

Psicología de las lesiones, 3 décadas prodigiosas: origen, desarrollo y consolidación (Revisión)

Injuries's Psychology, three decades prodigious: origin, evolution and consolidation (Review)

Abel Yáñez Rivera. Instituto de Medicina del Deporte. La Habana. Cuba.

[abelyanez1974@gmail.com] .

Marisol Suárez Rodríguez. Instituto de Medicina del Deporte. La Habana. Cuba.

[marisol.suarez@inder.gob.cu] .

Recibido: 17 de agosto de 2021 / **Aceptado:** 17 de noviembre de 2021

Resumen

El siguiente trabajo pretende mostrar el curso aproximado de las investigaciones más significativas de las 3 primeras décadas de estudio de las lesiones deportivas desde el ámbito psicológico, con una mirada crítica de los autores compartida por investigadores actuales, resaltando el carácter trascendental de los primeros casi 30 años de investigaciones, en el origen, desarrollo y consolidación de la Psicología de las lesiones. Se incluyen, estudios pioneros que buscan correlacionar elementos de personalidad y lesiones; seguido de otros autores que exploran variables psicosociales; hasta la consolidación en modelos teóricos, con el Modelo de Stress-Lesión de Williams y Andersen (1998) como colofón del período, por considerarlo el modelo teórico-conceptual más sólido hasta ese momento, que sirve de base a un elevado número de abordajes posteriores.

Palabras clave: lesiones; personalidad; variables psicosociales; modelos teóricos.

Abstract

This article attempts to show the way taken for the most relevant researches in the firsts three decades of studies about sports injuries from the Psychology, with a critical review of the authors shared with the researchers, highlighting the transcendental sense of these researches on: origin, evolution and consolidation of Injuries Psychology. There are including early studies that intend to correlate some elements of personality and injuries, followed by others authors who explore psychosocial variables, until the consolidation on theoretical models, with the Stress-Injuries Model (Williams and

Andersen, 1998), as the harder model until this moment, which serves as the basis for a high number of posterior approaches.

Key words: injuries; personality; psychosocial variables; theoretical models.

Introducción

Con el interés de profundizar en una temática de impresionante actualidad como las lesiones deportivas, se toma como punto de partida la revisión de documentos, el método analítico-sintético e inductivo-deductivo para conocer el estado del tema y sus antecedentes, conformando un mapa cognitivo-conceptual que permite reconocer puntos comunes entre investigadores empeñados en aportar a las dos vertientes fundamentales: la prevención y tratamiento de las lesiones deportivas. Queda trazada una senda investigativa que abarca 3 décadas que consideramos pilares en el origen, evolución y consolidación de la Psicología de las lesiones. No sigue siempre un estricto orden cronológico, sino conceptual-teórico-aplicado, que en ocasiones transcurre en espiral o paralelamente.

Nos trazamos como objetivo entonces, ofrecer a futuros investigadores una síntesis de las casi tres primeras décadas de investigación de la temática de las lesiones desde las ciencias psicológicas para facilitar la contextualización y comprensión del fenómeno, a la vez que remarque la trascendencia del período en la conformación de la Psicología de las lesiones como ámbito de estudio.

Se incluyen referencias representativas del aumento de la incidencia de lesiones en poblaciones deportivas y no deportivas en el período; las principales líneas de investigación emprendidas para enfrentar el notable incremento de las lesiones deportivas y los modelos teórico-conceptuales formulados en el afán de contribuir a la comprensión y afrontamiento del fenómeno. También quedan incluidas, consideraciones críticas de los estudios y modelos, según criterios de investigadores contemporáneos compartidos por los autores.

Desarrollo

Para ilustrarnos de forma precisa sobre la problemática que enfrentaban los investigadores, tenemos estadísticas que ya son clásicas como Kraus y Conroy (1984) quienes ofrecen datos preocupantes, al considerar que entre 3 y 5 millones de lesiones

ocurren anualmente durante la práctica deportiva, solamente en Estados Unidos; mientras que apenas 3 años más tarde, Booth (1987) señala que los atletas americanos sufren 17 millones de lesiones anuales. También nos alertan Boyce y Sobolewski (1989), quienes afirman que la incidencia de lesiones es tan importante entre niños y jóvenes, que éstas han reemplazado a las enfermedades infecciosas como la causa principal de muerte y discapacidad, estimando que el 44% del total de lesiones en estas poblaciones están relacionadas con la actividad atlética.

Con el paso del tiempo solo registran una elevación exponencial, tal como nos confirma Williams y Roepke (1993) al referir que *“los estudios epidemiológicos indican que anualmente en Estados Unidos ocurren más de 70 000 000 de lesiones que requieren atención médica”* o el estudio de Nicholl, Coleman y Williams (1995) realizado en Inglaterra y Nuevo Gales que arroja valores estimados de 29 millones de lesiones cada año, de las cuales 9.8 millones tienen un carácter grave.

La necesidad de investigaciones que amortiguaran los efectos negativos en atletas se hacía imperiosa pues, como nos advierte Williams y Roepke (1993): La seriedad del problema de las lesiones deportivas subraya la necesidad de investigación que profundice en las causas y el tratamiento de la lesión, incluyendo el estudio de los factores de riesgo psicológico y los protocolos de tratamiento. Se siguieron dos líneas fundamentales: los relacionados con variables de personalidad (rasgos de personalidad, locus de control o autoconcepto) y los asociados con variables psicosociales (tensión producida por eventos de vida y diversas variables personales y ambientales).

La primera línea, intenta enlazar variables de personalidad con la vulnerabilidad a lesionarse, recurriendo a la aplicación de tests de personalidad en poblaciones atléticas. En esa dirección, encontramos trabajos como los de Jackson, Jarrett, Bailey, Kausek, Swanson, y Powell (1978), con el 16-PF de Cattell, en futbolistas de secundaria, estimaron mayor presencia de lesiones en jugadores con estilo de personalidad dependiente; al igual que Valliant (1981) pero en corredores de fondo. También Jackson y colaboradores (1978), comparando atletas con lesiones severas y menos severas, encuentra que los primeros eran más reservados.

Parecía una prometedora línea de investigación, con Irwin (1975), que igualmente con el 16-PF de Catell, no encuentra diferencias en jugadores de fútbol de secundaria en el

Factor I (mente abierta v.s mente cerrada) pero sí en el Factor A (reservados v.s comunicativos) siendo los lesionados más reservados.

También Milojevic (1978), utiliza el Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) con jugadores de voleibol y futbol, buscando perfiles que pudieran anticipar fuentes de stress, y por consiguiente, predisposición a lesiones; mientras Rosemblaum (1979) afirma que muchas lesiones son debidas a la culpa, la depresión o el miedo al éxito.

Lo promisorio queda en expectativas poco satisfechas, pues casi para cada estudio que establece relaciones directas existe otro con resultados opuestos. Incluso, aparecen contradicciones entre los mismos autores o en resultados con instrumentos similares. Estudios que seguían la misma línea de Irwin (1975), realizados por Brown (1971), no encontraron variable de personalidad diferente entre futbolistas lesionados y no lesionados al aplicar el CPI (Psychological Inventory of California). Tampoco Abadie (1976) al emplear el 16 PF de Catell, en atletas femeninas de diferentes deportes colectivos e individuales, encuentra diferencias de personalidad entre no lesionadas y lesionadas.

Más adelante, Williams y Roepke (1996) concluirían que el 16-PF y el CPI no parecen ser las herramientas más apropiadas para identificar factores de personalidad relacionados con la ocurrencia de lesiones.

Revisiones posteriores de Hernández (2003) y Olmedilla (2003) arriban a conclusiones compartidas por los presentes autores, al considerar que los estudios de Brown (1971), Abadie (1976) e Irwin (1975) muestran resultados contradictorios en la consideración de la relación entre factores psicológicos y predisposición a lesiones, mientras Jackson et al (1978), Milojevic (1978); Rosemblaun (1979) y Valiant (1981) señalan solo alguna relación entre los mismos, lo cual muestra resultados contradictorios, en algunos casos con limitaciones metodológicas, no concluyentes, al menos en relación directa y sobre qué factores específicos. No obstante, constituyen los trabajos más significativos de la etapa.

Otra serie de estudios busca relacionar constructos relacionados con la personalidad como: locus de control, autoestima, ansiedad competitiva, motivación de logro y búsqueda de sensaciones, con la aparición de lesiones pero sin resultados sólidos. Vemos que Passer y Seese (1983) y Dahlhauser y Thomas (1979) con jugadores de fútbol, no encuentran relación entre locus de control y lesión, empleando la escala

general de Rotter (1966); sin embargo encontraron menos lesiones en jugadores con un locus de control interno, al emplear una escala específica de fútbol desarrollada por ellos mismos.

Pasa igual con el autoconcepto, cuando incluso en los mismos autores en aplicaciones diferentes, como es el caso de Young y Cohen (1979) no encuentran relaciones entre autoconcepto y lesiones en torneo de baloncesto escolar femenino, mientras ellos mismos (Young y Cohen, 1981) sí encuentran diferencias usando cuestionario con 4 sub escalas -Tennessee Self-Concept Scale TSCS, en torneo femenino de baloncesto de nivel secundaria. En la segunda aplicación, las no lesionadas tienen un autoconcepto global más alto, concluyendo los autores que el tamaño diferente de la muestra, la edad y las diferencias de educación, explicaban la diferencia en los resultados.

Empleando igual instrumento (TSCC), Lamb (1986) descubre que atletas universitarias de hockey con bajas puntuaciones en autoestima presentan mayor número de lesiones pero resulta una muestra muy pequeña (n: 21) para generalizar conclusiones. También Yaffe (1978) sustenta la explicación del impacto psicológico de una lesión deportiva en base al autoconcepto y mucho más tarde, Pargman (1993) considera que es una variable psicológica que puede oscilar en tiempos cortos y es susceptible de ser sometida a un trabajo estratégico.

Sin conclusiones sólidas definitivas en su relación con la aparición de lesiones, este enfoque recibe críticas relativas a su rigidez, simplificación excesiva y bajo valor explicativo. Coinciden varios autores, Williams y Roepke (1993), Pargman (1993) y Grove (1993), Hernández (2003) y Olmedilla (2003) a los que se suman los autores de la presente investigación, que los estudios que han intentado controlar y cuantificar la relación entre personalidad y propensión a la lesión no encuentran resultados concluyentes.

Entre los estudios que relacionaban las variables de personalidad con la vulnerabilidad a lesiones, se pudiera señalar que las mismas autoras del modelo de Stress-Lesión, Andersen y Williams (1988), quienes junto a Taerk (1977) y Fischer (1984) se consideran precursores de estudios que involucran dicha relación, reconocieron más tarde que no ofrecían una base teórica concluyente, a pesar de ganar rigor

posteriormente. De cualquier modo, estos trabajos constituyen los esfuerzos más significativos antes de 1988.

Los estudios que abordan la relación entre variables psicosociales y lesiones deportivas, no tuvieron su origen en el ámbito deportivo sino en el clínico, o más exactamente hablando, en la relación de eventos vitales trascendentales y la aparición de enfermedades.

Holmes y Rahe (1967) desarrollan la Escala de Reajuste Social (Social Readjustment Rating Scale, SRRS) para medir el impacto de las acciones cotidianas estresantes en los individuos, descubriendo que mientras mayor era el nivel de stress, mayor la propensión a enfermar en los sujetos estudiados; sus hallazgos los condujeron a sugerir que cualquier cambio significativo, ya fuera positivo o negativo, podía ser estresante y, por tanto, nocivo para la salud, ya que podría aumentar la vulnerabilidad del sujeto a enfermar (Lazarus y Folkman, 1986).

Siguiendo el curso de estas investigaciones, autores como Selzer y Vinokur (1974) y Stuart y Brown (1981) encuentran relación similar entre altos niveles de stress y propensión a sufrir accidentes, aunque posteriormente Selzer y Vinokur (1975) indican que solamente los acontecimientos negativos se podrían asociar con reacciones negativas. Según Olmedilla (2003) la serie de trabajos antes mencionados, llevan a razonar que este tipo de stress podría influir en otra forma de enfermedad: la lesión deportiva. Surgen así, los primeros acercamientos a la relación entre eventos vitales, stress y lesiones deportivas.

La mayoría de las aproximaciones más consistentes tienen en común el empleo de instrumentos de medición como la Escala de Reajuste Social (Social Readjustment Rating Scale, SRRS) de Holmes y Rahe (1967), como es el caso del propio Holmes (1970) al encontrar en jugadores de fútbol americano con alto índice de stress en su vida diaria mayor propensión a lesionarse. Otra versión del propio instrumento, como la modificación realizada por Bramwell, Masuda, Wagner y Holmes (1975) para atletas universitarios, denominada Social Athletic Readjustment Rating Scale (Escala de Reajuste Atlético Social- SARRS) muestra en 82 futbolistas de la Universidad de Washington, que el riesgo de lesión aumenta en relación directa a la experiencia de estrés producido por los eventos de la vida.

Investigaciones que alcanzan resultados similares aplicando versiones del mismo instrumento (SARRS) tenemos que Cryan y Alles (1983) realizan una réplica de la investigación de Bramwell, Masuda, Wagner y Holmes (1975) optimizando el diseño y evaluando la incidencia y severidad de las lesiones en una muestra de 151 jugadores de fútbol de tres universidades, hallaron que los atletas con puntuaciones superiores a 500 (altas) en el SARRS sufren un 68 % de lesiones, mientras que puntuaciones más bajas (- 500) alcanzan un 39 % de lesiones. No se encontró relación entre la tensión del evento de vida y el riesgo de sufrir lesiones severas (Anderson y Williams, 1993; Williams y Roepke, 1993).

Por último, completando estudios desarrollados en el fútbol, tenemos a Coddington y Troxell (1980), con jugadores de fútbol de escuela secundaria. No emplearon el SARRS sino la Life Event Scale for Adolescents (Escala de Evento de Vida para los Adolescentes - LESA) y encontraron mayor incidencia de lesiones durante la temporada entre adolescentes que experimentan inestabilidad familiar como: separación de padres o muerte de un progenitor.

Aunque los estudios antes reseñados logran mostrar relación entre eventos de vida y ocurrencia de lesiones, autores como Olmedilla (2003) y Hernández (2003), coinciden en afirmar que las herramientas utilizadas no diferenciaban entre eventos de vida positivos y negativos y además asignaban una ponderación prefijada a los eventos de vida, en lugar de permitir al sujeto que contestaba indicar la magnitud con que le afectaba. A pesar de las limitaciones señaladas, dichas investigaciones se consideran representativas del abordaje de las lesiones deportivas en su relación con variables psicosociales, constituyendo cimientos para estudios posteriores que incluyeron otros deportes y variables a considerar.

Dentro de los que intentaban zanjar las diferencias derivadas de la polaridad de los eventos vitales, podemos citar como el esfuerzo más notable, el diseño de la Life Experience Survey (Medida de Experiencia de Vida- LES) por Sarason, Johnson, y Siegel (1978) quienes consideran que los efectos de la adaptación a eventos de cambio vida negativos pueden ser diferentes de aquéllos eventos de cambio vida positivos y encuentran que el efecto de los eventos de cambio vida positivos en variables relacionadas con la salud es nulo o menos perjudicial en comparación con los eventos de cambio vida negativos.

Pasado un lustro, Passer y Seese (1983) modifican la escala LES adaptándola al ámbito deportivo, resultando una escala que incluyó 70 eventos de vida y se denominó Athletic Life Experiencias Survey (Medición de Experiencias de Vida Deportivas-ALES), lo que supone además una ampliación del campo de investigación.

Agregan la probable influencia de como: ansiedad rasgo, ansiedad rasgo competitiva y locus de control. Los hallazgos muestran efecto perjudicial del cambio de vida negativo en la tasa de lesiones en la 2da división de fútbol aunque no hallaron relación significativa entre lesión y medidas de estrés de vida en la 1era división; no obstante, más tarde se descubre que la variable apoyo social presenta una correlación significativa en la aparición de lesiones, al constatar Hardy, Prentice, Kirsanoff, Richman y Rosenfeld (1987), que los sujetos con nivel bajo de apoyo social son más propensos a lesionarse, sin tener en cuenta el nivel de estrés cotidiano.

Las investigaciones sobre la incidencia de factores psicosociales en la ocurrencia de lesiones, logra avances al compararse con estudios precedentes pero no están exentas de contradicciones, resultados poco concluyentes y necesitadas de profundidad teórica, metodológica y conceptual. Coinciden los autores con Hernández Mendo (2003) al señalar que algunas investigaciones apoyan la relación entre cierto tipo de estresores y una mayor incidencia de lesiones, y otras no lo niegan pero no encuentran datos concluyentes.

Tampoco escaparon a estas limitaciones los estudios realizados en otros deportes. Williams, Tonymon, y Wadsworth (1986) y Williams, Haggert, Tonymon, y Wadsworth (1986) no encuentran relaciones significativas entre niveles de stress cotidiano y presencia de lesiones deportivas. El primero con atletas de 1era división de voleibol, de ambos sexos; y el segundo con atletas escolares de primaria y secundaria, practicantes de baloncesto y cross-country de todo Estados Unidos. Refiere Olmedilla (2003) que quizás errores metodológicos relacionados con el tamaño de la muestra pudieron contaminar los resultados.

También Williams, Tonymon y Wadsworth (1986) realizaron un análisis de regresión múltiple para intentar determinar si los cuestionarios SARRS y ALES podían medir y predecir de forma válida una evaluación del riesgo de lesión. La herramienta estadística arroja ausencia de diferencias entre ambos cuestionarios aunque el estudio es

cuestionable en sí mismo porque ninguno de los dos instrumentos (SARRS y ALES) estimó una relación entre la lesión deportiva y el stress.

Tampoco estos autores encontraron ninguna relación entre la severidad de la lesión y el stress experimentado por los atletas. Sin embargo, coincidiendo prácticamente en igual período investigativo, Lysens, Auweele y Ostyn (1986) en una muestra de estudiantes de Educación Física, practicantes de varios deportes y con alto nivel de stress de vida, avalan la relación entre elevado stress de vida e incidencia de lesiones. Emplearon una modificación de la encuesta SARRS, cambiando ítems específicamente para estudiantes de Educación Física. A la nueva versión la denominaron Life Event Questionnaire (Encuesta de Eventos de Vida - LEQ). compuesto por 74 ítems.

Apenas un año antes, aparece el trabajo de May, Veach, Reed y Griffey (1985) con miembros del equipo de esquí alpino americano, hallando que los esquiadores con alto nivel de tensión experimentaban más lesiones agudas, más problemas de enfermedad de garganta, dolores de cabeza y perturbación del sueño.

Emplearon los cuestionarios SARRS y ALES. En igual línea de investigación e involucrando otras variables, Kerr y Minden (1988) abarcando tanto a gimnastas olímpicas como “promesas deportivas” de Canadá, observan que eventos de vida estresantes se relacionan de forma muy significativa con la frecuencia y la severidad de las lesiones; relación entre la proximidad de la competencia y la aparición de lesiones, así como gravedad de las mismas y tiempo de recuperación; además, hallaron la “falta de concentración” como causa más común de lesión, según las atletas.

Por último, Hardy y Riehl (1988) indagaron en las diferencias de género y la especificidad del deporte practicado y encuentran influencia en la relación lesión y stress. Hallan mayor puntaje de stress en los acontecimientos de vida negativos (AVN) de los atletas masculinos lesionados; mientras que las atletas femeninas lesionadas puntuaban más alto en el stress de los acontecimientos de vida totales (AVT). También discriminaban en deportes, pues los jugadores de softball lesionados puntúan significativamente más alto en AVT; mientras que en jugadores de beisbol ocurre de manera similar pero en AVN.

Refrendamos la opinión de Olmedilla (2003) al afirmar que los estudios hasta la fecha comparten como característica común, además de las contradicciones, similitudes, deficiencias metodológicas y limitaciones, sin negar los aportes, la necesidad de

marcos teóricos comprensivos, con propuestas metodológicas precisas e instrumentos de medidas eficaces para investigar la relación entre componentes psicológicos y lesiones deportivas.

Recorrido el camino seguido por las principales investigaciones sobre el tema, le siguen una serie de modelos teóricos que pretenden llenar estos vacíos conceptuales-metodológicos, con mayor o menor acierto. Se publican los estudios de Andersen y Williams (1986; 1988) quienes son consideradas precursoras de la psicología de las lesiones, a partir de la propuesta de las autoras del Modelo de Stress-Lesión para el abordaje de la temática. Revisiones posteriores del modelo por las propias autoras, conducen a una versión más completa del mismo, Andersen y Williams (1998), a la vez que sus estudios, tanto los anteriores a la propuesta del modelo como posterior a su publicación, favorecen la aparición de otras propuestas de modelos teóricos que reseñamos a continuación.

La Teoría Cíclica Afectiva, Heil (1993): Es quizás el de mayores limitaciones en cuanto a profundidad y amplitud, al centrarse fundamentalmente en los procesos afectivos que siguen a la aparición de la lesión. Presupone la discapacidad asociada a la lesión como un quebranto irreparable que atraviesa fases o etapas, en las que el atleta experimenta una o varias posibles respuestas: angustia, negación o enfrentamiento.

Sin determinar justificación de la respuesta emocional que del atleta, el autor refiere la angustia como el resultado del impacto emocional negativo de la lesión, acompañada de sentimientos de rabia, culpabilidad, humillación e impotencia; mientras que la negación se describe como la incapacidad o escepticismo del deportista para aceptar la lesión sufrida.

Interesantes los hallazgos posteriores de Wann (1997), LeUnes y Nation (2002) y Dosil (2004) al demostrar sinergia entre las posibles respuestas emocionales. Refieren que aunque la negación puede servir de herramienta para frenar los sentimientos de angustia, también puede convertirse en un obstáculo para la rehabilitación al bloquear la respuesta emocional, impidiendo que las emociones afloren e imposibilitando el manejo adecuado de las mismas.

Por último, aparece el enfrentamiento, como la respuesta que supone un cierto nivel de aceptación de la lesión y por consiguiente se asumen conductas a favor de contrarrestar los efectos negativos que acarrea, favoreciendo la recuperación. Agrega

Heil (1993) que las dos primeras respuestas: angustia y negación, son las más comunes en las primeras etapas posteriores a la lesión y dentro del proceso de recuperación; observando una paulatina asimilación de la lesión como hecho irrefutable y aceptación para enfrentarla con ayuda del tratamiento.

Aseveran autores como Brewer, 2001; Brewer, Van Raalte y Andersen, 2002; Udry y Andersen, 2002; Dosil, 2004, como limitación del modelo, que el atleta no sigue necesariamente un curso lineal en sus respuestas emocionales, sino que puede cambiar de respuestas debido a la acción de factores ambientales y situacionales, lo que resalta la importancia del asesoramiento con un psicólogo deportivo pero coloca al atleta en una posición de indefensión futura casi sentenciosa, a la vez que no ahonda en factores anteriores a la aparición de la lesión.

Además, expone que factores de personalidad como la autoestima, influyen en la valoración cognitiva de un evento estresante, infiriendo que atletas con alto nivel de autoestima tienden a realizar una valoración cognitiva positiva y por consiguiente, generar una reacción emocional que desencadena igual tipo de respuesta emocional en el deportista.

En opinión de los autores, este último aspecto cobra relevancia porque ofrece una guía para lidiar con estados emocionales posteriores a la lesión, que puede fundamentar orientaciones al resto de los miembros del equipo médico, familiares, entrenadores y otros actores que conformen el entorno de recuperación del deportista.

Modelo de Valoración Cognitiva frente a las lesiones deportivas, Brewer (1994): Tiene su origen en los modelos de apreciación cognitiva de Gordon (1986); Wiese y Weis (1987); Wiese-Bjornstal y Smith (1993) que ubican al sujeto/atleta en posición más activa, al menos desde el punto de vista cognitivo, al depender la respuesta emocional de la valoración cognitiva que realice del factor estresante, condicionando la conducta a seguir.

Parte también de la ocurrencia de lesión y la posible conducta a seguir por el atleta y reconoce el carácter estresor de la lesión. Al ubicar la interacción entre los factores personales y situacionales como determinantes de la respuesta emocional pondera, en opinión de los autores, una participación activa del sujeto que favorece las posibles intervenciones para su recuperación.

Al incluir los factores personales y situacionales como determinantes de la respuesta emocional, reconoce también la influencia de los mismos en la vulnerabilidad a las lesiones y en los resultados de la rehabilitación, lo que refuerza las posibilidades de intervención en la prevención aunque no ofrece alternativas concretas de intervención psicológica.

Según Cebrian (2019) aunque el modelo puede ser considerado como guía de orientación en la prevención y tratamiento de lesiones, no se debe considerar por ello una vía expedita y absoluta en el acercamiento al fenómeno. Coincidiendo con Dosil (2004), cabe considerar como principal aporte, la tesis de la necesidad de mantener la conducta adecuada por el deportista lesionado, que permita cumplir con el régimen de rehabilitación previsto, lo que apoya la presencia del psicólogo del deporte dentro del proceso de rehabilitación.

Aparece la propuesta del modelo de Wiese-Bjornstal, Smith, Shaffer y Morrey, (1998) solventando, con su carácter integrador, la posible rivalidad entre los modelos ya propuestos y referidos anteriormente (apreciación cognitiva y modelo por etapas), demostrando la posibilidad de complementar las perspectivas de prevención y recuperación de las lesiones deportivas. Nos ofrece el modelo 3 tipos de respuesta del deportista lesionado: cognitiva, afectiva y conductual, considerando que el impacto y la respuesta que produce depende de la interacción entre los factores personales y situacionales, que actuando como mediadores en la valoración cognitiva del sujeto, condicionan su respuesta emocional y conductual.

1-Respuesta cognitiva: Posterior a la lesión realizan múltiples apreciaciones cognitivas sobre: circunstancias, causas y repercusión de las mismas, percepción del dolor, gravedad y modificación de expectativas. Poseen las mismas gran vínculo con estado de ánimo del atleta en el proceso y a la vez modifica su autopercepción.

2- Respuesta Emocional: Durante la ocurrencia de la lesión y el proceso de recuperación hay propensión a experimentar niveles altos de ansiedad y depresión, manifestando con frecuencia trastornos de sueño, pérdida de apetito, cambios repentinos de estado de ánimo y disminución de la libido.

3- Respuesta conductual: Aborda la adherencia del atleta al programa de recuperación. La eficacia de la recuperación recae en el cumplimiento de las tareas prescritas en los planes de rehabilitación.

Por último, destacan que la respuesta del deportista durante la recuperación se debe considerar un proceso psicodinámico donde los factores personales y situacionales - recursos de afrontamiento, variables personales e historia de estresores- ejercen un papel mediador actuando sobre las apreciaciones cognitivas, que a su vez influyen en la respuesta emocional y conductual configurando la respuesta psicológica del deportista que determinará los resultados de la recuperación.

Modelo Estrés-Lesión deportiva, Andersen y Williams (1986, 1988,1998): Las propuestas guardan estrecha relación, requiriendo varias revisiones hasta la formulación final. Proponen inicialmente un modelo teórico interaccionista sobre la lesión que identifica variables predictoras y posibles mecanismos subyacentes en la relación estrés-lesión. Incluye la combinación de elementos como: personalidad del deportista; antecedentes de factores estresantes y recursos de afrontamiento.

La hipótesis central del modelo, sugiere que atletas con elevado nivel de stress, pocos recursos de afrontamiento y tendencia a exacerbar la respuesta ante situaciones potencialmente estresantes, exhiben mayores alteraciones psicológicas y disfunciones atencionales al enfrentarse a situaciones críticas. Sugieren también intervenciones específicas para reducir riesgos.

Se apoyan en 2 líneas teóricas fundamentales: la de los déficits atencionales (Hancock, 1984), Hardy y Riehl (1988), Landers (1984), Williams, Tonymon y Andersen (1991), que sugiere que el stress disminuye la concentración reduciendo la atención periférica, provocando lesiones y la teoría del aumento de la tensión muscular o tensión muscular generalizada, Niedefffer (1983), donde se afirma que el estrés provoca tensión muscular reduciendo la flexibilidad y la coordinación motora, lo que conduce a la ocurrencia de lesiones. En última revisión agregan que la personalidad tendrá una relación bidireccional con los factores de stress y con los recursos de afrontamiento.

La combinación de estos factores puede conducir a una situación deportiva potencialmente estresora que derive en lesión. De esta manera, a partir de la conformación final del modelo Stress-lesión de Williams y Andersen (1998) y las inferencias derivadas del mismo, se ofrece a la Psicología de las lesiones un sólido sustento teórico-conceptual-práctico, que serviría de colofón, tras 3 décadas prodigiosas de estudio y de punto de partida a la mayoría de las investigaciones posteriores significativas del tema.

Conclusiones

Dentro del campo investigativo de la Psicología deportiva, se estructura la Psicología de las lesiones, como respuesta aplicada de la ciencia para responder al impacto pandémico de las lesiones deportivas, en sus dos vertientes fundamentales: la prevención y rehabilitación.

Los estudios pioneros sobre Psicología de las lesiones, apoyados en variables de personalidad y psicosociales en su relación con la ocurrencia de lesiones deportivas, contribuyen a perfilar las bases para la investigación del tema, aunque muestran contradicciones y limitaciones metodológicas que conducen a resultados poco concluyentes.

Las investigaciones que relacionan variables psicosociales con la incidencia y posterior recuperación de lesiones deportivas, a pesar de sus limitaciones metodológicas, muestran mayor solidez, apertura y perspectivas en el abordaje del fenómeno; fomentando el posterior desarrollo de los modelos teóricos más significativos.

El modelo Stress-lesión de Williams y Andersen (1998) alcanza el nivel teórico-conceptual más sólido hasta el momento en la Psicología de las lesiones, sirviendo de eficiente referencia para investigaciones futuras.

Referencias bibliográficas:

Abadie, D. A. (1976). Comparison of the personalities of non-injured and injured female athletes in intercollegiate competition. *Dissertation Abstracts*, 15 (2), 82.

Andersen, M. B. & Williams, J. M. (1988). A model of stress and athletic injury: Prediction and prevention. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 10(3), 294-306.

Boyce, W. T. & Sobolewsky, S. (1989). Recurrent injuries in scholl children. *American Journal of the Disable Child*, 143, 338-342

Bramwell, S. T.; Masuda, M.; Wagner, N. H. & Holmes, T. H. (1975). Psychological factors in athletic injuries: Development and application of the Social and Athletic Readjustment

Rating Scale (SARRS). *Journal of Human Stress*, 1(2),6-20.

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

Brown, R. B. (1971). Personality characteristics related to injuries in football. *The Research Quarterly*, 42, 133-138.

Cebrián, L. F. (2019). Programa de entrenamiento mental para favorecer el desarrollo de habilidades psicológicas durante la recuperación de las lesiones en atletas de Béisbol de la provincia Las Tunas. Tesis de Máster en Psicología del Deporte, Universidad de Granma, 9-16

Coddington, R. D. & Troxel, J. R. (1980). The effect of emotional factors on football injury rates: A pilot study. *Journal of Human Stress*, 6(4), 3-5.

Cryan, P. O. y Alles, E. F. (1983). The relationship between stress and football injuries. *Journal of Sport Medicine and Physical Fitness*, 23, 52-58.

Dahlhauser, M. & Thomas, M. B. (1979). Visual disembedding and locus of control as variables associated with high school football injuries. *Perceptual and Motor Skills*, 49(1), 254.

Dosil, J. (2004) *Psicología de la Actividad Física y del Deporte*. Madrid, Ed. McGraw-Hill. España research. En J. M Silva y R. S Weinberg (Eds.) *Psychological foundations of sport*, (pp. 70-80) Champaign, IL: Human Kinetics.

Hancock, P. A. (1984) Environmental stressors. En J. W. Warm (Ed.) *Sustained attention and human performance* (pp. 103-142) New York: Wiley.

Hardy, C. J. & Riehl, M. A. (1988). An examination of the life stress-injury relationship among noncontact sport participants. *Behavior Medicine*, 14(3), 113-118.

Heil, J. (Ed) (1993). *Psychology of Sport Injury*. Champaign, IL: Human Kinetics.