado, durante la rehabilitación el trabajo de los factores psicológicos resulta crucial para lograr una rehabilitación eficaz (de Diego y Sagredo, 1992; Dosil, 2008; Olmedilla y Gonzalez, 2002; Vives y Garcés, 2006; Vives y Garcés, 2002; Olmedilla et al., 2006; Olmedilla; Weinberg & Gould, 2010; Cox, 2009; Olmedilla et al., 2011). La autoconfianza es una de las variables psicológicas que el deportista debe trabajar para confiar también en el equipo médico, en el proceso de rehabilitación y el éxito del mismo, lo cual permitirá que cuando sea el momento indicado retome los entrenamientos paulatinamente (Dosil, 2008; Olmedilla y Gonzalez, 2002; Vives y Garcés, 2006; Vives y Garcés, 2002; Olmedilla et al., 2006; Olmedilla; Weinberg & Gould, 2010; Cox, 2009; Olmedilla et al., 2011), si el atleta piensa que la rehabilitación no será exitosa o que no se llegará a los objetivos estipulados, seguramente no se logre y la autoconfianza es la clave de que esto no ocurra (Vives y Garcés, 2002).

3.1 Niveles de autoconfianza y lesiones en el deporte

En el capítulo 1 se mencionó los distintos niveles de autoconfianza que puede poseer un atleta. A lo largo del siglo XXI una gran variedad de autores han realizado estudios de campo (Olmedilla, Ortega y Abenza, 2007; Olmedilla, Ortega y Gómez, 2014; Olmedilla, García y Martínez, 2006; Abenza, Olmedilla, Ortega y Esparza, 2009; Ríos-Garit, Pérez, Olmedilla y Gómez-Espejo, 2021; Berengüí, López, Garcés, Almarcha, 2011; Berengüí y Puga, 2015; Abenza, Olmedilla y Ortega, 2010) para intentar establecer una relación entre los niveles de autoconfianza (bajo, medio, alto) y el riesgo de sufrir una lesión. Los resultados de estas investigaciones han arrojado datos contradictorios lo que puede explicar porque esta relación no haya sido la más estudiada (Olmedilla, Andreu y Blas, 2005).

Hay estudios en los que un alto nivel de autoconfianza significó que los deportistas sufran una mayor cantidad de lesiones (Olmedilla et al., 2014; Olmedilla et al., 2006b) y otras investigaciones arrojaron resultados en los que un bajo nivel de autoconfianza implicaba un mayor riesgo en los deportistas a lesionarse (Abenza et al., 2009; Ríos-Garit et al., 2021; Berengüí et al., 2011; Berengüí y Puga, 2015; Abenza et al., 2010). Para explicar estas contradicciones se hipotetizó que los atletas que posean un mayor nivel de autoconfianza pueden realizar acciones más peligrosas, que aumenten el riesgo a lesionarse (Olmedilla et al., 2005; Olmedilla et al., 2014; Abenza et al., 2010) o como afirma Olmedilla et al., (2006b): “otra posible explicación, quizá más complementaria que antagónica, es que un exceso de confianza puede afectar a la capacidad atencional, incrementando así la probabilidad del

deportista a sufrir lesión” (p. 46). Debido a estas contradicciones en los resultados sobre la relación entre los niveles de autoconfianza y el riesgo a lesionarse Abenza et al., (2009) sugiere que realizar estudios con mayor extensión en el tiempo y muestras más homogeneizadas podría permitir resultados más fiables.

3.2 Altos niveles de autoconfianza indican mayor probabilidad a lesionarse

Se analizarán los estudios en los que un alto nivel de autoconfianza significó que los deportistas sufran una mayor cantidad de lesiones, Olmedilla et al., (2014) y Olmedilla et al., (2006b).

Ambas investigaciones fueron realizadas con jugadores de fútbol, en el caso de Olmedilla et al., (2014) se tomaron como muestra 13 jugadores de fútbol que tenían entre 21 a 29 años. A estos jugadores se les aplicó el test Inventario de Ansiedad Competitiva en el cual: “los ítems se encuentran distribuidos en tres subescalas que miden ansiedad cognitiva, ansiedad somática y autoconfianza” (Olmedilla et al., 2014, p. 57). El test se aplicó durante toda la temporada. Los resultados indicaron que “los niveles altos de autoconfianza podrían influir en la conducta del deportista, asumiendo más riesgos, y en su capacidad atencional, reduciendo un estado de alerta adecuado al contexto, y por tanto en ambos casos, incrementando la probabilidad de lesionarse” (Olmedilla et al., 2014, p. 58).

En la investigación de Olmedilla et al., (2006b) participaron 278 jugadores de fútbol en un rango de edad entre 16 y 38 años. También se utilizaron cuestionarios para que completaran los jugadores, en este caso se utilizó el Cuestionario de Características Psicológicas relacionadas con el Rendimiento Deportivo (CPRD-f) en el cual de los 29 ítems que se evalúan, 10 son de la variable autoconfianza (Olmedilla et al., 2006b). Los resultados arrojaron que “los futbolistas que puntúan alto en autoconfianza tienden a sufrir más lesiones que los que puntúan bajo” (Olmedilla et al., 2006b, p. 43).

3.3 Bajos niveles de autoconfianza indican mayor probabilidad a lesionarse

Algunos de los estudios que han arrojado resultados que representan que un bajo nivel de autoconfianza indica mayores probabilidades de lesionarse son Abenza et al., (2009), Abenza et al., (2010), Ríos-Garit et al., (2021), Berengüí et al., (2011) y Berengüí et al., (2011).

Las investigaciones de Abenza et al., (2009) y Abenza et al., (2010) fueron realizadas sobre jugadores juveniles de fútbol, pero en esta ocasión brindaron resultados opuestos a las investigaciones de Olmedilla et al., (2014) y Olmedilla et al., (2006b).

En el estudio de Abenza et al., (2009) se utilizó como muestra a 226 futbolistas juveniles y se aplicó el Cuestionario de Características Psicológicas relacionadas con el Rendimiento Deportivo (CPRD-f) al igual que en el estudio de Abenza et al., (2010) pero en este se tomó como población a 253 futbolistas juveniles. Los resultados que recogieron los investigadores en ambas ocasiones indicaron que los futbolistas con niveles bajos de autoconfianza poseen un mayor riesgo a sufrir una lesión. “Para minimizar el riesgo de lesiones en los futbolistas juveniles es necesario poseer valores altos en las puntuaciones de autoconfianza, ya que los valores medios y bajos están asociados a un mayor riesgo de padecerlas” (Abenza et al., 2009, p. 280).

La investigación de Ríos-Garit et al., (2021) fue realizada en una muestra de 48 lanzadores masculinos de béisbol, deporte que se puede catalogar de no contacto, como el tenis, atletismo, etc. Los lanzadores tienen un rango de edad de 18 a 33 años y se les aplicaron tests y cuestionarios en la etapa de pretemporada, uno de ellos fue el Inventario de Ansiedad Competitiva al igual que en Olmedilla et al., (2014). Pero en esta ocasión los resultados que brindó la investigación de Ríos-Garit et al., (2021) fueron los siguientes:

Con respecto a la autoconfianza, su relación con las lesiones resulta contraria a los resultados obtenidos en futbolistas por Olmedilla et al. (2006), ya que, en su investigación, los deportistas que presentan una alta autoconfianza tienden a lesionarse más que los que confían menos en sí mismos. No obstante, coinciden con otros estudios (Abenza et al., 2009; Berengüí et al., 2011). (p.111)

El trabajo de campo de Abenza et al., (2009) se mencionó recientemente. La investigación de Berengüí et al., (2011) se centró en 34 deportistas masculinos, 19 de luchas olímpicas y 15 de taekwondo. Durante la temporada competitiva los deportistas realizaron el cuestionario Inventario Psicológico de Ejecución Deportiva (IPED) y estos tenían un rango de edad de 15 a 20 años.

Este estudio de Berengüí et al., (2011) en luchadores olímpicos y de taekwondo obtuvo los siguientes resultados, “mayores niveles de autoconfianza y un eficiente control emocional conllevan una disminución en la incidencia de lesiones.” (p. 96)

La investigación de Berengüí y Puga (2015) resulta muy interesante ya que participaron 115 deportistas, de los cuales 74 eran hombres y 41 mujeres. Además de tomar en cuenta ambos géneros en la misma investigación, también practicaban 5 disciplinas distintas. Un 33,9% de los participantes practicaban atletismo, el 21,7% eran luchadores olímpicos, el 16,6% eran piragüistas, el 15,7% practicaba taekwondo y el 12,2% eran ciclistas (Berengüí y Puga, 2015).

Estos 115 deportistas poseían un rango de edad entre 14 y 19 años, el estudio duró un periodo de 10 meses y el test que se utilizó fue el Inventario Psicológico de Ejecución Deportiva (IPED). Los datos que arrojó la investigación de Berengüí y Puga (2015) indicaron que los deportistas con mayores puntuaciones en autoconfianza sufren menos lesiones.

3.4 Posibles motivos de los resultados contradictorios

Un factor que podría explicar estas contradicciones en los resultados de las investigaciones, sobre la relación de la autoconfianza con la probabilidad de lesionarse y debería ser una variable tomada en cuenta en la investigación, es la diferencia entre los deportes estudiados. Es decir, a la hora de investigar podría separarse en categorías, los deportes de contacto y los deportes de no contacto, por ejemplo, en la investigación de Ríos-Garit et al., (2021) que se realizó en lanzadores de béisbol. Esta investigación podría estar en una categoría diferente a la de Berengüí et al., (2011) que son en deportes de extremo contacto, como taekwondo y lucha olímpica.

Otro factor que puede ser cómplice de estas contradicciones además del tiempo de las investigaciones que suelen ser periodos cortos, es lo heterogéneas que pueden llegar a ser las muestras. Esto ocurre en la investigación de Berengüí y Puga (2015) donde se estudia una muestra muy variada, ya que son distintos deportes y atletas de ambos géneros.

Como menciona Abenza et al., (2009):

Algunas sugerencias metodológicas de diferentes autores nos permiten determinar que sería necesario profundizar en investigaciones de carácter longitudinal, homogeneizando las muestras (mismo género, mismo nivel competitivo, mismo deporte) y utilizando aquellos instrumentos que mejor se adapten a la evaluación de las variables psicológicas en el contexto deportivo. (p. 285)

Quizás teniendo estas variables en cuenta los resultados del vínculo entre el nivel de autoconfianza y la probabilidad de lesionarse dejen de ser contradictorios o por lo menos se encuentre un patrón más general.

Por esto mismo, uno de los desafíos de la PADF, es que se continúe con la investigación del vínculo entre los niveles de autoconfianza y las lesiones en el deporte para poder establecer una relación que permita mayor claridad.

Desarrollar este campo de investigación permitirá una mejora directa en las intervenciones psicológicas preventivas, campo que aún tiene mucho para crecer y brindar, aportando directamente a la salud física y mental de los deportistas (Palmi, 2001). Por supuesto que este desarrollo e investigación de la autoconfianza estará acompañado también de beneficios en las intervenciones psicológicas de rehabilitación (Olmedilla y Gonzalez, 2002) y la mejora del rendimiento (Balaguer et al., 1994; Weinberg & Gould, 2010) de los atletas significando un aporte al bienestar general del deportista.

Referencias Bibliográficas

Abenza, L., Olmedilla, A., y Ortega, E., (2009). Lesiones y factores psicológicos en futbolistas juveniles. *Archivos de medicina del deporte*, 26(132), 280-288.

Abenza, L., Olmedilla, A., y Ortega, E., (2010). Efectos de las lesiones sobre las variables psicológicas en futbolistas juveniles. *Revista Latinoamericana de Psicología Volumen 42(2)*, 265-277.

Andersen, M., & Williams, J., (1988). A model of stress and athletic injury: Prediction and prevention. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 10, 294-306.

Balaguer, I., Palomares, A. y Guzman, J. (1994). La autoconfianza/autoeficacia en el deporte. En I. Balaguer. (Dir.), *Entrenamiento Psicológico en el deporte. Principios y aplicaciones* (pp. 175-206). Albatros.

Bandura, A. (1977). Self efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.

Berengüí, B., López, J., Garcés, E., y Almarcha, E., (2011) Factores psicológicos y lesiones deportivas en lucha olímpica y taekwondo. *E-balonmano.com: Revista de Ciencias del Deporte*, 7, 91-98.

Berengüí, B., y Puga, J., (2015) Predictores psicológicos de lesión en jóvenes deportistas. *Revista Costarricense de Psicología*, 34(2), 113-129.

Bernal, L., Bustamante, C., y Jimenez, A., (2018) *El deportista lesionado: Aproximación psicológica y aplicaciones prácticas para el educador físico y el cuerpo técnico*. Kinesis

Brewer, B. (1994). Review and critique of models of psychological adjustment to athletic injury. *Journal of Applied Sport Psychology*, 6, 87-100.

Bunker, L. & Williams, J. (1991). Técnicas cognitivas para la mejora de la ejecución y la construcción de la confianza. En J. Williams. (Ed.) *Psicología aplicada al deporte* (pp. 345-371). Biblioteca Nueva.

Cox, H. (2009). *Psicología del deporte. conceptos y sus aplicaciones*. Médica Panamericana.

De Diego, S., y Sagredo, C., (1992). *Jugar con ventaja: Las claves psicológicas del éxito deportivo*. Alianza Editorial.

Dosil, J. (2008). *Psicología de la actividad física y del deporte*. McGraw-Hil.

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

Jaritonoff, H. (1994). Lesiones deportivas: un enfoque del tratamiento. En P. Wightman. (Ed.), *Psicología en el deporte. La fuerza para ganar* (pp. 149-151). 20&10.

Olmedilla, A. y González, L. (2002). Factores psicológicos de la lesión deportiva. Intervención psicológica en los procesos de prevención y rehabilitación. En A. Olmedilla., E. Garcés., y G. Nieto. (Ed.), *Manual de psicología del deporte* (pp. 295-317). Diego Marín Librero-Editor.

Olmedilla, A. y de la Vega, R. (2005). Psicología y lesiones deportivas. En M. Roffe. y F. Garcia Ucha. (Ed), *Alto rendimiento psicología y deporte: tendencias actuales* (pp. 201-209). Lugar Editorial.

Olmedilla, A., Andreu, M., y Blas, A. (2005). Variables psicológicas, categorías deportivas y lesiones en futbolistas jóvenes: Un estudio correlacional. *Análise Psicológica*, 4(23), 449-459.

Olmedilla, A., Ortín, F. y de la Vega, R. (2006). Lesiones deportivas y psicología: análisis, investigación y propuestas de intervención. En E. Garcés, A. Olmedilla., y P. Jara. (Ed.), *Psicología y deporte* (pp. 497-523). Diego Marín Librero-Editor.

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

Olmedilla, A., Ortega, E., y Abenza, L. (2007). Percepción de los futbolistas juveniles e influencia del trabajo psicológico en la relación entre variables psicológicas y lesiones. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 7(2), 75-87.

Olmedilla, A., y Garcia-Mas, A. (2011). El modelo global psicológico de las lesiones deportivas. *Acción psicológica*, 6(2), 77-91.

Olmedilla, A., Ortega, E., Abenza, L., y Boladeras, A. (2011). Lesiones Deportivas y Psicología: Una Revisión (2000-2009). *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 11(1), 45-57.

Olmedilla, A., Ortega, E., y Gómez, J., (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.

Palmi, L. (2001). Componentes psicológicos de las lesiones deportivas. En J. Cruz. (Ed.), *Psicología del deporte. Personalidad, evaluación y tratamiento psicológico*. (pp. 215-244). Síntesis.

Palmi, J. y Solé, S. (2014). Psicología y lesión deportiva: estado actual. *Apunts educación física y deportes*, 118(4), 23-29.

Ríos-Garrit, J., Pérez, Y., Olmedilla, A., y Gómez-Espejo, V. (2021). Psicología y Lesiones Deportivas: Un Estudio en Lanzadores de Béisbol. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 21(1), 102-118.

Rotella, R. & Heyman, S. (1991). El estrés, las lesiones y la rehabilitación psicológica de los deportistas. En J. Williams. (Ed.) *Psicología aplicada al deporte* (pp. 493-522). Biblioteca Nueva.

Serrato, L. (2005). *Psicología del deporte: historia, contextualización y funciones*. Editorial Kinesis.

Vealey, R. (1986). Conceptualización of sport confidence and competitive orientation. Preliminary investigation and instrument development. *Journal of Sport Psychology*, 8, 221-246.

Vives, L. y Garcés, E. (2002). Autoconfianza y deporte: aportaciones de la psicología del deporte para su optimización. En A. Olmedilla., E. Garcés., y G. Nieto. (Ed.), *Manual de psicología del deporte* (pp. 235-257). Diego Marín Librero-Editor.

Vives, L. y Garcés, E. (2006). Autoconfianza y deporte: aportaciones de la psicología del deporte para su optimización. En E. Garcés., A. Olmedilla., y P. Jara. (Ed.), *Psicología y deporte* (pp. 297-314). Diego Marín Librero-Editor.

Weinberg R., & Gould, D. (2010). *Fundamentos de Psicología del Deporte y del Ejercicio Físico*. Editorial Médica Panamericana.

Wiese-Bjornstal, D., Smith, A. & LaMott, E., (1995). A model of psychology response to athletic injury and rehabilitation. *Athletic Training*, 1, 17-30.

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