

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN  
DEPORTISTAS UNIVERSITARIAS LESIONADASPSYCHOLOGICAL INTERVENTION PROGRAM FOR INJURED  
UNIVERSITY ATHLETES

Recibido el 20 de junio de 2024 / Aceptado el 10 de diciembre de 2024 / DOI: 10.24310/riccafd.13.3.2024.20169

Correspondencia: Yadira Elizabeth Salcido Otáñez. Yadira.salcido@uanl.edu.mx

**Salcido-Otáñez, YE<sup>1AFB</sup>; López-Walle, JM<sup>1CD</sup>; Berengüi-Gil, R<sup>2CD</sup>**<sup>1</sup> Universidad Autónoma de Nuevo León, México, Yadira.salcido@uanl.edu.mx<sup>1</sup> Universidad Autónoma de Nuevo León, México, jeanette.lopezwl@uanl.edu.mx<sup>2</sup> Universidad Católica de Murcia, España, rberengui@ucam.edu**Responsabilidades**<sup>A</sup>Diseño de la investigación. <sup>B</sup>Recolector de datos. <sup>C</sup>Redactor del trabajo. <sup>D</sup>Tratamiento estadístico. <sup>E</sup>Apoyo económico. <sup>F</sup>Idea original y coordinador de toda la investigación

## ■ RESUMEN

El objetivo fue conocer el efecto de un programa de intervención psicológica basado en TCC para la mejora en la respuesta psicológica de la lesión y estados de ánimo del paciente durante el proceso de rehabilitación y identificar su perspectiva y la del rehabilitador en la adherencia al tratamiento. Se utilizó metodología mixta, participaron siete deportistas universitarias con lesión en extremidades inferiores, se aplicó una entrevista semiestructurada y una batería de cuestionarios; el programa de intervención consistió en 8 sesiones de 60 minutos. Los resultados mostraron que las emociones negativas estuvieron presentes en las primeras sesiones de rehabilitación, siendo la depresión, tristeza y el estrés las más presentes y a medida que avanzaban las sesiones psicológicas se fueron reflejando los cambios emocionales específicamente a partir de la sesión 5 en adelante. En cuanto a la adherencia al proceso de terapia, hubo discrepancia en la percepción de las atletas y el rehabilitador. Estos resultados son interesantes y sugieren un cambio positivo en las emociones negativas a lo largo del tiempo, además resaltan la importancia del tratamiento multidisciplinar para atención a las lesiones que abarquen el nivel físico y el psicológico.



## ■ PALABRAS CLAVE

respuesta psicológica, lesiones deportivas, intervención psicológica, estados de ánimo, adherencia.

## ■ ABSTRACT

The objective was to know the effect of a psychological intervention program based on cognitive behavioral therapy to improve the psychological response to an injury and the patient's mood during the rehabilitation process, and their perspective and that of the rehabilitator regarding treatment adherence. Mixed methodology was used, seven university athletes with lower limb injuries participated, a semi-structured interview and a battery of questionnaires were applied; The intervention program consisted of 8 60-minute sessions. The results showed that negative emotions were present in the first rehabilitation sessions, with depression, sadness and stress being the most present and as the psychological sessions progressed, the emotional changes were reflected specifically from session 5 onwards. Regarding adherence to the therapy process, there was a discrepancy in the perception of the athletes and the rehabilitator. These interesting results suggest a positive change in negative emotions over time, and also highlight the importance of multidisciplinary treatment for injury care that covers the physical and psychological levels.

## ■ KEY WORDS

psychological response, sports injuries, psychological intervention, moods state, adherence.

## ■ INTRODUCCIÓN

Las lesiones son eventos limitantes que pueden aparecer en cualquier momento de la carrera deportiva, durante décadas se han abordado y tratado desde una perspectiva meramente física, en los últimos años se ha hecho evidente que los factores e intervenciones psicológicas son de especial importancia en el trabajo con deportistas (1). Las lesiones generan un impacto emocional ocasionando en el deportista una variedad de posibles reacciones psicológicas, tales como la frustración, la ansiedad, el estrés, la relación con el cese del entrenamiento, las competiciones, así como la ruptura de los hábitos del deportista, aunado con la angustia de la incertidumbre ante las posibles secuelas de la lesión, entre otros. (2).



En la literatura existente, se han confirmado una amplia variedad de respuestas cognitivas, emocionales y conductuales a las lesiones deportivas, mediante diferentes estudios cualitativos y cuantitativos (3). Así mismo destacan la existencia de emociones negativas de diferentes intensidades como el miedo, la depresión, la confusión, la ira o la frustración, entre otras, y a nivel conductual pueden generarse conductas de afrontamiento, intentos de evitar experimentar emociones negativas, e incluso conductas desadaptativas (4). Estudios han abordado el tema de la depresión en deportistas al presentar una lesión debido a la relación de estas dos variables, (5). En el caso de los deportistas universitarios aquellos que habían experimentado alguna lesión, presentaban variables de depresión y ansiedad que jugaban un papel importante durante el proceso de rehabilitación (6). Asimismo, el estrés se ha señalado como una variable clave en la recuperación de las lesiones, debido a la forma en que los deportistas responden ante las situaciones estresantes, junto con sus habilidades de afrontamiento, apoyo social y acompañamiento psicológico (7).

Lograr mejorar los estados de ánimo durante el proceso de rehabilitación provoca una mejor identificación al esfuerzo para los ejercicios físicos, así como los cambios en el tratamiento de rehabilitación, influyendo de esa manera a la adherencia al tratamiento, siendo el apoyo social un elemento importante para ello (7,8,9).

Diversos autores han señalado la importancia de implementar programas de intervención durante el proceso de rehabilitación para el aumento del estado de ánimo positivo y la adherencia (10, 4, 11, 12, 13, 14). Las investigaciones demuestran el impacto positivo de la intervención sobre los factores psicológicos durante el proceso de rehabilitación (15, 16, 17), mediante intervenciones y técnicas como la relajación, el autodiálogo positivo, el establecimiento de objetivos, el asesoramiento, la divulgación emocional por escrito y la visualización, entre otras.

Una de las terapias clínicas más utilizadas e investigadas a nivel mundial es la Terapia Cognitivo Conductual (TCC), la cual ayuda a gestionar emociones disfuncionales, conductas desadaptativas y procesos cognitivos disruptivos. La TCC en deportistas lesionados se ha trabajado en pensamientos y preocupaciones desadaptativas de los deportistas que influyen negativamente en la motivación y la participación en importantes conductas de la rehabilitación las cuales influyen en la adherencia al tratamiento. La premisa central de la TCC al utilizarse en deportistas lesionados es la modificación de los pensamientos desadaptativos para generar un cambio en el afecto psicológico (emociones) y en el comportamiento posterior (19, 18),



reduciendo estados de ánimo negativos y aumentando los positivos, sobre todo en las conductas de adherencia, como asistir a las sesiones de rehabilitación, cumplir con las restricciones de actividad, controlar el dolor y poner el esfuerzo adecuado en los ejercicios de rehabilitación, por lo que predicen mejores resultados clínicos y de regreso al deporte (20,21,22,23). Autores como Moo y Góngora (11) encontraron un efecto positivo en los niveles de resiliencia, autoestima, apoyo social y la intervención con TCC en deportistas lesionados, logrando identificar que los deportistas respondieron de forma positiva ante los problemas. Otros autores (23) enfocaron su intervención en la disminución del estrés y aumento en las habilidades de afrontamiento. Y en otros casos (24,25) fue utilizada la TCC como herramienta para mejorar el bienestar psicológico y la adherencia a la rehabilitación.

Junto a la evidencia cuantitativa de la mejora de los estados de ánimo de los deportistas después de las intervenciones, y la importancia de la adherencia al tratamiento, también se han realizado estudios cualitativos que abordan el proceso de rehabilitación del paciente durante las diferentes etapas (4,26), y la perspectiva del entrenador sobre las lesiones de sus deportistas (27, 28). Pero hasta ahora hay pocos trabajos que abordan la perspectiva del rehabilitador durante el proceso de rehabilitación del paciente.

Por todo lo anterior, empleando una metodología mixta, el objetivo de este trabajo fue conocer el efecto de un programa de intervención psicológica basado en TCC para la mejora de la respuesta psicológica de la lesión y estados de ánimo del paciente durante el proceso de rehabilitación he identificar su perspectiva y la del rehabilitador en la adherencia al tratamiento. Se espera lograr que el programa de intervención psicológica disminuya los estados desadaptativos (ansiedad, estrés, depresión, tensión, fatiga, cólera, etc.) comparando las medias de los instrumentos antes y después del programa de intervención, así como la adherencia al tratamiento midiendo el grado de cumplimiento de las sesiones de rehabilitación, el grado de esfuerzo, el dominio, la dificultad y la receptividad a los cambios de la rehabilitación, comparando esos resultados y confrontando la perspectiva del deportista lesionado y la del rehabilitador.

## ■ MATERIAL Y MÉTODOS

### Participantes

Las deportistas fueron seleccionadas con un muestreo no probabilístico de tipo intencional ya que conforme fueron llegando a la clínica y cumpliendo los criterios de inclusión, se les invitó a participar en el



estudio. Participaron siete deportistas universitarias, todas mujeres, con edades entre los 19 y 21 años ( $M = 20.14$ ,  $DT = 1.06$ ), que presentaban una lesión en zona corporal de extremidades inferiores (tobillo y rodilla). Se seleccionaron a las deportistas que presentaban lesiones de severidad moderada, grave o muy grave, siguiendo el criterio propuesto por diferentes estudios (29, 30,31,32), según el cual las lesiones se clasifican en: leves (lesión que conlleva de uno a siete días de recuperación), moderadas (hasta 21 días), graves (tres o más semanas), y muy graves (más de seis semanas desde el inicio de la lesión). Por tanto, en el estudio participaron cinco deportistas con lesiones moderadas y dos con lesiones graves (Tabla 1).

**Tabla 1. Características de los sujetos de estudio**

Sujetos	Edad	Sexo	Deporte	Años de práctica deportiva	Ubicación / Tipos de lesión	Recuperación
Sujeto 1	20	F	Voleibol	Un año y medio	Tobillo, esguince	Un mes
Sujeto 2	19	F	Tochito	Más de 6 años	Tobillo, esguince	Tres semanas
Sujeto 3	22	F	Basketball	Más de 6 años	Tobillo, esguince	Tres semanas
Sujeto 4	20	F	Voleibol	10 años	Rodilla, Ligamento cruzado anterior	Más de un mes
Sujeto 5	19	F	Rugby	Un año y medio	Rodilla, menisco derecho	Tres semanas
Sujeto 6	20	F	Handball	Un año	Inflamación en los tendones de la rodilla, tendinopatía pataganzo/ esguince LCA	Tres semanas
Sujeto 7	21	F	Basketball	Un año	Rodilla, Esguince, meniscopatía medial	Tres semanas

## Instrumentos

### *Evaluación cuantitativa*

Al inicio y final de las sesiones propuestas en el programa de intervención psicológica, se aplicaron los siguientes cuestionarios que ya han sido previamente validados o utilizados en un contexto similar al de este estudio:

Perfil de Estados de Ánimo-Valoración, Intensidad, Control (POMS-VIC). Propuesto por De la Vega et al. (33), consta de 33 ítems divididos en siete factores, cinco de ellos representan estados de ánimo negativos, Tensión (4 ítems), Estado Deprimido (9 ítems), Cólera (4 ítems), Fatiga (4 ítems), Confusión (4 ítems) y; dos representan estados de ánimo positivos, Vigor



(4 ítems) y Amistad (4 ítems). Cada uno de los ítems (listado de estados de ánimo) se responde considerando la perspectiva de tres dimensiones (Valoración, Control e Intensidad). En este trabajo solo nos centramos en la dimensión intensidad. La dimensión de intensidad hace referencia a la magnitud con la que se siente la emoción en ese momento, teniendo un enunciado inicial de “En este momento me siento...”, esta dimensión se responde con una escala tipo Likert de 0 a 4 puntos, donde 0 es nada, 1 poco; 2 más o menos; 3 mucho; y 4 muchísimo.

Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21). Propuesta por Lovibond y Lovibond y validada en español (35), cuenta con un total de 21 ítems y se divide en tres escalas las cuales evalúan la presencia e intensidad de los estados de depresión, ansiedad y estrés. Cada ítem se responde dependiendo de la presencia e intensidad de cada síntoma en la última semana, cuenta con una escala Likert de 4 puntos que va de 0 es no me ha ocurrido, a 3 corresponde a me ha ocurrido siempre.

Inventario de respuesta psicológica ante una lesión (PRSII-19). Propuesto por Evans et al. (34) y adaptado por Salcido et al. (36) el cual consiste en evaluar la respuesta psicológica que tiene el deportista a la lesión. Cuenta con un total de 19 ítems que se dividen en cinco factores: devastación (4 ítems), reorganización (3 ítems), sentimientos de engaño (4 ítems), inquietud (4 ítems) y aislamiento (4 ítems), La escala es de tipo Likert que oscila de 1 a 5 puntos donde 1 es totalmente desacuerdo y 5 es totalmente de acuerdo.

Escala de Adherencia a la Rehabilitación (EAR). Propuesta por Abenza et al. (37) ofrece una breve introducción y un bloque de datos sociodemográficos como nombre, deporte, edad y fecha. La hoja de registro cuenta con siete ítems, los cuales toman en cuenta la asistencia, la puntualidad, el grado de cumplimiento de las tareas, las instrucciones y los consejos que ofrecen los médicos, además de medir el grado de dominio de las técnicas y/o ejercicios realizados por parte del deportista, el grado de respectividad del deportista a los cambios del tratamiento y el grado de dificultad a la hora de cumplir el tratamiento de rehabilitación. Todos estos ítems mediante una escala tipo Likert de 0 a 4 puntos.

A diferencia de los primeros cuatro instrumentos cuantitativos, los cuales se aplicaron antes y después del programa de intervención (sesión 0 y sesión 8), estos dos últimos cuestionarios (PRSII-19 y EAR) se aplicaron en la sesión 4 y 6.

### *Evaluación cualitativa*

Entrevista semi-estructurada. Para la elaboración de la entrevista semi-estructurada se consideraron seis dimensiones: cada una de ellas



contaba con preguntas “establecidas” no obstante, se omitieron o adecuaron cuando se consideró conveniente. Las dimensiones fueron: 1) datos generales (6 preguntas); 2) aspecto deportivo (4 preguntas); 3) historial de lesiones (2 preguntas); 4) lesión actual (12 preguntas); 5) aspecto emocional (6 preguntas); y: 6) aspecto social (4 preguntas) (Ver Anexo 1).

Bitácora diaria de la sesión. Al término de cada sesión se utilizó una bitácora diaria, la cual contenía cuatro apartados: 1) número de la sesión; 2) tiempo de duración de la sesión; 3) objetivo de la sesión, y 4) observaciones durante la sesión.

### Procedimiento

Las deportistas fueron canalizadas directamente por parte del médico responsable. Se informó a las participantes de los objetivos de investigación, y su participación en el estudio fue voluntaria y consentida.

Respecto al protocolo de intervención, en primer lugar, durante un mes, a la par del proceso de rehabilitación de la lesión de las deportistas se implementó un programa de intervención psicológica de ocho sesiones. Se les invitó a las deportistas que al término de las sesiones de rehabilitación se dirigieran a un cubículo privado asignado por la clínica, para llevar a cabo el programa.

La primera fase del programa consistió en firmar el consentimiento informado en el cual se les comunica a las deportistas que las sesiones psicológicas serán realizadas después de la sesión de rehabilitación, además, se estableció una fecha y hora específica para cada una de ellas. Durante esta sesión también se realizó la entrevista semi estructurada y se aplicaron los cuestionarios (POMS-VIC, DASS-21). En la segunda fase comenzó el programa de intervención psicológica, trabajando las siguientes variables: 1) establecimiento de objetivos, 2) psicoeducación de las emociones, 3) autoconcepto, 4) motivación, 5) relajación, 6) relajación con visualización, y 7) relajación con visualización; además, al término de la sesión cuatro y seis, se aplicaron cuestionarios PRSII-19 y EAR. La tercera fase consistió en el cierre del programa dando un feedback al deportista de lo visto en anteriores sesiones; además, nuevamente se aplicaron los cuestionarios previos al programa de intervención (POMS-VIC, DASS-21) (figura 1).

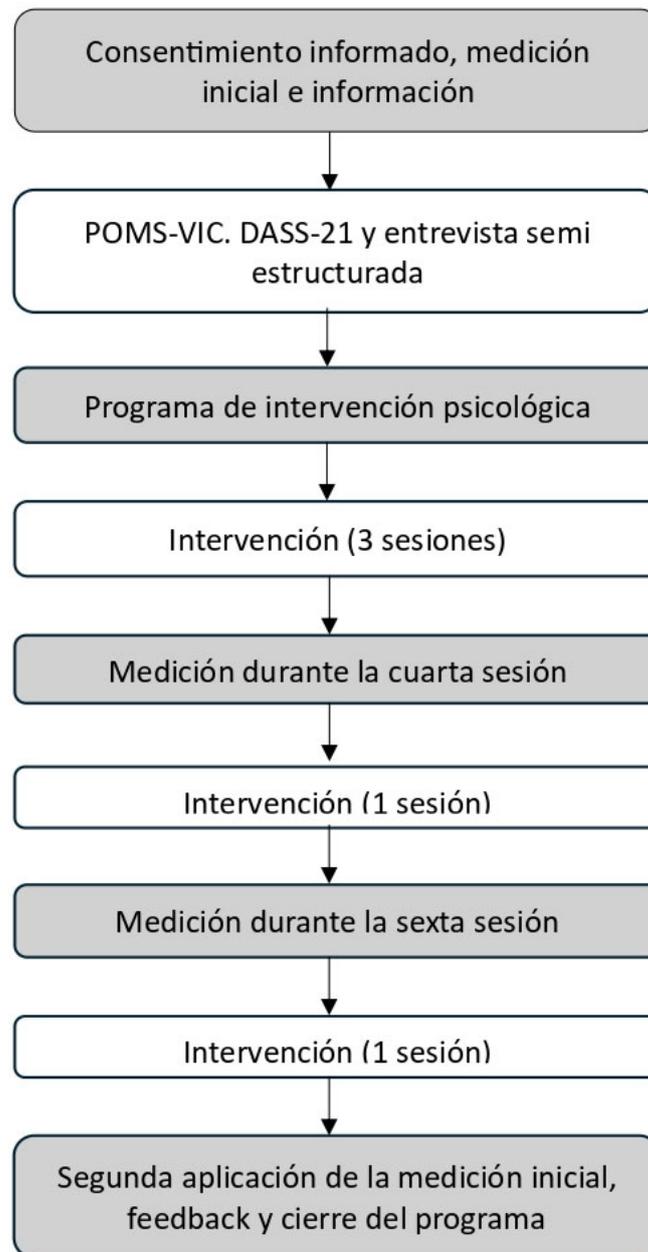


Figura 1. Protocolo general de la intervención

## Análisis de datos

### *Análisis de datos cuantitativos*

Para el análisis descriptivo e inferencial de las variables psicológicas antes y después del programa de intervención psicológica se utilizó estadística descriptiva (M y DT), diferencia de medias (DM), prueba de Wilcoxon (W), tamaño del efecto ( $d = .20$  pequeño,  $d = .50$  mediano,  $d = .80$  grande) y la potencia estadística ( $1-\beta > 80\%$ ).

Se utilizaron los programas SPSS ver. 25 y G Power 3.1.



### *Análisis de datos cualitativos*

Se clasificaron las respuestas de los pacientes en cuatro categorías: 1) estados de ánimo positivos; 2) estados de ánimo negativos; 3) respuesta psicológica de la lesión; y 4) adherencia a la rehabilitación, con el objetivo de crear una codificación de los datos y llevar a cabo un análisis, comparando las variables de los cuestionarios con las categorías generadas por cada uno de los deportistas con sus respectivas sesiones del programa de intervención. Los discursos de los pacientes se retomaron desde la entrevista inicial y durante el proceso de rehabilitación, mediante las bitácoras diarias, así como en actividades específicas (Sesiones 2, 3, 4 y 5), en donde se le solicitaba al paciente escribir emociones, pensamientos, conductas o situaciones.

## ■ RESULTADOS

En primer lugar, se realizaron los estadísticos descriptivos y comparativos de las variables de estudio. Los síntomas depresivos y estados de ánimo negativos (tensión, ansiedad y estrés) disminuyeron de forma significativa después del programa de intervención psicológica (Tabla 2). El estado de ánimo de tensión fue el que mayor cambio (diminución) presentó después del programa ( $DM = -1.21$ ). Los síntomas depresivos, evaluados tanto por el cuestionario DASS-21 como por el POMS-VIC presentaron disminución significativa, siendo mayor a través del cuestionario POMS-VIC ( $DM = -.83$ ). En el caso de los estados de ánimo positivos, es el vigor el que mostró mayor diferencia significativa, con un incremento de .68.

Al analizar el tamaño del efecto ( $d = .20$  pequeño,  $d = .50$  mediano,  $d = .80$  grande) y la potencia estadística ( $1-B > 80\%$ ), se observan tamaños de efecto pequeños (DASS-21, ansiedad; y POMS-VIC, cólera, fatiga, confusión y amistad) y medianos (DASS-21, depresión y estrés; y POMS-VIC, tensión y depresión) con ello se ve la disminución o incremento de estados de ánimo positivos y negativos, lo que implica que el programa psicológico puede ser un factor importante principalmente para disminuir los síntomas depresivos, la tensión y el estrés en los deportistas lesionados que asisten a rehabilitación física. Aunado a ello, al evaluar la potencia estadística, encontramos que la potencia más alta fue del 93%, lo que sugiere una probabilidad alta de detectar efectos significativos producto del programa de intervención en la disminución de síntomas depresivos, lo que sugiere que los resultados son confiables y no se deben simplemente al azar.

Respecto a la respuesta psicológica ante la lesión (PRSI-19) a pesar de no mostrar cambios significativos en el estadístico de contraste (W), el tamaño del efecto es bajo y la potencia estadística es menor al 80%,



se observan cambios en el promedio de antes y después en todas las variables, excepto en la respuesta psicológica de Inquietud. Al revisar la diferencia entre los promedios, la respuesta psicológica de Devastación, demuestra que los atletas después del programa se encuentran menos devastados ( $DM = -.39$ ), es decir, con menos sentimientos de sentirse vacío y derrumbado por la lesión; de forma contraria, la respuesta psicológica de Reorganización, se incrementó ( $DM = .52$ ), lo que indica que el atleta después del programa muestra sentirse mentalmente más fuerte y con mayor confianza, sintiéndose como ellos mismos otra vez (tabla 2).

**Tabla 2.** Análisis descriptivo e inferencial de las variables psicológicas

	Tiempo 1		Tiempo 2		DM	W	We	p	r*	1-B
	M	DT	M	DT						
DASS-21										
Depresión	.80	.386	.24	.229	-0.56	1.50	-2.120	.034	.66	.93
Ansiedad	.67	.507	.35	.318	-0.32	.00	-2.264	.024	.35	.34
Estrés	1.16	.537	.57	.202	-0.59	.00	-2.214	.027	.58	.76
POMS-VIC INTENSIDAD										
Tensión	1.82	.987	.61	.476	-1.21	.00	-2.379	.017	.61	.61
Deprimido	.97	.800	.14	.246	-0.83	.00	-2.207	.027	.57	.57
Cólera	.32	.494	.07	.122	-0.25	1.50	-1.289	.197	.32	.22
Vigor	1.93	.965	2.61	1.029	+0.68	24.50	1.778	.075	-.32	.31
Fatiga	1.54	1.168	1.11	.593	-0.43	2.000	-1.095	.273	.22	.15
Confusión	1.14	1.069	.68	.787	-0.46	3.500	-1.084	.279	.23	.18
Amistad	2.68	.921	2.96	1.075	+.28	15.500	1.054	.292	-.13	.09
PRSII-19										
Devastación	1.82	.607	1.43	.345	-0.39	3.00	-1.581	.114	.36	.35
Reorganización	3.19	.940	3.71	.591	0.52	17.500	1.476	.140	-.31	.27
Engaño	1.64	.537	1.50	.595	-0.14	.00	-1.414	.157	.12	.08
Inquietud	1.93	.572	1.93	.732	0	13.00	-.171	.864	0	.05
Aislamiento	1.60	.345	1.46	.636	-0.14	6.00	-.946	.344	.13	.08

Nota. We = Estadístico de contraste de Wilcoxon (W) estandarizado.,  $r = 1-b =$

Con base al análisis de la adherencia a la rehabilitación desde ambas perspectivas (deportista lesionado y al rehabilitador) no se observan diferencias significativas en los estadísticos de contraste, y los tamaños del efecto son nulos y algunos pequeños.

Desde la perspectiva del paciente (Tabla 3), se ve un mejor cumplimiento de las tareas prescritas durante la rehabilitación y mayor receptividad a los cambios del tratamiento; de forma contraria, un menor esfuerzo físico para la realización de los ejercicios, sin embargo, también se observa una disminución en el dominio de la técnica de los ejercicios.



**Tabla 3.** Análisis descriptivo e inferencia de la Escala de Adherencia a la Rehabilitación, desde la perspectiva del deportista lesionado.

0

ATLETA LESIONADO	Tiempo 1		Tiempo 2		DM	p	r*
	M	DT	M	DT			
Asistencia	1	0	1	0	0		
Puntualidad	1.14	.378	1.14	.378	0		
Cumplimiento	3.14	.690	3.57	.535	0.43	.08	-0.32
Esfuerzo físico	3.43	.787	3.29	.951	-0.14	.56	0.07
Dominio	3.57	.787	3.29	.756	-0.28	.15	0.17
Receptividad	2.86	1.574	3.29	.951	0.43	.18	-0.16
Dificultad	1.43	.976	1.43	.976	0	1.00	0

Nota. Cumplimiento: grado de cumplimiento de las tareas prescritas, instrucciones o consejos médicos; Esfuerzo físico: grado de esfuerzo físico en los ejercicios de rehabilitación; Dominio: Grado de dominio de las técnicas o ejercicios de rehabilitación; Receptividad: grado de receptividad ante los cambios en el tratamiento de rehabilitación; Dificultad: grado de dificultad percibida a la hora de completar el tratamiento de rehabilitación.

Desde la perspectiva del rehabilitador (Tabla 4), los resultados se contraponen con la perspectiva del atleta. Por ejemplo, el rehabilitador percibe que el atleta no muestra ningún cumplimiento de las tareas prescritas durante la rehabilitación, disminuye el grado de receptividad a los cambios del tratamiento y hay mayor dificultad a la hora de terminar el tratamiento de rehabilitación. Las perspectivas coinciden en un menor esfuerzo físico en los ejercicios de la rehabilitación y en un menor dominio de las técnicas o ejercicios de rehabilitación.

**Tabla 4.** Análisis descriptivo e inferencia de la Escala de Adherencia a la Rehabilitación, desde la perspectiva del rehabilitador.

REHABILITADOR	Tiempo 1		Tiempo 2		DM	p	r*
	M	DT	M	DT			
Asistencia	1	0	1	0	0		
Puntualidad	1	0	1	0	0		
Cumplimiento	3.86	.378	3.86	.378	0	1.00	0
Esfuerzo físico	3.43	.787	3.29	.756	-0.14	.31	0.09
Dominio	3.57	.535	3.14	.690	-0.43	.18	0.32
Receptividad	3.43	.535	3.29	.488	-0.14	.56	0.13
Dificultad	1.29	.951	1.57	1.272	0.28	.68	-0.12

Nota. Cumplimiento: grado de cumplimiento de las tareas prescritas, instrucciones o consejos médicos; Esfuerzo físico: grado de esfuerzo físico en los ejercicios de rehabilitación; Dominio: Grado de dominio de las técnicas o ejercicios de rehabilitación; Receptividad: grado de receptividad ante los cambios en el tratamiento de rehabilitación; Dificultad: grado de dificultad percibida a la hora de completar el tratamiento de rehabilitación.



### *Análisis cualitativo*

Al analizar las respuestas de los deportistas en la entrevista inicial, así como en las bitácoras diarias, se identifican frases que denotan cambios a lo largo de las sesiones en los síntomas depresivos, estados de ánimo y sus respuestas psicológicas a la lesión.

En cuanto al estado de ánimo positivo (vigor, amistad) (Tabla 5), las siete atletas reflejan mayor número de frases positivas desde la sesión 5 en adelante, resaltando palabras como “felicidad”, “alivio”, “alegre”, “motivada”, “más segura”, “relajada” y “sentirse mejor”, lo que puede ser asociado con el incremento en Vigor.

**Tabla 5.** Bitácora y citas en la variable estados de ánimo positivos

Paciente 1	“Estoy muy feliz y orgullosa por no rendirme al realizar la rehabilitación” (sesión 5); Alegre y motivada para seguir en sus entrenamientos (sesión 8).
Paciente 2	Tratar de tomar la lesión con calma (sesión 4); “Me sentí aliviada y me gustó mucho aprender métodos para ayudarme” (sesión 5); Alegría por regresar a los entrenamientos (sesión 7); Alegre por ver cambios emocionales antes y después de la rehabilitación (sesión 8).
Paciente 3	Más segura con su tobillo en los partidos (sesión 5); “Más tranquila y emocionada por la recuperación y físicamente más activa” (sesión 5); “Feliz por cumplir con las sesiones de rehabilitación” (sesión 8).
Paciente 4	“Totalmente determinada en buscar mejorar” (sesión 1); Se siente más relajada en comparación con los primeros días” (sesión 5 y 7).
Paciente 5	Logró trabajar sin dolor físico como árbitra en tres partidos durante una semana, soportar esos tres partidos la motivó para seguir adelante (sesión 3); “Poco a poco las cosas fueron mejorando por las decisiones que tomé” (sesión 5); “Antes no podía subir las escaleras de la avenida principal de la universidad debido a que necesitaba ir agarrada del pasamanos y ahora puedo subir las escaleras al mismo ritmo que otras personas” (sesión 5); Ha logrado desplazarse mejor en el campo con seguridad y sin miedo a lesionarse en su trabajo de árbitra (sesión 7); Considera que ha logrado cumplir con varios objetivos que se planteó durante las sesiones de rehabilitación (sesión 8).
Paciente 6	Ya no hay molestias en su rodilla, está totalmente motivada en seguir adelante (sesión 7); Considera que ha aumentado su atención y concentración además de que poco a poco está esforzándose en mejorar la técnica de nado (sesión 8).
Paciente 7	“Me siento mejor, ahora yo reconozco mi propio valor y no dejo que algo o alguien más me defina” (sesión 5); Siente que ha mejorado bastante (sesión 8).

En el caso de los estados de ánimo negativos y síntomas depresivos (tensión, cólera, fatiga, confusión, depresión, ansiedad, estrés) (Tabla 6), fueron muy visibles desde la sesión 1 a la 4, señalando con recurrencia a la lesión como un evento “estresante” y “triste”, y a su vez, en la sesión 4, además de solicitarles que identificaran las emociones y situaciones estresantes, se les solicitó que dieran respuesta a la pregunta “¿qué puedo hacer?”, esperando respuestas alternativas para erradicar las emociones negativas en las deportistas.

**Tabla 6.** Bitácora y citas en la variable estados de ánimo negativo y síntomas depresivos

Paciente 1	Tristeza, excluida, sentimiento de frustración, ira y tristeza: “Ya no voy a hacer deporte”, “Tal vez esto ya no es lo mío” (sesión 4); “Cuando me lesioné lloré mucho, me sentía triste por parar lo que me gustaba y tener que ir a rehabilitación” (sesión 5); Tensión (Sesión 6); Sentimiento de sentirse atacada por el entrenador (sesión 7).
Paciente 2	Frustración y enojo por la lesión (sesión 3); Miedo ante la lesión, cuestionándose: “¿Cuánto va a durar?” (sesión 4).
Paciente 3	Tristeza ante la lesión: “Voy a tener que dejar de jugar al menos un mes”, “Perdí el ritmo que llevaba”. Desesperación y tristeza por querer seguir jugando (sesión 4); “Me sentí frustrada y físicamente en mala condición física cuando me lesioné el tobillo derecho” (sesión 5).
Paciente 4	Frustración y preocupación (sesión 1); Agobiada por actividades escolares, “Qué haré ahora, esto es muy grave... ya me fracturé, voy a dejar de jugar, cómo voy a conseguir mi beca... cuando se lastiman la rodilla ya no quedan bien ya no podré demostrar lo que juego y soy capaz”, “Me sentía muy triste y preocupada, pero a la vez calmada” (sesión 4).
Paciente 5	Logró trabar sin dolor físico como árbitra en tres partidos durante una semana, soportar esos tres partidos la motivó para seguir adelante (sesión 3); “Poco a poco las cosas fueron mejorando por las decisiones que tomé”, “Antes no podía subir las escaleras de la avenida principal de la universidad debido a que necesitaba ir agarrada del pasamanos y ahora puedo subir las escaleras al mismo ritmo que otras personas” (sesión 5); Ha logrado desplazarse mejor en el campo con seguridad y sin miedo a lesionarse en su trabajo de árbitra (sesión 7); Considera que ha logrado cumplir con varios objetivos que se planteó durante las sesiones de rehabilitación (sesión 8).
Paciente 6	Nerviosismo, frustración, molestia, desganada. Suele sentirse desconectada en los partidos y entrenamientos con pensamientos: “No estoy concentrada” “No estoy funcionando bien”, y suele pensar en lo que los demás dicen de ella como: “No lo sabe hacer”, “No le sale” (sesión 3).
Paciente 7	Frustración y tristeza: “No terminas nada”, “No tendrás resultados por no tener constancia”. Sentimientos de desesperación y de querer huir. Ha participado en torneos de reta y suele tener pensamientos: “¿Por qué no me sale?”, “¿Por qué no aporto puntos?”, “¿Por qué no puedo jugar igual?”, “¿De verdad soy buena?” (sesión 3).

En el caso de la respuesta psicológica ante la lesión (Tabla 7), las atletas mostraron preocupación de terminar el semestre sin realizar ejercicio, una sensación de falta de mejora en la zona lesionada y miedo al momento de retomar sus actividades deportivas por una posible recaída.

**Tabla 7.** Bitácora y citas en la variable respuesta psicológica ante la lesión

Paciente 1	“Me aleje un poco del equipo”. Poder regresar a entrenar sin tener miedo de la lesión (sesión 4).
Paciente 2	“No sabía cómo manejar o expresar lo que está sintiendo con la lesión” (sesión 5); Para la paciente ha sido muy poco el avance que ha tenido de su lesión. Inseguridad en los saltos (sesión 8).
Paciente 3	Espera poder jugar más adelante sin usar tobillera (sesión 7); “Cuando regresé a jugar, empecé con un poco de miedo, pero cuidando y midiendo la fuerza de mi tobillo” (sesión 5).
Paciente 4	“Estuve horas en el hospital, me fui a mi casa y me puse a llorar porque sabía que iba a dejar de jugar por mucho tiempo”, “no quería ver a nadie” (sesión 4); Malestar en la rodilla (sesión 5).
Paciente 5	“Cuando recién me lesioné, sufrí mucho, sabía que esa lesión significaría muchas cosas negativas y estaba segura de que me detendría mucho. Me sentí muy triste y frustrada y no podía evitar llorar”, “No lograba ver cambios de la rehabilitación, pero al poder regresar a mis actividades me he sentido más motivada en mi recuperación” (sesión 5); Se volvió a lesionar, al cruzar la avenida, trató de correr por la velocidad de un carro que se acercaba, terminó lastimándose el tobillo de la otra pierna, sintiéndose abrumada a comparación de otras veces que se había lesionado (sesión 6).
Paciente 6	“Suelo sentir que falta mejorar la parte lesionada”, “Me preocupa terminar el semestre y la temporada sin haber hecho ejercicio” (sesión 5).
Paciente 7	Sus lesiones y recaídas han sucedido por descuidos y choques contra contrincantes, se cuestiona si es un autosabotaje que no puede manejar (sesión 4); “Cuando me lesioné, seguí jugando a pesar de la lesión” (sesión 5).

Por último, en la adherencia al tratamiento de rehabilitación (tabla 8), las atletas comentaron tener la motivación de seguir y terminar el tratamiento de rehabilitación, con el deseo de poder ver avance de su recuperación de la lesión y el deseo de no depender de la tobillera/rodillera.

**Tabla 8.** Bitácora y citas en la variable adherencia al tratamiento de rehabilitación

Paciente 1	Motivación en seguir con sus sesiones de rehabilitación y psicológicas (sesión 3); “Ser más constante en el deporte para poder sobresalir” (sesión 4).
Paciente 2	“Me gustaría ver el avance de las sesiones y darme cuenta de la superación de la lesión”, “En este momento estoy feliz y tranquila porque todo está saliendo acorde al plan” (sesión 5).
Paciente 3	“Con la primera semana de rehabilitación usando tobillera me sentí cansada por el dolor y el poco reposo que tuve comencé a caminar más, sentía inestabilidad en el tobillo” (sesión 5).
Paciente 4	“Debo cumplir con las sesiones de rehabilitación y readaptación” (sesión 2).
Paciente 5	“Al iniciar la rehabilitación me sentí tranquila, porque confiaba en que podría mejorar si me cuidaba y le daba seguimiento, estaba decidida a luchar por recuperarme lo más rápido posible”, “Cuando terminé mi rehabilitación aún sentía una ligera molestia...hoy ya puedo hacer todo y aunque jugar todavía me da un poco de miedo estoy segura de que pronto lo voy a lograr” (sesión 8).
Paciente 6	El proceso de rehabilitación fue un “respiro” para ella poder darse más tiempo a sí misma y sus actividades (sesión 6).
Paciente 7	Solo cuando no usa sus rodilleras siente molestia (sesión 7).



Mediante una triangulación de los resultados cuantitativos y cualitativos podemos determinar que las emociones negativas estuvieron más presentes en las primeras 4 sesiones del programa de intervención psicológica, señalándose por parte de las atletas como un evento estresante y triste, relacionándose con las variables de estrés y depresión en el tiempo 1 de las medias en las escalas DASS-21 y POMS-VIC.

En cuanto al proceso de adherencia a la rehabilitación las atletas señalaron preocupación ante su rendimiento, una posible dependencia a las tobilleras/rodilleras, además de una necesidad de regresar a sus entrenamientos antes del término del semestre, relacionándose los resultados cualitativos con los encontrados en las variables de fatiga, confusión y devastación.

Por último, las emociones positivas como vigor y reorganización fueron más visibles en las sesiones 5 en adelante, además de que las atletas se mostraron más motivadas y con avance durante su proceso de adherencia a la rehabilitación a comparación de la percepción de los rehabilitadores.

## ■ DISCUSIÓN

El presente estudio fue analizar, mediante métodos cuantitativos y cualitativos, el efecto de un programa de intervención psicológica para la mejora de la respuesta psicológica a la lesión deportiva y los estados de ánimo del paciente durante el proceso de rehabilitación.

Los resultados estadísticos señalan un cambio antes y después del programa de intervención en las deportistas participantes, mostrando una disminución en variables psicológicas como depresión, estrés, ansiedad, tensión y devastación, y generando un aumento del estado de vigor. Esos datos muestran que las deportistas después del programa de intervención tuvieron menos sentimientos de vacío y frustración por la lesión, motivándolas a sentirse con mayor vigor y confianza para la reincorporación a sus actividades deportivas. Estos resultados coinciden con Podlog y Heil (38) quienes respaldan el valor de las intervenciones basadas en la TCC para mejorar las emociones placenteras/adaptativas y disminuir las emociones desagradables/desadaptativas durante el período de rehabilitación.

Estos cambios durante el programa de intervención se relacionan con los resultados de la información cualitativa, debido a que la mayoría de los comentarios positivos de las deportistas sobre el tratamiento y recuperación de la lesión se reflejaron en la sesión 5 en adelante, con frases como “Estoy muy feliz y orgullosa por no rendirme al realizar



la rehabilitación” (paciente 1), “Me sentí aliviada y me gustó mucho aprender métodos para ayudarme” (paciente 2), “Poco a poco las cosas fueron mejorando por las decisiones que tomé” (paciente 5), mostrando la mayoría de las frases una alegría por los cambios durante el proceso y el esfuerzo durante las sesiones de rehabilitación, motivándolas a seguir adelante para el término de las sesiones y una reincorporación al deporte.

Mediante una triangulación de resultados cuantitativos y cualitativos podemos determinar que las emociones en los primeros días de rehabilitación son negativas con sentimientos de frustración, tristeza y desagrado con frases como: “Ya no volveré a hacer deporte...tal vez esto ya no es lo mío” (paciente 1), “Desesperación y tristeza por querer seguir jugando” (paciente 3), “Tuve momentos de frustración y tristeza porque no quería seguir lesionada” (paciente 5), relacionándose con las variables de depresión, ansiedad, estrés y tensión de las escalas POMS-VIC (intensidad) y DASS-21.

Estos resultados concuerdan con diversos estudios previos, que señalan que al presentarse una lesión la respuesta psicológica del deportista lesionado suele ser negativa (39, 40, 41, 42, 43). Cuando el deportista resulta lesionado se pueden producir diferentes reacciones psicológicas que han sido documentadas en los dominios cognitivos, emocionales y comportamentales (3,44), y que pueden variar desde una intensidad leve (es decir, mínima o sin cambios respecto al estado pre-lesión) a severa (es decir, desviación substancial del estado pre-lesión) (54). La literatura ha confirmado que las respuestas psicológicas suelen ser mayoritariamente negativas por diferentes motivos, como, por ejemplo, la ruptura con las rutinas cotidianas del deportista o el miedo al proceso de rehabilitación y a sus resultados (44), y además de las reacciones emocionales usuales de ansiedad, depresión o frustración, pueden suceder respuestas cognitivas, como atribuciones causales, imágenes intrusivas y estrategias cognitivas de afrontamiento defectuosas, y conductuales, como problemas de adherencia al programa de rehabilitación (3, 54).

Respecto a la adherencia durante el proceso de rehabilitación existe una diferencia entre la perspectiva del paciente y rehabilitador. Por parte del paciente, especialmente en las últimas semanas de rehabilitación, se describe como alguien con un mejor cumplimiento en la rehabilitación, además de mayor adaptación a los cambios durante el tratamiento, concluyendo que existe un menor esfuerzo físico en los últimos ejercicios por la buena adaptación y dominio. Este cambio positivo durante el proceso de recuperación es semejante a los estudios previos que señalan un aumento del estado de ánimo positivo durante



su proceso de rehabilitación, junto con un aumento de la autoconfianza debido a que se sienten capaces para completar las tareas que se le presentan, facilitando así la adherencia al tratamiento (8, 9, 45).

Al comparar los resultados de los rehabilitadores sobre la adherencia al tratamiento por parte de los atletas, existe una clara diferencia, debido a que describen a los pacientes en las últimas sesiones como alguien que muestra un menor cumplimiento de las tareas, además de una menor recepción a los cambios, menor dominio de las técnicas y un menor esfuerzo físico durante las sesiones. Estos resultados se pueden comparar con el estudio de Murphy y Sheehan (46), quienes señalan que durante el proceso de rehabilitación los atletas experimentan una falta de progresión y contratiempos corriendo el riesgo de no avanzar en su rehabilitación, pérdida de aptitud física y el riesgo de volver a lesionarse. También se ha afirmado que, mientras los pacientes suelen ser muy adherentes a su programa de rehabilitación durante las primeras sesiones, la adherencia parece disminuir progresivamente (47). Al comparar ambos resultados tanto del atleta como del rehabilitador podemos concluir que existe un aumento de los estados de ánimo y autoconfianza, que lleva al atleta a disminuir el interés de la progresión del programa, y disminuir su esfuerzo debido al aumento de la percepción del dominio de la actividad, afectando su progreso y adherencia al tratamiento, el cual es visible por parte del rehabilitador.

Por tal razón es importante señalar dos puntos necesarios: 1) la necesidad de implementar instrumentos específicos para las lesiones, además de tomar en cuenta a los fisioterapeutas y rehabilitadores (48) tanto en instrumentos cuantitativos como cualitativos; 2) reconocer el impacto del apoyo por parte del rehabilitador/fisioterapeuta durante el proceso de recuperación del atleta, debido a la importancia que genera la comunicación para mejorar los resultados y aumentar la confianza del atleta al programa de rehabilitación (38, 49, 50, 51).

Para finalizar, debemos remarcar que es necesario identificar los factores psicológicos que contribuyen a una mayor vulnerabilidad del deportista a las lesiones, pues esa información contribuirá tanto a la detección de atletas con mayor riesgo de lesión, como al diseño de estrategias y programas para el control y potenciación de esos factores (52). Desde el campo de la psicología del deporte se pueden diseñar medidas eficaces y eficientes encaminadas a la prevención y la rehabilitación tanto para los deportistas de élite como para los jóvenes (1). La aplicación de métodos y técnicas para la reducción del estrés, la detección de diversas problemáticas de los deportistas, pueden ayudarles tanto a prevenir lesiones, como a mejorar su estado en el proceso de rehabilitación. Además, todas esas intervenciones conseguirán un doble



beneficio, pues si bien prevendrán lesiones y ayudarán a un adecuado manejo durante las mismas, del mismo modo contribuirán a un mejor rendimiento deportivo y un adecuado regreso al deporte (53).

### ■ LIMITACIONES Y CAMINOS FUTUROS

La principal limitación de este trabajo fue el número de estudiantes-deportistas en el programa de intervención, lo que limita la generalización de los resultados. Las principales barreras encontradas para la participación fueron los horarios escolares de las deportistas, y dejar incompleto el programa de intervención psicológica en rehabilitación. También debemos tener en cuenta diferentes limitaciones que suelen derivarse de la investigación cualitativa (54), como el cambio en la naturaleza de las respuestas al estar en presencia de un observador, al poder considerar el entrevistado que se les juzga o que sus respuestas no sean confidenciales. También, que el investigador se identifique en exceso con el participante, y que pueda afectar a la interpretación de los resultados, y que las ideas preconcebidas procedentes de la investigación o la experiencia previa influyan en los datos que surgen de forma natural de la interpretación cualitativa.

No obstante, el estudio también presenta fortalezas. La mayor aportación del presente estudio es proporcionar a la literatura evidencia de una intervención basada en TCC que aborda diferentes técnicas e instrumentos que validan su efectividad, además de contemplar aspectos cualitativos del atleta y la percepción del rehabilitador/fisioterapeuta, sobre la adherencia del atleta al programa. Si bien es difícil extraer inferencias causales a partir de datos cualitativos en exclusiva, el empleo de métodos mixtos puede permitir la corroboración que se produce con los datos cuantitativos (54).

Aunque el muestreo intencionado puede dar lugar a datos más valiosos y definidos, futuras investigaciones deberían contar con un mayor número de deportistas lesionados, y con ello poder mejorar la saturación de los datos (55). También se debería estudiar a deportistas que presenten lesiones en zonas corporales diferentes a las analizadas en este estudio, esto es, extremidades inferiores (tobillo y rodilla). Además, se debería tener en cuenta deportistas de otras edades, desde el deporte formativo hasta el alto rendimiento, para así poder comprobar el efecto de la edad respecto a las respuestas psicológicas a la lesión y la adherencia a la rehabilitación. Del mismo modo, futuros estudios deben seguir profundizando en los predictores personales y situacionales que se asocian con la adherencia a los programas de rehabilitación de lesiones deportivas (56).



Finalmente, los datos de este estudio deben servir para el trabajo en el ámbito aplicado. Para su ocupación con lesionados, los psicólogos del deporte disponen de la Terapia Cognitivo Conductual, que muestra resultados positivos, y además los hallazgos de la investigación permiten comprender los cambios psicológicos durante la rehabilitación de los deportistas. Junto a la TCC, los psicólogos pueden hacer uso de diferentes técnicas que han demostrado su efectividad en la rehabilitación de lesiones, como el establecimiento de objetivos, el entrenamiento en visualización, el biofeedback, o la reestructuración cognitiva, entre otras (3,57,58). Esos mismos datos deben servir como información valiosa para los rehabilitadores, a la hora de planificar el trabajo con los deportistas lesionados, partiendo del conocimiento del importante papel que juegan los procesos psicológicos en su adaptación a la lesión y su recuperación.

### ■ AGRADECIMIENTOS

Agradecemos al Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías para el desarrollo de este proyecto.

### ■ REFERENCIAS

1. Weiß, M., Büttner, M., Richlan, F. The Role of Sport Psychology in Injury Prevention and Rehabilitation in Junior Athletes. *Behavioral Sciences*. [internet], 2024. [Citado abril 2024]. 14, 254. Disponible de: <https://www.mdpi.com/2076-328X/14/3/254>
2. Berengüí R, Pelegrín A. Problemas asociados a la práctica deportiva. En: Berengüí R y López-Walle J, editores. *Introducción a la Psicología del Deporte*. España: EOS Editorial; 2018. p. 451-488.
3. Brewer B W, Redmond C J. *Psychology of Sport Injury*. En: *Human Kinetics*. 2017.
4. Brewer B W. Psychological responses to sport injury. In *Oxford research encyclopedia of psychology*. Oxford University Press [internet]. 2017. [Citado abril 2024]; Disponible de: <https://oxfordre.com/psychology/display/10.1093/acrefore/9780190236557.001.0001/acrefore-9780190236557-e-172>
5. Rizeanu, R., & Bratu, M. (2018). Correlations between depression, anxiety and the level of pain perception in athletes who suffered injuries. *Discobolul*, XIV(3), 3-80.
6. Yang, J., Schaefer, J. T., Zhang, N., Covassin, T., Ding, K., & Heiden, E. (2014). Social support from the athletic trainer and symptoms of depression and anxiety at return to play. *Journal of Athletic Training*, 49(6), 773-779. <https://doi.org/10.4085/1062-6050-49.3.65>



7. Mitchell I, Evans L, Rees T, Hardy L. Stressors, social support, and tests of the buffering hypothesis: Effects on psychological responses of injured athletes. *British Journal of Health Psychology* [internet]. 2014 [citado abril 2024]; 19, p. 486-508. Disponible de: [https://www.researchgate.net/publication/247205143\\_Stressors\\_social\\_support\\_and\\_psychological\\_responses\\_to\\_sport\\_injury\\_in\\_high\\_and\\_low-performance\\_standard\\_participants](https://www.researchgate.net/publication/247205143_Stressors_social_support_and_psychological_responses_to_sport_injury_in_high_and_low-performance_standard_participants)
8. Abenza L. Olmedilla A. Ortega E. Esparza F. Estados de ánimo y adherencia a la rehabilitación de deportistas lesionados. *Apunts Sport Medicine* [internet]. 2009 [citado abril 2024]; p.161.29-37. Disponible de: <https://www.apunts.org/es-estados-animo-adherencia-rehabilitacion-deportistas-articulo-X0213371709353873>
9. Burland, J., Toonstra, J., y Howard, J. Psychosocial barriers after anterior cruciate ligament reconstruction: A clinical Review of factors influencing postoperative success. *Sports Health: A multidisciplinary approach* [internet]. 2019 [citado abril 2024]; 11(6), p. 528-534. Disponible de: <https://doi.org/10.1177/1941738119869333>
10. Biswas, A. y Biswas, A. Psychological interventions of injury in athletes a review. *International Journal of Research Padagogy and Tecnology in Education and Movement Sciences* [internet]. 2023 [citado abril 2024]; 12(01), p. 80-87. Disponible de: <https://ijems.net/index.php/ijem/article/view/248>
11. Moo J C, Góngora E A. Impacto de una intervención en resiliencia en deportistas universitarios lesionados. *Journal of Behavior, Health & Social Issues* [internet]. 2020 [citado abril 2024]; 12 (1), p. 47-57. Disponible de. <http://dx.doi.org/10.22201/fesi.20070780.2020.12.1.75655>
12. Olmedilla A, Ortega E, Gómez J. M. Influencia de la lesión deportiva en los cambios del estado de ánimo y de la ansiedad precompetitive en futbolistas. *Cuadernos de Psicología del Deporte* [internet]. 2013 [citado abril 2024]; 14(1), p. 55-62. Disponible de: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1578-84232014000100007](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1578-84232014000100007)
13. Podlog L, Banham SM, Wadey R, Hannon J. Psychological readiness to return to competitive sport following injury: A qualitative study. *Sport Psychologist*. 2015, 29(1) p. 1-14. <http://dx.doi.org/10.1123/tsp.2014-0063>
14. Schwab L., Pittsinger R. Yang J. Effectiveness of psychological intervention following sport injury. *Journal of Sport and Health Science* [internet]. 2012 [citado abril 2024]; 1, p. 71-79. Disponible de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jshs.2012.06.003>
15. Frank A, Oscar G. Psychological Factors Influencing Injury Rehabilitation and Return to Sport: A Systematic Review. *Journal of Sport Psychology* [internet]. 2023 [citado abril 2024]; 32(2), p. 67-75.



Disponible de: <https://www.rpd-online.com/index.php/rpd/article/view/1266>

16. Gennarelli SM, Brown, SM, Mulcahey, MK. Psychosocial interventions help facilitate recovery following musculoskeletal sports injuries: A systematic review. *The Physician and Sportsmedicine* [internet]. 2020 [citado abril 2024]; 48(4), p.370-377. Disponible de: <https://doi.org/10.1080/00913847.2020.1744486>

17. Gledhill A, Forsdyke D, Murray E. Psychological interventions used to reduce sports injuries: a systematic review of realworld effectiveness. *British Journal of Sports Medicine* [internet]. 2018 [citado abril 2024]; 52(15), p. 967-971. Disponible de: <http://dx.doi.org/10.1136/bjsports-2017-097694>

18. Zhang A, Borheimer LA, Weaver A, Franklin C, Hai AH, Guz S, Shen L. Cognitive behavioral therapy for primary care depression and anxiety: A secondary meta-analytic review using robust variance estimation in meta-regression. *Journal of Behavioral Medicine* [internet]. 2019 [citado abril 2024]; 42(6), p.1117-1141. Disponible de: <https://doi.org/10.1007/s10865-019-00046-z>

19. McGinn LK, Sanderson WC. (2001). What allows cognitive behavioral therapy to be brief: Overview, efficacy, and crucial factors facilitating brief treatment. *Clinical Psychology: Science and Practice* [internet]. 2001 [citado abril 2024]; 8(1), p. 23-37. Disponible de: [doi:10.1093/clipsy.8.1.2](https://doi.org/10.1093/clipsy.8.1.2)

20. Alzate R, Ramirez A, Lazaro I. The effect of psychological response on recovery of sport injury. *Research in Sports Medicine* [internet]. 2004 [citado abril 2024]; 12(1), p. 15-31. Disponible de: [doi:10.1080/15438620490280567](https://doi.org/10.1080/15438620490280567)

21. Catalá P, Peñacoba C, Pocinho R, Margarido C. Efects of a psychological and physiotherapeutic intervention on the occurrence of injuries. *Cultura, Ciencia y Deporte* [internet]. 2020 [citado abril 2024]; 16 (48).p. 225-234. Disponible de: <http://dx.doi.org/10.12800/ccd.v16i48.1715>

22. Evans L, Hardy L. Injury rehabilitation: a goal-setting ntervention study. *Research Quarterly for Exercise and sport* [internet]. 2002 [citado abril 2024]; 73(3) p. 310-319. Disponible de: [https://www.researchgate.net/publication/11160316\\_Injury\\_Rehabilitation\\_A\\_Goal-Setting\\_Intervention\\_Study](https://www.researchgate.net/publication/11160316_Injury_Rehabilitation_A_Goal-Setting_Intervention_Study)

23. Moreno-Tenas A. Intervención psicológica sobre un ciclista de élite con un proceso lesivo recidivante. *e-Motion. Revista de Educación, Motricidad e Investigación* [internet]. 2018 [citado abril 2024]; 10, p. 66-79. Disponible de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6564416>



24. Gómez-Espejo, V., García-Más, A., Ortega, E., & Olmedilla, A. (2021). Programas de intervención psicológica en procesos de rehabilitación de lesiones deportivas. *Archivos de Medicina del Deporte*, 39(1), 26-33. <https://doi.org/10.18176/archmeddeporte.00071>
25. Podlog, L., Heil, J., Burns, R., Bergeson, S., Iriye, T., Fawver, B., & Williams, M. (2020). A cognitive behavioral Intervention for college athletes with injuries. *The Sport Psychologist*, 34(2), 1-11. <https://doi.org/10.1123/tsp.2019-0112>
26. Wadey R, Evans L, Evans K, Mitchell I. Perceived benefits following sport injury: A qualitative examination of their antecedents and underlying mechanisms. *Journal of applied sport psychology* [internet]. 2011 [citado abril 2024]; 23, p. 142-158. Disponible de: <https://doi.org/10.1080/10413200.2010.543119>
27. Clement D, Granquist M D, Arvinen-Barrow M M. Psychosocial Aspects of Athletic Injuries as perceived by Athletic trainers. *Journal of Athletic training* [internet]. 2013 [citado abril 2024]; 48 (4); p. 512-521. Disponible de: doi: <http://dx.doi.org/10.4085/1062-6050-48.3.21>
28. Wilgen CP, Verhagen EALM. A qualitative study on overuse injuries: The beliefs of athletes and coaches. *Journal of Science and Medicine in Sport* [internet]. 2012 [citado abril 2024];15, p. 116-121. Disponible de: [https://www.researchgate.net/publication/51905759\\_A\\_qualitative\\_study\\_on\\_overuse\\_injuries\\_The\\_beliefs\\_of\\_athletes\\_and\\_coaches](https://www.researchgate.net/publication/51905759_A_qualitative_study_on_overuse_injuries_The_beliefs_of_athletes_and_coaches)
29. Berengüí R. Personalidad, características psicológicas y lesiones en el deporte de competición: Análisis de relaciones e incidencia en jóvenes deportistas. [Tesis de Doctorado de Repositorio Institucional]. España: Universidad de Murcia, 2011 [citado abril 2024], Repositorio Institucional - Universidad de Murcia.
30. Coddington, R.D. y Troxell, J.R. (1980). The effect of emotional factors on football injury rates - A pilot study. *Journal of Human Stress*. [internet]. 2011 [citado abril 2024]; 6(4), 3-5.
31. Petrie, T.A. Psychosocial antecedents of athletic injury: The effects of life-stress and social support on female collegiate gymnasts. *Behavioral Medicine* [internet]. 1992 [citado abril 2024];18, p. 127-138. Disponible de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1421746/>
32. Schneider, J.C. Emotional Sequelae of Sports-Related Injuries: Concussive and Orthopedic Injuries. [Tesis de Doctorado] Estados Unidos: Drexel University, 2006 [citado abril 2024], Repositorio Institucional - Drexel University.
33. De la Vega R, Ruiz R, Borges PJ, Tejero-González CM. Una nueva medida tridimensional del estado de ánimo deportivo: el POMS-VIC. *Cuadernos de Psicología del Deporte* [internet]. 2014 [citado abril 2024]; 14(2), p.37-46. Disponible de: <https://doi.org/10.4321/s1578-84232014000200005>



34. Evans L, Hardy L, Mitchell I, Rees T. The development of a measure of psychological responses to injury. *Journal of Sport Rehabilitation* [internet]. 2008 [citado abril 2024]; 16, p. 21-37. Disponible de: <https://doi.org/10.1123/jsr.17.1.21>

35. (33)Ruiz F J, García-Martín M B, Suárez-Falcón J C, Odriozola-González P. The hierarchical factor structure of the Spanish version of Depression Anxiety and Stress Scale - 21. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy* [internet]. 2017 [citado abril 2024];17, p. 97-105. Disponible de: <https://blogs.konradlorenz.edu.co/files/ruiz-f.-j.-garc%C3%ADa-mart%C3%ADn-m.-b.-su%C3%A1rez-falc%C3%B3n-j.-c.-odriozola-gonz%C3%A1lez-p.-2017-1.pdf>

36. Salcido-Otáñez YE, López-Walle JM, Cantú-Berrueto A, Tomás I. Validación del POM-VIC y PRSII-19 en deportistas lesionados al contexto mexicano Universitario. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, (en revisión).

37. Abenza L, Olmedilla A, Ortega E, Esparza F. Construcción de un registro de conductas de adherencia a la rehabilitación de lesiones deportivas. *Revista de Psicología del Deporte* [internet]. 2011 [citado abril 2024]; 20(2), p. 455-476. Disponible de: <https://www.redalyc.org/pdf/2351/235122167015.pdf>

38. Podlog L, Heil J. (2020) A cognitive behavioral intervention for college athletes with injuries. *The Sport Psychologist* [internet]. 2020 [citado abril 2024]; (ahead of print). Disponible de: <https://doi.org/10.1123/tsp.2019-0112>

39. Alvarado V, Ruiz B, Rodríguez M C. Lesiones musculoesqueléticas en mujeres adultas sedentarias que ingresan a un programa de ejercicio físico. *Enfermería Universitaria* [internet]. 2018 [citado abril 2024]; 8(1), p. 33-40. Disponible de: <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2011.1.271>

40. Castro M, Chacón R, Zurita F, Espejo T. Niveles de resiliencia en base a modalidad, nivel y lesiones deportivas. *Retos* [internet]. 2016 [citado abril 2024]; 2041(29), p. 162-165. Disponible de: <https://www.redalyc.org/pdf/3457/345743464033.pdf>

41. Fariña F, Isorna M, Soidán JL, Vázquez MJ. Estilos de afrontamiento y recuperación de las lesiones deportivas en kayakistas de élite. *Revista de Psicología Del Deporte* [internet]. 2016 [citado abril 2024]; 25(1), p. 43-50. Disponible de: <https://www.redalyc.org/pdf/2351/235143645006.pdf>

42. Latorre P Á, Pantoja A. (2013). Diseño y validación de un cuestionario de propensión al accidente deportivo (PAD-22). *Cuadernos de Psicología Del Deporte*. [internet]. 2013 [citado abril 2024]; 13(1), 51-62. Disponible de: <https://doi.org/10.4321/S1578-84232013000100006>

43. Sancho D, Villarmín M. Incidencia de lesiones traumáticas y



psicológicas en el taekwondo. *Enfermería Integral: Revista Científica Del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia* [internet]. 2016 [citado abril 2024]; Disponible de: ISSN 0214-0128, 112, 27-30.

44. Berengüí R, Ríos-Garit J. Psicología en las lesiones deportivas. En E León y EJ Garcés de Los Fayos (Eds.), *Fundamentos de psicología del deporte*. 2023. p. 211-220. Editorial Médica-Panamericana.

45. Tjong V, Devitt B, Murnaghan L, Ogilvie-Harris D, Theodoropoulos J A. Qualitative investigation of return to sport after arthroscopic bankart repair. *Beyond Stability. The American Journal of Sport Medicine* [internet]. 2015 [citado abril 2024]; 43 (8) p. 2005-2011. Disponible de: DOI: 10.1177/0363546515590222

46. Murphy G, Sheehan R. A qualitative investigation into the individual injury burden of amateur rugby players. *Physical Therapy in Sport* [internet]. 2021 [citado abril 2024]; 50, p. 74-81. Disponible de: <https://doi.org/10.1016/j.ptsp.2021.04.003>

47. Niven A, Nevill A, Sayers F, Cullen M. Predictors of rehabilitation intention and behavior following anterior cruciate ligament surgery: An application of the theory of planned behavior. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports* [Internet]. 2012;22:316-322. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1600-0838.2010.01236.x>

48. Prieto J, Palmeira A, Olmedilla A. Ansiedad competitiva, competitividad y vulnerabilidad a la lesión deportiva: Perfiles de riesgo. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte* [internet]. 2015 [citado abril 2024]; 10 (2), p. 293-300. Disponible de: <https://www.redalyc.org/pdf/3111/311137747015.pdf>

49. Hildingsson M, Fitzgerald U, Alricsson M. Perceived motivational factors for female football play during rehabilitation after sport injury- a qualitative interview study. *Journal of Exercise Rehabilitation* [internet]. 2018 [citado abril 2024]; 14(2), p. 199-206. Disponible de: <https://doi.org/10.12965/jer.1836030.015>

50. Johnson U, Ivarsson A, Karlsson J, Hägglund M, Waldén M, Börjesson M. (2016) Rehabilitation after first-time anterior cruciate ligament injury and reconstruction in female football players: a study of resilience factors. *BMC Sports Science, Medicine and Rehabilitation* [internet]. 2016 [citado abril 2024]; 8:20. Disponible de: <https://doi.org/10.1186/s13102-016-0046-9>

51. Piussi R, Krupic F, Sundemo D, Svantesson E, Ivarsson A, Johnson U, Samuelsson K, Senorski E.H. (2022) 'I was young, I wanted to return to sport, and re-ruptured my ACL' - young active female patients' voices on the experience of sustaining an AC re-rupture, a qualitative study. *BMC Musculoskeletal Disorders* [internet]. 2022 [citado abril 2024]; 23:760. Disponible de: <https://doi.org/10.1186/s12891-022-05708-9>



52. Ríos-Garit J, Pérez-Surita Y, Berengüí R, Soris Y, Montoya CA. Psychological analysis of injuries in a first category softball national championship in Cuba. *Apunts Sports Medicine* [internet]. 2023 [citado abril 2024]; 58, 100402. Disponible de: <https://doi.org/10.1016/j.apunsm.2023.100402>

53. Berengüí R, Brewer BW., Garcés de Los Fayos EJ. Aspectos psicológicos en las lesiones deportivas. En F. Arbinaga y E. Cantón (Eds.), *Psicología del Deporte y la Salud: Una relación compleja*; 2013. p. 197-243. EOS Editorial.

54. Schonfeld I S., Mazzola J J. Strengths and limitations of qualitative approaches to research in occupational health psychology. In R. R. Sinclair, M. Wang, & L. E. Tetrick (Eds.), *Research methods in occupational health psychology: Measurement, design, and data analysis*; 2013. p. 268-289. Routledge/Taylor & Francis Group.

55. Johnson K.L, Cormier DL, Kowalski KC, Mosewich AD. Exploring the Relationship Between Mental Toughness and Self-Compassion in the Context of Sport Injury. *Journal of Sport Rehabilitation* [internet]. 2023 [citado abril 2024]; 32(3), p. 256-264. Disponible en: <https://doi.org/10.1123/jsr.2022-0100>.

56. Goddard, Keith, Claire Roberts, James Byron-Daniel and Lindsay Woodford. "Psychological factors involved in adherence to sport injury rehabilitation: a systematic review." *International Review of Sport and Exercise Psychology* 14 (2020): 51 - 73. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/1750984X.2020.1744179>

57. Berengüí R, Castejón MA, Martínez-Alvarado JR. Goal setting in sport injury rehabilitation: a systematic review. *Journal of Physical Education and Sport* [Internet]. 2021; 21(6):3569-76. Disponible en: <https://doi.org/10.7752/jpes.2021.06482>

58. Santi G, Pietrantonio L. Psychology of sport injury rehabilitation: a review of models and interventions. *Journal of Human Sport and Exercise* [Internet]. 2013;8(4), p. 1029-44. Disponible en: <https://doi.org/10.4100/jhse.2013.84.13>



## ANEXO 1. ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

### Datos generales:

Nombre completo:

Edad:

Estado civil:                      Hijos:                      ¿Con quién vives?

Trabajo:

Estudios:

Deportivos:

Actividad que realiza:                      años realizando la actividad:

Su mayor logro

Objetivo:

Historial de lesiones: (que puedo preguntar para el historial de lesiones)

¿Anteriormente había sufrido alguna lesión?                      ¿qué tipo de lesión?

Lesión actual:

¿Cómo pasó?

¿Siguió la misma rutina de entrenamiento ese día? ¿hubo algo diferente?

¿Qué hizo inmediatamente?

¿Conoces tu diagnóstico?                      ¿Sabes cuánto tiempo va a durar tu rehabilitación?                      ¿Sabes que te van a hacer?

¿Conoces las fases de la rehabilitación? (terapia, vuelta a entrenamiento y vuelta a competencia) ¿Cuáles cree que pueden ser las principales ventajas de cada fase en la rehabilitación?

¿Qué cree que puede aprender de esta situación a medida que avance su rehabilitación?

¿Han cambiado esos hábitos a raíz de la lesión? ¿De qué manera?

### Cuestión emocional

¿Como describirías tu estado emocional en estos últimos días después de la lesión? ¿Tu estado emocional ha cambiado después de la lesión?

¿Cómo se ha sentido con los cambios en sus actividades diarias a raíz de la lesión? Y ¿cómo se manifiesta?

¿En tu confianza en su parte lesionada o en sus habilidades deportivas considera que ha cambiado algo?



¿Has logrado identificar tus emociones?

### **Cuestión Social**

¿Qué persona ha sido gran apoyo durante esta etapa de lesión?

¿Ahora que hace en el tiempo que antes dedicaba a sus entrenamientos?

¿Qué familiares han estado en este proceso de la lesión? ¿De qué forma te han ayudado? (amigos, compañeros de trabajo, deporte)