

Facultat d'Infermeria i Podologia



Programa de Doctorado en Enfermería

Estudio experimental sobre *counselling* como relación de ayuda para el futbolista profesional

Realizada por:
Jorge San José Tárrega

Dirigida por:
Dr. Julio Jorge Fernández Garrido
Dra. Pilar Barreto Martín

AGRADECIMIENTOS

Realizar una tesis doctoral, es un camino que en el que supone un grandísimo crecimiento interior, una lacra que te va forjando y te acompañará durante un periodo de tiempo en el que, como si de un neonato se tratase, vas madurando hasta llegar a un punto en el que comprendes que ya nada va a ser lo mismo. A lo largo de todo este recorrido, te encuentras con personas, circunstancias, situaciones, sorpresas, vicisitudes, asombros...etc. Gracias a todas y cada una de ellas, han llevado a término el presente documento que ustedes están a punto de leer. Esconde en él (aunque no de forma explícita) innumerables conversaciones, debates y disertaciones, todas ellas nutritivas que han contribuido a que vea la vida bajo unos nuevos óculos.

Por todo ello, quisiera rendir tributo poniendo nombre a personas que he tenido el privilegio de que me acompañen este naufragio que al parecer, ha llegado a buen puerto:

A la Dra. Pilar Barreto y el Dr. Julio Fernández. Más que directores han supuesto para mí un espejo en el que mirarme todos los días. Si ya como alumno de pregrado, sentía desde el pupitre una admiración silenciosa, ahora he tenido el privilegio de poder convivir y conversar codo con codo. He de reconocerlo, han despertado en mí una idolatría, nutrida con ilusión, esperanza y gran júbilo. He tenido momentos de caída, en los que he encontrado una mano amiga; momentos de confianza, en el que han atemperado mi carácter; momentos de rabia, en los que han inculcado en mí una eterna comprensión...Las palabras se quedan cortas para poder agradecer todo lo que habéis conseguido de mí.

A los doctorandos Alberto y Rubén. Nuestras interminables, densas e intensas

conversaciones sobre antropología, política, educación, investigación sazónada con una pizca de humor, han contribuido a relativizar los problemas de la realidad. Quisiera dedicar una pequeña reseña a este segundo doctorando, ya que has demostrado tener una eterna paciencia en el que todas las consultas, ideas, locuras y temeridades por mi parte, has sabido gestionar. Muchas gracias.

A mis compañeros y amigos del entorno deportivo: futbolistas, Juan, Javi, Rafa, José Da, Fernando, Moi, Emilio, Rafa, José, Martín, Eloy y Carles. Permittedme dedicar unas palabras a estos tres últimos. No os podéis imaginar lo tantísimo que he aprendido de todos vosotros, en cada pretemporada y temporada, habéis hecho de mí una persona que viese el mundo de una manera en la que haya crecido interiormente como un adolescente.

Mi familia. Toda ella. Se me inundan los ojos al escribir estas palabras. Habéis hecho de mí, una persona increíblemente idealista, con una fuerza interior que viene siendo alimentada desde mi niñez, y que ese niño jamás se perderá por mucho que pasen los años. Concretamente, esto se lo debo a mis padres: Carmen y Bernardo. Nunca podré estar lo suficientemente agradecido por la increíble educación en valores que habéis hecho. Lo sois todo para mí.

Seguro que me dejo a personas, no por ello significa que no hayáis aportado en mí, sólo que no tengo espacio suficiente como para poder mencionaros a todos. Estoy convencido que esta aventura no ha hecho sino, nada más que comenzar. Es inquietante lo que pueda suceder. Por ello, todo lo que ha sucedido en la presente Tesis Doctoral, está hecha para uso y disfrute de la relación humana propia de la relación de ayuda. Es un grito a la filantropía, en la que quiero que se contagie con tremendo cariño, respeto y ternura.

ÍNDICE

0. Introducción.	13
I. MARCO TEÓRICO.	17
1.1. Fuentes de presión para el futbolista.	17
1.1.1. El futbolista profesional y la sociedad.	17
1.1.2. Los medios de comunicación y la afición.	22
1.1.3. El fútbol como trabajo.	28
1.1.4. Características psicológicas exigencias y riesgos del rendimiento deportivo.	39
1.2. Manifestaciones de tensión emocional.	53
1.2.1. El estrés.	57
1.2.2. La ansiedad.	64
1.2.3. Relación entre estrés y ansiedad.	68
1.2.4. La personalidad del futbolista profesional.	71
1.3. El futbolista y la lesión.	75
1.3.1. Factores de vulnerabilidad a la lesión.	75
1.3.2. La lesión del futbolista.	80
1.3.3. La lesión del futbolista y relación de ayuda.	92
1.4. La relación de ayuda a través del modelo biopsicosocial.	99
1.4.1. Modelo Biopsicosocial.	99
1.4.2. Modelo Biomédico.	101
1.4.3. Modelo biopsicosocial y <i>counselling</i> .	104
1.5. El <i>counselling</i> .	109
1.5.1. ¿Qué es el <i>Counselling</i> ?	109
1.5.2. Intencionalidad.	112
1.5.3. Metodología <i>counselling</i> .	114
1.5.4. Diagnóstico y adaptación.	123
1.6. Parámetros para analizar las repercusiones del <i>counselling</i> .	129
1.6.1. Parámetros fisiológicos.	129
1.6.1.1. Activación simpática.	129
1.6.1.2. Cortisol.	130

1.6.2. Parámetros psicométricos.	134
1.6.2.1. POMS.	134
1.6.2.2. STAI.	137
1.6.2.3. Goldberg.	140
1.6.3. Metodología cualitativa.	142
II. OBJETIVOS.	147
2.1. Objetivos e hipótesis.	147
2.1.1. Objetivo e hipótesis principal del estudio.	147
2.1.2. Objetivos e hipótesis secundarias del estudio.	148
III. MATERIAL Y MÉTODO.	149
3.1. Material.	150
3.2. Método.	151
3.3. Fase experimental.	153
3.4. Pauta de intervención.	158
IV. RESULTADOS.	161
4.1. Parámetros cuantitativos que expresan la eficacia de la relación de ayuda mediante <i>counselling</i> .	162
4.1.1. Tensión Arterial.	162
4.1.2. Frecuencia Cardíaca.	165
4.1.3. Cortisol.	165
4.1.4. STAI.	167
4.1.5. Goldberg.	169
4.1.6. POMS.	174
4.2. Parámetros cualitativos que expresan la eficacia de la relación de ayuda mediante <i>counselling</i> .	180
V. DISCUSIÓN.	189
VI. CONCLUSIONES.	209
VII. LIMITACIONES DEL ESTUDIO.	211
VIII. ANEXOS.	213
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	223

ÍNDICE TABLAS Y FIGURAS

Tablas.

- Tabla 1: Fases del SGA. (pág 59)
- Tabla 2: Diferencia entre ansiedad no patológica y patológica. (pág 66)
- Tabla 3: Manifestaciones periféricas del trastorno de la ansiedad. (pág 68)
- Tabla 4: Descripción de los principales parámetros sobre incidencia lesional del primer equipo de fútbol del FC Barcelona en 4 temporadas consecutivas. (pág 85)
- Tabla 5: Clasificación de las lesiones. (pág 86)
- Tabla 6: Clasificación de las lesiones musculares según criterios por imagen. (pág 86)
- Tabla 7: Descripción del número y porcentaje relativo de todas las lesiones comunicadas del estudio UEFA en el período de las temporadas 2003-2007. (pág 87)
- Tabla 8: Concepciones del paciente: Modelo Biomédico y Biopsicosocial. (pág 102)
- Tabla 9: Diferencias de conducta verbal entre el *counselling* y no *counselling*. (pág 111)
- Tabla 10: Verbos del *Counselling*. (pág 118)
- Tabla 11: Adaptación e inadaptación conductual. (pág 126)
- Tabla 12: Resumen de la reacción simpática de lucha o huida. (pág 129)
- Tabla 13: Índice de impacto SCI Mago en España. (pág 152)
- Tabla 14: Parámetros por temporalidad. (pág 158)
- Tabla 15: Veces verbalización por preocupación manifiesta. (pág 184)
- Tabla 16: Tiempo por caso. (pág 185)
- Tabla 17: Veces de etiquetas demandadas por tercio de tiempo. (pág 185)
- Tabla 18: Respuestas psicológicas del estrés y resultados de POMS. (pág 204)

Figuras.

- Figura 1: Fenómenos emocionales según su curso temporal. (pág 53)
- Figura 2: Activación y emoción. (pág 54)
- Figura 3: Eje simpático del estrés, en fase de alarma. (pág 60)
- Figura 4: Cascada hormonal del estrés. Esquema básico. (pág 62)
- Figura 5: Relación estrés y ansiedad. (pág 69)
- Figura 6: Adaptación del individuo al estrés. (pág 70)
- Figura 7: Determinismo recíproco de Albert Bandura. (pág 72)
- Figura 8: Modelo global psicológico de las lesiones deportivas. (pág 83)
- Figura 9: Programa de recuperación. (pág 88)
- Figura 10: Realidades del comportamiento humano. (pág 93)

- Figura 11: El camino desde la crisis de conocimiento a la aceptación. (pág 125)
- Figura 12: Material de recogida de saliva. (pág 133)
- Figura 13: Ciclo diario de cortisol en saliva. (pág 134)
- Figura 14: Criterios de estudio en función del análisis. (pág 157)
- Figura 15: Tensión arterial sistólica media de la totalidad de la muestra en pretemporada y momento previo a la comunicación de la lesión. (pág 161)
- Figura 16: Tensión arterial diastólica media de la totalidad de la muestra en pretemporada y momento previo a la comunicación de la lesión. (pág 162)
- Figura 17: Interacción tiempo por grupo en la TAS. (pág 163)
- Figura 18: Interacción tiempo por grupo en la TAD. (pág 164)
- Figura 19: Interacción tiempo por grupo en la variable Frecuencia Cardíaca. (pág 165)
- Figura 20: Interacción tiempo por grupo en la variable cortisol. (pág 166)
- Figura 21: Interacción tiempo por grupo en la variable ansiedad-estado. (pág 167)
- Figura 22: Interacción tiempo por grupo en la variable ansiedad-rasgo. (pág 168)
- Figura 23: Interacción tiempo por grupo en la variable introversión-extraversión. (pág 169)
- Figura 24: Interacción tiempo por grupo en la variable oposicionismo-amabilidad. (pág 170)
- Figura 25: Interacción tiempo por grupo en la variable falta de responsabilidad-responsabilidad. (pág 171)
- Figura 26: Interacción tiempo por grupo en la variable estabilidad emocional-neuroticismo. (pág 172)
- Figura 27: Interacción tiempo por grupo en la variable cerrado a nuevas experiencias-abierto a nuevas experiencias. (pág 173)
- Figura 28: Interacción tiempo por grupo en la variable tensión-ansiedad. (pág 174)
- Figura 29: Interacción tiempo por grupo en la variable depresión-melancolía. (pág 175)
- Figura 30: Interacción tiempo por grupo en la variable cólera-hostilidad. (pág 176)
- Figura 31: Interacción tiempo por grupo en la variable vigor. (pág 177)
- Figura 32: Interacción tiempo por grupo en la variable fatiga. (pág 178)
- Figura 33: Interacción tiempo por grupo en la variable confusión. (pág 179)
- Figura 34: Porcentaje de las categorías verbalizadas. (pág 182)
- Figura 35: Categorías verbalizadas. (pág 183)
- Figura 36: Preocupaciones verbalizadas en total de las entrevistas. (pág 183)
- Figura 37: Verbalizaciones en las entrevistas. (pág 184)
- Figura 38: Emociones por tiempo de exposición. (pág 186)
- Figura 39: Manifestaciones verbalizadas por los deportistas. (pág 188)
- Figura 40: Patrón cortisol normal respecto a los datos del estudio. (pág 194)
- Figura 41: Cortisol, STAI estado y STAI rasgo con pacientes *counselling*. (pág 198)
- Figura 42: Cortisol, STAI estado y STAI rasgo con pacientes no *counselling*. (pág 198)

SIGLAS Y ABREVIATURAS

VIH	Virus Inmunodeficiencia Humana.
LFP	Liga de Fútbol Profesional.
RFEF	Real Federación Española de Fútbol.
CSF	Consejo Superior de Deportes.
FIFA	Federación Internacional de Fútbol Asociación.
AFE	Asociación Futbolistas Españoles.
SAD	Sociedad Anónima Deportiva.
AEMEF	Asociación Española de Médicos de Equipos de Fútbol.
RAE	Real Academia Española.
SGA	Síndrome General de Adaptación.
HHA	Hipotálamo-Hipófiso-Adrenal.
SNS	Sistema Nervioso Simpático.
CRF	Factor Liberador de Cortisol.
DHA	Dehidroepiandrosterona.
COX2	Ciclo-Oxigenasa 2.
NK	Natural-Killer.
ACTH	Hormona AdrenoCorticoTropa.
UEFA	Unión de Federaciones de Fútbol Europeas.
TA	Tensión Arterial.
Fc	Frecuencia Cardiaca.
Fr	Frecuencia Respiratoria.
STAI	Test Ansiedad Estado Rasgo.
ELISA	Enzimoimmunoanálisis.
POMS	Perfil Estados de Ánimo.

0. Introducción.

El fútbol profesional ha superado con creces todas las expectativas deportivas que se podrían esperar dentro de nuestra sociedad. Este deporte es seguido por una desmedida multitud de aficionados y tiene repercusiones ya no sólo a nivel local, o estatal, sino a nivel mundial.

El futbolista de élite en la sociedad española es reconocido, admirado e idolatrado. Innumerables factores lo caracterizan como tal: dinero, fama, protagonismo en multitud de medios de comunicación. Es tal la relevancia que adquiere, que ir por la calle sin que sea reclamado por aficionados y curiosos, resulta poco frecuente. Por lo que para el futbolista manejar esta dinámica donde se pone en peligro la privacidad de su vida personal, no debe ser sencilla.

Del mismo modo, en clave de rendimiento deportivo el futbolista puede despertar sobre sus seguidores un sinfín de emociones donde estos últimos hacen evidentes muestras de ello. No es de extrañar ya, que los hinchas y aficionados de un club pidan explicaciones a los deportistas por su bajo rendimiento o agasajar sus éxitos, esperándoles en el aeropuerto, a la salida del estadio o en los entrenamientos. Por lo que tanto este deporte como sus seguidores muestran una pasión que puede ser transmitida en presión y exigencias de rendimiento hacia los futbolistas desde todas sus variantes tanto extra como intradeportivamente.

A esta presión mediática a la que es sometido el futbolista (Trobat, 2004), debemos añadir su situación personal de incertidumbre económica, ya que su continuidad queda ligada a los resultados deportivos tanto colectivos como individuales. En función del rendimiento deportivo que aporte, puede obtener

una revalorización de su situación laboral mientras que si el rendimiento no es el que se esperaba, el futbolista se devalúa pudiendo llegar a perder el trabajo.

Como vemos, el futbolista al estar sometido a tantas fuentes de presión, es posible que tenga manifestaciones propias del estrés, sobretodo en momentos donde se ponga en peligro su continuidad en el equipo. Uno de esos casos sería la lesión deportiva.

En una situación hipotética en la que el futbolista está a pleno rendimiento, es querido por su afición, ensalzado por los medios de comunicación, posee la confianza del entrenador y tiene un rendimiento que incluso puede llegar a promocionar a otro equipo mejor, puede quedar en entredicho por una lesión deportiva. Esta “burbuja” laboral que acabamos de describir, es pinchada por una claudicación de su cuerpo. La lesión puede provocar que no vuelva a ser el mismo futbolista, que se olviden de él, que su compañero le quite el puesto, que el club busque a otro futbolista para que sea sustituido o lo que es peor, que no se recupere por completo y le obligue a abandonar la condición de futbolista profesional.

Por tanto, ¿qué le sucede al futbolista en caso de sufrir una lesión? ¿Sufrirá estrés ante la llegada de este momento? Y en el caso de que sufra estrés, ¿podemos hacer algo al respecto para atenuarlo?

La bibliografía de referencia nos revela que para el deportista profesional este momento genera mucha tensión interna y es un período delicado en la vida profesional deportiva. Es evidente por otro lado, que el tratamiento médico que se le va a proporcionar será totalmente riguroso y acorde con las necesidades y grado de su lesión pero, en este crucial momento de la vida del

futbolista, ¿podemos introducir algún tipo de método o técnica que permita manejar adecuadamente la sobrecarga de estrés? ¿Es posible, desde la perspectiva enfermera del modelo de ayuda, intervenir para mejorar la asunción de la lesión e iniciar la recuperación con mejor pronóstico tras la confirmación diagnóstica?

Podemos aventurar que ante esta situación de estrés, el futbolista sufrirá del mismo modo que cualquier otra persona temores, anhelos, sueños frustrados, desilusiones... entre otras. Y es que desempeñar este oficio no les exige de sufrir, sentir dolor, tener miedo e incertidumbre por su futuro. Es evidente que viven de su cuerpo, pero también de su mente. Una lesión fisiológicamente recuperada, no significa que mentalmente lo esté. Así pues, creemos firmemente que el momento de la transmisión diagnóstica de la lesión, puede resultar un momento de tensión para el propio futbolista, al igual que sucede en otros contextos clínicos. Por lo que queremos hacer hincapié en que desde el momento de la información diagnóstica de la lesión, podemos empezar a generar una mejora de la relación de ayuda al futbolista y concretamente a sobrellevar esta situación de estrés.

El *counselling* ha demostrado tener repercusiones muy positivas en el trato con los pacientes dentro del marco de los cuidados paliativos, pacientes con VIH y pacientes terminales principalmente. Esta metodología se fundamenta en la focalización del paciente bajo una perspectiva biopsicosocial, atendiendo sus necesidades y generando un trato lo más cercano a su realidad, sin emitir juicios de opinión y ejerciendo una escucha activa. Lógicamente, estos futbolistas no van a tener consecuencias tan dramáticas como en los contextos que se ha aplicado el *counselling*. No obstante, lo que sí les va a generar es

un periodo de baja deportiva, cuya incertidumbre se basa en si van a poder volver a los terrenos de juego, bajo qué condiciones y si el compañero que les reemplaza puede provocar indirectamente que el jugador lesionado pierda su puesto de trabajo. En definitiva, podía provocarle un *exitus letalis* deportivo. Por lo que la determinación del profesional sanitario a la hora de la comunicación de la mala noticia reside en tener sensibilidad ante estas circunstancias y la relevancia de su lesión, consiguiendo atenuar la tensión que desencadena su lesión y aceptar su nueva condición con una mejora del estado de ánimo.

I. MARCO TEÓRICO.

1.1. Fuentes de presión para el futbolista.

1.1.1. El futbolista profesional y la sociedad.

Para quienes se dedican al fútbol, alcanzar la condición de deportista profesional es una meta que supondrá poder vivir de su carrera deportiva y hacer de su pasión su modo de vida. Sin embargo, este deporte desde el prisma profesional tiene unas particularidades muy exigentes. El jugador de fútbol profesional queda sometido a una férrea disciplina deportiva al igual que a unas obligaciones laborales y contractuales con sus consecuentes repercusiones legales que como deportista profesional deberá acatar.

La Liga de Fútbol Profesional (LFP), reconoce como profesional a todo aquel deportista que está registrado en su base de datos y que desempeña su juego en primera o segunda división. Esta lista de jugadores registrados, está referenciada a su vez por la Real Federación Española de Fútbol (RFEF), donde explica que: *“La LFP es una asociación deportiva de carácter privado que a tenor de lo establecido en los artículos 12 y 41 de la Ley 10/1990, de 15 de octubre, del deporte, está integrada exclusiva y obligatoriamente por todas las sociedades anónimas deportivas y clubes de primera y segunda división, que participan en competiciones oficiales de carácter profesional y ámbito estatal”*.

De modo que estos futbolistas alcanzan la condición de deportista de alto rendimiento. Este término, según el Real Decreto 971/2007, del 13 de julio, deja definido el concepto de deporte de alto nivel y realiza sus distinciones respecto a los términos de deportista de alto nivel y deportista de alto rendimiento.

- Se considera deporte de alto nivel, la práctica deportiva que es de interés para el Estado, en tanto que constituye un factor esencial en el desarrollo deportivo, por el estímulo que supone para el fomento del deporte base, y por su función representativa de España en las pruebas o competiciones deportivas oficiales de carácter internacional.
- Serán deportistas de alto nivel aquellos que cumpliendo los criterios y condiciones definidos en los artículos 3 y 4 del presente real decreto, sean incluidos en las resoluciones adoptadas al efecto por el Secretario de Estado-Presidente del Consejo Superior de Deportes, en colaboración con las federaciones deportivas españolas y, en su caso, con las comunidades autónomas. La consideración de deportista de alto nivel se mantendrá hasta la pérdida de tal condición de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 15 del presente real decreto.
- Tendrán la consideración de deportistas de alto rendimiento y les serán de aplicación las medidas previstas en el artículo 9 del presente real decreto, en relación con el seguimiento de los estudios, aquellos deportistas con licencia expedida u homologada por las federaciones deportivas españolas, que cumplan alguna de las siguientes condiciones:
 - a) Que hayan sido seleccionados por las diferentes federaciones deportivas españolas, para representar a España en competiciones oficiales internacionales en categoría absoluta, en al menos uno de los dos últimos años.
 - b) Que hayan sido seleccionados por las diferentes federaciones deportivas españolas, para representar a España en competiciones oficiales internacionales en categorías de edad inferiores a la absoluta, en al menos uno de los dos últimos años.

-
- c) Que sean deportistas calificados como de alto rendimiento o equivalente por las comunidades autónomas, de acuerdo con su normativa. Las medidas de apoyo derivadas de esta condición se extenderán por un plazo máximo de tres años, que comenzará a contar desde el día siguiente al de la fecha en la que la comunidad autónoma publicó por última vez la condición de deportista de alto rendimiento o equivalente del interesado.
 - d) Que sigan programas tutelados por las federaciones deportivas españolas en los centros de alto rendimiento reconocidos por el Consejo Superior de Deportes.
 - e) Que sigan programas de tecnificación tutelados por las federaciones deportivas españolas, incluidos en el Programa nacional de tecnificación deportiva desarrollado por el Consejo Superior de Deportes.
 - f) Que sigan programas tutelados por las comunidades autónomas o federaciones deportivas autonómicas, en los Centros de tecnificación reconocidos por el Consejo Superior de Deportes.

Esta serie de requisitos que forman parte de la condición de deportista de alto rendimiento son también válidos para el futbolista profesional. Gómez y Opazo (2007), reflejan que tanto los deportistas como las instituciones que se dedican a amparar a éstos a nivel profesional, quedan sometidas a unas exigencias determinadas que conforman una doble vertiente profesional:

- a) Una profesionalización para los deportistas: La alta exigencia de la competencia y la frecuencia con la que se desarrolla requiere la alta exigencia de deportistas preparados, física y técnicamente, con una dedicación absoluta y total a su profesión.

- b) Una profesionalización para las instituciones deportivas: Supone una complejidad alcanzada en funciones y actividades a desarrollar, que obliga a incorporar profesionales preparados para la gestión específica de este tipo de entidades.

A tenor de esta profesionalización, el futbolista de primer nivel puede disponer del mayor soporte tecnológico y deportivo a su alcance. Tomamos evidencia de ello, al observar los cambios tan significativos en comparación a un partido de fútbol de la década de los 60, 70 u 80, donde las características en los uniformes, el método de juego y el físico de los futbolistas son muy distintos al de los actuales. En la actualidad desde las características del vestuario (camisetas ajustadas y elásticas, pantalones más largos) hasta las características de las botas de fútbol han cambiado, inclusive estas últimas incorporan *giffs* tecnológicos que son capaces de llegar a medir la distancia que el futbolista ha recorrido durante un partido. Del mismo modo que han mejorado la indumentaria, los clubes y la ciencia médica han experimentado un notable cambio gracias en parte al soporte tecnológico que ofrecen las pruebas diagnósticas, ya que permiten la identificación no ya de la lesión con absoluta precisión, sino que ofrecen datos sobre el estado de la musculatura que está en vulnerabilidad para ser lesionada. Asimismo, muchas de las lesiones deportivas que hace unos años suponían la inevitable retirada del fútbol profesional, ahora a través de los programas de prevención, métodos de rehabilitación deportiva y diversos avances de readaptación, puede conseguirse que la lesión del futbolista sea minimizada favoreciendo el retorno a los terrenos de juego en un tiempo récord.

Boniface (1999) denominó “geopolítica del fútbol” a esta “aldea global” en la que este deporte ha pasado a ocupar un lugar central en la sociedad, pues según

este autor está llegando a convertirse en un fenómeno más universal que la democracia y la economía de mercado. Muestra de ello, es que podría considerarse el tema trivial por excelencia en cafeterías, conversaciones entre amigos e inclusive puede generar la existencia de vínculos de simpatía entre individuos por el simple hecho de tener la misma afinidad por un determinado club.

Ante esta relevancia social que adquiere el fútbol y la profesionalización de las instituciones que anteriormente hemos comentado en palabras de Gómez y Opazo, diferentes empresas han aprovechado sus estrategias de marketing para adherirse a este deporte. Esto provoca que el fútbol pase a ser un ingreso económico que convierte la pasión en dinero. Chadwick y Beech (2004) manifiestan que se ha conseguido generar en la sociedad moderna un negocio a través del deporte. Supone un impulso creciente a la comercialización de su actividad, contribuyendo a crear una retroalimentación con la industria deportiva (Foster et al, 2005). Dicha industria consiste en la utilización de las marcas deportivas, uso de *sponsors* en las camisetas o en cualquier otra prenda al igual que complementos deportivos de uso exclusivo. Esta mercantilización y explotación de la imagen del deportista en la sociedad, provoca que el centro de todas estas miradas sea el futbolista tanto dentro como fuera de los terrenos de juego. Objeto por el cual, al sentir las consecuencias de la relevancia social que este oficio conlleva, pueda generarle cuanto menos un pequeño estado de excitación. Del mismo modo y por contra, el vínculo generado con los patrocinios respecto a una marca determinada, le impide el uso de una prenda distinta a la marca con la que ha adquirido compromiso.

Este tipo de compromisos suponen tanta relevancia para la empresa que lo *sponsoriza* porque realiza una publicidad de su marca a través de los futbo-

listas, éstos son vistos a través del medio de comunicación por excelencia y tienden a generar moda en la sociedad. Esta moda suele verse más acusada en un determinado sector de la sociedad, principalmente a través de los aficionados a este deporte que son los que consumen más programas deportivos para tener un seguimiento de su club. Y es que los medios de comunicación buscan acercar el club y el evento deportivo al aficionado (Gómez y Opazo, 2007).

1.1.2. Los medios de comunicación y la afición.

Los medios de comunicación contribuyen a la difusión de este deporte, aboliendo fronteras y manteniendo informada a la afición en todo momento de lo que acontece al futbolista. El fútbol siempre genera noticia. Independientemente del resultado deportivo, genera un volcán de información y esto es aprovechado por los medios de comunicación. Como es evidente, el futbolista no queda al margen de los comentarios que son evocados, pudiendo ejercer también en él tensión y estrés, pues los medios de comunicación al tener tanta potencia y relevancia, al igual que difusión y expansión, provocan que aunque el futbolista abandone las instalaciones deportivas (acabando su jornada laboral, por así decirlo), recibirá nuevos *inputs* a través de cualquier medio de comunicación relacionados con su situación deportiva o extradeportiva casi de forma inmediata, lo que puede jugar tanto a favor como en contra de su situación emocional. Tomando la televisión como el medio de comunicación por excelencia, podemos comprobar cómo las cadenas explotan todo tipo de información a través de programas deportivos propios e incluso imágenes o noticias ajenas para hablar de temas relacionados con el fútbol. Este es el caso de los programas que se realizan ante un evento futbolístico donde los comentaristas aportan información pre, durante y post partido, así como en el espacio de las

noticias, donde disponen de un apartado de deportes, en el que un gran porcentaje de la información deportiva pertenece al fútbol. Esta difusión, ha provocado que el fútbol se haya establecido como un fenómeno social de masas, concepto que ha sido puesto de manifiesto en diversos estudios como los de Bromberger (1995, 1998), Lever (1985), Rethacker (1965) y Wagg (1984).

La relevancia social y televisiva que ostenta el fútbol en la sociedad española es tal que un informe publicado por *Europa Press* (2013), afirma que: “*El fútbol sigue siendo el deporte “rey” en España en televisión, acaparando en un 25% de todas las emisiones deportivas en abierto durante el año pasado*”; datos según el barómetro TV KantarSport, en el que ha analizado todas las cadenas de televisión nacionales y autonómicas controladas por Kantar Media, donde retransmitieron un total de 3872 horas de fútbol. Este informe asegura que, no sólo atiende a futbolistas de primera división, sino a otras categorías de segunda división, de segunda B incluso de categorías inferiores como las de fútbol base. En términos de Billig (1995) citados por Hernández (2011), podríamos decir que la industria televisiva promueve el fútbol como una actividad fácil de entender, jugar, ver y consumir.

Así pues los principales destinatarios de la retransmisión televisiva de los eventos futbolísticos son los aficionados virtuales (los telespectadores). Sartori (2005), acuña bajo el término *Homo videns* a los aficionados con identificación representativa a través de los medios virtuales. Considera este autor que los especialistas deportivos (comentaristas y analistas deportivos) en su discurso, emplean expresiones que refuerzan la identidad de individuos hacia su club en torno a la actividad futbolística. En un estudio realizado por el mismo autor en 2005, se obtuvieron resultados donde subrayaba el hecho de que

los aficionados virtuales son los que significativamente valoran en mayor medida el atractivo del fútbol. De tal modo y retomando nuestro argumento principal, este tipo de aficionados pueden provocar sobre el futbolista una presión indirecta tanto en el propio acto del partido como en los entrenamientos ya que los deportistas saben que van a ser observados, filmados y reproducidos cada uno de sus movimientos, gestos y comentarios.

Sin embargo, el aficionado televisivo no es el único que sigue este deporte. Previa a él, surge el término de aficionado propiamente dicho y posee diferencias respecto a otro tipo de espectadores en cuanto a la forma de vivir su equipo de fútbol. Torregrosa y Cruz (2009), proponen una clasificación de los aficionados al fútbol a partir del tipo de contacto que tienen con el mismo al ser capaces de describir sus valores, motivaciones y compromiso:

- a) Espectador, el que acude a un espectáculo público aunque sólo sea una vez en la vida o una vez cada muchos años.
- b) Aficionado, el espectador de alta frecuencia que además de acudir al espectáculo siente afición por él y la manifiesta durante la semana.
- c) Hincha, el que además de asistir con frecuencia alta y manifestar su afición durante toda la semana, participa de manera activa del espectáculo deportivo con las vestimentas, cantos, coreografías, etcétera.
- d) Hinchas violentos (llamados también ultras, hooligans...), aquellos hinchas que utilizando el fútbol como plataforma de difusión se dedican a hacer actos violentos contra personas o cosas.

Vemos relevante hacer esta distinción puesto que en función del tipo de aficionado tiene un vínculo respecto a su equipo y sería atrevido por nuestra parte englobar bajo el mismo término a los diferentes tipos de aficionados, ya

que no correspondería con la realidad futbolística. La mentalidad colectiva de un aficionado funciona según un conjunto compartido de impulsos e instintos (Cullingford, 2003), que pueden llevar al sujeto desde una histeria colectiva en concentraciones masivas, hasta el grado de encontrarnos con individuos desbordantes de pasión.

Estas manifestaciones que hacen los hinchas es porque viven el fútbol de una manera íntimamente apasionada: sufren, gritan, lloran, muestran alegrías y penas ante lo que suceda con su equipo en cada encuentro. El hincha no cede en su fidelidad emocional y su equipo puede no ser el mejor a los ojos de los hombres, pero es incomparablemente el primero a los ojos de su fe (Verdú, 1980). De hecho Garriga (2007) propone una clasificación con tres componentes psicológicos propios de las hinchadas:

- La primera es la fidelidad. Afirman ser aquellos que a pesar de las condiciones desfavorables asisten a los partidos, sin importar la adversidad de las condiciones climáticas o las largas distancias. El sentimiento del hincha es una devoción que no conoce límites. Largas esperas y noches a la intemperie para conseguir una entrada para el partido, son esfuerzos insignificantes comparados con la ilusión única de estar junto a su equipo.
- La segunda es el fervor (según sus concepciones). Son los únicos espectadores que durante todo el encuentro deportivo saltan y cantan, alentando a su equipo sin importar si éste pierde, gana o empata.
- La tercera particularidad (cada vez más minoritaria) tiene que ver con las prácticas violentas tanto físicas como verbales. Los miembros de

la hinchada consideran el honor del club como un bien superior, por lo que no pueden ni deben ser ofendidos por los adversarios. Por lo que a lo largo del encuentro futbolístico deben solucionarse las cuestiones de honor y prestigio del club además del de sus simpatizantes. La hinchada encuentra alivio en el estadio y el partido constituye el punto culminante que concentra todas las emociones reprimidas, las cuales afloran¹.

Estas características propias de los aficionados, tienen consecuencias directas sobre los futbolistas, tanto con los de su equipo como con los rivales. Respecto a los primeros, están apoyándoles, siguiéndoles, solicitándoles que se sacrifiquen por los colores de su equipo, y esto para el futbolista supone una responsabilidad que debe cumplir sobre los aficionados y responder a las expectativas que han depositado en él, ya que de lo contrario éstos se pronunciarán tanto dentro como fuera de los terrenos de juego. Un estudio realizado por Sánchez-Pérez y cols. (2001), evidenciaba la diferencia entre jugar en casa y jugar fuera sobre el estado de ánimo del futbolista y su rendimiento. De hecho, demuestran estos autores que ejercen efectos positivos cuando el futbolista juega de local. Esta virulencia que se ensalza en el terreno de juego provoca tensión en el ambiente. La afición, puede promover situaciones de estrés en momentos previos y durante el partido, sobre todo en partidos de especial relevancia, como es el caso de las finales, o en momentos delicados que puede estar pasando el equipo, lo cual puede ejercer un efecto tanto positivo, como negativo (Cullingford, 2003). Respecto a los segundos, la afición puede llegar a desestabilizar al deportista rival y esto supone un factor a favor sobre

¹Queremos matizar que la mayoría de aficionados que viven el deporte como una pasión, no tienen nada que ver con esta última particularidad.

la victoria de su equipo o en concreto que la presión sea evocada sobre algún futbolista en particular. De ahí, que algunos estadios de fútbol sean comúnmente odiados y sean catalogados como un “verdadero infierno” para el rival.

Pelegrin (2005), comenta que el estadio de fútbol es un espacio idóneo para observar el sentimiento de pertenencia que se construye para el aficionado, y de hecho se transmite en forma de presión constante para el futbolista. A lo largo del partido, estas emociones vividas por parte del aficionado, hacen que responda en ocasiones de manera exacerbada ante situaciones y estímulos concretos en función del encuentro. Es el caso de gritar ante una falta que le hacen a un miembro de su equipo, o bien ante una situación antirreglamentaria. Así consideradas, tanto las emociones, la agresividad y por ende la violencia “serían una cadena de conductas en las cuales se involucrarían conductas de ataque, lucha, defensa y huida” (Reeve, 1994). En este deporte bien por fuente de reclamo, bien por situaciones justificadas o por incrementar tensión en el ambiente con la finalidad de desestabilizar al rival, no se cesa de demandar una mayor agresividad en el interior de los terrenos de juego.

Hay determinados partidos considerados de “alto voltaje”, como son los casos de las finales, los denominados “clásicos” o los derbis, donde además de los aficionados como hemos mencionado con anterioridad los directivos, cuerpo técnico y jugadores realizan declaraciones con palabras hostiles de elevada competitividad a los medios de comunicación y estos últimos se encargan de transmitir la información generando con ello un ambiente de alta expectación. De esta manera, los partidos de fútbol pueden ser vistos como disputas profundas y difíciles de resolver o como vibrantes conflictos de orden histórico, social y cultural (Rivera, 2010).

Esta es la dinámica de trabajo con la que se encuentra el futbolista profesional, en la cual observamos evidencias suficientes para intuir que no es un contexto libre de presión. Trobat (2004) hace referencia al término *presión mediática*, para expresar la constante presión situacional a la que está expuesto el futbolista profesional. Nosotros con la información mostrada, obtenemos evidencias para poder inclinarnos a favor de este concepto. Sin embargo, esta presión mediática a la que es sometido a diario el futbolista, la ve recompensada con el éxito profesional y la relevancia social. Muchas de esas vertientes, podrían responder a la triada de McClelland (1985): logro², poder³ y afiliación⁴. Supone el ser conocido en la sociedad, ser fuente de admiración e idolatría, su elevada situación económica, tener la capacidad de mejorar y ascender dentro del mundo laboral...etc. Y además posiblemente haber llegado a una gran autorrealización personal (Maslow, 1943) por haber conseguido su sueño de pequeño por ser futbolista y trabajar haciendo deporte.

La información nos empuja a considerar que en el contexto deportivo hay características psicológicamente fuertes que el deportista debe sostener, entre las que se encuentra la presión de todo su entorno (Erickson, 2000). Una vez comentado el contexto laboral queremos profundizar en las condiciones laborales del futbolista profesional.

1.1.3. El fútbol como trabajo.

Desde un prisma laboral, el jugador de fútbol puede ser considerado como un “peón” más en el engranaje de una empresa. La empresa sería el club, de

²Hace referencia al deseo de éxito que tiene el sujeto en relación con una norma de excelencia.

³Se manifiesta por el deseo de control e influencia sobre las conductas o los pensamientos de los demás y por el deseo de producir impacto en las personas de alrededor.

⁴Es el grado en que una persona necesita establecer relaciones interpersonales amistosas y ser aceptado por los demás.

hecho es considerado como tal, ya que la mayoría son Sociedades Anónimas y tienen todos los preceptos que se aplican al resto de entidades categorizadas de la misma manera. Y este “peón”, se ve sometido a una serie de dinámicas derivadas de los traspasos y movimientos del “mercado futbolístico”.

Nuestra intención no es profundizar en el tipo de movimiento y las numerosas peculiaridades de la dinámica del mercado de fichajes, sino aportar información sobre lo que esta situación supone para el futbolista. Pretendemos incidir en la posible tensión e incertidumbre que el futbolista puede padecer durante todo su periodo laboral, tanto en plena temporada como especialmente en el momento “vacacional”, que es cuando más fichajes se producen, con la finalidad de poner de relieve la presión a la que está sometido en su dinámica laboral.

La FIFA cada año regula el mercado de fichajes desde, entre otras, las respectivas dadas de alta y de baja de los jugadores de fútbol. Principalmente quedan limitados a dos periodos: el denominado “mercado de invierno” que coincide con el período de descanso navideño, y el “mercado de verano” que es especialmente activo, puesto que es donde los clubes elaboran el nuevo proyecto de la próxima temporada. Fuera de estos periodos, pueden haber otras particularidades como son las cesiones o bien la contratación de jugadores que se encuentren en ese momento fuera del mercado de fichajes, es decir jugadores sin equipo, pero ésta es una actividad menor, ya que el grueso de los fichajes y los que más repercusión social alcanzan, suelen situarse en el periodo de verano.

Justo en pleno mercado de fichajes, nos encontramos en el disfrute de las vacaciones estivales del futbolista, en el que éste puede estar bajo diferentes situaciones laborales. En primer lugar, puede ser objeto de negociaciones con

otros clubes de fútbol puesto que quieren que se incorpore a otro equipo; en segundo lugar, si no tiene vigencia contractual con un club, el futbolista y su representante, iniciarán negociaciones para que este primero ingrese en otro equipo; y en tercer lugar, una situación más calmada que las anteriormente citadas, es la del futbolista que tiene contrato vigente con el equipo en que milita y pese a lo cual, no dejará de recibir cierto “ruido mediático” directa o indirectamente, pues al margen de que suelen ser objeto de comentarios en la prensa deportiva y otros medios, aparecen noticias en la web de la entidad, donde indirectamente conocen la posible (o confirmada) incorporación de un nuevo futbolista a su equipo que pueda suponer una competencia directa por su puesto de trabajo, al menos como titular.

Al margen de los posibles cambios que puedan acontecer en su situación laboral, no quedan exentos de sus habituales responsabilidades deportivas. Pese a ser más laxos en periodo vacacional que en momentos de competición, las exigencias físicas y dietéticas siguen estando presentes ya que durante el periodo de descanso deben seguir un programa para evitar la hipotonía muscular y una alimentación sin que llegue a excesos. Por lo que, el futbolista no queda totalmente desconectado, o mejor dicho “despresurizado” de su estrés laboral, puesto que la dinámica del fútbol actual no permite una desvinculación completa de este contexto.

Adentrándonos en la dinámica de contratación del futbolista profesional, la incorporación a un club supone unas repercusiones a nivel extradeportivo y a nivel intradeportivo. Respecto a la primera, su imagen genera ingresos fuera de los terrenos de juego siendo fuente de admiración e idolatría para el aficionado, el club y la liga de fútbol en general; y la segunda, por el rendimiento deportivo

que aporta, por una parte a nivel colectivo un mayor potencial para contribuir a las victorias de su equipo y a nivel individual, un reconocimiento futbolístico.

Como hemos comentado, el trabajo de estos deportistas no se ciñe únicamente al interior de las instalaciones deportivas, sino que fuera de ellas generan ese añadido social que puede ser explotado comercialmente por su valor mediático (como es el caso de los derechos de imagen, contratos de patrocinio, venta de camisetas...etc.) (Gómez y Opazo, 2007). Estos derechos de imagen y patrocinio quedan incluidos en el artículo 38 del BOE-A-2014-10284 en el que, la LFP y la Asociación de Futbolistas Españoles (AFE) tienen derecho a utilizar la imagen de los futbolistas en las colecciones de cromos, *stick-stack*, *pop up*, *trading cards* y similares. Acuerdan que durante las temporadas de vigencia del presente convenio, acceden a la explotación conjunta con fines comerciales de la imagen de los distintivos, nombres y emblemas de los Clubes o SADs afiliados a la LFP, así como de la imagen de los futbolistas de cada plantilla de los Clubes/SADs, en relación, única y exclusivamente, a la fabricación, distribución, promoción y venta, con los respectivos álbumes para coleccionarlos, en los que se reproduzca la imagen y el nombre de los citados futbolistas con la indumentaria, distintivos y símbolos propios de los clubes a los que pertenecen.

Respecto a los salarios que ostentan estos deportistas son muy superiores a la media de cualquier profesión. Según el BOE-A-2014-10284 del pasado año, el salario mínimo estipulado para un futbolista profesional queda fijado en 129.000€ anuales. Del mismo modo no ofrece un techo salarial por el desempeño de sus funciones. Por lo que las oscilaciones económicas estipuladas por contrato variarán en función del rendimiento deportivo potencial o real

que cada uno de ellos pueda ejercer y los beneficios que éste pueda aportar a la entidad. Esto supone que, posiblemente estemos hablando de una estricta individualidad laboral muy acentuada ya que, a mayor probabilidad de beneficios que pueda aportar un futbolista a un club, mayor cantidad económica podrá recibir y a tenor del juego de éste, despertará un atractivo futbolístico a la afición y a los aficionados al fútbol en general, con los consiguientes beneficios para la entidad deportiva completando más aforo en los campos de fútbol y venta de prendas deportivas. Del mismo modo, si un futbolista no genera beneficio sobre la entidad, bien sea porque está lesionado o porque queda condenado al ostracismo dentro de la plantilla, éste podrá ser olvidado por la afición e incrementará la probabilidad de no permanecer en las filas del club la próxima temporada, puesto que no genera beneficios ni deportivos ni extradeporativos. Por tanto, es de notable relevancia que el futbolista esté bajo unas condiciones óptimas tanto física como mentalmente en todo momento para que su rendimiento sea el mejor en su corta carrera deportiva, puesto que tanto el club como él, están sometidos a un riesgo deportivo continuo.

El fútbol profesional puede haberse convertido en la actualidad en un medio de vida cargado de tensiones y riesgos. Como acabamos de comentar, los sueldos que perciben ciertos futbolistas son en algunos casos, sustancialmente elevados. Aunque por otra parte, quedan engrilletados a unas exigencias laborales que superan a las de cualquier otro trabajo. Estas exigencias quedan recogidas en el BOE anteriormente citado, donde la jornada laboral puede resultar totalmente dependiente de la dinámica del equipo sin haber un horario de entrada, de salida o estipulación de horas extras. En los artículos 7 y 8 queda reflejado lo siguiente:

Artículo 7. Jornada.

La jornada del futbolista profesional comprenderá la prestación de sus servicios ante el público y el tiempo en que esté bajo las órdenes directas del Club/SAD a efectos de entrenamiento o preparación física y técnica para la misma. En ningún caso superará las siete horas del día, con las excepciones señaladas en el artículo siguiente.

Artículo 8. Horario.

El tiempo que el futbolista se encuentra bajo las órdenes del Club/SAD o sus representantes, comprenderá:

a) Entrenamientos:

Serán decididos por el Club/SAD o entrenador y comunicados a los futbolistas con la necesaria antelación.

Los entrenamientos se realizarán en forma colectiva, salvo los casos de recuperación por enfermedad, lesión u otra causa justificada que deberá ser notificada por escrito al futbolista.

b) Concentraciones y desplazamientos:

El futbolista queda obligado a realizar las concentraciones que establezca el Club/SAD, siempre que no excedan de las 36 horas inmediatamente anteriores a la de comienzo del partido, cuando se juegue en campo propio. Si se jugase en campo ajeno, la concentración no excederá de 72 horas (incluido el tiempo de desplazamiento), tomándose igualmente de referencia la de comienzo del partido.

c) Otros menesteres:

Comprenden la celebración de reuniones de tipo técnico, informativo, sauna y masaje, deberán ser comunicadas al futbolista con la debida antelación.

Queda ilustrado por tanto, que la jornada de trabajo del futbolista profesional queda reglada por las demandas que vayan surgiendo conforme avance el día y la competición o competiciones que su equipo dispute, quedando así fuera de lugar toda planificación de manera rutinaria con su vida personal.

Una vez comentadas las exigencias laborales a las que el futbolista está expuesto, retomamos el momento de la contratación, ya que inclusive desde el momento que inician las negociaciones con un club para la incorporación a éste, puede suponer un momento de incertidumbre y estrés. De hecho, la mayoría de los futbolistas suele hacerlo a través de su representante. Este último, con características más audaces para la negociación e imparcialidad aparente, trata de establecer una relación con el director deportivo o su homólogo, para que pueda incorporarse a las filas de una nueva entidad. Tras confirmar estas negociaciones y dejar por escrito las condiciones del contrato, el futbolista se somete a un riguroso reconocimiento médico, estipulado por la Asociación Española de Médicos de Equipos de Fútbol (AEMEF, 2015), donde en su introducción ya recalca la importancia de que el reconocimiento previo al fichaje de un futbolista profesional es un acto que conlleva una gran responsabilidad médico-deportiva y tiene gran trascendencia económica-social. Debe regirse por un protocolo de estudio amplio a la vez que muy eficaz, para determinar si las condiciones de salud y si las posibilidades de rendimiento físico son óptimas para poder seguir practicando el fútbol profesional a un alto nivel.

Una vez avalada la competencia física del futbolista mediante pruebas, pasa a estampar la rúbrica sobre el contrato que previamente ya fue perfilado y ahora queda totalmente individualizado con numerosas peculiaridades durante una pactada duración.

Según la circular n° 1171 de la FIFA, los requisitos de la contratación estándar de jugadores de fútbol profesional, donde el apartado 5.2. concierne las obligaciones que un jugador profesional debe aportar a un club:

- a) Deberá dar lo mejor de sí mismo en los partidos para los que ha sido alineado.
- b) Deberá participar en los entrenamientos y en la preparación de los partidos según las instrucciones de su superior (p. ej., el entrenador).
- c) Deberá llevar una vida sana y gozar de un alto nivel de forma física.
- d) Deberá observar las normas oficiales del club (en un contexto razonable; p. ej., la vivienda en la cercanía del club).
- e) Deberá estar presente en los acontecimientos (deportivos y también comerciales) del club.
- f) Deberá observar las reglas del club (incluidas las normas disciplinarias del club, si existen, de las que se le deberá informar antes de la firma del contrato).
- g) Deberá comportarse en los partidos y en las sesiones de entrenamiento de forma deportiva con todos los demás participantes, conocer y observar las reglas del juego y aceptar las decisiones arbitrales.
- h) Deberá abstenerse de otras actividades relacionadas con el fútbol, u otras actividades potencialmente peligrosas, que no hubiesen sido previamente autorizadas por el club y que no estén cubiertas por el seguro del club.
- i) Deberá tratar con cuidado las propiedades del club y devolverlas tras la expiración del contrato.
- j) En caso de enfermedad o accidente deberá informar inmediatamente al club y no podrá (salvo en casos de emergencia) someterse a tratamiento médico sin previa notificación al médico del club. En caso de enfermedad o accidente deberá presentar además un certificado médico.
- k) Por la indicación del médico del club, deberá pasar regularmente revisiones médicas y someterse a tratamiento médico.

- l) Deberá observar todas las normas antidiscriminatorias de la federación, de la liga, del sindicato de jugadores y/o del club.
- m) No podrá desacreditar al club o al fútbol (p. ej., mediante declaraciones en los medios de comunicación).
- n) No podrá participar en apuestas de juego o en actividades análogas dentro del fútbol.
- o) El jugador se obliga a cumplir los estatutos, los reglamentos, incluso el código ético, y las decisiones de la FIFA, de la Confederación y de las federaciones miembro así como, si existe, de la liga de fútbol profesional.
- p) El club y el jugador acuerdan, conforme a la legislación del país, el pago de los impuestos.

Del mismo modo, la RFEF (2015) complementa con lo anterior el código disciplinario, por delegación de la Ley 10/1990, del 15 de octubre, donde queda documentada la disciplina deportiva sobre todas las personas que forman parte de su propia estructura orgánica.

En el momento que el jugador pasa a formar parte de una entidad deportiva, queda sujeto a cumplir las exigencias establecidas en párrafos anteriores, junto a la disciplina particular que cada club establezca. Esta disciplina deportiva propia de cada club, queda reflejada a través de un reglamento de régimen interno⁵. El cual, al ofrecer sus servicios como futbolista le obliga a acatar dicho reglamento ya que de lo contrario le pueden imponer una sanción económica y/o disciplinaria.

El reglamento de régimen interno tiene como objetivo armonizar la convivencia entre los diferentes miembros que integran la plantilla y que éstos

⁵Valencia C.F., Reglamento de régimen interno, consultado el 21/03/15; URL, disponible en: <http://www.as.com/misc/documentos-valencia/regimen-interno-valencia.pdf>

queden sometidos bajo un mismo criterio. Lo que queremos matizar es que la dureza disciplinaria a la que son sometidos, supera con creces al reglamento de régimen interno de otros trabajos, ya que no sólo hace relación a conductas propias del trabajo, sino que también gobierna las conductas que el futbolista hace fuera de éste.

Por otra parte, en su día a día va a tener que convivir y lidiar con distintos sectores y departamentos dentro del club, en los que en cada uno de éstos le va a solicitar al futbolista unas exigencias concretas. Estas exigencias varían en función del departamento, ya que las exigencias del departamento médico, van a ser muy distintas a las del preparador físico, y éstas a su vez distintas a las del entrenador, pero todo entra dentro de la articulación del trabajo multidisciplinar que precisa el deportista. Así pues, estas exigencias se hacen con el objetivo de incrementar su rendimiento deportivo, y con ello mejorar sus resultados individuales para que influyan en los colectivos. Del mismo modo que un trabajador debe aportar un rendimiento a la empresa, el futbolista debe generar una productividad al club a través de su juego. Y para generar esa productividad a través del juego, pasa por el trabajo individualizado de cada una de las diferentes disciplinas. Pues bien, del mismo modo que acabamos de utilizar un símil con el mundo empresarial para ofrecer el rendimiento del trabajo en una empresa, vemos como análogamente el fútbol, y concretamente el club deportivo funcionan del mismo modo.

De hecho, la confrontación de exigencias entre departamentos deportivos, pueda generar en el futbolista una contrariedad e indecisión, y a tenor de esta ambigüedad pueda estar sometido a una fuente de estrés. Por ejemplificar esta afirmación, haríamos referencia a cuando un futbolista se encuentra al final

de la temporada con numerosas molestias musculares por fatiga desafiando a una posible lesión, momento en el que por parte de un departamento (el cuerpo técnico) insta al futbolista una mayor dedicación y sacrificio ya que el equipo le necesita y debe aguantar el dolor, mientras que por parte de otro departamento (el cuerpo médico) solicita de igual modo al futbolista, que modere su actividad y no se exija más ya que si continúa haciéndolo podría sufrir una lesión en el próximo encuentro. En medio de este conflicto de intereses se encuentra el futbolista que debe hacer balance de la información recibida por una y otra fuente, y decidir si continúa exprimiendo su cuerpo aún a riesgo de padecer una lesión por el equipo, o bien ser más cauto y dejar descanso a su cuerpo durante un fin de semana, aún a riesgo de que tenga repercusiones a corto y medio plazo tanto futbolística como contractualmente. Siendo más precisos en nuestro argumento, nos referimos a las consecuencias a corto plazo, ya que en cierto modo traicionan la confianza del entrenador lo que supondría quedarse fuera de la lista de la convocatoria con desconocimiento de hasta cuándo será esta situación y si la confianza con éste podrá ser recuperada; y a medio plazo en esta misma línea de argumentación nos referimos a si ante esta demanda de acción de rendimiento deportivo y el haberla cancelado, le interesa al club tener a un futbolista de estas características. Pero claro, esta situación le supone al deportista poner en peligro su herramienta de trabajo (el cuerpo) por el capricho (o no) del entrenador y/o del club, que antepone sus objetivos deportivos a su salud. Ante situaciones similares, Roffe (2002) comenta que las presiones a las que los futbolistas de élite se ven sometidos, evidencian que ante las demandas de las exigencias ambientales, son fuentes de estrés que el deportista debe atender. A lo largo de todo este recorrido que estamos haciendo del mundo del futbolista, vemos que se pueden generar

unas fuentes de presión laboral delicadas de manejar, de hecho Silla (2001), destaca el contexto deportivo como un estrés laboral al que están expuestos los futbolistas profesionales.

Por tanto, si tiene que hacer uso de este manejo de estrés por la presión a la que es sometido, ¿cuáles serán las características psicológicas que un futbolista presenta para manejar todo este influjo de presión rutinaria?

1.1.4. Características psicológicas: exigencias y riesgos del rendimiento deportivo.

Líneas crecientes de investigación en psicología del deporte sobre el deportista de alto rendimiento, muestran interés en aspectos cognitivos relacionados con las exigencias y riesgos del rendimiento en el ámbito deportivo. Estas líneas de estudio, centran su investigación en aspectos como la visualización precompetitiva, los perfiles de estado de ánimo, el entrenamiento de la focalización atencional encarado a una sesión, establecimiento de objetivos y metas, entre otras. De tal modo que su desarrollo ha incorporado al contexto deportivo beneficios de su aplicación netamente competitiva, en detrimento de determinados riesgos psicológicos que pongan en peligro su rendimiento deportivo y pierda con ello su perfecto control (Fernández, 2010).

Por lo que para ser más eficaz en el rendimiento deportivo además de minimizar los riesgos psicológicos que pueden generar las adversidades deportivas, Buceta (1998) trabajó sobre las características psicológicas que un deportista necesita manejar de manera cotidiana. Estas características se centran principalmente en dos niveles: entrenamiento y competición.

Las características psicológicas necesarias del entrenamiento deportivo, abarcan dimensiones que debe cuidar a lo largo de toda la temporada. Estas características consisten en (Buceta, 1998):

- Mejora y puesta a punto de la condición física: Consiste en la adquisición de una “preparación física” encarada a desarrollar una capacidad física y/o para el acondicionamiento físico dirigido al rendimiento en la competición y en el entrenamiento.
- Mejora y puesta a punto de la condición técnica: Requiere que los deportistas dominen movimientos específicos propios de cada disciplina deportiva.
- Mejora y puesta a punto de la condición táctico-estratégica: Supone una gran trascendencia a nivel global para el deportista; ya que abarca la tendencia y la ejecución de las múltiples decisiones, de las más simples a las más complejas que debe adoptar durante la competición.
- Mejora y puesta a punto de la condición psicológica: Consiste en “endurecer” al deportista frente a las situaciones competitivas, fortaleciendo su autoconfianza, viendo que es consecuente de sus acciones, para que sea capaz de asumir y afrontar retos difíciles además de controlar situaciones adversas. Del mismo modo, afrontar retos del entrenamiento y de la competición.
- Prevención del agotamiento psicológico: Consiste en prevenir el agotamiento que produce tanto a nivel cuantitativo (volumen, intensidad....) como cualitativo (contenido motivante o estresante) tanto de la competición como del entrenamiento.
- Cometidos del entrenamiento deportivo: Áreas específicas del entrenamiento de cara a la competición.
- Mejora y puesta a punto de la condición del deportista en su conjunto: Objetivo que provoca rendimiento tanto en los entrenamientos como en la competición.

Cada una de las características anteriormente mencionadas se vive de manera particular, por una parte individualizada y por otra colectiva. Individualizada porque en cada una de ellas interviene el factor psicológico intrapersonal y

colectiva puesto que en muchas de las características debe de cooperar con sus compañeros, lo que puede influir de cara al rendimiento con éstos. Paralelamente al desarrollo de estas características psicológicas, estos factores se gestan en el vestuario, provocando un clima social altamente competitivo y de rivalidad. De hecho, Goig (2008) apunta que la lucha por la titularidad resulta ser una presión a la que el futbolista se ve sometido, a la que debe hacer frente. Estudios como el de Zafra, Montalvo y Sánchez (2006), Zafra et al. (2009) o Selpúbeda-Ramos (2011) versan sobre ansiedad, miedo, tensión, estrés, hostilidad y depresión en deportistas, en los que la mayoría de ellos provienen de contextos propios de entrenamientos y/o partidos.

Por lo que respecta a la competición deportiva, ésta reúne una serie de condiciones específicas muy características y en muchos casos de índole estresante (o motivante), que pueden afectar al funcionamiento de los deportistas (Buceta, 1985) y que un pobre manejo de éstas, puede propiciar en múltiples ocasiones un rendimiento peor del que correspondería al trabajo llevado a cabo en el entrenamiento.

Buceta (1998), comenta las principales habilidades psicológicas en el deporte de competición en general y del partido en particular. Entre ellas están las técnicas de relajación y respiración que ayudan a que el deportista relaje su sistema nervioso, facilite su foco atencional y trate de controlar las cogniciones disfuncionales. Reilly (2003) comenta que las actividades relacionadas con el juego, imponen un estrés fisiológico particular sobre los jugadores.

Por estas exigencias a las que es sometido de manera constante tanto en situaciones de entrenamiento como en situaciones de competición, pueden surgir cogniciones disfuncionales y jugar un papel relevante en el rendimiento del

futbolista, ya que el inadecuado manejo de éstas, puede suponer la diferencia entre el mantenimiento o el fracaso del rendimiento de un deportista (Srebro, 2002). Siguiendo al mismo autor, entre las cogniciones disfuncionales se encuentran: los pensamientos, las creencias, los sentimientos, el estrés, la ansiedad, la concentración, la autoconfianza, las emociones, la motivación...etc. A tenor de la presión e incertidumbre a la que son expuestos de manera constante, pueden desarrollar pensamientos negativos o irracionales que desencadenan emociones tan intensas que pueden alterar considerablemente la conducta y dejar a un lado los objetivos previstos para la competición. En el deporte, la competencia, el rendimiento y el dinamismo suponen un ambiente ideal para que se presenten estilos de pensamientos irracionales (Mariño, 2003).

Siguiendo a la misma autora, identificó cuatro creencias irracionales que interfieren el potencial deportivo. Las creencias que suelen albergar en la mente del deportista son:

- 1) *“Debería ser perfecto en mi deporte, si no lo llego a lograr seré un incompetente”.*
- 2) *“Debo hacerlo todo bien para ganar el cariño y la aprobación de los demás”.*
- 3) *“Todos deben tratarme con respeto”.*
- 4) *“Las situaciones a las que me enfrento a diario no deben salirse nunca de mi control”.*

Ante estas tres situaciones, la precompetitiva o entrenamiento, la competitiva y los pensamientos irracionales, Bonilla (2006) comenta la relevancia de aplicar los aspectos psicológicos en el futbolista, ya que los factores de estrés y ansiedad están presentes y son determinantes para su rendimiento a lo largo de toda la competición. Continúa su argumentación afirmando que lamenta-

blemente, la dimensión psicológica de la preparación del futbolista es quizá, el aspecto más descuidado en su formación deportiva. Por lo que entramos en una nueva dimensión en la que posiblemente veamos que aquellos deportistas que tienen facultades para poder encarar adecuadamente las demandas estresantes psicológicas, podrían obtener una ventaja ante un momento en concreto e incrementar el rendimiento deportivo o menguar las consecuencias de las presiones a las que está sometido. Por lo que los factores psicológicos ejercen una influencia significativa sobre la calidad del rendimiento deportivo en todos sus ámbitos (Buceta, 1998).

Erickson (2000) quiso profundizar en las características que poseían los deportistas con habilidades psicológicamente fuertes. Estas consistían en que:

- Tienen una gran auto-motivación.
- Son positivos pero realistas.
- Nunca pierden la esperanza, nunca se rinden.
- Tienen siempre sus sentimientos bajo control.
- Difícilmente se apoderan de ellos las emociones como el enojo y el temor.
- En los momentos de presión es cuando se muestran más calmados. La presión es un reto para ellos.
- Siempre se sienten vigorosos y llenos de energía.
- Poseen una gran auto-confianza.

En contraposición a lo anterior, se ha hallado una serie de síntomas como el agotamiento, baja en autoeficacia y autoestima que influyen en el reinicio de las prácticas deportivas (principalmente por lesión) o en el abandono de las mismas. Estos síntomas se han agrupado bajo el nombre del Síndrome de *Burnout* (Garcés de Fayos, 2002). Este síndrome suele ofrecer las siguientes

características: agotamiento, tanto físico como emocional, en forma de bajo concepto de sí mismo, falta de energía, interés y confianza; agotamiento que causa respuestas negativas hacia los otros (insensibilidad) y sentimientos de baja realización personal, baja autoestima, sensación de estar fallando y depresión, que se hacen visibles a partir de una baja productividad o un decremento del nivel de rendimiento o de recuperación (Weinberg y Gould, 1995). Rotella, Hanson y Coop (1991), afirman que las presiones intensas del entrenamiento y la competición que experimenta el deportista pueden conducir a *burnout* por déficit de afrontamiento ante las situaciones deportivas.

Un evento estresante o difícil provoca una reacción en el futbolista a identificarla como una situación de amenaza. Esta situación estresante o crisis, activa un estado de alerta interno. Stambulova (2000) incluye tres posibles tipos de crisis en la vida de un deportista:

- a) Relacionadas con la edad.
- b) Relacionadas con la carrera deportiva (p.ej. una lesión).
- c) Relacionadas con la situación.

Esto significa que los problemas relacionados con su contexto inmediato probablemente incidirán en su rendimiento, provocando una fuente de estrés mayor propio de una transferencia de excitación (Zillmann, 1983). Si no dispusiese de las habilidades anteriormente mencionadas, la motivación y su concentración podrían verse mermadas provocando un rendimiento menor. Bonilla (2006), apunta que el contexto al que es expuesto el futbolista existen muchas situaciones en las que puede sentirse ansioso y estresado, especialmente aquellas que desde su punto de vista representan una amenaza o donde prevalece la incertidumbre. De hecho, el estrés está asociado con sensaciones, emociones,

pensamientos, respuestas neuroanatómicas y fisiológicas que pueden afectar su rendimiento deportivo (Raglin y Hanin, 2000). Por lo que queremos poner de relevancia el papel que juegan los mecanismos de afrontamiento.

Un error (aunque frecuente) que podría cometer el futbolista es negar que está experimentando tensión y estrés. El reconocimiento de la vivencia de estrés es básico para poder enfrentarlo de manera efectiva. De hecho, esta dimensión empieza a valorarse en el mundo del deporte ya que se convierte en la “gasolina” del sistema cognitivo y sin él, el deportista no funcionará correctamente (Starkes y Ericsson, 2003).

A pesar de que hay intentos por controlar los aspectos que estructuran al fútbol en cuanto a su rendimiento, hay muchos otros como las emociones que son difíciles de controlar. Esto lo comprobamos muchas veces en las que se pierde un partido pese a que todas las condiciones eran favorables para alcanzar la victoria, las emociones pueden llegar a ocupar un lugar central en su rendimiento deportivo. Muchas veces, los sentimientos son tan fuertes que determinan nuestra conducta (Aranda y Morgado, 2013), y esta conducta puede generar consecuencias positivas o negativas.

Teniendo en cuenta las características que definen el fútbol, afirmamos que debido al enfoque multifactorial que exige este deporte para poder practicarse, siendo en todo caso fundamental además de la táctica, técnica y la condición física, debemos contemplar con la misma importancia las características sociales y afectivo-emocionales. Por esta razón, el resto del equipo interdisciplinar que convive con el futbolista, especialmente el cuerpo médico, sería conveniente que considerase esta dimensión para poder ofrecer al jugador una ayuda para disminuir el impacto psicológico ante momentos que representen una mayor

vulnerabilidad ya que soporta grandes fuentes de presión de manera rutinaria. Invitamos a pensar que los futbolistas son fuente de las miradas de todos los integrantes del club y externos a ellos, pasando por directivos, entrenador, cuerpo técnico, cuerpo médico, aficionados, medios de comunicación, ojeadores... etc., que además poseen una gran incertidumbre económica regidos por una disciplina inflexible y con unas consecuencias sociales a gran escala.

Del mismo modo y considerando todo lo anterior, el jugador a lo largo de la semana debe transmitir que está en óptimas condiciones para jugar y así cuando llegue la convocatoria del fin de semana, ofrezca al entrenador la mejor versión de sí mismo para ser convocado y poder jugar el partido.

El entrenador al igual que el resto de los integrantes que acompañan al cuerpo técnico, (segundo entrenador, preparador de porteros, preparador físico, analista...etc.) componen un equipo de trabajo en el cual, el futbolista no deja de observar sus movimientos en todo momento, ya que del *feedback* que reciba puede ser la decisión para que pueda tener minutos el próximo partido.

La figura del entrenador, queda vinculada íntimamente a la del rendimiento deportivo tanto colectivo como individual. Colectivo por el funcionamiento de la plantilla en su totalidad como dinámica de grupo e individual porque del manejo de cada una de las individualidades (los futbolistas) va a depender que realicen una adhesión y rendimiento grupal. Buceta (1998), comenta que en determinadas situaciones y momentos, el entrenador requiere que el deportista funcione de una manera determinada (tanto física como psíquicamente), para poder decidir y actuar con la mayor eficacia posible además de obtener, de este modo un beneficio extra para conseguir el éxito en la competición. De tal modo que, psicológicamente el entrenador es una figura nuclear ya que

puede influir de manera positiva o negativa sobre el deportista, provocando repercusiones en el funcionamiento físico, técnico, táctico/estratégico y afectivo-emocional. De hecho, el entrenador puede llegar a ejercer tanta presión e influencia sobre el futbolista que, en el estudio de Torregrosa y colegas (2008), quedó patente que la influencia sobre el clima motivacional y el estilo de comunicación del entrenador ejerce un dato predictor del compromiso de los futbolistas. Asimismo, en otro estudio (García-Mas, et al, 2011) se demostró que el entrenador ejerce un rendimiento indirecto percibido en futbolistas jóvenes respecto a la ansiedad competitiva y clima motivacional.

El fútbol se basa en la cooperación entre compañeros y resto de equipo para así tener entendimiento mutuo con la finalidad de obtener éxito deportivo. Hamilton (2000), comenta: *“Lo que los deportistas piensan de sí mismos y lo que los demás piensan de ellos puede llegar a generar un áurea que les haga invencibles”*. Por contra, sufrir debilidad e inseguridad con el fin de que no la perciban los demás o ellos mismos, les puede llegar a hacer perder la capacidad de relacionarse de manera eficaz. Este déficit social en el interior del vestuario puede provocar en el deportista un estrés añadido por falta de entendimiento entre los miembros de un grupo. Buceta (1998), evidenció las principales dificultades que suelen presentar los deportistas respecto a las habilidades interpersonales:

- No plantean situaciones que le preocupan.
- Sufren con los comentarios que hacen sus compañeros.
- Reaccionan agresivamente cuando tienen algún problema con alguien.
- Son sensibles a cualquier crítica de los demás.
- Están excesivamente preocupados por no responder a las expectativas de los demás.
- Sufren mucho por cualquier cuestión interpersonal fuera del contexto deportivo.

De modo que, mientras está en un estado de optimismo y buen rendimiento deportivo, el futbolista no suele precisar atención alguna en materia psico-social. No obstante, y del mismo modo que se polariza hacia un extremo de optimismo tal y como hemos comentado en palabras de Hamilton, puede desplazarse hacia un extremo negativo, que unido a las dificultades que presenta en habilidades psicosociales puede provocar un momento de bloqueo. Esta sensibilidad ante la adversidad, evidencia que las situaciones que quedan fuera de las habilidades deportivas, pueden provocar una situación de estrés o ansiedad al deportista.

Ante lo visto anteriormente comprobamos que las exigencias relacionadas con el rendimiento deportivo y el estrés al que está sometido a diario, pueden tener influencias que incidan sobre el estado de ánimo del futbolista. Stambulova (2000), realizó un análisis sintetizando los principales factores que afectan a la actividad cotidiana del deporte:

- a) De acuerdo a las **características de la actividad**, se pueden apreciar problemáticas vinculadas a la asimilación de cargas, tareas peligrosas, difíciles y con requerimientos complejos de coordinación; cambios de técnica, partido, división o categoría; interrupciones del proceso de preparación (lesiones, enfermedades); problemas vinculados al peso corporal y/o adaptación a diversas circunstancias, que se convierten en barreras psicológicas; preocupaciones por lesiones (Barrios, 2007).
- b) Con respecto a la **etapa de preparación**.

Pre-competición: está concebida como una adaptación a las condiciones de la competición, donde se puede alterar el nivel de excitación y control emocional y ello está determinado por la importancia atribuida a las

competencias, objetivos, exigencias externas, personalidad y valoración de insuficiencias en la preparación. Los indicadores anímicos se mueven de manera individual de acuerdo a los factores antes mencionados.

Competición: se presentan situaciones complejas que suceden de manera impredecible y causan alteraciones como: excitación, ira, rivalidad, optimismo, pesimismo ante resultados adversos y otros. Esta etapa expresa el grado de preparación emocional alcanzado y la dirección de la intervención psicológica en el futuro inmediato.

Post-competitiva: se presentan vivencias de éxito o fracaso, con consecuencias positivas y negativas para el estado anímico y la conducta posterior del deportista: optimismo, confusión, desánimo, ira, inquietud, insatisfacción, preocupaciones por lesiones o por las consecuencias del desempeño deportivo.

- c) El deportista establece relaciones humanas dentro y fuera del deporte que inciden en su estado anímico:

Las relaciones con el entrenador: El entrenador es un importante factor de influencia en la creación de la atmósfera psicológica dentro del grupo de entrenamiento, en la creación de valores y como importante elemento de incidencia en la motivación del deportista a través de su papel de consejero en metas de aprendizaje, rendimiento y otras esferas de la vida, a lo cual se suma su papel de principal encargado de conducirlo al logro de sus aspiraciones, por lo que constituye una importante fuente de vivencias (Barrios, 2006).

La familia: La familia es un sistema abierto que interactúa de manera permanente con todos los subsistemas que forman la sociedad y de los cuales se retroalimenta (Arés, 2003). La familia ofrece ayuda, pro-

tección, satisfacción personal, forma valores y patrones de comportamiento. En este sentido, la familia del deportista, como cualquier otra, puede presentar múltiples problemas objetivos y subjetivos y poseer una dinámica funcional adecuada, disfuncional, o incluso constituir una familia problema. De este modo, el atleta recibirá un conjunto de influencias familiares que constituyen un componente interpersonal que repercutirá sobre el componente intrapersonal (Wylleman, 2000) y puede tener signo positivo, negativo o ambos (preocupaciones, enfrentamientos inadecuados, alteraciones emocionales) que influya sobre su estado anímico (Barrios, 2007).

Otras influencias que van desde la pareja, amigos, periodistas, dirigentes del deporte y toda la red psicológica de personas próximas e importantes (Wylleman, 2000).

Por otra parte están las perspectivas en torno a su persona como futbolista (Stambulova, 2000):

- La **posición del deportista dentro del equipo**. Determinado por los resultados o por la valoración externa de las perspectivas de desarrollo, que se manifiesta en acciones concretas del medio (entrenadores, dirigentes, etc.) y repercuten sobre el estado de ánimo.
- La **autovaloración de las perspectivas de desarrollo individual**. A partir de complejas relaciones entre valoración de las cualidades que requiere el deporte, condiciones personales autoevaluadas, valoraciones externas, logros, etc.
- El **significado que posee el deporte para el futbolista**. Su sentimiento de pertenencia, su compromiso con los objetivos y metas planteadas de manera social e individual.
- Las **características y cualidades de personalidad**: capacidad de comprensión, cualidades del temperamento (en especial la dimensión estabilidad emocional) y exigencias específicas del deporte.

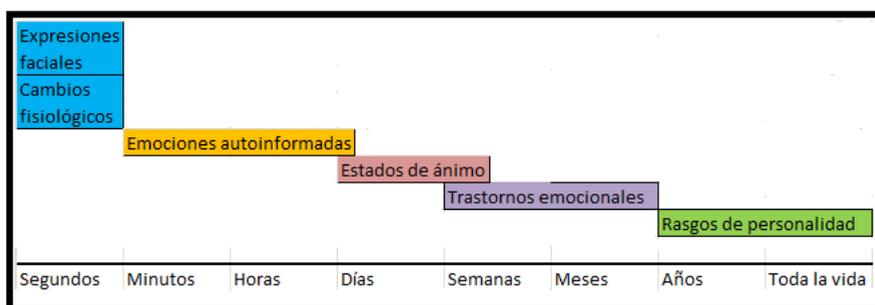
Dejamos evidenciadas las fuentes de presión a las que es sometido el futbolista, y que la incidencia de una o varias de ellas pueden aportar una activación del estrés y/o ansiedad en algún momento de su carrera deportiva. Por este motivo a continuación queremos mostrar de qué manera afecta la tensión emocional tanto a nivel psíquico como las consecuencias que tiene a nivel orgánico.

1.2. Manifestaciones de tensión emocional.

La tensión emocional puede ser manifestada a través de la conducta y ésta tiene consecuencias sobre el ambiente. Del mismo modo, un sujeto puede padecer tensión emocional y no ponerlo de manifiesto a través de la conducta. Lo que ambas situaciones tienen en común es que la tensión emocional (tanto si se manifiesta como si no) tiene consecuencias directas sobre el organismo.

Por lo tanto, previo a la relación entre emociones, conducta y consecuencias somáticas, debemos definir lo que entendemos por emoción. Hacemos referencia a (Fernández-Abascal, et al, 2010) un estado mental o proceso generado por un evento externo con consecuencias internas, que tiene un inicio definido, aumenta hasta uno o dos picos de intensidad y luego declina. La intensidad de la emoción se puede medir conductual, fisiológicamente o mediante un auto-informe verbal. La duración de la emoción, puede oscilar desde segundos hasta minutos, horas, meses...etc. Asimismo, Oatley y Jenkins (1996) clasificaron los fenómenos emocionales según el tiempo (ver figura 1). Las emociones en función del tiempo, configuran el estado de ánimo. En referencia a este último es difícil establecer un inicio o fin claro. Habitualmente se argumenta que factores como el sueño, la alimentación, el cansancio, los cambios en ciclos hormonales y las consecuencias intrínsecas de las propias emociones intensas como puede ser el sufrimiento de una enfermedad, median los estados de ánimo.

Figura 1. Fenómenos emocionales según su curso temporal.



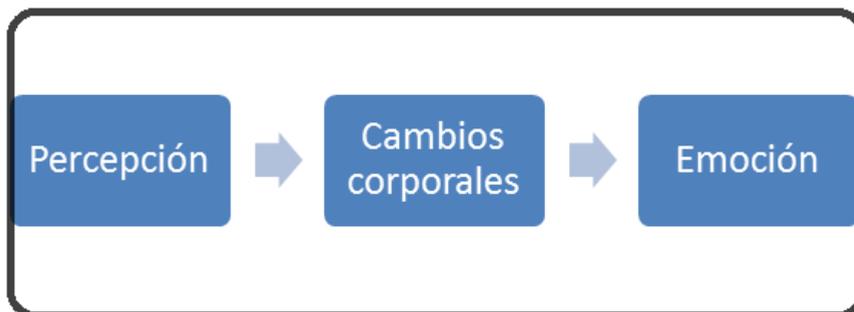
Fuente: Oatley y Jenkins (1996).

Definimos la conducta (RAE, 2015) como el conjunto de acciones con que un ser vivo responde a una situación. Cabe añadir que el autocontrol puede mediar la conducta, bloqueando su acción.

Las emociones por su parte, predisponen a la conducta aunque esta segunda como acabamos de comentar pueda o no realizarse. De manera que estamos hablando de un binomio entre los procesos emocionales que tienen consecuencias orgánicas sobre nuestro cuerpo para que éste sea preparado ante cualquier tipo de demanda ambiental, y su independencia respecto a la conducta. Por lo que, dejando de lado la conducta podemos afirmar que ante un acontecimiento estamos bajo un proceso psicossomático (Sánchez, 2008).

La relación entre la activación fisiológica y la emoción (James y Lange, 1884), reside en que la percepción de un estímulo o situación biológicamente significativa genera una serie de respuestas o cambios corporales (fisiológicas y/o motoras) siendo la percepción contingente de éstos, la que genera la experiencia emocional (ver figura 2).

Figura 2. Activación y emoción.



Fuente: James y Lange (1884). Elaboración propia.

Las demandas ambientales influyen de manera relevante en las emociones. De hecho, como hemos visto en la figura 1, un acontecimiento puede tener diferentes alteraciones psicológicas en función del tiempo. Todo acontecimiento que exige una demanda ambiental, provoca estrés en el organismo. En relación a los cambios corporales propios de este contexto, el estudio realizado con futbolistas aficionados y semiprofesionales (González, Ortín, Jiménez y Olmedilla, 1999), indicaron que los factores psicológicos propios de las exigencias del fútbol fueron valorados con muy poca importancia por parte de los deportistas. Pese a ello, un 71,42% de la muestra a través de los tests informó tener un alto nivel de ansiedad. Lo que nos evidencia la presencia del estrés y la ansiedad en condiciones normales relacionadas con el fútbol pese a carecer de experiencia autoinformada. Mientras que los entrenadores de fútbol (Olmedilla, López, Nieto y García-Montalvo, 1999), concedían una menor importancia a los aspectos psicológicos percibidos, siendo éstos un 23,15%.

Con estos estudios podemos observar la diferencia de percepción que hay respecto al estrés y la ansiedad tanto de los futbolistas como de los entrenadores. Del mismo modo, hay estudios relacionados con el estrés y la ansiedad donde evidencian que las alteraciones psicológicas mantenidas en el tiempo guardan relación con la vulnerabilidad a padecer una lesión (González, 2003; González et al., 1999; Olmedilla et al., 1999; Olmedilla et al., 2004). Y es que la actividad deportiva de élite se caracteriza porque genera intensos estados emocionales, los cuales ejercen influencia positiva o negativa en los procesos orgánicos y en la conducta humana. De acuerdo con Rudik (1973) algunas emociones relacionadas con la actividad deportiva son:

- a) Estados especiales de euforia producidos por la elevación de la actividad muscular y agotamiento físico y mental, así como apatía, en los casos de sobreentrenamiento.

- b) Un elevado nivel de perfeccionamiento en la realización de ejercicios físicos técnicamente complicados, refleja una gran capacidad de trabajo del organismo. Por el contrario, las lesiones o los fallos al realizar ejercicios difíciles durante los entrenamientos, pueden generar estados emocionales negativos de inseguridad, temor o inhibición.
- c) Las emociones que se desarrollan en la lucha deportiva tienen siempre un carácter muy tenso y se reflejan en los grandes esfuerzos para triunfar o para lograr mejores marcas ya que por su intensidad, supera los estados de ánimo de la actividad cotidiana.

De hecho, Pino (2007) afirma que las variables ambientales a las que se encuentra el futbolista, modifican sus aspectos emocionales y estados de ánimo.

Entre la poca relevancia dada a los factores psicológicos pese a sus puntuaciones elevadas en estrés y ansiedad por parte del futbolista (Zafra, Toro y Cano, 2007), y la poca importancia que dan los entrenadores a los aspectos psicológicos, posiblemente nos augure un paradigma cargado de escepticismo donde la particularidad del futbolista lesionado y que se encuentre bajo una situación de estrés y/o ansiedad previa a la recepción del diagnóstico por su lesión, suponga una situación delicada que manejar con su actitud psicológica.

Kristiansen (2012), comenta que los deportistas de élite tienen dificultades en la manera de encarar las lesiones que interfieren en sus carreras deportivas, de tal manera que no pueden hacerle frente de manera eficaz. Lo que en determinadas ocasiones, les puede suponer el abandono de la condición de deportista de élite.

Con lo anterior, vemos que ante la identificación de las exigencias de una demanda ambiental de la índole que sea, y pese a que el futbolista pueda llegar a manifestarlo o no a través de la conducta, existen evidencias suficientes

de que determinadas circunstancias hacen que nos preparemos fisiológica y psíquicamente ante una situación regulando el estado de ánimo, a través de las emociones y con consecuencias sobre el organismo. Evidentemente, para el futbolista la condición de lesionado supone una nueva situación a la que debe hacer frente. Esta nueva situación posiblemente le genere estrés. A continuación vamos a indagar de qué forma actúa el estrés en nuestro organismo.

1.2.1. El estrés.

Entendemos por estrés (Atalaya, 2014) cualquier exigencia que produzca un estado de tensión y que pida un cambio o una adaptación sobre nuestro organismo. Estos estímulos pueden venir de cualquier tipo de demanda ambiental o acontecimiento relevante para el individuo y exige una adaptación.

Poseer estrés supone estar sometido a una gran presión, sentirse frustrado o encontrarse en situaciones en las que no es fácil el control sobre el ambiente. Selye (1976), afirma que el estrés es una respuesta inespecífica del organismo ante una diversidad de exigencias. Se trata de un proceso adaptativo y de emergencia, que exige una reacción imprescindible para la supervivencia de la persona. El estrés, no se considera una emoción en sí mismo pero sí un agente generador de emociones.

En todo caso, supone una relación entre la persona y el ambiente en la que el sujeto percibe en qué medida las demandas ambientales constituyen un peligro para su bienestar y en la que debe hacer uso de sus recursos para enfrentarse a ellas (Lazarus y Folkman, 1984).

La demanda ambiental que genera estrés puede tener algunas reacciones positivas como el enamoramiento o la euforia. Sin embargo en el resto de casos es

entendido como algo negativo, perjudicial y nocivo para el ser humano, ya que se caracteriza por que el individuo utiliza recursos psíquicos y de su organismo para hacer frente a la situación generadora de estrés (Olga y Terry, 1997).

Las experiencias estresantes por tanto, proceden de tres fuentes básicas: el cuerpo, el entorno y los pensamientos. Sierra, Ortega y Zubeidat (2003), hacen hincapié en que la primera fuente de estrés es de carácter fisiológico, ya que tiene consecuencias inmediatas sobre el organismo. Del mismo modo, estos autores comentan que las situaciones de estrés requieren aguantar las exigencias del entorno y de las relaciones sociales influyendo negativamente en su seguridad y su autoestima.

Esta última parte en la que inciden los factores psicológicos en la producción de la respuesta al estrés, conlleva una respuesta hormonal y periférica sobre el individuo pudiendo ser provocada por diversos factores que le sean relevantes. Sierra y colaboradores (2003), relatan en palabras de Mason que el mediador principal en las numerosas experimentaciones fisiológicas podría tener como soporte el sistema nervioso central, en tanto que interviene en una excitación emocional.

Así pues vemos que el estrés integra tres componentes sobre el ser humano: el psíquico, el social y el biológico, y es a raíz de esto cuando el concepto de estrés queda entendido bajo una magnitud biopsicosocial (Sierra, Ortega, Zubeidat, 2003).

Holmes y Rahe (1967), realizaron un estudio donde trabajaron los *life-events*. Éstos suponen eventos vitales que a los sujetos les provocan estrés. Entre ellos, se encuentran la lesión o enfermedad personal y despido del trabajo. En nuestro contexto de estudio, posiblemente estemos tratando un doble acontecimiento en el que al futbolista le genera estrés, ya que por una parte está el suceso de la propia lesión y por otra una potencial causa de despido del trabajo.

La falta de recursos del individuo para controlar las demandas sociales y psicológicas (Sierra et al, 2003) pueden dar lugar a consecuencias biológicas

sobre el organismo que con el paso del tiempo pueden llegar a contribuir al desarrollo de enfermedades cardiovasculares, hipertensión, asma, jaquecas, úlcera péptica, dolores musculares, depresión y otros problemas de salud (Cockerham, 2001; Mechanic, 1978; Siegrist, Siegrist y Weber, 1986; Turner, Wheaton y Lloyd, 1995).

Estas somatizaciones que acabamos de mencionar implican cambios fisiológicos y motores. A continuación vamos a profundizar en los cambios fisiológicos que dan respuesta a una situación estresante. Este concepto fue desarrollado por Selye (1976) bajo el nombre de Síndrome General de Adaptación (SGA).

1.2.1.1. Síndrome General de Adaptación (SGA).

Podemos distinguir dos tipos de estrés:

- Estrés agudo: Prepara nuestro organismo fisiológicamente para la realización de una exigencia ambiental.
- Estrés crónico: Nos puede llevar a un estado de ansiedad o depresión, pues tenemos la sensación (o certeza) de que la causa o causas que nos lo producen quedan fuera de nuestro control, y de manera prolongada en el tiempo.

Selye (1976), desarrolló lo que conocemos como el SGA al estrés. Está dividido en 3 etapas o fases referidas a los efectos que padece la persona (ver tabla 1):

Tabla 1. Fases del SGA.

Fase de alarma	Fase de alerta general, en la que aparecen cambios para contrarrestar las demandas generadas por el agente estresante (aumento de la frecuencia cardiaca, variaciones de la temperatura, cambios en la tensión arterial...etc.) (Sintomatología específica, ver figura 3).
Fase de adaptación	Desaparecen los síntomas, ya que el organismo se está adaptando a los efectos del agente estresante mediante una serie de mecanismos de reacción que permiten hacer frente al mismo.
Fase de agotamiento	Disminuyen las defensas, pues el agente estresante al permanecer en el tiempo, ha superado los mecanismos de reacción del organismo, dando lugar a síntomas semejantes a los de la fase de alarma.

Fuente: Selye (1976).

Por lo que en la fase de alarma, el organismo (Barros, 2015):

- Genera una activación del estado fisiológico ante un agresor externo, físico o psíquico.
- Procura realizar un estado de homeostasis ante amenaza real o potencial, provocada por el estímulo, psicológico o ambiental, con consecuencias fisiológicas.
- Ante esta consecuencia del estímulo externo y/o interno, activa el eje Hipotálamo-Hipófiso-Adrenal (HHA) a la vez que al sistema nervioso simpático (ver figura 3) y, como consecuencia de ello se produce un cambio fisiológico y un mecanismo de adaptación, de forma que el organismo trata de responder a la amenaza.

Figura 3. Eje simpático del estrés, en fase de alarma.

Midriasis	Pilo erección
Aumento de la termogénesis	Aumento del calibre de los bronquios
Aumento de la presión arterial	Aumento del ritmo cardíaco
Sudoración	Vasoconstricción del sistema digestivo
Hiperglucemia	Hipertrigliceridemia

Fuente: Selye, 1976.

El individuo no responde de manera aislada ante un agente estresante sino que se relacionan, además de las respuestas fisiológicas anteriormente señaladas, respuestas hormonales pudiendo alterar su salud tanto física como psíquica.

El agente estresante activa el eje HHA y el Sistema Nervioso Simpático (SNS), para ayudar al organismo a su adaptación fisiológica frente a la amenaza en respuesta a su agente estresor, el cerebro segrega neuropéptidos, es-

pecialmente la Sustancia P y otros mediadores de la inflamación, para que éstos, estimulen al hipotálamo que a su vez segrega CRF (*Cortisol Releasing Factor*) o factor de liberación del cortisol que estimula la hipófisis y que ésta a su vez segrega corticotropina. La corticotropina, estimula la corteza adrenal que segrega principalmente dos hormonas: el cortisol y la DHA (Dehidroepiandrosterona), liberándolas.

El cortisol elevado tiene un efecto en su conjunto catabólico. Su efecto inicial es supresor de la síntesis de citoquinas pro-inflamatorias, por tanto es un buen anti-inflamatorio, y lo hace a través de la inhibición de la enzima COX2⁶. Esto resulta beneficioso para la acción defensiva al estrés, pero es muy perjudicial si esta situación no se resuelve en poco tiempo, puesto que sostenido en el tiempo, aumenta la secreción de prostaglandinas pro-inflamatorias y se van acentuando los efectos negativos del cortisol. Los efectos negativos de este último provocan (Reiche, et al, 2004):

- Aumento de la excitabilidad neuronal, de forma que se aumenta la secreción de Na (Sodio) y esto puede originar un aumento de la presión arterial, por la acción de esta hormona sobre la médula adrenal.
- Aumento de la secreción de catecolaminas que se suma al aumento de la presión arterial, provocada por el aumento de la vasopresina, debido a la estimulación sobre el SNS (Vissoci et al 2004).
- Efecto hiperglucemiante y colateralmente produce un aumento de la masa grasa. Su efecto catabólico lo hace a través de la utilización de aminoácidos para la producción de energía con la consiguiente pérdida de masa magra.
- Reducción de la multiplicación de los linfocitos y aceleración de su

⁶Ciclo-Oxigenasa 2.

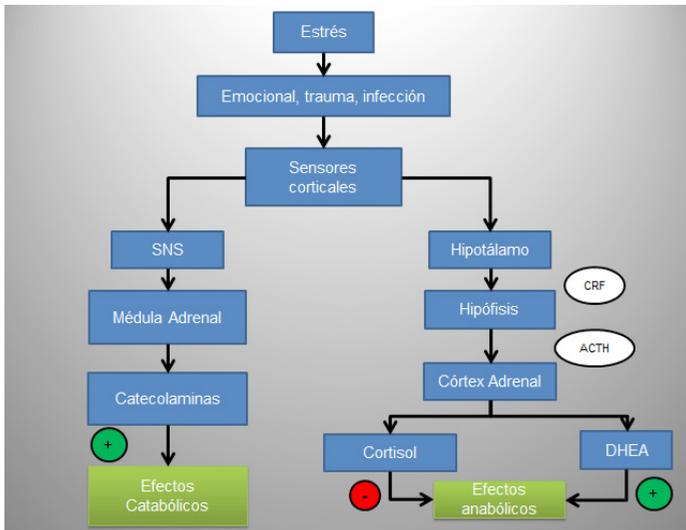
muerte programada (apoptosis), lo que influye negativamente en la respuesta inmune; es particularmente notorio el descenso células NK⁷.

- El efecto catabólico del cortisol se manifiesta a su vez, favoreciendo la pérdida de masa ósea a través de su activación sobre los osteoclastos.

Del mismo modo, el cortisol (Kirschbaum, Helhammer, 1994) tiene un biorritmo nictemeral con valores fluctuantes a lo largo del día, siendo éstos máximos al levantarse (de 8 a 9 de la mañana) decaen hasta las 12 de mediodía y siguen descendiendo lentamente hasta un mínimo, que se produce a las 12 de la noche. Los valores altos de la mañana coinciden con el despertar y los valores mínimos de la noche coinciden con la somnolencia.

Por lo que a través de factores hipotalámicos se estimula el SNS, que segrega noradrenalina, adrenalina y dopamina, que a su vez estimulan la médula adrenal y ésta segrega catecolaminas (80% de adrenalina y 20% de noradrenalina). A modo de esquema, en la figura 4 podemos observar la cascada hormonal del estrés (Sanchís 2015).

Figura 4. Cascada hormonal del estrés. Esquema básico.



Fuente: Guyton et al. (2003).

⁷NK: Natural killer o asesina natural. Tipo de linfocito cuya función es generar una defensa inmunitaria de carácter no específico.

Complementando lo anterior Benito Lahuerta (2011), nos ofrece las respuestas psicológicas que padece el individuo ante el estrés:

a. Emocionales:

1. Pérdida de la energía física o psíquica.
2. Bajo estado de ánimo.
3. Apatía, pesimismo.
4. Temor.
5. Pérdida de la autoestima.
6. Volubilidad emocional: pasa con facilidad de la alegría a la tristeza.
7. Inestabilidad, inquietud.
8. Tensión.

b. Cognitivas:

1. Incapacidad para tomar decisiones.
2. Bloqueo mental.
3. Vulnerabilidad ante las críticas.
4. Confusión.
5. Facilidad a la distracción.
6. Olvidos frecuentes.

c. Conducta:

1. Tartamudear o hablar de forma atropellada.
2. Fumar o beber más de lo habitual.
3. Risa nerviosa.
4. Arrancarse el pelo o morderse las uñas.
5. Abusar de los fármacos (tranquilizantes).
6. Actividad física exagerada.
7. Desórdenes alimentarios.

Así que conjugando el SGA con la respuesta fisiológica al estrés, obtenemos que en:

- Fase de Alarma: Se da la respuesta inicial (con programación biológica de huir o luchar) que se basa en la reacción al estímulo a través del SNS (incremento de la tensión arterial, frecuencia cardiaca...etc.) y secreción de catecolaminas a través de médula adrenal. Se activa el eje HHA, y aumenta la secreción de cortisol que prepara al organismo para mantener una respuesta más duradera al estrés si el estímulo aún persiste.

- Fase de adaptación: El organismo a través de vías metabólicas múltiples trata de compensar su alostasis⁸ ante la permanencia del agente estresante. Esto requiere un gran esfuerzo metabólico. En esta fase disminuye la reacción de fase de alarma (con una disminución de tensión arterial, frecuencia cardíaca...etc.).
- Fase de descompensación: Si el agente estresante se mantiene en el tiempo, puede haber un agotamiento de la capacidad de mantener la homeostasis y el organismo sufre una inmunodepresión.

1.2.2. La ansiedad.

Complementando el término estrés, nos encontramos con la ansiedad. Según el Diccionario de la Real Academia Española (2015), el término ansiedad proviene del latín *anxietas*, refiriendo un estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo. Supone una de las sensaciones más frecuentes del ser humano, siendo ésta una emoción displacentera que se manifiesta mediante una tensión emocional acompañada de un correlato somático (Ayuso, 1988; Bulbena, 1986). Es un sentimiento de miedo, desasosiego y preocupación excesiva que quedan fuera de los mecanismos propios de afrontamiento.

En general, el término ansiedad alude a la combinación de distintas manifestaciones físicas y mentales que no son atribuibles a peligros reales, sino que se manifiestan ya sea en forma de crisis o bien como un estado persistente y difuso, pudiendo llegar al pánico. Si bien la ansiedad se destaca por su cercanía al miedo, se diferencia de éste en que mientras el miedo es una perturbación cuya presencia se manifiesta ante estímulos presentes, la ansiedad se

⁸Se refiere a la posibilidad de que se produzcan cambios fisiológicos relevantes con el fin de mantener la homeostasis frente a la demanda de aumento de la actividad. Este sistema se pone en marcha por la acumulación de distintos acontecimientos aversivos que dan lugar al desgaste de los tejidos y órganos, pudiendo provocar a largo plazo enfermedad (McEwen, 1995).

relaciona con la anticipación de peligros futuros, indefinibles e imprevisibles (Marks, 1986). Tanto la ansiedad como el miedo tienen manifestaciones parecidas, en ambos casos se aprecian pensamientos de peligro, sensaciones de aprensión, reacciones fisiológicas y respuestas motoras. En esta línea, Johnson y Melamed (1979), indican que la ansiedad se diferencia del miedo en que la primera consiste en la emisión de una respuesta más difusa, menos focalizada, ocurriendo sin causa aparente y quizás mejor descrita como aprensión para el individuo. Además, ambos se consideran mecanismos evolucionados de adaptación que potencian la supervivencia de nuestra especie (Thyer, 1987).

La característica más llamativa de la ansiedad es su carácter anticipatorio, es decir, posee la capacidad de prever o señalar el peligro o amenaza para el propio individuo confiriéndole un valor funcional importante (Sandín y Chorot, 1995). Además, tiene una función activadora y facilitadora de la capacidad de respuesta del individuo concibiéndose como un mecanismo biológico adaptativo de protección y preservación ante posibles daños presentes en el individuo (Miguel-Tobal, 1996). Sus manifestaciones consisten en una respuesta vivencial, fisiológica, conductual y cognitiva, caracterizada por un estado generalizado de alerta y activación.

En la actualidad, la ansiedad de carácter clínico se caracteriza por presentar una serie de factores entre los que se cuenta que la emoción sea recurrente y persistente, que la respuesta emocional emitida sea desproporcionada en relación a la situación, que sea evocada en ausencia de algún peligro ostensible y que además, el individuo pueda quedar paralizado por un sentimiento de desamparo o se muestre incapaz de realizar conductas adaptativas a la situación con objeto de eliminar dicha ansiedad. Por otra parte continúa el autor, el funcionamiento psicosocial o fisiológico también resulta deteriorado (Akiskal, 1985).

Sierra, Ortega y Zubeidat (2003) hacen mención a que cuando un individuo siente o afirma tener ansiedad, intervienen en dicho proceso distintas variables, por lo que ninguna de ellas debe ser despreciada para el estudio del mismo; se trata de variables cognitivas del individuo (pensamientos, creencias, ideas, etc.) y variables situacionales (estímulos discriminativos que activan la emisión de la conducta).

Sin embargo, la ansiedad pasa a ser patológica cuando los parámetros de intensidad, frecuencia y duración, incrementan o bien cuando se relaciona con estímulos no amenazantes para el organismo, provoca manifestaciones incapacitantes en el individuo, tanto a nivel emocional como funcional (Vila, 1984).

A continuación, ofrecemos una tabla para tratar de visualizar las diferencias que se establecen entre una ansiedad no patológica y otra de carácter patológico, ya que la diferencia estriba en la intensidad (ver tabla 2):

Tabla 2. Diferencia entre ansiedad no patológica y patológica.

	NO PATOLÓGICA	PATOLÓGICA
Características Generales	Episodios poco frecuentes. Intensidad leve o media. Duración limitada.	Episodios repetidos. Intensidad alta. Duración prolongada.
Situación o estímulo causante	Reacciones esperables y común a las de otras personas.	Reacciones desproporcionadas.
Grado de sufrimiento	Limitado y transitorio.	Alto y duradero.
Localización	Psicológica.	Corporal.
Grado de interferencia en la vida cotidiana	Ausente o ligera.	Profundo

Fuente: DSM 5 (2013). Elaboración propia.

Desde la psicología de la personalidad (Endler y Okada, 1975; Eysenck, 1967, 1975; Gray, 1982; Sandín, 1990) se concibe la ansiedad en términos de rasgo y estado. Desde el punto de vista de rasgo, se presenta una tendencia individual a responder de forma ansiosa, es decir, una interpretación situacional-estimular caracterizada por el peligro o la amenaza, respondiendo ante la misma con ansiedad. En general, esta tendencia va acompañada de una personalidad neurótica de base similar a la timidez, apareciendo durante largos periodos de tiempo en todo tipo de situaciones. Existe una gran variabilidad interindividual en cuanto al rasgo de ansiedad, debido a la influencia tanto de factores biológicos como aprendidos. Mientras que la ansiedad entendida como estado, se asimila a una fase emocional transitoria y variable en cuanto a intensidad y duración; ésta es vivenciada por el individuo como patológica en un momento particular, caracterizándose con una activación autonómica y somática por una percepción consciente de la tensión subjetiva. Cuando las circunstancias son percibidas como amenazantes por el sujeto, la intensidad de la emoción aumenta independientemente del peligro real, mientras que cuando las mismas son valoradas como no amenazantes, la intensidad de la emoción será baja, aunque exista dicho peligro real. La relación entre ambos puntos de vista es muy estrecha, pues un individuo con alto rasgo de ansiedad reaccionará con mayor frecuencia de forma ansiosa (Miguel-Tobal, 1996).

Todo esto, indica que la ansiedad se entiende o bien como una respuesta normal o bien como una respuesta desadaptativa (ansiedad patológica); la solución para diferenciar ambas respuestas puede residir en que la ansiedad patológica se manifiesta con mayor frecuencia, intensidad y persistencia que la ansiedad normal, es decir, presenta diferencias cuantitativas respecto a aquella (Spielberger, Pollans y Wordan, 1984).

En la teoría tridimensional de Lang (1968) sobre la ansiedad, considera a ésta como un sistema triple de respuesta en el que interactúan manifestaciones cognitivas, fisiológicas y motoras. La ansiedad empieza a ser conceptualizada como una respuesta emocional debido a la posible influencia de estímulos tanto internos como externos al propio individuo; el tipo de estímulo que provoca la respuesta de ansiedad está determinado, en gran medida, por las características del individuo (Miguel-Tobal, 1990). Respecto al componente somático propio de la ansiedad podemos citar (ver tabla 3):

Tabla 3. Manifestaciones periféricas del trastorno de la ansiedad.

Anticipación aprehensiva.	Disminución del rendimiento laboral.
Preocupación excesiva.	Malestar gástrico.
Dificultad para concentrarse.	Hiperhidrosis: transpiración excesiva.
Signos somáticos: hipertensión, taquicardia, temblores.	Irritabilidad.
Palpitaciones.	Fatiga.
Tensión muscular.	Inquietud, sensación de estar atrapado.

Fuente: DSM-5 (2013).

1.2.3. Relación entre estrés y ansiedad.

Existe una ambigüedad conceptual al utilizar estos dos términos que ha generado incertidumbre para abordar el constructo de la ansiedad y el estrés. Desde distintas orientaciones se ha manifestado el interés por diferenciar ambos términos. Así, mientras la psicofisiología se ha interesado por el estudio del estrés, resaltando la importancia de sus aspectos fisiológicos frente a los

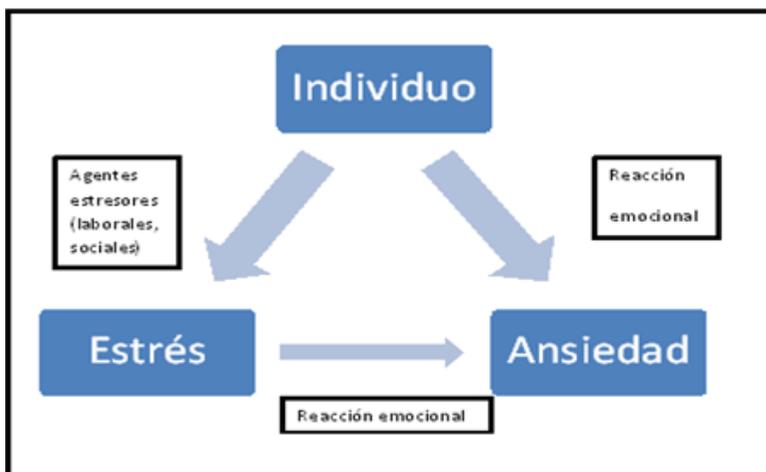
subjetivos que intervienen en la ansiedad, Taylor (1986) destaca que el estrés hace referencia principalmente a la situación, mientras que la ansiedad alude a la reacción psicológica ante sucesos estresantes.

De hecho, Spielberger (1972) considera que los términos estrés y miedo son indicadores de fases temporales de un proceso que da lugar a la reacción de ansiedad.

Desde esta perspectiva, la distinción de dichos conceptos se hace posible trabajando de manera parcelada destacando determinados elementos entendidos como parte de uno u otro de manera específica (Miguel-Tobal y Casado, 1999).

Cuando la demanda ambiental (laboral, social...) es excesiva en relación con los recursos de afrontamiento que posee el individuo, intentará desarrollar una serie de reacciones adaptativas y de movilización de recursos que impliquen una mayor activación fisiológica. A su vez, esta reacción se acompaña de una serie de emociones negativas, entre las que destacan la ansiedad, la ira y la depresión. El estrés puede producir ansiedad, pero el individuo que padece ansiedad no necesariamente tiene que padecer estrés (Benito Lahuerta, 2011) (ver figura 5).

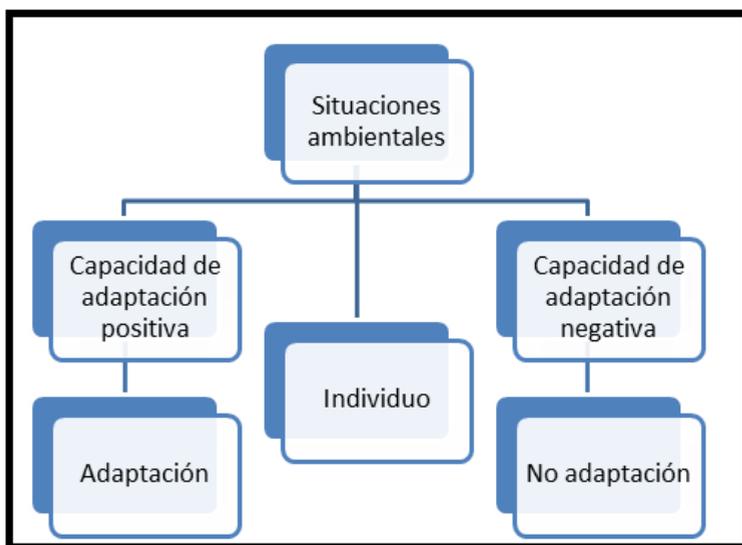
Figura 5. Relación estrés y ansiedad.



Fuente: Benito Lahuerta (2011).

Puesto que el estrés y la ansiedad pueden llegar a cursar conjuntamente, a continuación en la figura 6 mostramos la adaptación del individuo al estrés.

Figura 6. Adaptación del individuo al estrés.



Fuente: Benito Lahuerta, et al, (2011).

Esto supone que, la adaptación a la situación ambiental, tiene como respuesta el SGA que pertenece a su vez a las respuestas propias al estrés ante una amenaza real. Mientras que la no adaptación, suele verse acompañada de una situación de ansiedad, ya que estamos delante de la exacerbación de las características propias del estrés con un agente potencial del mismo, es decir, una amenaza no real. Supone por tanto una respuesta emocional que variará según el estímulo que la produzca, y suele venir acompañada de sentimientos de inquietud, recelo, miedo, nerviosismo y habitualmente asociada a preocupaciones excesivas.

Al hablar de respuesta emocional y sentimientos ante una reacción estresante, debemos de circunscribir estas reacciones a la personalidad del individuo, ya que las emociones son comunes a todos los individuos y los sentimientos son

relaciones propias e internas de cada individuo. Acabamos de relatar la manera en la que nuestro organismo reacciona ante dos situaciones específicas, como son el estrés y la ansiedad respectivamente. Por lo que al personalizar estas respuestas debemos focalizar nuestra atención en lo que respecta a la personalidad del futbolista.

1.2.4. La personalidad del futbolista profesional.

Para poder llegar a empatizar con el futbolista, pretendemos acercarnos a los aspectos propios de su personalidad para llegar a tener un conocimiento integral de su persona. Previo a ello, debemos de matizar lo que entendemos por personalidad. Siguiendo a Pervin (1998), nos la define como: *“una organización compleja de cogniciones, emociones y conductas que da orientaciones y pautas (coherencia) a la vida de una persona. Como el cuerpo, la personalidad está integrada por estructuras como por procesos y refleja tanto la naturaleza (genes) como el aprendizaje (experiencia). Además, la personalidad engloba los efectos del pasado, incluyendo los recuerdos del pasado, así como construcciones del presente y del futuro”*.

Este modelo integrador en el que abarca tanto emociones, como cogniciones y genética, queda englobado a través del interaccionismo (Endler, 1983). Este modelo interaccionista, consiste en que la conducta del individuo está determinada por:

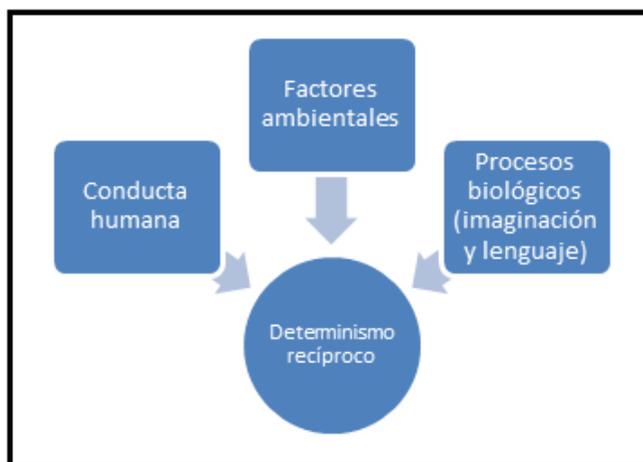
- En parte factores personales o rasgos.
- En parte las características situacionales.
- Y fundamentalmente la interacción entre las características que presenta el individuo y las características de la situación en donde éste actúa.

Los factores personales o rasgos, corresponden a patrones determinados por la herencia y el ambiente donde se distinguen (Eysenck, 1960):

- El sector cognitivo, o inteligencia.
- El sector conativo, volitivo o carácter⁹.
- El sector afectivo, o temperamento¹⁰.
- El sector somático.

Mientras que para las características situacionales entramos en sintonía con la definición clásica de personalidad según Allport (1936) la cual comenta que: *“la organización dinámica de aquellos sistemas que determinan su ajuste único a su ambiente”*. Lo que supone la interacción de ambos factores con el determinismo recíproco de Bandura (1977). Esta organización dinámica que pertenece a la situación, se conjuga con los factores personales, tal y como hemos comentado con anterioridad. En el diagrama que se muestra a continuación (ver figura 7), observamos lo que en palabras de Bandura es el determinismo recíproco de las diferentes variables de la personalidad:

Figura 7. Determinismo recíproco de Albert Bandura.



Fuente: Adaptación Bandura (1977).

⁹Conjunto de costumbres, sentimientos e ideales, o valores, que hacen relativamente estables y predecibles las reacciones de un individuo.

¹⁰Tiene un origen genético y una base biológica, estando vinculado a la esfera de las emociones.

De tal modo que fruto de los factores anteriores, nos encontramos con diferentes patrones de conducta. Hay diferentes modos para poder clasificar la conducta, pero atendiendo a la clasificación de Friedman y Rosenman (1974) vamos a diferenciar 3 tipos:

- Patrón de conducta tipo A¹¹.
- Patrón de conducta tipo B¹².
- Patrón de conducta tipo C¹³.

Los patrones de conducta encontrados en el contexto futbolístico proponen un perfil de personalidad análogo a todas las categorías. Viendo como es de exigente y competitivo este deporte, podemos intuir que el tipo de personalidad que impera en este colectivo es el patrón de conducta tipo A. Esta personalidad autoexigente, muy característica en futbolistas adolescentes (Pallarés y Rosel, 2001) que, del mismo modo como ponen de manifiesto estos autores la posee el deportista adulto. Lo que supone estar tratando a una persona con características de ser rigurosa, controladora siempre del tiempo, le gusta trabajar en soledad, le da mucha importancia al éxito laboral, le gusta hacer dos cosas al mismo tiempo, le molesta la incapacidad de los otros, le cuesta mucho esperar un avión o hacer cola...etc. Compatible con esta argumentación aunque con un prisma psicodinámico, Apitzsch (1994) comenta de manera paralela las mismas características de la personalidad respecto al futbolista de élite.

¹¹ Componentes de forma de expresión (voz alta, habla rápida, excesiva actividad psicomotora, tensión de la musculatura facial, excesiva gesticulación), actitudes y emociones (hostilidad, impaciencia, ira, agresividad), aspectos motivacionales (motivación de logro, competitividad, orientación al éxito, ambición), conductas abiertas y manifiestas (urgencia de tiempo, velocidad, hiperactividad, implicación en el trabajo), aspectos cognitivos (necesidad de control ambiental, estilo atribucional característico).

¹² Considerada como la ausencia de las características propias de las de tipo A.

¹³ Sumamente cooperativos, pasivos, evitadores de conflictos, supresores de emociones como ira o ansiedad, que usan la represión como mecanismo de afrontamiento, rígidos y con mayor predisposición a experimentar desesperanza y depresión” (Eysenck, 1994)

Asimismo, el patrón de conducta, la presión a la que es sometido y las exigencias de este deporte conllevan, no es de extrañar las manifestaciones de estrés y las consecuencias que éste puede tener sobre el organismo. Por lo que si en su cotidianidad deportiva ya queda expuesto a los factores anteriormente mencionados, imaginemos el cambio y la vulnerabilidad que debe suponer el momento en el que su cuerpo padece una lesión.

1.3. El futbolista y la lesión.

1.3.1. Factores de vulnerabilidad a la lesión.

La naturaleza de las lesiones deportivas puede producirse por diferentes mecanismos. La literatura científica de referencia nos señala que los mecanismos que pueden influir son de índole física, situacional, deportiva y psicológica. Ortín, Garcés de Fayos y Olmedilla (2010), señalan que hay un consenso generalizado en dividir los factores asociados a la lesión en:

- (a) Factores internos: fisiológicos, biomecánicos, psicológicos, edad, deterioro del cuerpo, historial de lesiones, falta de preparación física para una determinada tarea, falta de adherencia a medidas preventivas, una alimentación inadecuada, la fatiga o la realización de conductas de riesgo, así como el sobreentrenamiento, etc.
- (b) Factores externos: deficiencias en las condiciones ambientales, el tipo y estado de los pavimentos deportivos, herramientas de uso deportivo, intensidad de juego, etc.

Bahr y Krosshaug (2005), señalan que para explicar todos los factores de riesgo internos y externos, así como el mecanismo de aparición de la lesión, es necesario un acercamiento multifactorial. Esta vertiente coincide con otros estudios (Hanson, McCullagh y Tonymon, 1992; Heil, 1993; Palmi, 2001). El origen multifactorial de la lesión deportiva apunta a que algún o algunos de estos factores tendrán mayor o menor influencia en una lesión, en función de la realidad y el contexto de la misma. Sin embargo, es sumamente importante considerar que hay ocasiones en que la evidencia (p.ej., la lesión producida por una entrada por detrás de un jugador a otro rival) parece mostrar una relación unicausal.

De entre los citados, la relación entre los factores psicológicos y las lesiones ha sido un tema delicado a tratar. Autores como Olmedilla (2005), han

profundizado en el análisis de esta temática, ya que tanto él como sus colaboradores enfatizan la relación de los factores psicológicos y las lesiones en futbolistas afirmando que la influencia de determinados factores psicológicos, provocan un riesgo de lesión sobre el deportista. Desde el ámbito científico se han obtenido evidencias de que los factores psicológicos tienen repercusiones sobre la causalidad de las lesiones (Junge, 2000; Ortín, Garcés de Fayos y Olmedilla, 2010). Estos últimos autores, afirman que las variables psicológicas están influyendo en la probabilidad de la lesión del deportista, al igual que el modo en cómo se relacionan entre sí y de éstas con la propia lesión.

Tal es así, que el estudio de la relación causal entre variables psicológicas y las lesiones analiza la influencia de qué factores psicológicos provocan una vulnerabilidad sobre el deportista para lesionarse (Udry y Andersen, 2002), además de contemplar la propia percepción sobre la lesión y su influencia psicológica (Olmedilla, Ortega, Prieto y Blas, 2009). Las variables psicológicas estudiadas en relación al deportista (Olmedilla y García-Mas, 2009) son:

- La ansiedad competitiva.
- El estrés psicosocial.
- La motivación.
- La autoconfianza.

La mayor parte de los trabajos indican el estrés como factor principal que, relacionado con otras variables aumentan la probabilidad de lesión. Por lo que parece fundamental el estudio de las situaciones potencialmente estresantes y las consecuencias que el propio estrés ofrece (Ortín, Garcés de Fayos y Olmedilla, 2010).

Las variables situacionales en el contexto de alto rendimiento suponen una fuente de estrés. Buceta (1998), propone como variables situacionales que suponen una fuente de estrés para el deportista:

-
1. Eventos estresantes de carácter general (problemas familiares, económicos, pérdidas de seres queridos, dificultades cotidianas menores...).
 2. Estilo de vida de los deportistas (viajes frecuentes, cambios de residencia, estricta autodisciplina...).
 3. Demandas específicas del entrenamiento (continuas exigencias de mejora, sobre-esfuerzo constante, evaluación permanente...).
 4. Demandas específicas de la competición (incertidumbre respecto al resultado, falta de control sobre el propio rendimiento, evaluación social, frustración ante resultados adversos...).
 5. Otras situaciones relacionadas con la actividad deportiva (relación con los medios de comunicación, negociaciones con directivos...).
 6. De modo específico, factores asociados a la ocurrencia de lesiones anteriores (movimientos o acciones de especial riesgo físico).
 7. Eventos estresantes relacionados con la actividad deportiva (cambio de equipo, cambio de entrenador, cambio de categoría, cambio de estatus...).

Además de Buceta, diversos científicos complementan estas variables situacionales con datos relativos a:

- La categoría o nivel competitivo. Olmedilla, Andréu y Blas (2008), en un estudio con futbolistas, encuentran una relación significativa entre categoría deportiva y lesión. En concreto indican que el porcentaje de jugadores lesionados en la categoría cadete representa un 54,1%, en la categoría alevín un 20% y en la infantil un 15%.
- El resultado durante la competición. Ortín, Jara y Berengüi (2008), señalan un mayor porcentaje de lesiones producidas en situación de derrota en competición, frente a la situación de victoria. En este sentido, la situación de derrota puede ser evaluada como estresante para el futbolista, desencadenando conductas que aumentan el riesgo de lesión.
- La historia previa de lesiones. Algunos autores señalan que entre el 20% y el 25% de las lesiones son recaídas de alguna lesión anterior (Hawkins y Fuller, 1999), aspecto que sitúa el historial de lesiones del deportista como un factor importante de cara a la intervención para

la prevención y dato ante la vulnerabilidad del futbolista. Kucera, Marshall, Kirkendall, Marchak y Garrett (2005), en un estudio con futbolistas jóvenes, señalan que la historia previa de lesiones es un factor relevante en la probabilidad de volverse a lesionar. En este sentido indican que los futbolistas que han sufrido una lesión previa, tienen 2,6 veces más probabilidades de lesionarse que jugadores sin historia previa de lesión.

- El tiempo de juego. La mayoría de los estudios contabilizan el número de lesiones por cada 1.000 horas de competición. Si partimos de un enfoque epidemiológico, encontramos datos muy diferentes; desde las 2,4 lesiones encontradas por Kibler (1995), hasta las 19,1 señaladas por Schmitd-Olsen, Buenemann, Lade y Brasso (1985). Knowles, Marshall y Guskiewicz (2006) indican la importancia de formar a todos los profesionales que rodean al deportista en los diferentes métodos de analizar los datos epidemiológicos así como en las causas más frecuentes de lesión.
- Los entrenamientos Vs la competición. En general los estudios indican que en el deporte, las lesiones se producen en mayor número en situación de competición que en entrenamiento, tanto en jóvenes como en adultos (Emery, Meeuwisse y Hartmann, 2005; Faude, Junge, Kindermann y Dvorak, 2005; Smith, Stuart, Wiese-Bjornstal y Gunnon, 1997).

De tal modo que obtenemos evidencias para reflexionar que sobre las lesiones hay un origen multicausal y cuyo factor común para la influencia sobre la lesión es de índole psicológica, posiblemente relacionada con el estrés. De hecho, se han llevado a cabo programas específicos encaminados exclusivamente a la prevención de las lesiones (Johnson, Ekengren y Andersen, 2005; Maddison y Prapavessis, 2005; Noh, Morris y Andersen, 2007), tomando como aspecto fundamental el control y la reducción del estrés además de utilizar diferentes planteamientos de intervención.

Una de las destrezas de control del estrés por parte del deportista es el aprendizaje de estrategias de afrontamiento para mejorar su ejecución deportiva.

Estas habilidades, aportan recursos de afrontamiento susceptibles de análisis en su relación con la vulnerabilidad a la lesión. Palmi (2001) propone que los contenidos de un programa de intervención psicológica para la prevención de lesiones deportivas deben ir encaminados hacia:

1. Mejorar la formación de los técnicos:
 - a) Información de factores de riesgo.
 - b) Importancia de la preparación física.
 - c) Importancia de los hábitos deportivos.
2. Entrenar recursos psicológicos:
 - a) Control de activación.
 - b) Control atencional.
 - c) Control de imágenes y pensamientos.
 - d) Ajuste de objetivos.
3. Planificación bajo objetivos realistas:
 - a) Progresión de exigencia.
 - b) Variedad de ejercicios y situaciones.
 - c) Ajuste del entrenamiento a la individualidad.
4. Mejorar los recursos técnicos:
 - a) Información post-ejecución.
 - b) Análisis de videos: acciones exitosas y erróneas.
 - c) Entrenamientos simulando condiciones de competición.

Evidenciamos la presencia del estrés en el ámbito deportivo como dinámica de trabajo además de su importancia en el manejo adecuado para aportar un mayor rendimiento, ya que el estrés parece obedecer a una relación íntima como uno de los factores ante la vulnerabilidad de padecer una lesión. Por lo

que seguidamente vamos a comentar la forma en la que se aborda la lesión deportiva del futbolista profesional.

1.3.2. La lesión del futbolista.

Aquí hay un cambio de la condición del futbolista ya que pasamos de hablar de rendimiento deportivo a salud. Cambia de los terrenos de juego a la camilla, de la relación con sus compañeros y de la dinámica del equipo a la convivencia con el cuerpo médico. Son estos últimos los que le van a aplicar al futbolista un estricto protocolo cuyo principal objetivo es recuperar la estructura y funcionalidad del músculo lesionado con la consiguiente dada de alta.

La fortuna de experimentar pocas lesiones deportivas o lesiones de poca gravedad durante los años de su profesión, no debería suponer un factor determinante para el éxito deportivo ya que pese a que estructuralmente la lesión esté recuperada en numerosas ocasiones, la vertiente psicológica impide volver a los terrenos de juego. Sería interesante poder disponer de herramientas pertinentes para tratar al lesionado y generar un entorno de recuperación deportiva de manera rápida y eficaz para así favorecer una recuperación no sólo a nivel físico sino que a nivel psíquico también (Lorenzo, 2005). Esta cuestión supone hoy en día un reto para el cuerpo médico. El rendimiento de un futbolista no debería estancarse por una lesión, sino ayudarle a encarar la situación para que suponga un reto personal ante la adversidad de manera que pueda anteponerse física y psicológicamente a la lesión.

Los futbolistas al experimentar una lesión pueden reaccionar de un modo que no siempre sea el más apropiado. En este sentido, Srebro (2002) aportó algunas reacciones típicas que suelen manifestar ante el conocimiento de la lesión:

1. Negación: p.ej. *“No puede ser que me haya lesionado”*.
2. Enfado.

-
3. Tratar de dar una explicación: p.ej. *“¿Qué es lo que ha pasado?, “no entiendo ¿cómo me ha sucedido esto?”, “nos hacen entrenar con demasiada intensidad”, “si los fisios me tratasen como deben”, “el campo está en mal estado”...*
 4. Depresión: p.ej. manifiesta desmotivación y/o aislamiento.
 5. Admitir/aceptar: p.ej. Acepta la lesión y empieza a recuperar la motivación.
 6. Otras reacciones asociadas: pérdida de la autoconfianza y seguridad en sí mismo, pérdida de la autoconvicción, miedo y ansiedad.

Ante tal situación, Kleinert (2003) recomienda atender las siguientes indicaciones para acelerar el proceso de recuperación de las lesiones: asumir una actitud positiva ante la lesión y generar un autodiálogo positivo durante el proceso de rehabilitación.

La lesión deportiva adquiere relevancia no sólo por su influencia directa sobre el rendimiento sino por las consecuencias personales y sociales que rodean a ésta, entre las que se encuentran (Buceta, 2008):

- Cambios del entorno deportivo (reajustes, cambios de posiciones que repercuten en compañeros).
- Cambios en la vida personal y familiar debido a la disminución de la posibilidad de realizar tareas (no puede vestirse solo, e incluso no puede estar solo).
- Alteración de otras variables psicológicas relacionadas con la lesión (mayor irritabilidad, hostilidad, pensamientos negativos, tristeza).

Las consecuencias psicológicas de la lesión deportiva hacen al sujeto más frágil y por ende con una mayor probabilidad de padecer estrés. El estrés del futbolista lesionado puede estar presente en cualquiera de las fases: desde el momento de la lesión, pasando por la rehabilitación, hasta la vuelta a entrenamientos y competición (Ortín, Garcés de Fayos y Olmedilla, 2010). Y en cada

una de estas fases le obligará a realizar un esfuerzo adaptativo en el que vivirá situaciones específicas de superación, con el objetivo principal de recuperar su capacidad física habitual.

Además del estrés surgen otros procesos psicológicos y emocionales que se asocian a la lesión e influyen directamente en el proceso de rehabilitación del deportista (Abenza, Olmedilla, Ortega, Ato y García-Mas, 2010). Para comprender las relaciones que existen entre las lesiones deportivas y los factores psicológicos, se pueden resumir en dos modelos teóricos:

- a) Modelos centrados en las reacciones emocionales del deportista (Brewer, 1994; Heil, 1993).
- b) Modelos integrados en la respuesta psicológica a la lesión y al proceso de rehabilitación (Wiese-Bjornstal, Smith, Shaffer y Morrey, 1998).

En este último, se integran teorías basadas en el proceso de estrés y otras centradas en el proceso de dolor. De tal modo que la intervención psicológica post-lesión, comienza con la evaluación sobre la información que éste dispone de la misma y el impacto que ha sufrido. En numerosas ocasiones, el estado de ánimo del sujeto está dañado, no porque las consecuencias sean graves, sino por la incertidumbre al no saber con exactitud el tiempo estimado de recuperación y tener objetivos mal estructurados en sus tareas diarias. De esta forma, todos los profesionales que rodean al deportista son responsables (cada uno en su parcela) de intervenir psicológicamente (Ortín, Garcés de Fayos y Olmedilla, 2010). Los posibles estados de ansiedad y estrés del deportista lesionado se verán eclipsados principalmente por la incertidumbre.

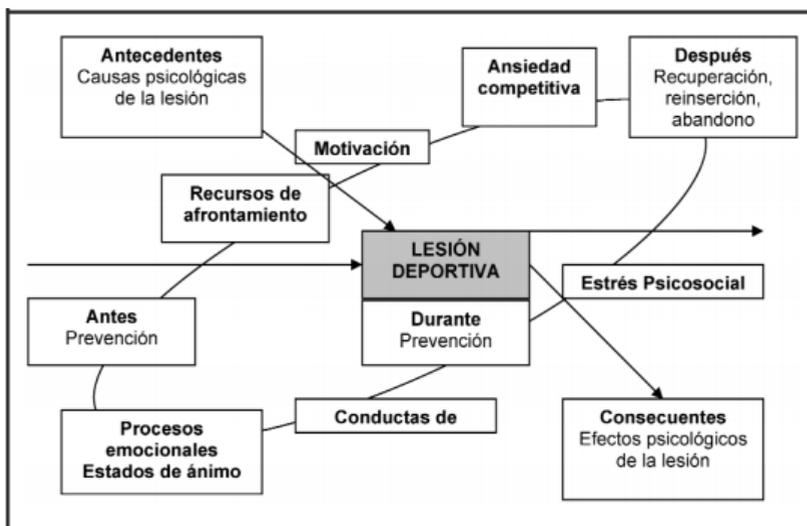
Palmi (2001) marca como factor fundamental de la relación de ayuda en el aspecto psicológico del lesionado la vertiente social, diferenciando tres tipos de apoyo social:

- Apoyo del equipo médico.
- Apoyo del equipo deportivo.
- Apoyo de la familia y las personas más próximas.

Algunos ejemplos de esta actuación de apoyo social con resultados satisfactorios, podemos encontrarlos en el trabajo de Abenza, Bravo y Olmedilla (2006), a través de una intervención de caso único con una portera de balonmano. El uso de técnicas psicológicas específicas como la visualización (Hare, Evans y Callow, 2008; Olmedilla, Ortín y De la Vega, 2006), detallan la efectividad en la intervención psicológica de ayuda social realizada con dos deportistas profesionales.

Partiendo de lo comentado anteriormente, Olmedilla y García-Mas (2010) consideran la necesidad de definir un modelo global de lesiones deportivas, que sea comprensivo, multiconceptual, predictivo y demostrable empírica y/o experimentalmente. Así, proponen un modelo de tres ejes que lo definen, tanto desde el punto de vista de la investigación como el de la aplicación (ver figura 8).

Figura 8. Modelo global psicológico de las lesiones deportivas.



Fuente: Ortín, Garcés de Fayos y Olmedilla (2010).

Tras este modelo global de las lesiones deportivas, estos autores concluyen con la necesidad de que:

1. Hay una aproximación predominantemente clínica sin que exista por el momento presencia significativa de planteamientos positivos en la consideración del tipo de análisis o de intervención psicológica.
2. Una clarificación conceptual y reconsiderar la ubicación de las investigaciones llevadas a cabo hasta la fecha para dotarlas de un sentido psicológico con un nivel distinto al puramente explicativo.

Por lo que ante tales conclusiones y las necesidades planteadas en sus investigaciones, nos dirigimos a contemplar el modo en el que son abordadas las lesiones en el fútbol profesional español.

En la actualidad, las investigaciones que han tomado protagonismo para los futbolistas profesionales han sido la adaptación de instrumentos adecuados para la evaluación de las variables en función del registro de las lesiones, tipología y gravedad (Zafra et al, 2011).

Siguiendo a los servicios médicos del FC Barcelona (2009), afirman que las lesiones musculares son muy frecuentes en el mundo del fútbol. Los estudios epidemiológicos muestran que las lesiones musculares suponen más del 30% de todas las lesiones (1,8-2,2/1.000 horas de exposición), lo que representa que un equipo profesional de fútbol padece una mediana de 12 lesiones musculares por temporada que equivalen a más de 300 días de baja deportiva (Junge, Dvorak, Graf-Baumann, 2004). Asimismo, siguiendo la tabla adjunta (ver tabla 4), nos muestran la descripción de la incidencia de lesiones en 4 temporadas consecutivas.

Tabla 4. Descripción de los principales parámetros sobre incidencia lesional del primer equipo de fútbol del FC Barcelona en 4 temporadas consecutivas.

Temporadas	2003-04	2004-05	2005-06	2006-07
Número total de lesiones	63	44	31	37
Lesiones/1.000 h de exposición al entrenamiento	7	3	3	3
Lesiones/1.000 h de exposición a la competición	34	25	15	15
Lesiones musculares	22	6	14	14
Lesiones musculares leves (<1 semana)	8	2	2	3
Lesiones musculares moderadas (1-4 semanas)	11	4	10	8
Lesiones musculares graves (>1 mes)	3	0	2	3
% lesiones musculares/total de lesiones	35	14	45	33
Total de horas de exposición del equipo	5.655	6.458	5.719	7.561
Lesiones musculares/1.000 h de exposición	4	1	2	2
Lesiones musculares/1.000 h de partido	16	5	9	12
Lesiones musculares/1.000 h de entrenamiento	1,7	0,2	0,7	2,2
Total de días de baja	952	1.404	657	685
Días de baja por lesión muscular	317	84	264	324
Entrenamientos perdidos por lesión muscular	203	46	173	186
Partidos perdidos por lesión muscular	58	17	59	51

Fuente: Servicios médicos FC Barcelona, (2009).

No se dispone de un marcador bioquímico lo bastante específico que ayude al diagnóstico de la gravedad y al pronóstico definitivo de cada una de las diferentes lesiones musculares. La pauta de tratamiento de las lesiones musculares no sigue un modelo único (Jarvinen et al, 2005). Se han abierto nuevos horizontes gracias a la investigación en el ámbito de la reparación y de la regeneración biológica (Quintero et al, 2009).

Las lesiones musculares son clasificadas según el mecanismo lesional, de forma clásica en extrínsecas (o directas) o intrínsecas (o indirectas) (FC Barcelona, 2009):

- Las lesiones extrínsecas, por contusión con el oponente o con un objeto, se clasifican según la gravedad en leves o benignas (grado I), moderadas (grado II) o graves (grado III). Pueden coexistir con laceración o no.
- Las lesiones intrínsecas, por estiramiento, se producen por la aplicación de una fuerza tensional superior a la resistencia del tejido, cuando éste está en contracción activa (contracción excéntrica). La fuerza y la

velocidad con que se aplica la tensión son variables que modifican las propiedades viscoelásticas del tejido, cambiando la susceptibilidad a la rotura. También pueden influir la fatiga local y la temperatura tisular. El jugador nota un dolor repentino, en forma de tirón o de pinchazo y se relaciona normalmente con un sprint, un cambio de ritmo o un chut. La clasificación de las lesiones intrínsecas es más compleja.

Los conceptos actuales proponen las siguientes tablas de clasificación de las lesiones musculares (tablas 5 y 6) según diferentes criterios (Fuller et al, 2006). Siguiendo una clasificación de las lesiones musculares con criterios histopatológicos, las lesiones de grado 0 se entienden como lesiones en las que queda afectado muy poco tejido muscular. Si la lesión es más extensa pueden comportarse como lesiones más graves y, por tanto de peor pronóstico.

Tabla 5. Clasificación de las lesiones.

Nomenclatura	Estadios	Características	Pronóstico
Contractura y/o DOMS	Grado 0	Alteración funcional, elevación de proteínas y enzimas. Aunque hay desestructuración leve del parénquima muscular se considera más un mecanismo de adaptación que una lesión verdadera	1-3 días
Microrrotura fibrilar y/o elongación muscular	Grado I	Alteraciones de pocas fibras y poca lesión del tejido conectivo	3-15 días
Rotura fibrilar	Grado II	Afectaciones de más fibras y más lesiones del tejido conectivo, con la aparición de un hematoma	3 a 8 semanas
Rotura muscular	Grado III	Rotura importante o desinserción completa. La funcionalidad de las fibras indemnes es del todo insuficiente	8 a 12 semanas

Fuente: Servicios médicos FC Barcelona, (2009).

Tabla 6. Clasificación de las lesiones musculares según criterios por imagen

Nomenclatura	Estadios	Ecografía musculoesquelética	RM
Contractura y DOMS	Grado 0	Signos inconstantes. Edema entre fibras y miofascial y aumento de vascularización local	Edema intersticial e intramuscular. Aumento de la señal en T2 y secuencias de supresión de grasa
Microrrotura fibrilar y/o elongación muscular	Grado I	Minima solución de discontinuidad, edema entre fibras y líquido interfascial (signo indirecto)	Aumento de la señal intersticial y ligeramente intermuscular
Rotura fibrilar	Grado II	Claro defecto muscular, líquido interfascial y hematoma	Mucha señal intersticial, defecto muscular focal, aumento de señal alrededor del tendón
Rotura muscular	Grado III	Disrupción completa muscular y/o tendón, con retracción de la porción desinsertada del músculo (muñón evidente)	Disrupción completa muscular y/o tendón, con retracción

Fuente: Servicios médicos FC Barcelona, (2009).

Con el fin de poder clarificar mejor proponemos seguir la pauta siguiente para etiquetar cada una de las lesiones musculares: primero damos el “nombre” del tipo de lesión muscular según criterios clínico-anatomopatológicos; después el “primer apellido”, que expresa la localización concreta donde se asienta la lesión y, concretamente, si tiene o no relación con el componente conectivo, y finalmente, el “segundo apellido”, que detalla el grupo muscular afectado en concreto.

- Nombre: Rotura muscular grado II.
- Primer apellido: de la unión musculotendinosa proximal.
- Segundo apellido: del bíceps femoral.

Debemos matizar respecto al pronóstico, que los días de baja son orientativos ya que varían en función del músculo lesionado, de su topografía y de la demanda que posteriormente se haga.

En la tabla 7 se presenta la descripción de diferentes parámetros sobre incidencia lesional respecto a las lesiones musculares del primer equipo de fútbol del FC Barcelona durante cuatro temporadas. Son datos revisados por el comité médico de la UEFA.

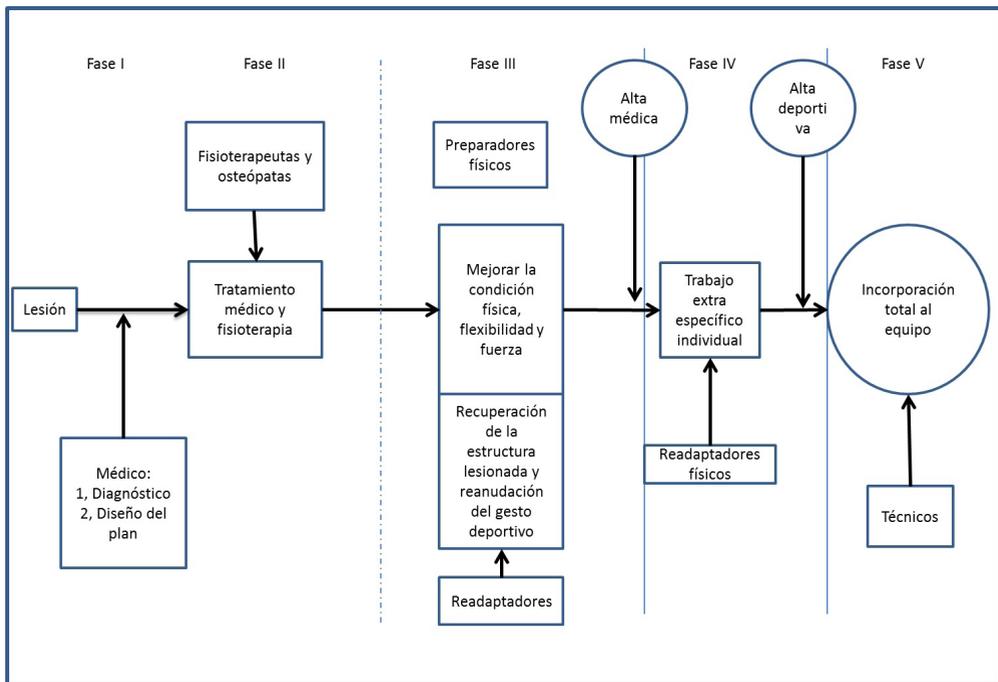
Tabla 7. Descripción del número y porcentaje relativo de todas las lesiones comunicadas del estudio UEFA en el período de las temporadas 2003-2007.

Tipo de lesión	Número	Porcentaje
1 Músculos isquiosurales (isquiotibiales)	396	14
2 Músculos aductores	260	9
3 Esguinces/roturas ligamento tobillo	203	7
4 Músculo cuádriceps	160	6
5 Esguinces/roturas ligamento rodilla	153	5
6 Músculo tríceps sural	124	4
7 Lumbalgia	100	4
8 Tendinopatía aquilea	82	3
9 Contusión muscular	82	3
10 Pie	74	3

Fuente: Servicios médicos FC Barcelona, (2009)

Se calcula que un equipo profesional de 25 jugadores padecerá una mediana de 40- 45 lesiones por temporada, de las cuales entre 16 y 20 serán poco importantes (tiempos de baja de menos de una semana); entre 16 y 20 serán moderadas (entre 1 y 4 semanas), y entre 8 y 10 serán graves (más de un mes de baja). En las lesiones musculares, que suponen el 30-40% de todas las lesiones, el riesgo lesional es de casi 2 por 1.000 horas de exposición, y cada equipo puede padecer entre 10 y 14 lesiones musculares por temporada. El programa de recuperación que nos propone el FC Barcelona, es el siguiente (ver figura 9).

Figura 9. Programa de recuperación.



Fuente: Servicios médicos FC Barcelona, (2009).

Palmi (1997), propuso un modelo de intervención post-lesional psicológico que consiste en que el cuerpo médico y el recuperador deben tener un plan de intervención para cuando la lesión se ha producido. Se dispone de dos fases claramente diferenciadas que van a marcar nuestra intervención: la fase de inmovilización (con o sin cirugía) y la fase de movilización.

1. Fase de inmovilización:

Corresponde a la primera fase de la intervención frente a la lesión deportiva. En ella podemos encontrar un posible ingreso hospitalario o no, con o sin cirugía. Generalmente esta fase, suele durar de uno a cinco días. Esta fase se caracteriza por la gran tensión que soporta el deportista, la visión negativa de su recuperación y la presencia de dolor (principalmente en el ingreso en el centro médico). Por tanto, el deportista profesional necesitará poseer estrategias de control de la ansiedad (frente al dolor, a las dudas) y de aceptación positiva de la realidad. Las técnicas psicológicas a tener en cuenta en este periodo de inmovilización son:

- Habilidades de comunicación: en primer lugar, desarrollaremos uno de los dos elementos sociales que más van a afectar al deportista lesionado (las habilidades de comunicación del cuerpo médico). Es muy importante que el equipo de profesionales que rodean al deportista sepan informar sobre la lesión que se ha producido y escuchar las dudas que el deportista plantea es decir, muestren sus habilidades de comunicación (saber hablar y saber escuchar). Una vez más, los componentes socio-profesionales ligados al deportista lesionado pueden facilitar o no a la recuperación.
- Relajación: los recursos que van a ayudar al deportista a soportar los malos momentos (dolor, dudas...) van a ser aquellos que directamente le permitan tener un mayor control de sus niveles de activación y de abordar situaciones complejas.
- Visualización imaginada: se pueden combinar ejercicios de relajación con visualizaciones de la zona lesionada a partir de la información suministrada por el equipo médico (Palmi, 2001). El deportista que ya conocerá estos ejercicios (por ha-

berlos practicado en el entrenamiento deportivo) fácilmente podrá hacer una representación mental de su lesión facilitando el efecto Carpenter (micro activación de la zona corporal imaginada) con lo que se obtendrá un ligero aumento de la fisiología de la zona lesionada y se facilitará la concienciación del deportista sobre el trauma sufrido.

- Determinación de objetivos: el ajuste de los objetivos va a ser de gran importancia en esta primera fase de la lesión donde el deportista lesionado deberá empezar a trabajar sus cualidades físicas corporales con el objeto de no perder potencial atlético general.

2. Fase de movilización:

Es un periodo mucho más largo que el de la fase de inmovilización donde el deportista va a ir recuperando progresivamente sus niveles de funcionalidad motora e irá volviendo al terreno de juego y a su nivel de rendimiento anterior. En esta fase, exista o no protección sobre la zona lesionada será necesario diferenciar tres momentos de trabajo que se irán sistemáticamente produciendo: recuperación, readaptación y reentrenamiento. A continuación los desarrollamos:

a) Recuperación:

Tiempo relacionado con la mejora del músculo-articulación que ha sufrido el traumatismo. El deportista necesitará tener estrategias para controlar las situaciones estresantes o dolorosas, mantener un alto nivel de motivación para desarrollar el programa diario de trabajo (que resultará monótono). Tener un elevado nivel de confianza con el equipo médico y el programa de recuperación previsto, así como mantener el trabajo de preparación física.

b) Readaptación:

Periodo de trabajo de mejora de la cualidad física perdida en el que el deportista intenta conseguir una tonificación de su esta-

do físico general. El deportista deberá mantener un alto nivel de motivación, concentración sobre la tarea a realizar y actitud positiva hacia su disfuncionalidad entre otros componentes.

c) Reentrenamiento:

Periodo de trabajo para recuperar el nivel de la habilidad deportiva. El objetivo es volver a la dinámica de los entrenamientos y de la competición. El deportista necesitará saber controlar su activación, tener confianza y estar concentrado en la actividad que desarrolle.

Esta estrategia post-lesional consiste en conectar al deportista en un entorno que le arrope y le facilite la aceptación y recuperación de la lesión. Esto se consigue con las necesarias relaciones interpersonales que el deportista irá haciendo a lo largo del proceso de lesión.

El mismo autor continúa su argumentación subrayando la gran relevancia que tiene el cuerpo médico con el futbolista. Es preciso abordarlo desde la perspectiva de la necesaria y profesional intervención, por ello recalca la indispensable revisión de las habilidades de comunicación del equipo médico que trata al deportista. Tanto el apoyo social suministrado por el equipo deportivo, como la relación con los compañeros y la relación con el cuerpo técnico ayudarán al futbolista lesionado a no sentirse desvinculado del contexto deportivo. En el mundo del deporte tal como afirma Buceta (1998) ha de imperar la camaradería y por ello es trascendente esta relación. Palmi (1997), afirma que se ha comprobado que la proximidad con los miembros del equipo ayuda a mejorar el trabajo de recuperación y el bienestar del deportista (reduce el estrés y conduce a buenas perspectivas de futuro).

1.3.3. La lesión del futbolista y relación de ayuda.

Como acabamos de comentar, la lesión del futbolista es un momento delicado en el que como profesionales debemos ser especialmente sensibles. Ortín, Garcés de Fayos y Olmedilla (2010), comentaron las repercusiones que guardan los sucesos vitales con el estrés y las lesiones. Recordando los sucesos vitales o *life-events*, de Holmes y Rahe (1967), que consistían en identificar los acontecimientos vitales más estresantes que les suceden en la vida a las personas, se encontraban: la lesión o enfermedad personal y paro o desempleo. En el contexto futbolístico tal y como hemos comentado anteriormente, la lesión y el trabajo del futbolista se presentan particularmente relacionados.

Este momento para un futbolista profesional, va a suponer un momento de importante vulnerabilidad ya que la lesión y a tenor de esta, su trabajo entra a formar parte de una posible pendiente deslizante. Por lo que en esta situación, la relación de ayuda (ahora ya como paciente) va a tomar un especial protagonismo.

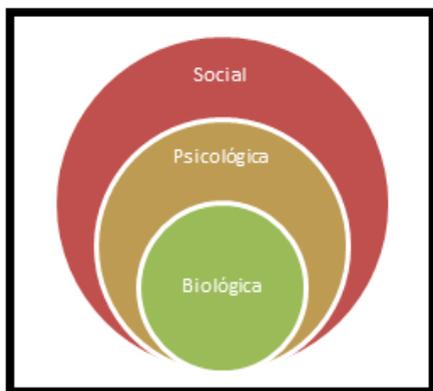
En apartados anteriores hemos comentado por una parte, el modo en el que se trata la lesión del futbolista profesional, facilitado por un cuadro esquemático (ver figura 9) en el que se detallan, las fases a las que es sometido el futbolista y las personas que intervienen en el proceso de recuperación facilitada por los servicios médicos del FC Barcelona. Y por otra parte, las necesidades que se plantean desde una perspectiva psicosocial de la lesión del deportista. Intuimos dos visiones separadas dentro del contexto de la lesión. Por un lado, el aspecto estrictamente “medicalizado”, en el que se diagnostica y el futbolista pasa por una serie de fases en que debe superar la anterior para pasar a la siguiente, sin más criterio que el estrictamente somático; mientras que por otro lado, si presentara alteraciones psicológicas, se remitiría al departamento

de psicología con la finalidad de drenar sus problemas y poner solución a su vicisitud psicológica.

Lo que nosotros pretendemos es abarcar la lesión del futbolista y sus incertidumbres desde el momento de la lesión, concretamente en el momento de la confirmación de la lesión para así adentrarnos en la realidad del paciente e interactuar con su realidad para generarle una relación de ayuda. La realidad del paciente, está compuesta tal y como hemos comentado anteriormente en palabras de Palmi (2001) por tres vertientes (ver figura 10) que configuran el comportamiento humano:

- La realidad biológica (son estas estructuras las que sufren la lesión).
- La realidad psicológica (la fuerte repercusión sobre la individualidad).
- La realidad social (los demás van a poder hacer mucho para mejorar o no esta situación).

Figura 10. Realidades del comportamiento humano.



Fuente: Adaptación Palmi (2001).

Bajo esta triple perspectiva y en este momento de vulnerabilidad, a través de la comunicación es cuando se inicia la relación de ayuda con el paciente, ya que desde este preciso instante pasa a formar parte de las dependencias médicas y deja de lado la dinámica habitual de los terrenos de juego. Por lo

que tanto, Olmedilla y colaboradores, al igual que Buceta y Palmi entre otros, ponen de manifiesto la relevancia de los aspectos psicológicos para con el deportista lesionado.

Y es que la relación de ayuda basada en el acompañamiento del sufrimiento, viene impregnada por antonomasia con la profesión enfermera. Tan sólo hace falta recabar sucintamente en la historia para ponernos ante tal evidencia.

La relación de ayuda como referente al componente holístico del enfermo, posee un nombre propio: Cicely Saunders (Vidal y Torres, 2006). Esta enfermera tenía la plena convicción de que cuidar a los moribundos no se reduce a tratar el dolor, ni a la praxis médica del tratamiento a la enfermedad, ya que aquella incluye elementos sociales, emocionales y espirituales. En palabras de la autora: *“La experiencia total del paciente comprende ansiedad, depresión y miedo; la preocupación por la pena que afligirá a su familia; y a menudo la necesidad de encontrar un sentido a la situación, una realidad más profunda en la que confiar”* (Saunders, 1978).

Del mismo modo, Hidegard Peplau (1990) con su teoría de las relaciones interpersonales, refiere a la relación entre una persona con necesidad de ayuda y una enfermera (formada adecuadamente) en tener la capacidad de reconocer sus necesidades e intervenir terapéuticamente. Esta teoría de las relaciones interpersonales, se posiciona en armonía con el modelo humanista que se inscribe en el paradigma de la integración. Orienta a reconocer en cada persona su componente biológico, psicológico, cultural, social y espiritual, además de dirigir el cuidado a sus dimensiones, físico, social y mental (Kérouac et al, 2001). En su teoría, Peplau describe cuatro fases de relación enfermera–paciente. Proceso que aunque implique ejecución de técnicas, procedimientos

y utilización de dispositivos, no puede considerarse sólo técnico, sino una relación interpersonal (Arredondo, Siles, 2009).

Profundizando en la vertiente humanista, Rogers (1996) define la relación de ayuda como: *“aquella relación en la que uno de los participantes intenta hacer surgir, de una o ambas partes, una mejor apreciación y expresión de los recursos latentes del individuo y un uso más funcional de éstos”*. Mientras que Cibanal y cols. (2000) complementando a Rogers muestran *“en posibilitar relaciones humanas potenciadoras de actitudes que favorezcan la interrelación humana. Un intercambio humano y personal entre dos seres humanos en el que uno de los interlocutores captará las necesidades del otro, con el fin de ayudarlo a descubrir otras posibilidades de percibir, aceptar y hacer frente a la situación”*.

La comunicación es el instrumento fundamental para realizar la relación de ayuda. Ésta, definida por Mejía Lopera (2006), la manifiesta como *“un proceso continuo por el cual una persona puede afectar a otra a través del lenguaje escrito u oral, gestos, miradas, expresiones faciales, lenguaje corporal, espacio u otros símbolos”*.

De hecho el ser humano siempre se está comunicando, y tiende a expresarse de modo verbal y no verbal (Maldonado, 2012). Un ejemplo cotidiano haría referencia a cuando tenemos un mal día y no queremos hablar con nadie al llegar a casa, ponemos malas caras, signos físicos de agotamiento, cansancio, no seguimos conversaciones, ni prestamos atención, etc. Estamos comunicando de una forma no verbal a nuestro entorno que no queremos hablar.

Por lo que el vínculo entre la relación de ayuda y la comunicación forman partes esenciales para establecer una relación terapéutica con el paciente. No obstante, al iniciar esta relación de ayuda, debemos determinar las intencio-

nes con la que éste se comunica y bajo qué paradigma, es decir, el contexto de relación de ayuda supone tener un buen punto de partida para realizar una tarea que para comunicar quede centrada en las necesidades del paciente. No sólo abarcando la comunicación como parte estrictamente física de la lesión, sino complementado esta información con una relación psicológica y social.

La relación de ayuda bajo el componente biopsicosocial puede generar unos aportes muy beneficiosos de cara a la mejora de la calidad de la persona, lo que nos permitiría poder llegar a ayudar a personas en situaciones que pueden ser amenazantes como la pérdida de la salud pudiendo llegar a generar un vínculo de confianza. Rogers, afirma que lo que se pretende en esta relación, es ayudar a las personas a utilizar sus propios recursos para afrontar sus problemas, sin caer en paternalismos ni autoritarismos. Esta afirmación, se ve complementada por Peplau (1990) donde afirma que *“las intervenciones de las enfermeras son procesos interpersonales terapéuticos y significativos para la persona. Los cuidados han de ser individualizados haciendo especial hincapié en la relación humana entre la enfermera y la persona necesitada de ayuda”* (citada por Fernández Mérida, 1998).

Por tanto, el manejo adecuado tanto de la comunicación verbal como de la no verbal supondrá un pilar fundamental para la calidad de nuestras relaciones interpersonales. La comunicación en la relación de ayuda al paciente, supone el saber qué decir y qué hacer para que la comunicación sea efectiva y productiva (Cibanal, 2006). Debemos ser conscientes de que nuestras percepciones personales, nuestros valores y el ámbito cultural en el que nos movamos influyen en la manera de comunicar, por lo que debemos contemplar superar estos filtros para dejarlos a un lado y así llegar a la persona (Arredondo, Siles,

2009). De igual forma que interactuamos como emisores ante un paciente, a su vez actuamos como receptores del proceso de comunicar, por lo que la escucha, el ser asertivos, el ser empáticos, el no emitir juicios de valor, basarnos en el respeto y utilizar el *feedback*¹⁴, son factores que supondrán la autenticidad comunicativa que pondera C. Rogers. Entendemos por autenticidad: “*uno es él mismo cuando lo que dice está acorde con sus sentimientos. Es ser sincero y honrado consigo mismo*” (Rogers, 1996). Y de esta manera pasaremos a considerar a la persona como un ser holístico.

¹⁴Entendida como retroalimentación comunicativa.

1.4. La relación de ayuda a través del modelo biopsicosocial.

1.4.1. Modelo Biopsicosocial.

El modelo holístico de salud entra en sintonía con el modelo biopsicosocial. Precisamos entrar en consideración con los factores anteriormente mencionados unido al motivo de consulta, para generar con ello un marco ecosistémico para el diagnóstico y el abordaje integral de los pacientes.

Implica que los factores biológicos, psicológicos y sociales, juegan un papel importante en el funcionamiento humano en el contexto de la enfermedad o lesión, de igual modo que su percepción sobre el mismo. Supone que hay determinantes que influyen en la salud tanto generales como específicos en los que se contempla el desarrollo de la persona. La salud y la enfermedad se transmiten en red (Granero et al, 2015), y los elementos de la misma tienen relaciones entre los determinantes de la salud que están interactuando de forma continua y simultánea.

Independiente de la magnitud de la lesión que lleve al paciente a la consulta, el abordaje en la práctica debe partir de una actitud de escucha con un criterio de simultaneidad, de tal forma que sea posible integrar la realidad del individuo y su contexto con los elementos biológicos, psicológicos y sociales como un todo. Siguiendo a Turabián y Franco (2008), se trata de *“escuchar la información de tipo psicológico (y social) en la queja del paciente (incluidos los aspectos simbólicos del relato, por ejemplo, los que puedan estar relacionados con la utilización metafórica del síntoma), a la vez que se trabaja con la elaboración de los aspectos orgánicos”*.

Desde este punto de vista, el modelo biopsicosocial considera a la mente y al cuerpo como dos sistemas independientes pero en conexión permanente,

razón por la cual requieren ser abordados en forma conjunta (Morales, 2011). A la vez que se indaga en las manifestaciones clínicas de la enfermedad, es necesario interrogarse acerca del estado psicológico, la personalidad, los mecanismos de afrontamiento de crisis, los sentimientos, las creencias, las expectativas, las necesidades, las relaciones familiares, las redes de apoyo y el contexto en que se desenvuelve la cotidianidad del paciente.

En 1981 George Engel, desglosa el modelo biopsicosocial de la enfermedad mediante los siguientes componentes, en los que cada individuo está compuesto por:

- a) Células que se organizan en tejidos, órganos y aparatos (componente biológico).
- b) Es miembro de una familia, una comunidad, una cultura (componente social).
- c) Posee unas determinadas características mentales que lo hacen único (componente psicológico).

El desarrollo de esta perspectiva que defiende la multidimensionalidad del ser humano, ha generado el “modelo centrado en el paciente” (Bartz, 1999) donde se recomienda explorar con el paciente, un plano de igualdad en la toma de decisiones que le conciernen. Delgado y Fernández (2004) apuntan que cuando la atención sanitaria se basa en el paradigma biopsicosocial los resultados en salud y satisfacción, aumentan.

Al incorporar al paciente en el proceso asistencial surge la necesidad de establecer una relación de simetría moral para adentrarnos en la subjetividad del enfermo (Barbero, 2001). Al utilizar como “principio activo” el tratamiento pertinente de la comunicación (Cancio y Serrano, 2007) podemos proporcionar a los pacientes una forma de relación benéfica, potenciadora y provocar una ayuda a los profesionales para cumplir con sus objetivos.

La forma de comunicarse es la tarjeta de presentación del profesional de la salud y sin embargo en más ocasiones de las deseables está descuidada. Del tipo de relación que se establezca con el paciente, dependerá el vínculo de confianza y esta relación de confianza es imprescindible para el profesional (Baile, 1997; citado en Cancio y Serrano, 2007). Continúan los autores comentando que nuestra formación académica presta mucha atención a lo que hay que hacer, pero mucho menos a cómo hacerlo. Lo ejemplifican cuando tenemos delante a un paciente con un cuadro de ansiedad generalizada donde vemos que es fácil darse cuenta que una cosa es saber lo que hay que hacer y otra bien diferente saber de qué manera abordarlo.

1.4.2. Modelo Biomédico.

En contraposición al modelo biopsicosocial, nos encontramos el modelo biomédico. Queremos hacer referencia al modelo biomédico puesto que es el que con mayor frecuencia se utiliza en el contexto clínico en la comunicación con el paciente, ya que se tiende a realizar diagnósticos y tratamientos desde una perspectiva exclusivamente biológica. Analizamos los problemas de la salud partiendo de fenómenos biológicos sin involucrar ningún factor adyacente.

Esta tendencia “biologicista” viene de la idea de que el ser humano está compuesto de un cuerpo y una mente perfectamente separados el uno de la otra. Fue un concepto propuesto por René Descartes en su famoso dualismo cartesiano, el cual sostenía que la mente es un ente metafísico y espiritual, cuyo estudio corresponde a la filosofía, mientras que para la teología, el cuerpo es un ente material y mecánico, cuyo estudio corresponde a los médicos.

Este enfoque tradicional de la medicina basado en un modelo biomédico, puede ser visto como un modelo reduccionista que sugiere que cada proceso de enferme-

dad se puede explicar en términos de una desviación de la función normal subyacente: como un agente patógeno, genético, una anomalía en el desarrollo o una lesión (Sarno, 1998).

Este modelo ha servido (y sirve) en gran medida para diagnosticar y tratar una enfermedad o para analizar un problema de salud. Pero se corre el riesgo de excluir factores de riesgo psicológicos y sociales de gran importancia en el proceso salud-enfermedad. Por lo que se pierde la posibilidad de comprender en su justa medida las complejas y variadas interacciones de este proceso, lo que da lugar a un conocimiento incompleto y simplista de la salud del ser humano (UNERG, 2010).

A continuación, mostramos las principales diferencias entre los dos modelos vistos (ver tabla 8):

Tabla 8. Concepciones del paciente: Modelo Biomédico y Biopsicosocial.

MODELO BIOMÉDICO	MODELO BIOPSIOSOCIAL
El cuerpo humano es una estructura anatómica con aspectos morfológicos y funcionales bien definidos.	En una persona concreta los límites entre salud y enfermedad son borrosos. La salud y la enfermedad son un “continuo” y forman parte de un mismo proceso.
Los problemas de salud se deben a alteraciones en mecanismos físico-químicos, y pueden explicarse si se descubre su base molecular, genética o por agentes externos físicos o biológicos.	El proceso salud-enfermedad es multidimensional, los factores biológicos, psicológicos, sociales, familiares, medioambientales y culturales interactúan, positiva o negativamente, de manera continua.
El médico es el profesional técnico que repara las alteraciones.	El médico debe ayudar a sus pacientes en todas las fases del proceso, promocionando la salud, previniendo la enfermedad, curando o aliviando los síntomas, recuperando o rehabilitando funciones y acompañando en las fases finales de la vida.
La investigación de las enfermedades y de los procedimientos terapéuticos se concentra en las “evidencias o pruebas materiales”.	La atención médica debe centrarse en las necesidades del paciente.
Su objetivo es curar la enfermedad con un preciso diagnóstico e indicando un tratamiento correcto según la Medicina Basada en la Evidencia, y de una manera eficaz y eficiente.	El médico debe considerar que el paciente forma con su familia y la sociedad un gran sistema que interactúa continuamente.

Fuente: Adaptación UNERG (2010).

Es relevante esta distinción entre los dos modelos ya que haciendo referencia a las teorías de crisis ante la confirmación diagnóstica, nos dicen que después de la sorpresa inicial, el individuo trata de resolver los problemas en torno a la crisis siguiendo métodos conocidos. Por lo que cualquier crisis provoca el estrés y el estrés no suele producir enfermedad mental, pero la lesión o enfermedad siempre crea tensión (Bhattacharyya, 1999).

Así pues, tratar la lesión del futbolista no consiste únicamente en recuperar la funcionalidad del tejido dañado. Nuestra intención no es menospreciar la tarea somática de la lesión a la que brindamos respeto y admiración en el modo en el que es abordada. Lo que pretendemos es adentrarnos en el momento concreto donde el futbolista padece mucha incertidumbre: la relación de ayuda a través de la comunicación en el momento del diagnóstico de la lesión. Ya hemos comentado a través de palabras de Stambulova (2000), que la lesión provoca consecuencias psíquicas. Por lo que nuestra intención se centra en minimizar las consecuencias psicológicas y establecer una relación de ayuda eficaz todo ello rodeado de factores entre los que se encuentran: estados emocionales, estrés y ansiedad. Para poder comenzar a tratar estas consecuencias desde el momento del diagnóstico de la lesión al futbolista, consideramos necesario movernos en un paradigma biopsicosocial. Esta comunicación no debe caer en manos de la improvisación o en manos del estado de ánimo que presente el comunicador de la lesión en ese día. Para ello, necesitamos disponer de una herramienta comunicativa donde se empatee y se conecte con el paciente, ya que si no se crea un “clima emocional adecuado” y no se es flexible, la eficacia de la intervención se verá deteriorada consiguiendo con ello que la distancia entre el profesional y el paciente se amplíe pudiendo hablar en este caso de una incomunicación¹⁵.

¹⁵NOTA TÉCNICA: entendemos por incomunicación como posición antagónica a la comunicación.

1.4.3. Modelo biopsicosocial y *counselling*.

Du Plock (1996) comenta en relación a la comunicación, “*que una parte crucial de la terapia consiste en sintonizar con el mundo del cliente, asistiendo cerca no sólo a lo que se dice, sino a la forma en la que se dice, y, más allá de esto, el comportamiento del cliente en su conjunto*”, y tomando eso como un principio puede uno comenzar a encontrar un poco de luz en el tratamiento de cuestiones comunicacionales.

Por lo que tratamos de utilizar una herramienta que contemple todo lo anteriormente expuesto en función de la necesidad que vislumbramos en cuanto a la transmisión de la información hacia esa persona que está en situación de lesionado.

El *counselling*, fundamentado en la filosofía de Carl Rogers, hunde sus raíces en la bioética humanista donde propone una concepción en la que considera a la persona como fin y no como medio, otorgándole primacía además de defender y justificar el respeto de la vida humana de modo integral. De igual modo, comparte los principios bioéticos de justicia, no-maleficencia, beneficencia y autonomía.

Esta técnica podría interpretarse como una “ayuda personal”. No es terapia, es un enfoque educativo. Supone una manera efectiva de afrontar las dificultades puntuales que pueden surgir en la vida profesional o particular y que dificultan el progreso y el desarrollo de la persona (Cadarso, 2015).

El *counsellor* ayuda al individuo a clarificar, y de esta manera reconocer y aceptar las emociones conflictivas despertadas por circunstancias perturbadoras determinadas como pueden ser experiencias traumáticas tales como: accidentes, duelo, discapacidades, enfermedades, pérdida de empleo o casa, dificultades matrimoniales...etc. (citado en Ferreiro, 2011).

Es en esos momentos de incertidumbre para el futbolista donde el *counselling* puede cobrar sentido. La persona que sufre, considera que el profesional que le está atendiendo sabe perfectamente qué le pasa. Esta comunicación delicada requiere de la puesta en práctica del sentido crítico y de la prudencia, a través de la deliberación como proceso dialógico y considerando en condiciones de simetría moral los valores de los pacientes (Arranz et al, 2002).

Debemos tener en cuenta que en el ámbito sanitario toda comunicación, hasta en la más sencilla se incluyen valores. Sin la consideración de los mismos, la comunicación entre sanitario y paciente nunca podrá ser de calidad. Además, se trata de valores que tienen que ver con el malestar y el bienestar, con la salud y la enfermedad. Si no se consideraran estos valores no podríamos ni siquiera considerar “humana” la comunicación en un contexto clínico.

El *counselling* es uno de los caminos que facilita esta aproximación y posibilita el manejo de la comunicación con el menor daño emocional posible para los enfermos, familiares y profesionales sanitarios (Arranz et al, 2003), a través de una adecuada coordinación entre conocimientos, habilidades y actitudes con la premisa básica de considerar el sufrimiento como un asunto especialmente personal y dependiente de sus creencias, valores, expectativas, atribuciones, actitudes y emociones.

Este método utilizado como herramienta, es una forma de relacionarse con los pacientes desde la libertad a elegir y la personalización evitando imposiciones y actitudes paternalistas, transmitiendo confianza en las capacidades del paciente en la búsqueda de su bienestar (Cancio y Serrano, 2007). Continúan argumentando que supone disponer de alta tecnología relacional como medio para obtener mejores resultados en la práctica clínica. Es un encuentro entre

paciente y profesional en un plano que facilite la exploración y expresión de emociones, el fortalecimiento de capacidades y la opción a elegir. Para una práctica clínica eficaz es imprescindible una buena comunicación y el *counselling* ha demostrado ser muy útil para conseguirlo (Bayés, 2006).

Trata de personificar la relación sanitario-paciente: “no hay enfermedades sino enfermos” y cada uno de ellos con su peculiar biografía y personalidad. El *counselling* propone un cambio en el modelo clásico sanitario-paciente apostando por darle la palabra al futbolista en el proceso asistencial, y así pasar “de ser un mero objeto a ser un sujeto del acto clínico” (Borrell, 2002). Dar apoyo emocional en *counselling* implica no hacer suposiciones previas, identificar qué es lo que el paciente ya sabe antes de informar, ayudarle a clarificar información y rectificar si el paciente posee información errónea, preguntar qué es lo que desea saber, no informar precipitadamente y graduar la información, buscar un lugar con intimidad donde el paciente y familia puedan expresar lo que sienten (Barreto, Díaz y Saavedra, 2010).

Los pacientes valoran extremadamente el modo de transmitir la información relacionada con su salud. Están más satisfechos cuando sienten que los profesionales sanitarios están involucrados en sus cuidados y cuando no perciben que éstos tienen poco tiempo para discutir acerca de sus tratamientos (Robbins et al, 1993). Este apoyo emocional, junto con una información acorde a las necesidades del paciente, se consideran como elementos indispensables en la promoción del bienestar (Spiegel, 2001). La información es un recurso que debería formar parte del cuidado estándar y ofrecerse de forma permanente.

El conjunto de herramientas diagnósticas, farmacológicas, terapéuticas y manipulativas, sigue siendo imprescindible aunque insuficiente si lo que preten-

demo es dar una respuesta holística e integral al problema del futbolista y a la tensión emocional que padece ante la lesión. Se necesitan además, habilidades de relación con el futbolista para generar un entorno de confianza que facilite la intervención clínica.

1.5. El *Counselling*.

1.5.1. ¿Qué es el *counselling*?

Para conseguir entender el *counselling* es fundamental tener en cuenta diferentes aspectos prácticamente encontrados casi en su totalidad en Barreto, et al. (2001):

1. El abordaje integral del paciente desde un punto de vista biopsicosocial.
2. Modificar el modelo sanitario tradicional “paternalista” donde todo se hace por el paciente pero sin él, por un modelo “contractual” donde tanto el profesional de la salud como el paciente tienen un papel activo, implicándose ambos en el proceso terapéutico.
3. Mantenimiento de la confidencialidad.

Siguiendo a Dietrich, (1986) postula que: *“En su núcleo sustancial es la forma de relación auxiliante, interventiva y preventiva, en la que un asesor, a través de la comunicación intenta, en un lapso de tiempo relativamente corto, provocar en una persona desorientada o sobrecargada, un proceso activo de aprendizaje de tipo cognitivo-emocional que pueda mejorar su disposición de autoayuda”*.

Concretamente podemos definir el *counselling*:

Como un proceso interactivo comunicacional en el que se fomenta la salud, reduce los estados emocionales negativos, fomenta los comportamientos saludables y favorece la adaptación social y personal (Cancio y Serrano, 2007; citado por Pérez-Navarro, 2014).

Arranz (1997) lo define como *“el arte de hacer reflexionar a una persona por medio de preguntas de modo que pueda llegar a tomar decisiones que considere adecuadas para él. Al utilizar la pregunta y no la aseveración, provoca que el paciente se dé respuestas a sí mismo potenciando con esto su compromiso con el cambio”*.

Barreto (2001) alega que es una herramienta a disposición del profesional de la salud a través de la cual nos valemos para prestar ayuda a los pacientes y a sus allegados. El término procede del idioma inglés, pero también lo podemos encontrar con otras acepciones en español como “asesoramiento”, “consejo asistido” y “relación de ayuda”.

Siguiendo la definición de la *British Association for Counselling*, comenta que su objetivo global es ayudar a que las personas vivan del modo más pleno y satisfactorio posible. Puede estar implicado en la dirección y resolución de problemas específicos, la toma de decisiones, el proceso para hacer frente a las crisis, el trabajo a través de los sentimientos o los conflictos internos inclusive la mejora de las relaciones con las demás personas.

Es una técnica que promueve el cambio, la relación de confianza y de competencia al menor coste emocional posible (Barreto, et al, 2001). Las herramientas que proporciona el *counselling* son de gran ayuda en el proceso de información y comunicación difícil, enfatizando la escucha activa sin juzgar y respetando los valores y el mundo de las creencias de los pacientes.

El *counselling* contiene un conjunto de directrices para una comunicación eficaz, eficiente y efectiva con los pacientes. Utiliza la comunicación asertiva, enfatizando en las habilidades de escucha activa, de diálogo desde la empatía, dejando hablar a la persona; cuida la comunicación no-verbal, los gestos cargados de contenidos, respeta los silencios, la congruencia informativa, rechaza la conspiración del silencio; se acerca a la persona, no huye de su mirada; facilita el desahogo emocional, refuerza la esperanza y utiliza la pregunta y no la aseveración, para que la persona se dé respuestas a sí misma dentro de su propio marco de referencia. Se enmarca en la dinámica de la elección y no la del control (Barreto, et al, 2001).

Es el arte de informar y hacer reflexionar al “otro” para que pueda tomar decisiones que considere adecuadas para él. Contempla asimismo, las dificultades de la persona que ejerce la relación de ayuda en la comunicación con las personas afectadas como es el caso de sus propios temores, la conspiración del silencio, contestar preguntas difíciles y dar malas noticias.

A modo esquemático queremos establecer las diferencias que existen en un trato con el paciente bajo una perspectiva *counselling* y otra no *counselling* (ver tabla 9).

Tabla 9. Diferencias de conducta verbal entre el *counselling* y no *counselling*

Counselling es	Counselling No es
Preguntar	Imponer
Escuchar	Juzgar
Pedir opinión	Etiquetar
Facilitar	Exigir
Respetar	Presuponer

Fuente: Barreto et al, (2001).

En *counselling* el profesional facilita y el sujeto conduce en función de sus propios recursos y su propia capacidad. Como técnica relacional, no sólo es un conjunto de conocimientos y habilidades, sino que también configura un conjunto de actitudes tan importantes como (Barreto, et al, 2001):

1. La empatía, su disposición para comprender y transmitir comprensión al que sufre.
2. La aceptación incondicional de las personas, considerando al otro como una persona que posee diversas capacidades y recursos.

3. La práctica de la congruencia/veracidad terapéutica, comunicar mensajes en sintonía con lo que sentimos.

Como estrategia didáctica alguno de los aspectos más interesantes utilizados en esta metodología, incluyen (Barreto, et al, 2001):

- 1) Habilidades de comunicación.
- 2) Autocontrol.
- 3) Manejo de alteraciones emocionales.
- 4) Comunicación de un diagnóstico.

Concretamente en nuestro trabajo haremos referencia a esta última estrategia didáctica del *counselling* donde queremos darle validez en el contexto futbolístico.

1.5.2. Intencionalidad.

Pretendemos actuar sobre aquellas variables personales que acompañan en el curso de la lesión como es la percepción de control que tenga el paciente sobre su salud y el desarrollo de estrategias de afrontamiento adecuadas. La empatía nos permite una disposición con el paciente para comprender y transmitir comprensión (Barreto, Díaz y Saavedra, 2010).

Nuestro objetivo final del *counselling* se expresaría con la mejora de la capacidad del paciente para afrontar la nueva situación (condición de lesionado) con el menor impacto posible, manifestándose a través de una disminución de las expresiones propias del estrés.

De hecho, el *counselling* ha demostrado su eficacia en diferentes contextos relacionados con la salud como la prevención y manejo de diferentes situaciones de enfermedad crónica: VIH, cáncer, enfermedades hematológicas, ancian-

no frágil...etc. (Valverde, 1999; Grinstead et al, 2000; Kamenga et al, 1991; Morrow et al, 1999; Who, 1988; Goodare, 1994; Faulkner, Webb, Maguire, 1994; Saavedra, 2005), así como en situaciones al final de vida, donde es ampliamente considerado como instrumento de elección en la comunicación del profesional con el enfermo y sus familiares proporcionando las bases para el manejo de respuestas emocionales (Buckman, 1993; Field, Cassel, 1997; Arranz et al, 2003).

Barry y cols. (2000), demostraron que a través del *counselling*, las actitudes del paciente hacia el tratamiento cambiaban drásticamente cuando recibían un diagnóstico grave con una aceptación de su situación y se les aportaba un posible beneficio por mínimo que éste fuera encarado hacia su supervivencia.

La ausencia de una comunicación adecuada profesional-paciente, junto con la tendencia de los pacientes a no manifestar sus propias necesidades (sobre todo las relativas a lo emocional), conlleva a que las decisiones sobre las opciones de tratamiento se tomen bajo criterios mayoritariamente médicos, dejando de lado la voluntad del paciente. En el estudio realizado por Kaplan y colaboradores (1996), se demostró que en los modelos de la toma de decisiones donde se tiene en cuenta el punto de vista del paciente como criterio, éste constituye un indicador válido y fiable de la calidad de los cuidados o programas interdisciplinarios, existiendo una correlación significativa con la satisfacción del paciente y su adhesión.

Díaz (2010), evidencia que los pacientes en los que fueron atendidas sus emociones durante el proceso de información a través del *counselling*, presentaron menores niveles de ansiedad hasta el mes del alta hospitalaria y menores niveles de depresión después de la confirmación del diagnóstico. Asimismo,

los pacientes más satisfechos con la atención de los profesionales sanitarios, fueron aquellos que se sintieron apoyados emocionalmente. Los pacientes manifestaron explícitamente y dieron mucha importancia a que el médico les proporcionase información cuando lo necesitase, que no tomase notas mientras hablaba con el paciente, que explicara detalladamente los resultados de las pruebas, por qué se habían realizado y que se asegurase de que el paciente había entendido la información.

Nuestro propósito es, ante una situación desagradable y amenazante, disminuir el grado de ansiedad del futbolista para que afronte de la mejor manera posible la lesión. La referencia bibliográfica nos aporta evidencias de la satisfacción de sus resultados con la particularidad de distintos contextos al deportivo. Posiblemente en este contexto también podría aportarnos datos relevantes y para ello, debemos seguir el mismo patrón de actuación utilizado hasta ahora con la finalidad de saber cómo abordar al paciente para la comunicación del diagnóstico.

1.5.3. Metodología *counselling*.

El primer punto que se debe tener en cuenta previo al desarrollo de la metodología es la obtención de la información clínica sobre la lesión: conocer su temporalidad orientativa, las limitaciones funcionales y motoras, las consecuencias, los posibles contratiempos que puedan surgir, el protocolo a seguir...etc. Una vez obtenida la información sobre la lesión que el futbolista padece, estamos dispuestos a proporcionar una relación interpersonal.

Al conocer y facilitarle esta información le vamos a permitir aumentar su percepción de control, disminuir la incertidumbre y dudas sobre su lesión. La

cantidad de información debe estar al servicio de los deseos y necesidades reales del individuo, ya que pueden ser distintas en función del momento. Es importante favorecer un clima de comunicación lo suficientemente calmado y seguro como para facilitar este tipo de decisiones.

Para abordar el proceso de la comunicación, debemos considerar dos aspectos fundamentales (Barreto, et al, 2001):

1. La naturaleza **actitudinal**.
2. Las **habilidades de comunicación específicas**.

Estos dos aspectos, tienen el objetivo de:

- a) **Optimizar** las relaciones interpersonales, del tal forma que el profesional de la salud se convierta en una persona significativa (de la que no se sienta dependiente) y sea de confianza para el paciente.
- b) **Identificar** las principales preocupaciones del paciente, sus creencias y expectativas, para que puedan ser abordadas posteriormente.
- c) **Informar, motivar y facilitar** cambios en sus comportamientos de riesgo.
- d) **Potenciar** el autocontrol sobre su salud, describiendo pautas y normas de actuación claras.
- e) **Amortiguar** el estrés y el impacto emocional.
- f) **Acompañar y alentar** al paciente y a sus allegados a lo largo del proceso de la enfermedad.
- g) **Plantear y describir** estrategias de solución de problemas.

Ahora bien, para abordar el primer aspecto fundamental debemos de:

- 1.- Revisar nuestra propia actitud:

Es necesario para poder empatizar, tener una disposición de acogida hacia el sufrimiento del otro y perder el miedo a hablar a nivel emocional. Las barreras y mecanismos defensivos que se suelen utilizar para protegerse del sufrimiento ajeno pueden alejar tanto a la persona, que hacen imposible que ésta se sienta “entendida y aceptada”.

2.- No presuponer nada, preguntar:

Es conveniente explorar específicamente por medio de preguntas lo que necesita cada persona en vez de basarse en suposiciones sustentadas en lo que “suele necesitar la mayoría” o crees que podría necesitar.

3.- Valorar las distintas necesidades identificándolas específicamente:

Necesidades de información: lo que sabe el paciente y lo que quiere saber.

Necesidades emocionales: identificar sus principales preocupaciones. Ayudarle a definir las de un modo concreto y a priorizarlas, para ello una pregunta clave muy útil es ¿qué es lo que le preocupa en estos momentos?

Necesidades físicas: ¿le molesta algo en estos momentos? La importancia que da la persona a cada síntoma es nuestra principal pista para conseguir el objetivo de bienestar.

4.- Confrontar temores y abordarlos:

Centrándose en lo que se puede hacer ahora, en lo que depende de cada uno en este preciso instante; en lugar de lamentarse en lo que no se pudo hacer, enfrentar el presente.

5.- Entender y autocontener la emociones, sabiendo que pueden variar en periodos cortos de tiempo.

6.- Ayudar a que la persona exprese, la carga emocional que supone la lesión, compartiéndola e intentando normalizarla:

Dejar entrada a los sentimientos y permitirse sentir lo que se siente en ese momento. Proporcionar información y claves terapéuticas que faciliten la disminución de percepción de amenaza y el desarrollo de estrategias de afrontamiento.

7.- Buscar apoyos en el entorno y mejorar el ambiente:

Las habilidades sociales aquí juegan un papel distinguido, ya que le vamos a transmitir al paciente a veces sin intención alguna, determinadas formas de expresión. Éstas, pueden resultar decisivas en la transmisión del contenido junto con las actitudes. Debemos tener en cuenta que algunas de ellas, tienen la virtud de obstaculizar los canales de la comunicación, como son:

-
- Expresiones vagas y generalizadoras tales como: “Siempre estás”... “Eres un”... “Sólo vas a lo tuyo”... “Parece que has nacido ayer”... “Todos se sienten igual en esa fase”.
 - Preguntas cerradas que impliquen una respuesta deseada: “¿Se siente mejor, verdad?”.
 - Imponer, decir a las personas lo que tienen que hacer. La imposición genera actitudes contrarias a las que se persiguen: p.ej. “Come, que te pondrás mejor”... “no me digas eso”... “sal a pasear...”.
 - Preguntas múltiples, a las que no se sabe a cuál contestar y se puede colapsar.
 - Decir que no hay motivo de qué preocuparse, cuando la persona lo está.
 - Amenazar: p.ej. “O entras y hacemos lo que te digo o si no te vas y te buscas la vida”.
 - Sermonear con mensajes del tipo: p.ej. “debes de”, “tienes que”, “no debes ponerte así”, “si en el fondo hacemos esto por ti”.
 - Dar soluciones e intentar resolver los problemas de los otros, en lugar de ayudarles a que encuentren la solución que consideren más oportuna por sí mismos.
 - Transmitir juicios de valor negativos: p.ej. “A ti lo que te pasa es que...”.

Por lo que de igual modo para realizar *counselling* debemos oponernos verticalmente al consejo impositivo. Nuestro objetivo es transmitir al futbolista una imagen de sí mismo capaz de tomar las riendas de su propia vida, aunque sus capacidades físicas ahora se vean mermadas por la lesión.

Para no caer en este tipo de postura, la tabla 10 nos muestra los 5 verbos del *counselling* que Arranz y colaboradores (2006) propusieron para la comunicación, lo que nos va a permitir manejar el contenido de la información, ya que se adapta a las necesidades que el futbolista presenta respecto a su lesión.

Tabla 10. Verbos del *Counselling*.

LOS 5 VERBOS DEL <i>COUNSELLING</i>	
	Empatizar
	Validar
	Preguntar
	Escuchar
	Reforzar

Fuente: Arranz et al, (2006).

Al generar empatía, entenderemos las razones para que manifieste esta preocupación (validación). Estas dos características (empatía y validación), ayudará a tener una relación de confianza e intimidad que provoque en el paciente un contexto de confianza clínica. El estrés propio de la competición futbolística junto a la claudicación física, son ingredientes que debemos considerar que posiblemente estén presentes en el futbolista en el momento previo a la comunicación del diagnóstico. A partir de ahí, debemos fortalecer los recursos del paciente por medio de preguntas desde la actitud de considerarle capaz de hacer frente a su lesión y manifestarle que le necesitaremos para que la lesión avance (sujeto activo). Esta situación facilitará que el paciente encuentre los recursos necesarios para hacer frente a las demandas de su situación.

Así pues queremos destacar el estilo comunicativo a utilizar. La comunicación asertiva tiene el objetivo ulterior de poder decir lo que se siente, se piensa y se cree sin herir a los demás; definido de otro modo: “*es el arte o la capacidad de comunicar de un modo directo y honesto nuestros deseos y necesidades, respetando los de los demás*” (Arranz, 2004).

Pese a ser el estilo asertivo el más adecuado para la comunicación, éste no es el único. Existen dos más: el pasivo y el agresivo. Queremos poner de manifiesto las características de cada uno de ellos, para poder entender las diferencias comunicacionales entre cada uno de ellos (citado por Mora, 1997):

Características del estilo pasivo o inhibido:

- No defiende los derechos e intereses personales (respeta a los demás pero no a sí mismo) con lo que no suele conseguir sus objetivos.
- Le cuesta decir NO.
- Suele ceder para evitar conflictos con los demás.
- Cuando pide algo no lo hace de una manera clara.
- Le cuesta mucho hacer críticas o expresar desagrado. Si lo hace se siente culpable.
- Baja autoestima, coste emocional alto.

Características del estilo agresivo:

- Defiende en exceso los derechos o intereses personales.
- Puede conseguir sus objetivos sin importarle los del otro.
- Suele ser muy crítico con los demás.
- Hace responsable al otro de sus reacciones.
- Utiliza el mensaje “TÚ”.

Características del estilo asertivo:

- Defiende sus derechos y los de los demás.
- Logra sus objetivos manteniendo una buena relación.
- Es capaz de manifestar lo que piensa y siente sin herir al otro.
- Se da permiso para pedir lo que quiere de una manera clara y explícita.
- Elige su comportamiento.
- Incluye emociones y sentimientos en su mensaje.
- La persona asertiva al ser coherente con lo que siente, resulta auténtica y por ello, aumenta su credibilidad ante el otro.

Profundizando en el estilo comunicativo asertivo, además de las características citadas supone:

1. Escuchar activamente.

La escucha activa implica:

- No interrumpir al paciente.
- Durante la escucha, utilizar señales:

NO VERBALES: Expresión facial, contacto visual.
Postura del cuerpo.
Proximidad física.
Contacto físico.

VERBALES: Tono de voz, pausas...
Preguntar.
Informar.
Sugerir.
Expresar nuestros sentimientos.

2. Empatizar.

- a) Escuchar los sentimientos del paciente, entendiendo los motivos de los mismos y verbalizarlos (“*entiendo que lo estés pasando mal...*”, “*comprendo que reacciones así, tienes motivos....*”).
- b) Empatizar no es igual a estar de acuerdo con lo que dice o hace el paciente, supone entender la situación que está pasando.

3. Reforzar.

Bajo este concepto se indica que se debe expresar al paciente lo que nos gusta y nos parece positivo de su comportamiento: “*Conozco a pocas personas que estén afrontando tan bien como tú esta situación...*”.

4. Informar, especificar y describir.

Es conveniente consensuar los objetivos: ¿Qué quiero yo conseguir?, ¿Qué quiere conseguir el paciente? y dar pautas y normas terapéuticas utilizando un lenguaje claro y concreto.

5. Comprobar la comprensión del paciente.

Resulta imprescindible asegurarnos de que el paciente está comprendiendo lo que nosotros le queremos transmitir. Para ello, es conveniente:

- Hacer preguntas para confirmar que el paciente ha entendido el significado de nuestras palabras.

-
- Animar al paciente a que haga preguntas y tome notas.
 - Facilitar que el propio paciente resuma y sintetice los mensajes clave.

Sumando factores: conceptuales, actitudinales y de habilidades sociales (estilos de comunicación), nos faltaría tratar los factores situacionales, ya que pueden ayudar a generar el clima deseado en la comunicación *counselling*.

Existen situaciones o lugares que pueden ayudar o perjudicar nuestra tarea comunicativa con el paciente. Por eso, deben tenerse en cuenta aquellas circunstancias que favorecen la tarea comunicativa ya que de lo contrario la comunicación podría deteriorarse. A continuación queremos mostrar dos apartados que desarrollaron Barreto y colaboradores (2001): por una parte aquellas que pueden mejorarlas y por otra las que pueden deteriorarlas.

A) Situaciones que facilitan la comunicación:

1. Elegir un lugar y/o momento apropiado, donde exista intimidad y haya comodidad para ambos.
2. Procurar que el paciente presente estados emocionales facilitadores (p.ej.: cuando el paciente se ha desahogado y hace preguntas...).
3. Hacer preguntas abiertas o específicas.
4. Pedir su opinión o criterio. “*¿Qué se te ocurre qué podríamos hacer?*”.
5. Utilizar mensajes tipo YO: “*Yo me preocupo cada vez que no te tomas la medicación*”.
6. Acomodar nuestro contenido de la información a las necesidades, creencias y valores del paciente, de sus objetivos, del momento, etc.: “*Veo que lo que más te preocupa es el posible deterioro físico. Vamos a hablar de ello...*”.
7. Dar mensajes de controlabilidad, que el paciente asuma que pueda tener control sobre diversos aspectos de su vida: “*Hay muchas cosas que puedes hacer a partir de ahora...*”.
8. Especificar los comportamientos que se desean cambiar con la máxima concreción posible.
9. Expresar nuestros sentimientos: “*Siento mucho lo que te está ocurriendo...*”.

B) Situaciones que perjudican la comunicación:

1. Hacerlo en determinados lugares y/o momentos: en el pasillo, con la presencia de otras personas, mientras el teléfono está sonando...
2. Cuando el paciente presenta estados emocionales caracterizados por el llanto, la hostilidad, indefensión, etc. ya que perturban la atención, comprensión y recuerdo de la información que le estemos dando.
3. Realizar preguntas de reproches y sarcasmos.
4. Realizar un consejo prematuro y/o no solicitado.
5. Utilizar términos vagos y muy técnicos que dificultan su comprensión.
6. No vocalizar o hablar muy deprisa.
7. Cortar la conversación del paciente.
8. Interpretar o juzgar lo que dice el paciente: *“Lo que a ti te pasa es que no quieres...”*.
9. No escuchar o desoír las señales no verbales del paciente.
10. Hacer declaraciones del tipo: *“Deberías...”*.
11. Ignorar los mensajes importantes del otro (verbales y no verbales).
12. Dar excesiva información.
13. Etiquetar: *“Lo que pasa es que eres un quejica”*.

La utilización de *counselling* supone un cambio útil para ayudar en momentos delicados de la vida en los que se ha de hacer frente a la adversidad en forma de enfermedad física o mental (Barbero, Prados y González, 2011). Esta metodología reivindica la persona como centro de la atención sanitaria y como fin último de la acción benéfica. Creemos que hay algo que la tecnología jamás podrá suplantar, y es la capacidad del prójimo de atender y entender desde el respeto al ser humano que sufre, acompañándole.

Seguidamente, retomando la metodología desarrollada, queremos exponer una

serie de pautas que pueden ser útiles de manera general ya que dependiendo de cada situación el uso de cada una de ellas puede variar (Barreto, et al, 2001):

- a) Establecer una buena relación que facilite la adhesión.
- b) Empatizar y reforzar los aspectos positivos.
- c) Permitir y respetar las reacciones, expresión de emociones, silencios... etc.
- d) Atender a las respuestas psicológicas que se producen.
- e) Aliviar tensiones y miedos relacionados con la situación.
- f) Esperar a que el paciente se calme lo suficiente.
- g) Valorar razones y motivación relacionadas con el problema.
- h) Prevenir e informar adecuadamente acerca de posibles tratamientos e intervenciones.
- i) Detectar información e ideas erróneas.
- j) Dar la información adecuada y necesaria y corregir errores.
- k) Informar sobre “calidad de vida”, dando pautas concretas.
- l) Establecer compromisos acerca de futuras revisiones y controles médicos.
- m) Comunicar el resultado lo más concretamente posible.
- n) Informar al paciente sobre lo que desee saber acerca de su situación.
- o) Dar tiempo para que asimile las situaciones/noticias desagradables.
- p) Dar mensajes congruentes y no dar falsas esperanzas.
- q) Preguntarle qué podemos hacer para ayudarle.
- r) Respetar y asegurar la confidencialidad.

1.5.4. Diagnóstico y adaptación.

La metodología desarrollada puede permitir adentrarnos en la realidad del lesionado. El impacto psicológico de un diagnóstico es intenso, genera incertidumbre tanto en él como en su entorno. Implica para el futbolista la ruptura de la creencia de invulnerabilidad tan reforzada en nuestra sociedad. Interrumpe

la trayectoria vital, enfrentándose a la debilidad, a la mitificación social de la lesión alterando sus patrones de adaptación. Afrontar una lesión deportiva puede suponer desafiar una multitud de estresores potenciales que varían en función de cada persona.

Si categorizamos los problemas a los que se enfrentan los pacientes ante el diagnóstico podemos clasificarlos en (Font, 1994):

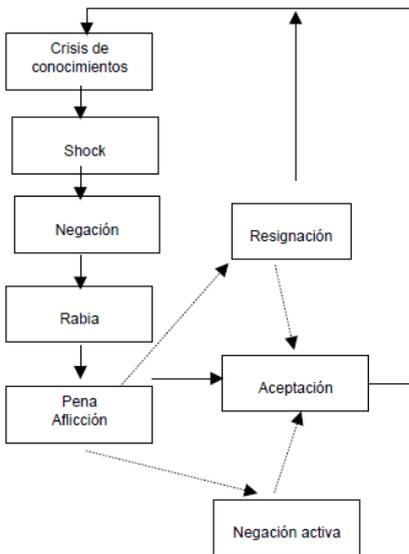
- Problemas derivados de los síntomas físicos.
- Problemas emocionales.
- Problemas asociados a la ruptura de su estilo de vida cotidiano.

En nuestro caso, el diagnóstico de una lesión que amenaza la supervivencia de su vida laboral o de su futuro inmediato de continuidad en el fútbol, requiere una readaptación masiva a la nueva situación prácticamente a contrarreloj. Ya que es un proceso de duración variable y depende de su evolución diaria, va a suponer que cumpla los plazos previstos o se prorrogue porque cualquier situación pueda impedir el avance de la recuperación de la lesión o de lo contrario se prolongue porque cualquier vicisitud pueda impedir el avance de la recuperación de la lesión.

El proceso de adaptación queda definido (Barreto, Capafons, Ibáñez, 1987), como un estado en el que el sujeto establece una relación de equilibrio carente de conflictos con su ambiente social. Es un proceso interactivo sujeto-ambiente donde los procesos cognitivos y motivacionales desempeñan un papel fundamental en el que la percepción y las atribuciones que el sujeto realiza son la clave ya que determina su actuación. Una persona se considera bien adaptada cuando muestra una reacción efectiva ante la lesión, cuando es capaz de integrar las demandas cambiantes de cualquier índole y mantiene una buena calidad en sus relaciones interpersonales.

A modo esquemático, en la figura 11 mostramos el camino que la persona recorre ante la recepción de una mala noticia. Conocer el camino de la adaptación puede permitirnos el conocimiento de la expresión de emociones. Sin embargo pese a que no sepamos cómo abordar cada una de estas emociones, no se trata tanto de hacer y decir, como de estar. Si conseguimos simplemente estar con esa persona, manteniendo una comunicación no verbal congruente (mirada, proximidad, contacto físico) con mensajes verbales de comprensión y ayuda, cortos y simples, podremos llegar a preguntar por sus necesidades y por sus recursos, e incluso sugerir respetuosamente alternativas, distracciones, o derivarle a otro miembro del equipo que pensamos pueda ayudarle.

Figura 11. El camino desde la crisis de conocimiento a la aceptación.



Fuente: Stedeford, 1984.

Las personas sentimos, pensamos y actuamos en consecuencia. Retomando la expresión de las emociones (en general) en la siguiente tabla 11 mostramos una serie de características que suponen una manifestación conductual de la adaptación o inadaptación del paciente a la situación que está pasando.

Tabla 11. Adaptación e inadaptación conductual

ADAPTACION	INADAPTACION
Humor	Culpabilidad
Negación	Negación patológica
Cólera difusa	Rabia prolongada
Cólera contra la enfermedad	Cólera contra las personas
Llanto	Crisis de llanto violentas
Miedo	Angustia
Realización de una ambición	Peticiones imposibles
Esperanza realista	Esperanza quimérica
Deseo sexual	Desesperación

Fuente: Barbero, (2004).

Por todo ello, vemos necesario exponer el modo en el que el futbolista puede mostrar efectos que suponen la adaptación o inadaptación de la confirmación de la lesión respecto a la metodología *counselling*. La expresión de las emociones viene determinada por vivencias experimentadas con el estrés y la ansiedad. Barreto y colaboradores (2001) en el caso del VIH, comprobaron que las alteraciones emocionales que sufren los pacientes están básicamente relacionadas con respuestas de ansiedad y depresión generadas ante las posibles consecuencias físicas y sociales que una enfermedad conlleva.

El problema surge cuando las respuestas depresivas y ansiosas pierden su funcionalidad debido a que su intensidad, frecuencia y duración son desmedidas, generando cambios en el organismo y en el comportamiento de la persona. Al comunicar el diagnóstico, las manifestaciones clínicas se pueden caracterizar en su comienzo por un estado de *shock* en el cual el paciente se siente confundido y aturcido, con la mente en un constante desorden, en el cual

pueden aparecer la despersonalización, la desrealización y los desórdenes en el sueño. También pueden surgir otras reacciones emocionales y conductuales como: agresividad, la cual puede ser expresada a nivel verbal o físico, dirigida hacia la sociedad, pareja, familia, situación, momento de la jugada, hacia el personal sanitario, inhibición social, culpabilidad, rechazo, miedo, desesperación, etc. Estas reacciones podrían generar trastornos somáticos que a su vez pueden llevar al paciente a alteraciones emocionales debido a su tensión. Una falta de adhesión a la totalidad del tratamiento entra en detrimento de la recuperación de su lesión. Debemos ir con especial cautela en el manejo de estas situaciones ya que las reacciones agudas de estrés pueden prolongarse en el tiempo, sin resolverse y pudiendo llegar a provocar un desgaste físico, psíquico y emocional.

1.6. Parámetros para analizar las repercusiones del counselling.

1.6.1. Parámetros fisiológicos.

Ante lo anteriormente expuesto, queremos ofrecer los parámetros que nos servirán para objetivar la efectividad del *counselling* en la comunicación de la lesión al futbolista profesional y que serán a su vez, el vínculo entre la lesión del deportista y las posibles manifestaciones de estrés/ansiedad que al futbolista le puede provocar ese momento.

Al poseer una estrecha relación con el estrés, vamos a tratar de cuantificar los aspectos relacionados con la activación tanto biológica como psicológica y social.

1.6.1.1. Activación simpática.

Como ya hemos comentado con anterioridad, la actividad neurológica simpática (SNS) está encargada de preparar al individuo para hacer frente a una demanda ambiental.

A continuación, mostramos un resumen de la respuesta simpática del organismo ante una reacción de lucha o huida, siendo propia de una reacción de estrés (ver tabla 12).

Tabla 12. Resumen de la reacción simpática de lucha o huida.

Respuesta	Función de la producción del uso de energía por los músculos esqueléticos
Aumento de la frecuencia cardíaca	Aumento de la velocidad del torrente sanguíneo que provoca un incremento de la oferta de oxígeno y glucosa a los músculos.
Aumento de fuerza de la contracción muscular del músculo cardíaco	Aumento de la velocidad del torrente sanguíneo que provoca un incremento de la oferta de oxígeno y glucosa a los músculos.
Dilatación de los vasos coronarios del corazón	Aumento de la oferta de oxígeno y nutrientes a los músculos cardíacos para mantener el aumento de frecuencia y de potencia de las contracciones cardíacas.
Dilatación de los vasos sanguíneos de los músculos esqueléticos	Aumento de la oferta de oxígeno y nutrientes a los músculos esqueléticos.
Contracción de los vasos sanguíneos de los órganos digestivos y otros	Derivación de sangre a los músculos esqueléticos para aumentar la oferta de oxígeno y glucógeno.
Contracción del vaso y otros depósitos de sangre	Más sangre vertida en la circulación general causando un incremento de la oferta de oxígeno y glucosa a los músculos esqueléticos.
Dilatación de vías respiratorias	Aumento de la carga de oxígeno de la sangre.
Aumento de frecuencia y profundidad de la respiración	Aumento de la carga de oxígeno de la sangre.
Aumento de la sudoración	Aumento de la disipación del calor generado por la actividad del músculo esquelético.
Aumento de la conversión del glucógeno en glucosa	Aumento de la cantidad de glucosa disponible en el músculo esquelético.

Fuente: *Adaptación Guyton, (2003).*

Los datos anteriormente mostrados pretenden remarcar la importancia de la activación simpática del organismo ante la percepción de amenaza y nos permiten dimensionar en mejor medida la información aportada anteriormente sobre el proceso de estrés. La manera más adecuada, rápida y práctica de objetivar esta reacción fisiológica se lleva a cabo mediante la determinación de los valores de tensión arterial (TA) y frecuencia cardiaca (Fc). Con ellas, podemos cuantificar la activación inotrópica con la que el tejido cardiaco se contrae (TA) a una velocidad (Fc) determinada en función de la percepción de amenaza del sujeto.

1.6.1.2. Cortisol.

Vinculada a la activación simpática y concretamente a las situaciones que provocan estrés/ansiedad, tras la activación del sistema nervioso central se produce una activación autonómica y neuroendocrina (Leng y Rusell, 1998). Estos tres sistemas se retroalimentan de forma constante incrementando, manteniendo o disminuyendo la activación producida por el estrés/ansiedad. Se ha comprobado que durante una situación de estrés, se origina un incremento de cortisol en plasma causado por la activación del sistema nervioso simpático (Känel et al, 2005) que al estimular la glándula suprarrenal, incrementa la concentración de cortisol.

El cortisol eleva los niveles de glucosa en sangre a la vez que incrementa la presión arterial y reduce la actividad del sistema inmunitario (razón, entre otras, por la que el estrés crónico puede derivar en un deterioro fisiológico). La mayor parte de cortisol en sangre circula unido a una proteína transportadora que lo mantiene en estado ‘inactivo’ y tan solo un pequeño porcentaje circula en forma libre y es biológicamente activo. Pero en los momentos ‘agudos’ de estrés, es precisamente cuando se produce una gran demanda hormo-

nal y esta unión cortisol/proteína se rompe, liberando al torrente sanguíneo de manera brusca una gran cantidad de cortisol en estado libre, lo que genera las acciones que en ese momento sean necesarias.

Los valores de esta hormona se pueden obtener a través de tres fluidos: sangre, orina o saliva. Debemos tener en cuenta una serie de aspectos particulares que hacen referencia tanto a los valores propios en cada sustrato como a las posibles variaciones circadianas además de la forma de recoger la muestra para su determinación.

Nos ha interesado para nuestro estudio precisamente la cantidad de cortisol en saliva, por su especial sensibilidad a la variabilidad de manera aguda, así como por su forma atraumática de recolectar la muestra para su determinación.

El cortisol en saliva (Fabre et al, 2010) refleja la fracción de cortisol libre activo. Su medición es particularmente útil en pacientes y en sujetos con una gran variedad de factores de estrés que afectan la corteza adrenal, causando incrementos en la concentración (Parrot et al, 1989).

Se ha constatado que los niveles de cortisol en saliva (Peter et al, 1998) aumentan ante situaciones de estrés agudo como puede ser la resolución de un problema o al hablar en público. Estos cambios son relativamente cortos ya que pueden darse en tan sólo unos minutos. La magnitud de este aumento puede estar influenciada por determinadas características de la situación como pueden ser la dificultad de la tarea, la ausencia de control o el apoyo social que recibe el sujeto.

Lavalle-González y colaboradores (2011), realizaron una validación de la medición de cortisol en saliva en adultos jóvenes, basándose en que se difun-

de libremente dentro de las glándula salivales, además que su medición refleja los niveles de cortisol libre, comprobando efectivamente cambios significativos aunque dentro de la normalidad, en situaciones sometidas a estrés.

Además de las características inherentes a la situación, diversos autores han demostrado la influencia de variables psicológicas sobre la respuesta adreno-cortical. Los datos muestran un mayor nivel de cortisol en los pacientes con ansiedad elevada. Estos resultados se relacionan con las estrategias de afrontamiento empleadas por el sujeto y la activación del eje HHA. Se ha observado una menor activación de este eje en aquellos sujetos capaces de utilizar estrategias de afrontamiento efectivas ante situaciones de estrés. A su vez, se encontró una mayor activación del eje HHA en aquellas personas incapaces de utilizar estrategias de afrontamiento de forma apropiada.

Ramos y colaboradores (2008), evidenciaron la influencia del grado de ansiedad y el nivel de cortisol sobre la recuperación postquirúrgica. Para determinar la influencia de diversos factores psicológicos y/o biológicos en la recuperación postoperatoria utilizaron el Test de Ansiedad Estado/Rasgo de Spielberger (STAI). Los resultados evidenciaron que los sujetos que puntuaban de forma elevada en el STAI presentaban un mayor nivel de cortisol en saliva y su recuperación fue peor en comparación con otros pacientes con baja ansiedad.

Martin et al. (2013), realizaron un estudio para medir el nivel basal de cortisol y tomaron muestras de saliva después de un procedimiento rutinario estresante. Los niveles basales de cortisol fueron similares, en todas sus muestras, pero se hallaron diferencias significativas en el nivel de cortisol después de someterles a estrés.

Para poder tomar muestras de cortisol en saliva podemos hacer uso del mé-

todo propuesto por Salivette. Consta de un algodón cilíndrico que es introducido en la boca, dejando que el sujeto lo mastique hasta que quede completamente humedecido (aproximadamente 30 segundos), procurando que el tiempo de recogida de la saliva no sobrepase los 2 minutos, para evitar que haya un efecto no deseado en la toma de muestras. En la figura 12 mostramos el cilindro y su recipiente de almacenamiento.

Figura 12. Material recogida de saliva.

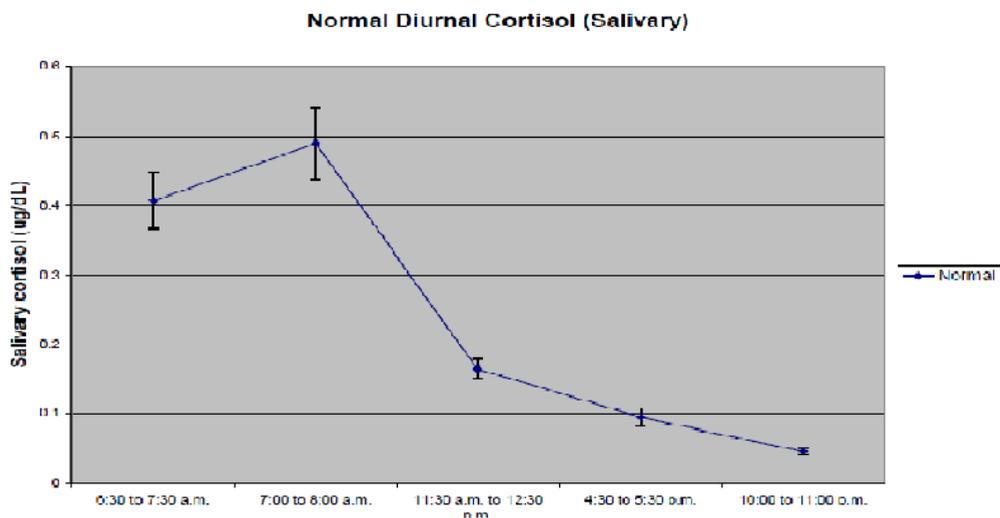


Fuente: Salivette.

Una vez retirado el algodón y almacenado en su correspondiente eppendorf, las muestras son congeladas a -20°C hasta su análisis. La concentración de cortisol en las muestras de saliva se analiza usando un ELISA de competición. Las concentraciones se expresan en ng/ml. Para la realización de la prueba, el sujeto no debe comer, beber ni cepillarse los dientes durante un corto intervalo de tiempo antes de la prueba (15 a 30 minutos) (Lab test, 2012).

Según nos ofrece *Salimetrics Research* (2012), en personas sanas, la concentración de cortisol suele seguir un patrón circadiano, donde es baja a la hora de acostarse y suele estar en el pico máximo a la hora de levantarse. Este ciclo puede variar si la persona trabaja a turnos (como por ejemplo en el turno de noche) y duerme a diferentes horas del día. A continuación mostramos la curva estándar de cortisol a lo largo del día (ver figura 13).

Figura 13. Ciclo diario de Cortisol en saliva.



Fuente: Salimetrics Research (2012).

De lo expuesto en este subapartado podemos comentar que la medida del cortisol en saliva en una situación control puede ser interesante de cara a compararlo con el nivel de cortisol después de una situación estresante, pero no para utilizarlo como un único indicador en sí mismo, ya que para ello, se necesitaría más información (Hellhammer, 2009).

1.6.2. Parámetros psicométricos.

Tras comentar lo correspondiente al apartado biológico, queremos mostrar un modo en el que podemos determinar la activación psicológica ante un momento de tensión emocional.

1.6.2.1. POMS.

El Perfil de Estados de Ánimo en inglés, “*Profile of Mood States*” (POMS) es un instrumento utilizado para la medición de los sentimientos, afectos y estados de ánimo. Está compuesto por una lista de adjetivos multidimensionales.

Cada adjetivo de los que componen la prueba se evalúa en una escala tipo Likert de cinco puntos (de cero a cuatro).

Este cuestionario fue adaptado para deportistas (McNair, Lorr y Droppleman, 1971). Sus investigaciones les llevaron a identificar un patrón característico de las puntuaciones para los deportistas, en especial para deportistas de élite. Esta escala fue probada incluso con gran variedad de muestras no psiquiátricas y se ha convertido en un instrumento muy utilizado actualmente en los estudios sobre deporte y ejercicio (Andrade et al, 2002). Respecto a la adaptación del POMS al castellano, se ha llevado a cabo la traducción con la obtención de los baremos para la población de estudiantes valencianos (Balaguer, et al, 1993; 1994). Siguiendo a los mismos autores la escala está compuesta por:

El factor Tensión: se define por adjetivos que describen incrementos en la tensión músculo-esquelética: tenso, agitado, a punto de estallar, descontrolado, relajado, intranquilo, inquieto, nervioso y ansioso.

El factor Depresión: parece representar un estado de ánimo deprimido acompañado de un sentimiento de inadecuación personal. Adjetivos que lo componen son: infeliz, dolido, triste, abatido, desesperanzado, torpe, desanimado, solo, desdichado, deprimido, desesperado, desamparado, inútil, aterrorizado y culpable.

El factor Cólera: representa un estado de ánimo de cólera y antipatía hacia los demás. Los adjetivos son: enfadado, enojado, irritable, resentido, molesto, rencoroso, amargado, luchador, rebelde, decepcionado, furioso y de mal genio.

El factor Vigor: representa un estado de vigor, ebullición y energía elevada. Está formado por los siguientes adjetivos: animado, activo, enérgico, alegre, alerta, lleno de energía, despreocupado y vigoroso.

El factor Fatiga: representa un estado de ánimo de laxitud, inercia y bajo nivel de energía. Formado por los adjetivos: agotado, apático, fatigado, exhausto, espeso, sin fuerzas y cansado.

El factor Confusión: se caracteriza por la confusión y el desorden. Los ad-

jetivos que lo forman son: confundido, incapaz de concentrarse, aturdido, desorientado, eficiente, olvidadizo e inseguro.

Tras sucesivos estudios realizados, los factores que aparecieron consistentemente fueron los siguientes: Tensión-Ansiedad; Depresión-Melancolía; Cólera-Hostilidad; Vigor-Actividad; Fatiga-Inercia y Confusión-Desorientación (McNair, Lorr y Droppleman, 1992).

La puntuación de cada factor se obtiene de la suma de las respuestas a todos los adjetivos que lo definen. Todos los ítems tienen la misma dirección excepto dos: “relajado” en la escala Tensión-ansiedad y “eficiente” en la escala Confusión-desorientación, cuya dirección está invertida. Se obtiene una puntuación total sumando las puntuaciones en los factores, teniendo en cuenta que Vigor, a diferencia de los demás se resta.

En baloncesto (Thuot y Kavouras, 1998), realizaron un análisis a deportistas a través del POMS en partidos jugados fuera de casa donde concluyeron que los niveles de autoeficacia eran menores y los niveles de ansiedad somática mayores que cuando se jugaban en casa.

Sánchez et al. (2001), realizaron un estudio con futbolistas donde se evidenció que la variable jugar en casa influye en el estado emocional del futbolista. Se relacionaban los estados de ánimo medidos a través del POMS y la ansiedad precompetitiva. La ansiedad pre-partido podría ser uno de los factores que influyen en la ventaja de jugar en casa. Los resultados hallados evidenciaron haber una relación entre los estados de ánimo previos al partido y el rendimiento. Lo que da a entender la tensión propia de la competición a deportistas profesionales y la efectividad de la escala, además de ser compatibles con el estudio anterior.

Respecto a los deportistas lesionados, Chang y Grossman (1988) evaluaron el estado de ánimo de los corredores para determinar qué ocurría cuando la rutina de correr se veía interrumpida como consecuencia de la lesión. Los resultados mostraron que los lesionados tuvieron significativamente mayor Tensión, Depresión y Confusión en las escalas del POMS que los corredores no lesionados.

Estudios como el de Bonete y colaboradores (2002), relacionaron el factor fatiga POMS con el cortisol en saliva, para vincularlos en un estudio como indicadores de impacto del entrenamiento deportivo. El estudio se centra en un incremento de la carga física para comprobar si el análisis del cortisol tiene influencia sobre los aspectos tanto físicos como psicológicos analizados a través del POMS. Los resultados indican que la fatiga en el POMS, coincide en ser un buen predictor de la fatiga tanto física como psíquica.

La relación entre diferentes estados de ánimo (tensión, depresión, cólera, vigor y fatiga) y el nivel de adherencia al programa de rehabilitación de los deportistas lesionados, supusieron el motivo de estudio de Abenza y cols. (2010). Sus resultados indican que la tensión, depresión y cólera muestran una evolución inversa respecto al nivel de adherencia en todos los momentos del proceso de recuperación; por el contrario, tanto vigor, como fatiga muestran una evolución paralela, de manera que cuanto mayor es el nivel de adherencia, mayores son las puntuaciones en vigor y fatiga. La influencia de los estados de ánimo, asociados a la lesión, en las conductas de adherencia del deportista, parece tener consecuencias en el proceso de recuperación, por lo que puede ser beneficioso intervenir sobre estos aspectos psicológicos durante el proceso de rehabilitación.

1.6.2.2. STAI.

Para poder determinar si el futbolista se encuentra en un estado o rasgo de ansiedad, podemos evaluar dicho momento mediante el Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo en inglés *State Trait Anxiety Inventory* (STAI). Este cuestionario es considerado un instrumento útil para estudiar la ansiedad mediante

una autoevaluación de dos conceptos independientes de la misma, cuya función es evaluar la ansiedad estado y la ansiedad rasgo tanto en población normal como en pacientes de diversos grupos clínicos.

El STAI fue diseñado para su auto-aplicación y puede ser administrado de forma individual y colectiva. Conviene que el examinador lea en voz alta las instrucciones mientras los evaluados lo hacen en silencio. La corrección se efectúa con plantilla, contando los puntos de los ítems de ansiedad positivos y los negativos y trasladando el valor resultante. El sujeto contesta a cada ítem, valorando entre 0 y 3 cómo se siente en general.

Los ítems de la escala estado que denotan la ausencia de ansiedad son: 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 y 20. Los ítems de la escala rasgo que denotan la ausencia de ansiedad son: 21, 23, 26, 27, 30, 33, 34, 36 y 39. La puntuación total para cada una de las subescalas oscila entre 20 y 80 puntos. No existen puntos de corte propuestos (Leibovich de Figueroa, 1991).

Existen diversos estudios que han constatado la fiabilidad y la validez de este cuestionario (Spielberg, 1970). La consistencia interna oscila entre .90 y .93 para la escala de estado, y entre .84 y .87 para la escala de rasgo, propiedades suficientes para aprobar el uso del instrumento en su versión original. En cuanto a la adaptación de esta escala al español, los valores de consistencia interna para muestras de población normal y clínica son similares a las del estudio original, entre .82 y .92 respectivamente. Diversos autores (Bermúdez, 1983; Iglesias, 1982; Vera Villarroel et al, 2007), en estudios de Agudelo Vélez y colaboradores (2008) destacan los índices de validez concurrente y divergente obtenidos por la versión española, donde corroboran el peso psicométrico del STAI, incluso estudios de análisis factoriales corroboran la estructura de dos factores.

Recordando los ya comentados conceptos ansiedad estado/rasgo, mostramos su intencionalidad y aplicabilidad para con este cuestionario. Por una parte, la escala Ansiedad-Estado (A/E), cuya finalidad es medir los niveles de ansiedad provocados por procedimientos experimentales de inducción de ansiedad o como índice del nivel de “impulso”. También puede ser un indicador de los efectos de técnicas de relajación. Se constituye por los sentimientos subjetivos de tensión, aprehensión, nerviosismo, etc., acompañados por una activación del sistema nervioso autónomo. Esto sucede porque ante una situación concreta estresante o amenazante, un sujeto puede expresar una reacción de ansiedad durante un cierto período de tiempo acompañado de cambios fisiológicos y conductuales en cuyo caso el sujeto se encontraría bajo un estado emocional transitorio de ansiedad. Esta concepción se asemeja bastante a la de ansiedad como “señal de peligro” de Freud donde destacaba que la ansiedad consistía en una reacción emocional que servía para señalar la presencia de una situación peligrosa (Leibovich de Figueroa, 1991 y Carrobles y Díez Chamizo, 1987). Nos ayuda el resumen que hace Spielberger (1970) ante el estado de ansiedad definido como: *“la valoración del estado mental definido en tiempo presente”*.

Mientras que la variable Ansiedad-Rasgo (A/R), tiene su uso en la investigación para seleccionar sujetos con diferente predisposición a responder al estrés psicológico con diferentes niveles de intensidad en su estado. También puede ser útil para identificar a personas con riesgo de padecer trastornos de ansiedad. Definida en términos de diferencias relativamente estables entre la gente, en relación a la tendencia a percibir las situaciones estresantes como peligrosas y en la disposición a responder a tales situaciones con mayor o menor grado de ansiedad.

En estudios de Spielberger y colaboradores (citados por Cía, 2007) afirman que las personas con elevada tendencia o rasgos de ansiedad son más vulnerables al estrés o responden a un rango más amplio de situaciones viviéndolas como amenazantes o peligrosas. Además, señalan que los sujetos experimentan reacciones de ansiedad estado más frecuentemente y con mayor intensidad que las personas que no sufren esta tendencia. De esto se desprende que la ansiedad estado se considera un multicompuesto proceso emocional que refleja las diferencias propias de cada persona en relación a la predisposición ansiosa.

Un estudio realizado con *counselling* (Pérez Navarro, 2014) como herramienta de intervención para promover el ajuste y la adaptación en pacientes con enfermedad oncológica en fase diagnóstica, utilizó la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD), la cual permitió conocer y establecer las condiciones iniciales de los pacientes para posteriormente intervenir de acuerdo al *counselling*. Los datos mostraron que el 80% de los participantes mostraron cambios en los síntomas depresivos y ansiosos después de la intervención desde el *counselling*.

1.6.2.3. Goldberg.

Este cuestionario es utilizado de forma individualizada para ver qué tipo de concepción tiene sobre sí mismo cada sujeto (Otero et al, 2005). Con este parámetro tratamos de ver de qué manera se ven afectados por el estrés y su capacidad de reacción al mismo.

Los objetivos que persigue este cuestionario son (Otero et al, 2005):

- Profundizar sobre el nivel en que están afectados por el estrés entre diferentes tomas.
- Comparar la valoración de la personalidad realizada en diferentes fases del estudio.
- Indagar sobre los factores que pueden influir.

Ya que el propósito ulterior que posee este cuestionario es evaluar la salud autopercebida, la evaluación que hace el individuo de su estado de bienestar general, es especialmente relevante en lo que se refiere a la presencia de ciertos estados emocionales.

El inventario bipolar Goldberg (Goldberg, 1992; adaptado por García, Aluja y García, 2004), consta de 5 dimensiones ortogonales: Extraversión, Responsabilidad, Insensibilidad, Intelectuabilidad y Neuroticismo; y 5 ítems por dimensión, formando un total de 35 ítems, con un formato de respuesta de (1) Mucho, respecto al adjetivo de carga negativa a (9). Mucho, respecto al adjetivo de carga positiva. Cada ítem contempla dos adjetivos opuestos en el rango de respuesta, como “nervioso vs tranquilo”, o “alterable vs imperturbable”. La versión española muestra propiedades psicométricas adecuadas (García, Aluja y García, 2004), con un alfa de Cronbach de .83.

Un estudio relacionado con la práctica deportiva y el autoconcepto del bienestar psicológico, es el que nos ofrece Garrido et al (2012). En éste, examinaron las relaciones entre la práctica de la actividad físico-deportiva en la adolescencia y diversas autoevaluaciones como el autoconcepto físico, percepción de salud y satisfacción vital. Los resultados mostraron que la práctica física es una variable que genera diferencias significativas a favor de los que la practican. Sin embargo, la frecuencia de dicha práctica muestra únicamente diferencias significativas entre grupos en el autoconcepto físico. Lo que contribuye a la importancia de que los hábitos de vida activos aumentan el bienestar psicológico en las personas.

Barquín (2012), relacionó entre otros factores para conocer la personalidad de deportistas de combate en situaciones de estrés, los instrumentos de Goldberg

y POMS. Entre los cuales había una relación de coherencia con los resultados de estrés percibidos y ambas escalas que reflejan una coherencia con el estado de ánimo del deportista.

1.6.3. Metodología cualitativa.

El interés de la investigación cualitativa es netamente práctica y claramente sustancial en muchos aspectos relacionados con la salud desde una perspectiva biopsicosocial. En los estudios cualitativos se pretende llegar a comprender la singularidad de las personas y las comunidades, dentro de su propio marco de referencia y en su contexto. Se busca examinar la realidad tal como otros la experimentan, se valora profundamente al sujeto, busca encontrarse con él y enriquecerse a partir de ese encuentro (Bonilla, 2005). Estos valores entran en sintonía con la filosofía humanista y la metodología *counselling*.

Para profundizar y alcanzar mayor certeza del bienestar psicológico de la persona, en nuestro caso el futbolista, necesitamos conocer su percepción personal respecto a la condición de lesionado, saber si ésta percepción modifica de algún modo y si le está influyendo (positiva o negativamente) en su capacidad de afrontar la nueva situación clínica, personal y por supuesto deportiva. La metodología de investigación cualitativa, aborda concretamente el análisis fenomenológico de la investigación (Marí, Bo y Climent, 2010). Además, nos puede aportar información relevante a sus preocupaciones y percepción de la realidad para así poder comprenderle y generar una mejor empatía. En ciencias de la salud, una de las características más destacadas de la investigación cualitativa es la posibilidad de ver las cosas desde el punto de vista del paciente (Amezcuca y Galvez-Toro, 2002). De esta manera propone entender e interpretar qué está sucediendo sin abstraerse totalmente de su propia historia, de sus creencias y de su personalidad (Castillo y Vásquez, 2003).

Este tipo de investigación no sólo está reservado para los científicos de las ciencias sociales, sino que los investigadores de ciencias de la salud usan las diferentes metodologías cualitativas para investigar fenómenos que desde la perspectiva cuantitativa son más difíciles de estudiar. Además, la investigación cualitativa puede contribuir a evaluar la calidad del cuidado de la salud y a complementar la investigación cuantitativa (Castillo y Vásquez, 2003).

Para garantizar una fiabilidad y validez de este tipo de investigación, se utilizan cinco reglas esenciales (Bardin, 1986; Landry, 1998; Mayer y Quellet, 1991):

- (1) **Exhaustividad.** Una vez que los documentos a analizar están determinados (entrevistas, respuestas a un cuestionario...etc.), se deben considerar todos los elementos. La exhaustividad supone que las categorías establecidas permiten clasificar el conjunto del material recogido.
- (2) **Representatividad.** Se puede garantizar cuando el material se presta para efectuar el análisis sobre la muestra.
- (3) **Homogeneidad.** Los documentos elegidos deben ser escogidos en función de criterios precisos y no presentar mucha singularidad en relación a estos criterios.
- (4) **Pertinencia.** Los documentos escogidos deben corresponder al objetivo del análisis. Una categoría es pertinente cuando ella hace posible el estudio del material obtenido ante las preguntas y el marco de análisis seleccionados.
- (5) **Univocación.** Significa que una categoría tiene el mismo significado para todos los investigadores.

Tal y como sugiere Martínez (2011), una vez recogida la información que transmite el paciente (en nuestro caso, el futbolista) se asignan valores numéricos a sus observaciones para poder cuantificar y registrar el lenguaje de los sujetos. Se considera que las palabras de éstos resultan vitales en el proceso de transmisión ya que se convierten en los resultados de la investigación.

Matiza el autor, que la insistencia en la proximidad a los mundos cotidianos de las personas y en captar sus acciones proporciona un refuerzo sólido a las explicaciones que finalmente desarrolle la investigación.

Para llevar a cabo la información transmitida por el paciente, el investigador es quien recoge de modo directo sus verbalizaciones. Por lo que para llevar a cabo esta observación puede hacerse uso de (Portuois, 1992): cuaderno de notas¹⁷, diario de campo¹⁸, cuadros de trabajo¹⁹, mapas²⁰, medios audiovisuales²¹, guías de observación²², encuesta²³ y finalmente la entrevista. Tras contemplar los diferentes métodos que pueden ser recogidos, queremos centrarnos en esta última herramienta, ya que a través de la entrevista vamos a trabajar con el sujeto a través de *counselling*. Con la entrevista, se establece una comunicación interpersonal entre el investigador y el futbolista. Es una relación donde obtendremos respuestas verbales sobre los interrogantes planteados. De hecho hay varios tipos de entrevistas cualitativas (citado en Martínez, 2011): informal o conversacional²⁴, abierta estandarizada²⁵, etnográfica²⁶ y semiestructurada. Esta

¹⁷Es una libreta que el observador lleva en su bolsillo y donde anota todo lo observado, datos, expresiones, opiniones, hechos, croquis, etc.

¹⁸Es un instrumento donde el investigador apunta lo observado. Por eso: “Un diario de campo es una narración minuciosa y periódica de las experiencias vividas y los hechos observados por el investigador. Este diario se elabora sobre la base de las notas realizadas en la libreta de campo o cuaderno de notas.

¹⁹Cualquier procedimiento gráfico que sirva para organizar, sintetizar o registrar los datos observados puede ser útil, como por ejemplo planillas, cuadros, columnas, etc. Estos cuadros pueden servir para registrar datos que provienen de los hechos que no proceden de la observación directa del investigador, actitudes y opiniones de las personas.

²⁰Útiles cuando se realiza una investigación que abarque cierto espacio geográfico o topográfico donde se ubiquen algunas situaciones o hechos vinculados con la investigación.

²¹Registro sonoro, fotográfico o filmico de los diversos aspectos observados.

²²Categorizar lo que se desea observar después de un primer acercamiento a la comunidad; ubicar los aspectos que se van a observar en la dimensión que se desea, el problema y el objetivo general. La guía debe estar acorde con el problema planteado en la investigación y el objetivo general propuesto.

²³A través de este método se obtiene información de los grupos que se estudian. Ellos mismos proporcionan la información sobre sus actitudes, opiniones, sugerencias, etc. Existen dos maneras de obtener información con este método: la entrevista y el cuestionario.

²⁴El investigador interactúa con el informante, el primero genera preguntas de acuerdo con el desarrollo de la conversación. Aunque se supone que se parte de una guía general, ésta finalmente no cumple puesto que lo que determina esta modalidad es flexibilidad y la creatividad del investigador. Una característica concreta de esta modalidad es que no necesariamente se dirige a recolectar información sino también a conocer al otro. En este sentido el rol del investigador radica en el compartir. Este tipo de entrevista es más válida en el contexto de la investigación participante.

²⁵Se parte de un cuestionario que contiene preguntas iguales para todos.

²⁶Su objetivo es llegar a profundizar un tema hasta el máximo. De esta manera se pueden emplear diversos recursos o métodos para lograrlo. Se realiza a personas concretas en forma individual y muchas veces exige tratar ciertos temas de manera confidencial

última, parte de una pauta o guía de preguntas con los temas o elementos clave que se quieren investigar o profundizar de una exploración previa con el futbolista. Las mismas preguntas pueden ser planteadas de diferente manera o varios informantes si es el caso, esto implica que no hay secuencia en el orden de la pregunta y depende mucho de las respuestas dadas. El marco de realización de este tipo de entrevistas debe ser abierto y en un ambiente de cordialidad, para ello debe existir la relación de empatía con el informante.

La estructura planteada para realizar *counselling* está orientada con la finalidad de recolectar datos que tienen que ver con las percepciones, las actitudes, las opiniones, las experiencias vividas, los conocimientos, así como también los proyectos de futuro. Permite la recolección de la información en profundidad donde el futbolista expresa o comparte oralmente y por medio de una relación interpersonal. La entrevista fundamentalmente cualitativa se caracteriza porque (Martínez, 2011): se tiene más posibilidades de expresión, lo cual conlleva a que se puedan comprender más sus puntos de vista, actitudes, sentimientos, ideas, etc. y es un medio de hacer investigación en profundidad ya que las preguntas que se hacen son abiertas y las respuestas pueden abrir más posibilidades de indagación. Estas posibilidades hacen que la entrevista sea un método más completo. A medida que avanza la entrevista, se establece un proceso de interrelación con el entrevistador quien le puede ir preguntando más aspectos para aclarar o ampliar sus respuestas (Vallejo, Mata y Arroyo, 2007).

Una vez recogida la información, debemos de hacer un análisis de contenido para que tenga validez científica. Entendemos por análisis de contenido (Mayntz. et al, 1980), a: *“una técnica de investigación que identifica y describe de una manera objetiva y sistemática las propiedades lingüísticas de un texto*

Parámetros para analizar las repercusiones del *counselling* _____

con la finalidad de obtener conclusiones sobre las propiedades no-lingüísticas de las personas y los agregados sociales”.

II. OBJETIVOS

2.1. Objetivos e hipótesis.

2.1.1. Objetivo e hipótesis principal del estudio.

Hipótesis principal ó 0: La aplicación de metodología *counselling* en la comunicación del diagnóstico en la lesión de dos a tres semanas a futbolistas profesionales, tiene repercusiones atenuantes sobre el estrés/ansiedad. Esta reducción genera en el futbolista beneficios de carácter biológico, psicológico y social.

Por lo que el **objetivo principal ó 0** consiste en evidenciar que el *counselling* tiene eficacia en un contexto deportivo de fútbol profesional. Para abordar su eficacia nos centraremos en las respuestas del paciente tanto biológica, psicológica como social. Para abordar cada una de las perspectivas utilizamos como:

- **Objetivo 0.1**, parámetros biológicos (TA, Fc, cortisol):

Estimar si la tensión arterial (TA) tiene un efecto de disminución de su parámetro al aplicar *counselling* sobre los futbolistas.

Mostrar si la frecuencia cardiaca (Fc) tiende a disminuir su valor por minuto al aplicar la metodología citada.

Analizar las muestras de la variable cortisol para evidenciar que previa a la confirmación diagnóstica, el futbolista está bajo una situación de estrés y comprobar si posteriormente a la noticia con la utilización de la metodología *counselling* su valor disminuye.

- **Objetivo 0.2**, parámetros psicológicos (STAI, Goldberg):

Analizar mediante el inventario STAI previa y posteriormente a la comunicación de la lesión, si la percepción de ansiedad del futbolista disminuye tras la utilización de la metodología sometida a estudio.

Contrastar a través de la escala Goldberg, si existen cambios en la auto-percepción de bienestar en comparación a la situación previa de la confirmación diagnóstica, una vez ha sido empleado *counselling* sobre el futbolista.

• **Objetivo 0.3**, perspectiva social (metodología cualitativa):

Hacer análisis de contenido de las entrevistas de los futbolistas, clasificar e interpretar su discurso y reacciones en el marco de la aplicación del *counselling* para obtener datos que revelen la posible mejora de su situación. Este análisis permitirá también mostrar la correlación entre los datos cuantitativos, de origen fisiológico y las respuestas verbales y emocionales.

2.1.2. Objetivos e hipótesis secundarios del estudio.

Hipótesis 1: el futbolista ante una situación previa a la confirmación diagnóstica, se encuentra en una activación psicofisiológica propia del estrés.

Objetivo 1, hacer uso de las herramientas: TA, Fc, Fr, POMS, STAI y Goldberg, y contrastar las diferencias de los resultados en dos momentos: en la pretemporada (estado basal) y previo a la confirmación diagnóstica de la lesión.

Hipótesis 2: El *counselling* provoca una mejora del estado de ánimo en el futbolista profesional.

Objetivo 2, evidenciar que a través de la escala POMS, podemos obtener datos de mejora del estado de ánimo del futbolista en el momento de la transmisión diagnóstica de su lesión mediante *counselling*.

III. MATERIAL Y MÉTODO.

Ante la ausencia de datos que evidencian el uso del *counselling* en el uso profesional en la comunicación y el diagnóstico por lesión, unido a nuestro interés en profundizar en las tres vertientes del paciente (biológica, psicológica y social) para obtener datos lo más fiables posibles, hemos querido hacer uso de la metodología cualitativa pese al uso limitado de la muestra por la utilización de esta metodología. De todos modos Hernández, Fernández y Baptista (2014), ponen en palabras de Neuman (2009), que en la indagación cualitativa el tamaño de la muestra no se fija a priori (antes de la recolección de los datos), y ésta no debe ser muy elevada ya que si no se establece un tipo de unidad de análisis de la muestra final donde las nuevas unidades que se añaden ya no aportan información o datos novedosos (“saturación de categorías”). Pese a eso, recomiendan ciertos tamaños mínimos de muestras (número de unidades o casos) para diversos estudios cualitativos. Orientativamente, bajo la perspectiva de análisis fenomenológico (donde manifiestan su experiencia ante la lesión) recomienda 10 casos, pero la decisión del número de casos que conformen la muestra depende del investigador. El principal factor es que los casos nos proporcionen un sentido de comprensión profunda del ambiente y el problema de la investigación. Del mismo modo, las muestras cualitativas no deben ser utilizadas para representar toda una población.

Por todo ello, ya que la metodología *counselling* nos permite abordar la lesión de manera holística no queremos desaprovechar la oportunidad de abordar al futbolista en sus consecuencias biológicas, psicológicas y sociales con la finalidad de demostrar si nos aporta coherencia entre sí cada una de las tres dimensiones en la que es tratado.

La presente tesis es un estudio experimental analítico (cualitativo y cuantitativo) y prospectivo. Hemos analizado a futbolistas profesionales para determinar si en el momento que sufren una lesión (con el consiguiente estrés que esta situación le supone) podemos disminuir su estrés a través de *counselling* en el momento de la comunicación del diagnóstico.

El estudio queda dividido en dos grupos: por una parte aquellos que quedan sometidos a la metodología citada y por otra los que no lo están. Con esta selección, pretendemos vislumbrar si ante una situación lesiva y al confirmar el diagnóstico utilizando *counselling*, podemos favorecer la relación de ayuda disminuyendo su estrés. De manera que para la determinación del mismo, utilizaremos una metodología cuantitativa y otra cualitativa.

El modo de recolectar la información al futbolista queda estipulada en dos partes: una, en la pretemporada ya que es en ese momento donde está en periodo libre de tensión competitiva y la segunda, se divide a su vez en dos momentos: el primero que corresponde a momentos previos de la confirmación del diagnóstico de su lesión y el segundo que corresponde a después de la confirmación del diagnóstico.

3.1. Material.

Para la realización del presente estudio, ha sido necesario disponer de las siguientes herramientas:

- Libros de certificación temporal de lesión según diagnóstico médico.
- Escalas psicométricas de análisis de ansiedad: STAI (Escala STAI: ver anexo 1).
- Escala psicométrica propia de estados de ánimo para deportistas: POMS (Escala POMS: ver anexo 2).

-
- Escala de percepción de bienestar: Goldberg (Escala Goldberg: ver anexo 3).
 - Medición de cortisol en saliva mediante enzimoimmunoanálisis (ELISA).
 - Registro de parámetros anatómo-fisiológicos: TA y Fc (Hoja de registro: ver anexo 4).
 - Grabadora para la realización de las entrevistas de índole cualitativo y su posterior análisis de contenido.
 - Análisis estadístico SPSS 19.0.

3.2. Método.

La metodología seguida en la fase pre-experimental se compone de:

- Búsqueda bibliográfica, sobre cada una de las temáticas que abordamos. De igual modo, nos actualizamos en todas las investigaciones (tesis, artículos de investigación...) que quedan registradas en la temática a tratar y los aspectos relacionados al mismo.
- En la base de datos de la entidad y bibliografía publicada, registramos la prevalencia de las lesiones y su temporalidad, en función de los tres últimos años, ya que éste es el criterio que se sigue con respecto al mismo médico y el mismo equipo terapéutico. De tal modo, vimos que coincidía con los periodos establecidos en la bibliografía.
- Después de ello, realizamos una búsqueda bibliográfica del registro de las lesiones que quedan comprendidas entre dos y tres semanas, para la posterior utilización del criterio de selección en función de los pacientes que estén dentro del rango de estudio.
- Asimismo, indagamos en información que haya sido publicada en referencia a la temática. Para ello, accedimos a revistas científicas específicas de relevancia a nivel estatal sobre las que se aplica un mayor índice de impacto según SCI Mago en España (ver tabla 13):

Tabla 13. Índice de impacto SCI Mago España.

	Title	SJR	H index	Total Docs. (2012)	Total Docs. (3years)	Total Refs.	Total Cites (3years)	Citable Docs. (3years)	Cites / Doc. (2years)	Ref. / Doc.
1	European Journal of Psychology Applied to Legal Context	0,580	4	10	32	477	34	31	0,90	47,70
2	Revista de Psicología del Deporte	0,321	6	48	125	1.861	102	118	0,97	38,77
3	Ansiedad y Estrés	0,241	4	19	66	872	31	66	0,51	45,89
4	Cuadernos de Psicología del Deporte	0,145	1	18	38	522	9	35	0,26	29,00
5	Psyecology	0,122	2	15	30	484	6	28	0,21	32,27
6	Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte	0,000	0	16	0	681	0	0	0,00	42,56

Fuente: SCI Mago España (2014).

Bases de datos relacionadas con aspectos de psicología deportiva consultadas en RESH:

HERACLES

PSYCLIT

SCOPUS

SPORT DISCUS

SSCI

Siguiendo con las bases de datos, focalizamos nuestra atención en *PubMed*, y realizamos un cribado de artículos científicos relacionados con la temática incluyendo criterios de búsqueda en español y en inglés (ver anexo 5). Del mismo modo, en *google académico*, se hicieron las respectivas búsquedas (ver anexo 6).

- Consultamos tesis doctorales que cursaban sobre la temática, o se aproximaban a ella (ver anexo 7).

-
- Una vez consultada la información anterior, pasan a fase experimental aquellos futbolistas profesionales que padezcan lesiones musculares dentro del rango temporal estipulado.

3.3. Fase experimental.

- Estudio longitudinal mixto, cualitativo y cuantitativo, de carácter prospectivo del proceso de lesión en futbolistas atendidos mediante *counselling*. Utilizaremos dos grupos en los que se analizarán diferentes variables de carácter cualitativo y cuantitativo, todas ellas relacionadas con el estrés.
- El desarrollo de la actividad investigadora se llevó a cabo con una temporalidad diferente en ambos grupos, desarrollándose en primer lugar para el grupo de no intervención (no *counselling* o controles), formado por 10 sujetos y en segundo lugar para el grupo de intervención (*counselling*) formado por otros 10 sujetos. Hemos seguido este proceder con la finalidad de no generar plagios comunicativos, imitaciones, ni comparaciones que pudiesen de algún modo contaminar la respuesta del grupo control por el grupo de intervención, es decir, tratábamos de evitar que el grupo de control conociese de algún modo la forma de intervenir en el grupo de intervención e influyese en los resultados. Con ello generamos una muestra lo más aséptica posible, sin que los sujetos tengan conocimiento de la metodología que es objeto de estudio.

- Por tanto:

1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Casos: Aquellos sujetos que estén dentro del rango de temporalidad de la lesión abajo establecida, los aparte de los terrenos de juego y queden expuestos a la metodología *counselling*. Características que permite incluirlos en el estudio:

- a) Futbolista profesional que forme parte del primer equipo.

b) Padecer una lesión muscular cuya recuperación se prevé de 2 a 3 semanas.

c) No haber sido sometido a *counselling* previamente.

Controles: Aquellos sujetos que cumplan los criterios de inclusión y no sean expuestos a la metodología *counselling*.

2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

A pesar de cumplir los criterios de inclusión, no se incluyeron aquellos futbolistas de la plantilla del primer equipo que rechazaron la participación, conociesen el diagnóstico de antemano o fuesen profesionales del sector sanitario.

- Metodologías utilizadas:

1. Metodología cuantitativa:

En cuanto al análisis de datos, se llevaron a cabo dos tipos de análisis. En primer lugar, y para comparar las diferencias entre el grupo experimental y el control en la línea base (antes del tratamiento), se calcularon pruebas *t* para muestras independientes. Estas pruebas permiten conocer si existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en las distintas variables dependientes cuantitativas en el primer momento temporal o, en otras palabras, si ambos grupos son equivalentes antes de empezar el tratamiento.

Posteriormente, y para observar el efecto del tratamiento, se llevaron a cabo análisis de varianza (ANO-

VA). El ANOVA (Cohen, 1992) permite comparar el efecto de una o más variables categóricas sobre una variable cuantitativa, mediante la comparación de medias. En todos los casos se comprobó que se cumplían los supuestos de utilización de esta prueba paramétrica y, si se incumplía el supuesto, que se podía obtener la correspondiente corrección robusta. En concreto, se utilizaron como variables independientes el grupo (con dos categorías, control vs. experimental) y el tiempo (con dos, tres o cuatro categorías, dependiendo del número de veces que se midió la variable). De esta forma, todos los ANOVAs realizados fueron mixtos. Los resultados del efecto de cada variable independiente incluida en el ANOVA se informaron mediante una prueba F, cuya significatividad nos apuntó el efecto de la variable independiente en cuestión sobre la variable dependiente (p.ej., cortisol, tensión arterial...). Además, también se incluyó una prueba F para comprobar el efecto de la interacción entre las dos variables independientes, tiempo y grupo. Aunque los efectos de estas variables, también llamados efectos principales, son datos estadísticos que deben comunicarse, la efectividad del tratamiento se manifiesta en una interacción significativa entre ambas. De este modo, el tratamiento será efectivo para una determinada variable dependiente si el grupo tratado tiene

un comportamiento diferencial al grupo control y éstos, además, en la dirección esperada. En todos los casos estimó, además, el tamaño del efecto, mediante el cuadrado parcial (η^2 parcial). Los tamaños del efecto se estiman, evaluándose la magnitud de dichos efectos, considerándose .02, .13 y .26 como puntos de corte para pequeños, medios y grandes efectos, respectivamente (Cohen, 1992). Finalmente, y siempre y cuando la prueba F mostrase diferencias estadísticamente significativas en función de la interacción, se realizaron pruebas post-hoc, en este caso de Bonferroni, para las diferencias entre grupos. Estas pruebas determinan en qué momento temporal y a favor de qué grupo se dan las diferencias estadísticamente significativas.

Parámetros que se analizaron bajo los criterios anteriormente expuestos:

- Parámetros fisiológicos:
 - Tensión Arterial (TA).
 - Frecuencia Cardíaca (Fc).
 - Cortisol en saliva.
- Parámetros psicométricos:
 - POMS.
 - STAI.
 - Goldberg.

2. Metodología Cualitativa:

- Parámetros sociales:

En la metodología cualitativa realizaremos

un análisis de contenido mediante el registro de las entrevistas donde se procederá a analizar la expresión y significado de las verbalizaciones de los participantes, lo que permitirá extraer no sólo el sentido de las manifestaciones, sino las conductas y otras formas de expresión que conviertan el material simbólico en datos científicos que pueden ser comparados y cotejados.

Por otra parte, se procederá a llevar a cabo una triangulación de los datos como método de confirmar y consolidar la información obtenida.

De tal modo que someteremos a criterios de análisis cuantitativo y cualitativo del siguiente modo (ver figura 14):

Figura 14. Criterios de estudio en función del análisis.

Análisis cuantitativo	Tensión Arterial
	Frecuencia cardiaca
	Cortisol
	STAI
	POMS
	Goldberg
Análisis cualitativo	Verbalización por parte de los futbolistas

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 14, mostramos los parámetros que se analizarán en el estudio, en orden cronológico.

Tabla 14. Parámetros por temporalidad.

PARÁMETRO A ANALIZAR	FRECUENCIA DE USO
POMS	-Pretemporada (basal). - Antes de la noticia. - Después de la noticia.
STAI	- Pretemporada (basal). - Antes de la noticia. - Después de la noticia.
GOLDBERG	-Pretemporada (basal). - Antes de la noticia. - Después la noticia
TA	- Pretemporada (basal). - Antes de la noticia. - Después de la noticia.
Fc	- Pretemporada (basal). - Antes de la noticia. - Después de la noticia.
CORTISOL	Antes de la noticia. - Después de la noticia. - A las 24 horas después de la noticia.

Fuente: Elaboración propia.

3.4. Pauta de intervención.

Queda dividida en dos momentos:

- Una PRIMERA PARTE perteneciente, al momento de la pretemporada, en la cual el futbolista viene de vacaciones, a la que denominaremos basal. En la misma, quedan incluidos por ende, todos los miembros de la plantilla.
- Y una SEGUNDA PARTE, en la que quedan incluidos sólo los sujetos que entran dentro del estudio experimental, y se divide a su vez en dos momentos: antes de la noticia y después de la noticia.

PRIMERA PARTE.

Los jugadores que son candidatos de ser sujetos de estudio (primer equipo), serán sometidos en la pretemporada a las siguientes escalas:

-
- POMS.
 - STAI.
 - Goldberg.
 - Tensión Arterial.
 - Frecuencia cardiaca.

Con ello la finalidad de establecer una relación basal psicométrica y fisiológica, ya que en esta época de la temporada, quedan libres de estrés, propio del periodo estival.

SEGUNDA PARTE.

Todo jugador que quede dentro del estudio será sometido a:

Primer momento (antes de la noticia):

- TA.
- Fc.
- Toma de cortisol.
- POMS.
- STAI.
- GOLDBERG.

Segundo momento (acto seguido a la confirmación de la lesión al futbolista) y por estricto orden, se realizará la recogida de los siguientes parámetros:

- TA.
- Fc.
- Toma de muestra de cortisol en saliva.
- POMS.
- STAI.
- GOLDBERG.

A las 24 horas:

- Toma de muestra de cortisol en saliva.

A los 7 días:

- POMS.

IV. RESULTADOS.

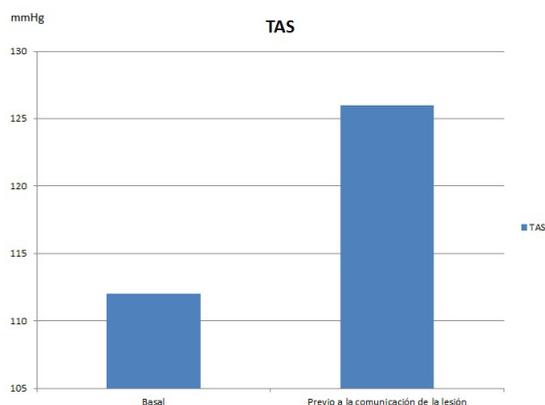
Inicialmente, queremos evidenciar la intuitiva tensión interna que el futbolista padece previa a la comunicación de la lesión. Para ello, debemos tratar los datos obtenidos en la pretemporada y compararlos con el momento previo a la comunicación del diagnóstico.

Para ello, los datos de la pretemporada (situación libre de estrés, sin lesión; considerados como ‘basal’) nos muestran que los parámetros son semejantes entre ellos y no significativos entre ambos grupos, siendo ($p= .06$) para la tensión arterial sistólica y ($p= .84$) para la diastólica; del mismo modo tampoco hay diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos en el momento previo a la comunicación, siendo esta ($p= .40$) para la sistólica, y ($p = .32$) para la diastólica respectivamente.

Mientras que, si comparamos los datos basales (pretemporada) y la situación previa a la comunicación del diagnóstico, observamos que en ambos grupos (caso y control) hay diferencias significativas en:

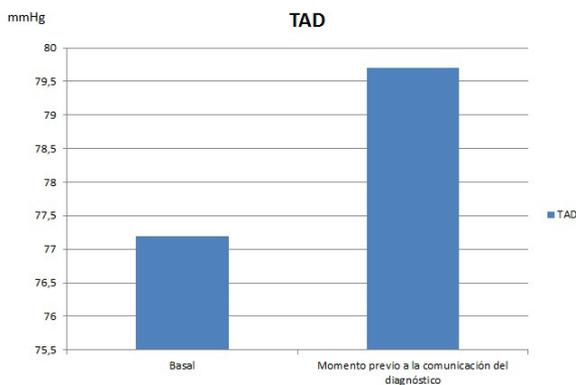
- La tensión arterial sistólica muestra un parámetro ($p < .001$), mientras que en la diastólica ($p < .001$) por lo que se evidenciaron del mismo modo cambios. A continuación mostramos en la figura 15, la TAS media y en la figura 16 la TAD media en la pretemporada y momentos previos a la comunicación del diagnóstico de todos los sujetos sometidos a estudio.

Figura 15. Tensión arterial sistólica media de la totalidad de la muestra en pretemporada y momento previo a la comunicación de la lesión.



Fuente: Elaboración propia.

Figura 16. Tensión arterial diastólica media de la totalidad de la muestra en pretemporada y momento previo a la comunicación de la lesión.



Fuente: Elaboración propia.

- Las variables frecuencia cardiaca (Fc) y frecuencia respiratoria (Fr). En dicha variable no hubieron diferencias significativas en la pretemporada al comparar ambos grupos entre sí, mientras que habían diferencias estadísticamente significativas cuando lo que se comparaba era ambos grupos entre la pretemporada y los momentos previos a la comunicación de la lesión del futbolista, siendo este caso un dato significativo ($p < .001$).

- Las variables POMS, STAI (tanto en estado como en rasgo) y Goldberg, encontramos del mismo modo diferencias estadísticamente significativas entre ambos momentos siendo su parámetro ($p < .001$).

Tras comentar la tensión emocional somática que padecen en momentos previos a la comunicación del diagnóstico, queremos ahora adentrarnos en el momento de la comunicación del diagnóstico y comparar a los sujetos que han sido sometidos a *counselling* frente los que no.

4.1. Parámetros cuantitativos que expresan la eficacia de la relación de ayuda mediante *counselling*.

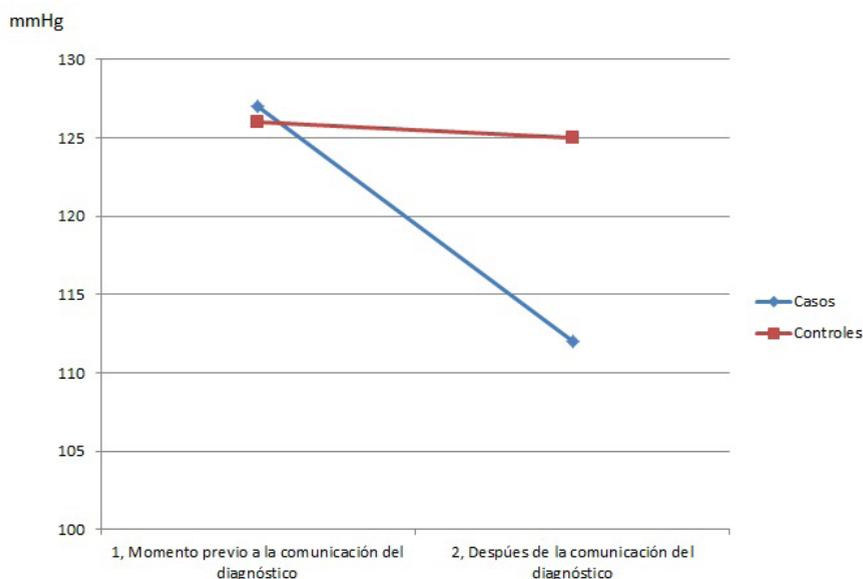
4.1.1. Tensión Arterial.

Para la tensión arterial al ser un parámetro compuesto (sístole y diástole), el análisis se divide en dos subapartados, analizando cada uno de los parámetros de manera independiente:

4.1.1.a. Tensión Arterial Sistólica (TAS).

El ANOVA propuesto para este tipo de análisis fue de tipo mixto 2 (tiempo) x 2 (grupo) que se llevó a cabo para estudiar diferencias en TAS. Tras él, se mostraron diferencias estadísticamente significativas en la variable debido al efecto del tiempo ($F(1,18) = 109.812, p < .001, \eta^2 \text{ parcial} = .859$), al grupo ($F(1,18) = 88.086, p < .001, \eta^2 \text{ parcial} = .830$) y a la interacción de ambos ($F(1,18) = 76.645, p < .001, \eta^2 \text{ parcial} = .810$). Aunque los efectos principales (tiempo y grupo) separados son datos estadísticos que deben comunicarse, la efectividad del tratamiento se manifestó en una interacción significativa. Es decir, un tratamiento es efectivo si el grupo tratado tiene un comportamiento diferencial al grupo control y éste es, además, en la dirección esperada. Para ello es necesario valorar en primer lugar la figura 17 en la que aparece la interacción y contrastarla con los datos de la prueba post-hoc realizada sobre ella.

Figura 17. Interacción tiempo por grupo en la TAS.



Fuente: Spss 19.0.

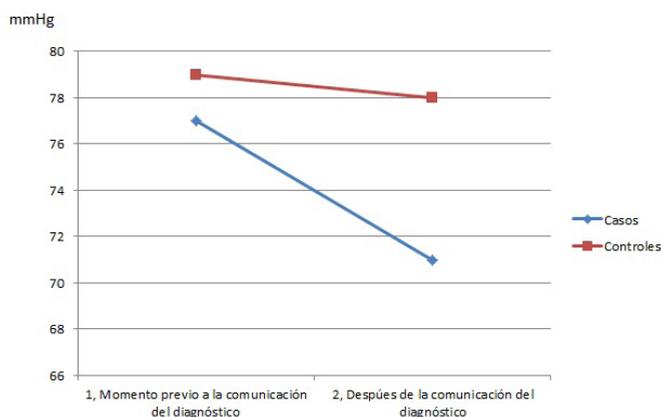
Como puede apreciarse en la gráfica ambos grupos empiezan en el tiempo 1 en una posición similar y elevada en sistólica que no difiere estadísticamente ($p = .315$); en el segundo momento temporal la prueba post-hoc sí es estadísticamente significativa ($p < .001$), y puede verse en la gráfica que el grupo experimental ha bajado mucho más la ansiedad que el control.

4.1.1.b. Tensión Arterial Diastólica.

El mismo modo de proceder se llevó a cabo para estudiar las diferencias en tensión arterial diastólica (TAD), ANOVA mixto 2 (tiempo) x 2 (grupo). Los resultados apuntaron diferencias estadísticamente significativas en tensión arterial diastólica en función del momento temporal ($F(1,18) = 10.091$, $p = .005$, η^2 parcial = .359) y al grupo ($F(1,18) = 18.159$, $p < .001$, η^2 parcial = .502), pero no debido a la interacción de tiempo y grupo ($F(1,18) = 3.016$, $p = .100$, η^2 parcial = .143). De este modo, la intervención con counselling no tuvo un efecto estadísticamente significativo. Sin embargo, el tamaño del efecto observado se considera medio (explicando el tratamiento un 14.3% de la varianza entre las medias), por lo que la no significatividad de la prueba pueda deberse a la falta de potencia estadística, dado el pequeño tamaño muestral.

Las pruebas post-hoc, a pesar de no mostrar diferencias estadísticamente significativas entre el grupo control y el experimental en el tiempo 1 ($p = .162$), sí las señalan tras el tratamiento o en el tiempo 2 ($p < .001$), diferencias a favor de los participantes en el grupo de *counselling*, con menor tensión arterial diastólica tras el tratamiento (ver figura 18).

Figura 18. Interacción tiempo por grupo en la TAD.

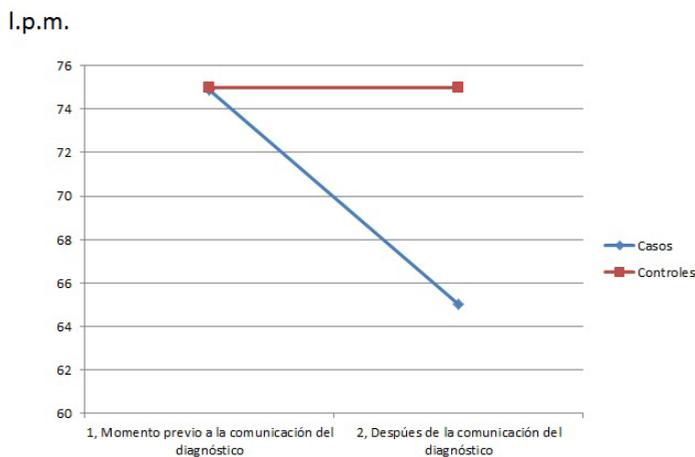


Fuente: Spss 19.0.

4.1.2. Frecuencia Cardíaca.

En el análisis del parámetro frecuencia cardíaca utilizamos un ANOVA mixto 2 (tiempo) x 2 (grupo). Este dato mostró diferencias estadísticamente significativas en la variable debido al efecto del tiempo ($F(1,18) = 59.423$, $p < .001$, η^2 parcial = .768), al grupo ($F(1,18) = 69.031$, $p < .001$, η^2 parcial = .793) y a la interacción de ambos ($F(1,18) = 61.800$, $p < .001$, η^2 parcial = .774). Aunque los efectos principales (tiempo y grupo) separados son datos independientes, ya muestran efectividad del counselling y se manifiestan en una interacción significativa. Al observar la figura 19 que mostramos a continuación aparece la interacción mencionada y podemos contrastar con los datos de la prueba realizada.

Figura 19. Interacción tiempo por grupo en la variable Frecuencia Cardíaca.



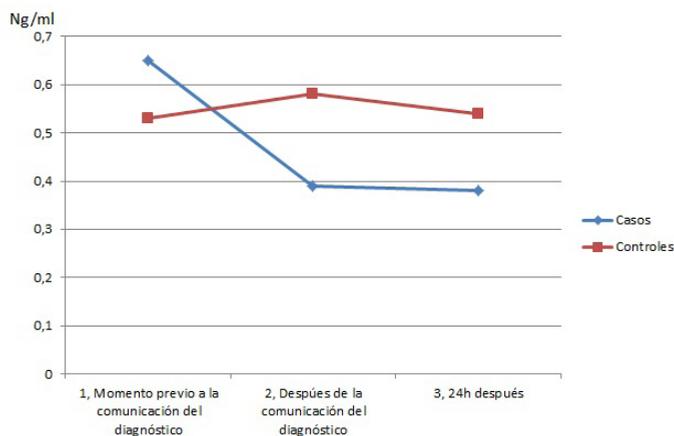
Fuente: Spss 19.0.

En la gráfica, en el tiempo 1 grupo caso y control comienzan en una posición similar y con un parámetro que no difiere estadísticamente ($p = .681$). En el segundo momento temporal, siguiendo la gráfica, observamos unos resultados estadísticamente significativos ($p < .001$).

4.1.3. Cortisol.

Para analizar la variable cortisol, empleamos un ANOVA mixto 3 (tiempo) x 2 (grupo). Esta variable, mostró diferencias estadísticamente significativas en función del tiempo ($F(2,17) = 4.056$, $p = .036$, η^2 parcial = .323), al grupo ($F(1,18) = .507$, $p < .486$, η^2 parcial = .027) y a la interacción de ambos ($F(2,17) = 3.874$, $p = .041$, η^2 parcial = .313). Aunque los efectos principales (tiempo y grupo) separados son datos estadísticos que a priori deben comunicarse, la efectividad del tratamiento se manifiesta a través de una interacción significativa. Al detenernos sobre la figura 20 en la cual aparece la interacción contrastada, se observa con los datos de la prueba post-hoc que ambos

Figura 20. Interacción tiempo por grupo en la variable cortisol.



Fuente: *Spss 19.0.*

grupos empiezan en el tiempo 1 en una posición similar y con un parámetro más elevado de la desviación típica según vimos en la información que nos aportó *Salimetrics Research* (2012) que no difiere estadísticamente ($p = .475$). No obstante, podemos observar que en el segundo momento temporal la prueba post-hoc (minutos después) y siguiendo el orden según el protocolo establecido, se mostraron resultados estadísticamente significativos ($p = .081$). Contrastando los datos de los tiempos 1 y 2 en la gráfica, observamos que el grupo experimental disminuye más su parámetro que en el control. De la misma forma en el tercer momento temporal (a las 24h después), las diferencias siguen siendo significativas ($p = .209$), lo que indica que el grupo de tratamiento sigue con un parámetro inferior que el control.

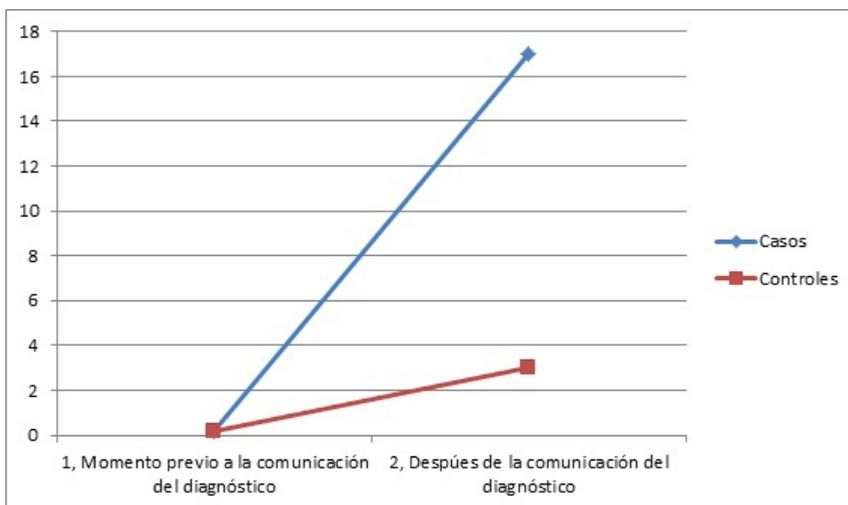
4.1.4. STAI.

Este test, debemos recordar tal y como comentamos en la introducción que, tiene una manera particular de interpretación. Los datos obtenidos en puntuaciones elevadas, reflejan ausencia de ansiedad, mientras que los datos que corresponden a puntuaciones bajas, suponen una mayor ansiedad.

4.1.4.a. Ansiedad-Estado.

En esta escala, analizamos las diferencias en ansiedad-estado, para lo que utilizamos el ANOVA mixto 2 (tiempo) x 2 (grupo), que mostró diferencias estadísticamente significativas en la variable, debido al efecto del tiempo ($F(1,18) = 97.352, p < .001, \eta^2 \text{ parcial} = .844$), al grupo ($F(1,18) = 48.617, p < .001, \eta^2 \text{ parcial} = .730$) y a la interacción de ambos ($F(1,18) = 51.761, p < .001, \eta^2 \text{ parcial} = .742$). La efectividad del tratamiento se manifiesta en una interacción significativa. El tratamiento es efectivo al tener un comportamiento diferencial al grupo control (ver figura 21).

Figura 21. Interacción tiempo por grupo en la variable ansiedad-estado.



Fuente: Spss 19.0.

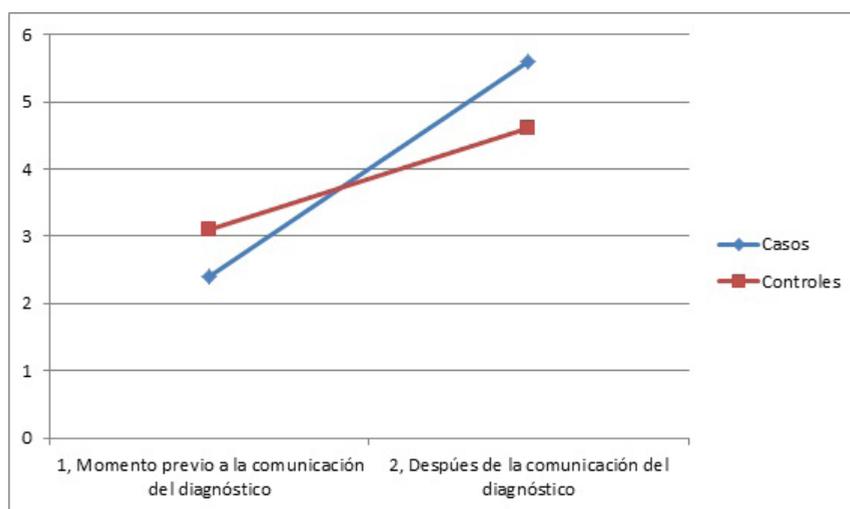
Podemos apreciar que ambos grupos empiezan en el tiempo 1 en una posición similar y con un parámetro bajo en ansiedad, lo que significa un nivel de ansiedad-estado elevado que no difiere estadísticamente ($p = .651$). No obstante,

en el segundo momento temporal la prueba muestra datos estadísticamente significativos ($p < .001$), donde el parámetro con el grupo experimental incrementa provocando una disminución de la ansiedad-estado.

4.1.4.b. Ansiedad-Rasgo.

Para analizar la variable ansiedad-rasgo, utilizamos del mismo modo un ANOVA mixto 2 (tiempo) x 2 (grupo), donde también mostró diferencias estadísticamente significativas debido al efecto del tiempo ($F(1,18) = 33.907$, $p < .001$, η^2 parcial = .653), al grupo ($F(1,18) = 3.913$, $p = .063$, η^2 parcial = .179) y a la interacción de ambos ($F(1,18) = 15.070$, $p = .001$, η^2 parcial = .456). La efectividad del tratamiento se manifiesta en una interacción significativa. En la figura 22 mostramos la interacción con los datos de la prueba realizada.

Figura 22. Interacción tiempo por grupo en la variable ansiedad-rasgo.



Fuente: Spss 19.0.

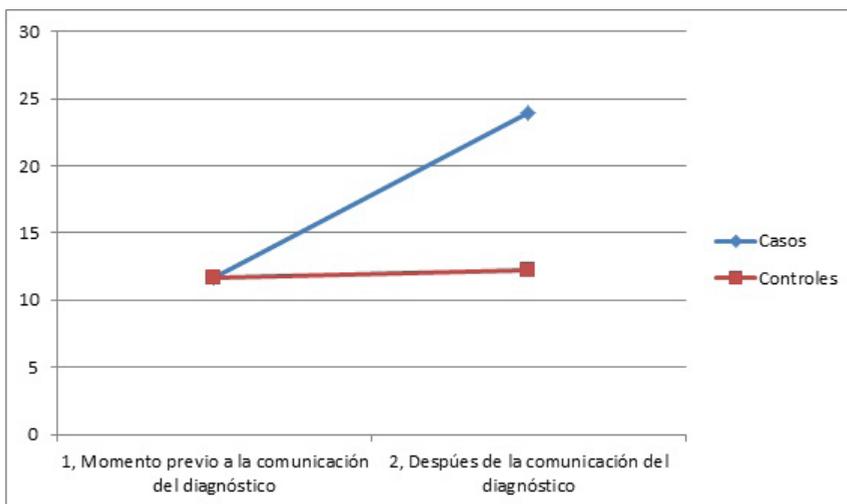
Ambos grupos empiezan en el tiempo 1 en una posición similar y con un parámetro bajo, lo que implica una elevada ansiedad-rasgo, que no difiere estadísticamente ($p = .754$); en el segundo momento temporal la prueba post-hoc sí es estadísticamente significativa ($p = .001$), y puede verse en la gráfica que el grupo experimental ha incrementado, lo que implica su disminución de ansiedad-rasgo.

4.1.5. Goldberg.

4.1.5.a. Introversión/extraversión.

La introversión-extraversión fue analizada por un ANOVA mixto 2 (tiempo) x 2 (grupo) para estudiar diferencias. Esta variable mostró diferencias estadísticamente significativas en la variable debido al efecto del tiempo ($F(1,18) = 28.335, p < .001, \eta^2 \text{ parcial} = .612$), al grupo ($F(1,18) = 28.123, p < .001, \eta^2 \text{ parcial} = .610$) y a la interacción de ambos ($F(1,18) = 24.955, p < .001, \eta^2 \text{ parcial} = .581$). La realización del método manifiesta una interacción significativa. Para ello es necesario valorar la figura 23 en la que aparece la interacción y contrastarla con los datos.

Figura 23. Interacción tiempo por grupo en la variable introversión-extraversión.



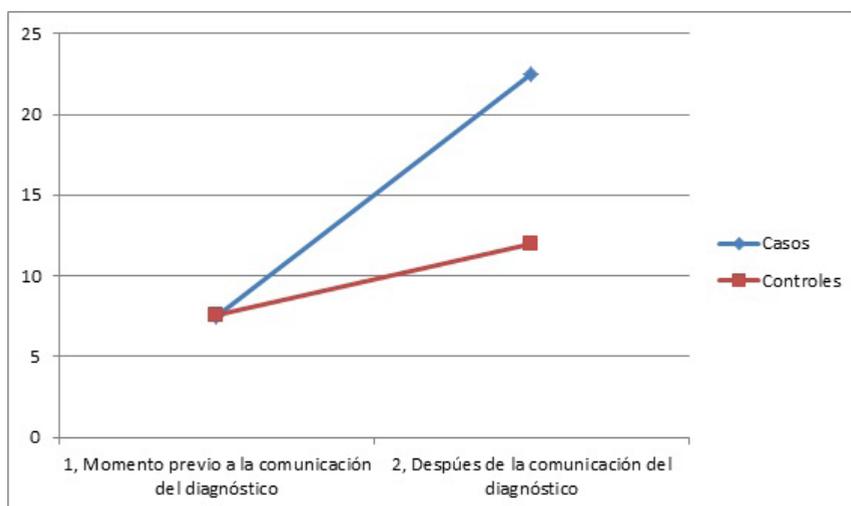
Fuente: Spss 19.0.

Como puede apreciarse en la gráfica ambos grupos empiezan en el tiempo 1 en una posición similar, donde el parámetro a analizar no difiere estadísticamente ($p = .749$). En el segundo momento temporal, obtenemos resultados estadísticamente significativos ($p < .001$). Tal y como hemos comentado en la introducción, al posicionarse hacia un extremo (parámetro bajo) o hacia el otro (parámetro elevado) suponía una determinación hacia la introversión o extraversión, respectivamente.

4.1.5.b. Oposicionismo/amabilidad.

Para estudiar la variable oposicionismo-amabilidad, realizamos un ANOVA mixto 2 (tiempo) x 2 (grupo). Obtuvimos diferencias estadísticamente significativas en esta variable debido al efecto del tiempo ($F(1,18) = 103.468$, $p < .001$, η^2 parcial = .852), al grupo ($F(1,18) = 38.536$, $p < .001$, η^2 parcial = .682) y a la interacción de ambos ($F(1,18) = 27.884$, $p < .001$, η^2 parcial = .608). Al combinarse los datos de tiempo y grupo, la efectividad del tratamiento se manifiesta en una interacción significativa. Es decir, un tratamiento es efectivo si el grupo tratado tiene un comportamiento diferencial al grupo control. A través de la figura 24 podemos observar la interacción con los datos de la prueba sobre ella.

Figura 24. Interacción tiempo por grupo en la variable oposicionismo-amabilidad.



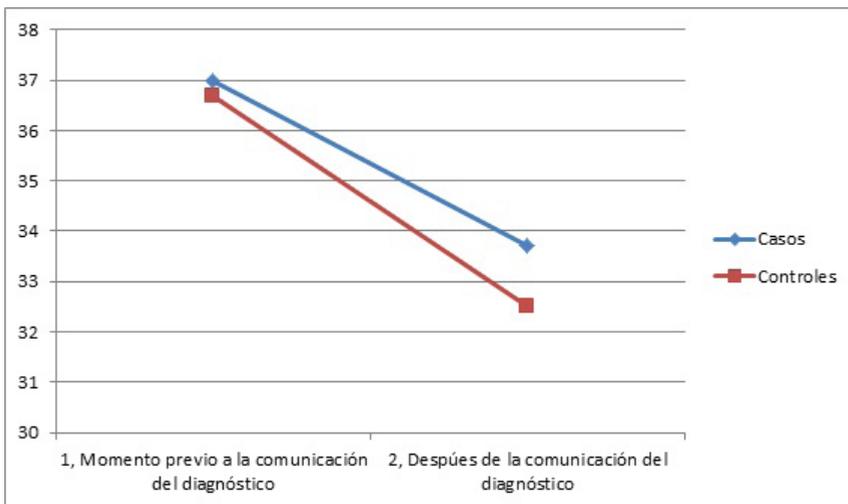
Fuente: Spss 19.0.

Como puede apreciarse en la gráfica ambos grupos empiezan en el tiempo 1 en una posición similar donde predomina la visión oposicionismo tanto en caso como en control, lo que no difiere estadísticamente ($p = .722$). En el segundo momento temporal de la prueba obtenemos diferencias estadísticamente significativas ($p < .001$), y puede verse en la gráfica que el grupo experimental tiene tendencia hacia la amabilidad.

4.1.5.c. Falta de responsabilidad/responsabilidad.

La falta de responsabilidad-responsabilidad es una variable a tener en cuenta ya que ayuda a tener la visión del paciente sobre cómo será su cooperación en la rehabilitación deportiva. El ANOVA mixto 2 (tiempo) x 2 (grupo) que se llevó a cabo para estudiar sus diferencias, mostró que éstas fueron estadísticamente significativas en la variable debido al efecto del tiempo ($F(1,18) = 88.002, p < .001, \eta^2 \text{ parcial} = .830$), al grupo ($F(1,18) = 2.419, p = .137, \eta^2 \text{ parcial} = .118$) y a la interacción de ambos ($F(1,18) = 1.998, p = .175, \eta^2 \text{ parcial} = .100$). Los datos manifiestan una interacción significativa. Para observar los efectos, podemos ver la figura 25 en la que aparece la interacción realizada sobre ella.

Figura 25. Interacción tiempo por grupo en la variable falta de responsabilidad-responsabilidad.



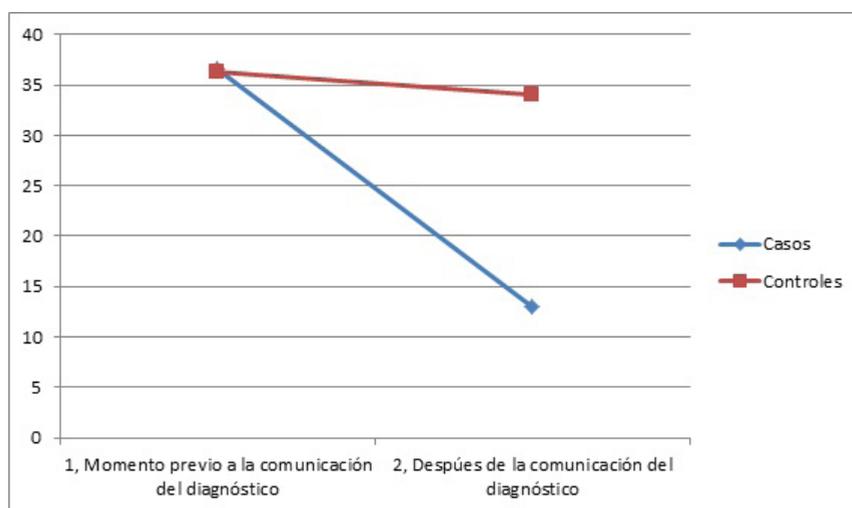
Fuente: Spss 19.0.

Como puede apreciarse en la gráfica ambos grupos empiezan en el tiempo 1 en una posición similar y con una tendencia hacia la falta de responsabilidad que no difiere estadísticamente entre grupos ($p = .752$). En el segundo momento temporal, la prueba post-hoc sí que muestra datos estadísticamente significativos ($p = .049$), y puede observarse en la figura que el grupo experimental genera una mayor tolerancia hacia la responsabilidad.

4.1.5.d. Estabilidad emocional/Neuroticismo.

A partir del ANOVA mixto 2 (tiempo) x 2 (grupo) realizado para estudiar diferencias en estabilidad emocional-neuroticismo, obtuvimos diferencias estadísticamente significativas en la variable debido al efecto del tiempo ($F(1,18) = 79.577, p < .001, \eta^2 \text{ parcial} = .816$), al grupo ($F(1,18) = 28.677, p < .001, \eta^2 \text{ parcial} = .614$) y a la interacción de ambos ($F(1,18) = 38.196, p < .001, \eta^2 \text{ parcial} = .680$). Para observar las diferencias entre los dos grupos, es necesario valorar la figura 26 en la que aparece la interacción y contrastarla con los datos de la prueba post-hoc realizada sobre ella.

Figura 26. Interacción tiempo por grupo en la variable estabilidad emocional-neuroticismo.



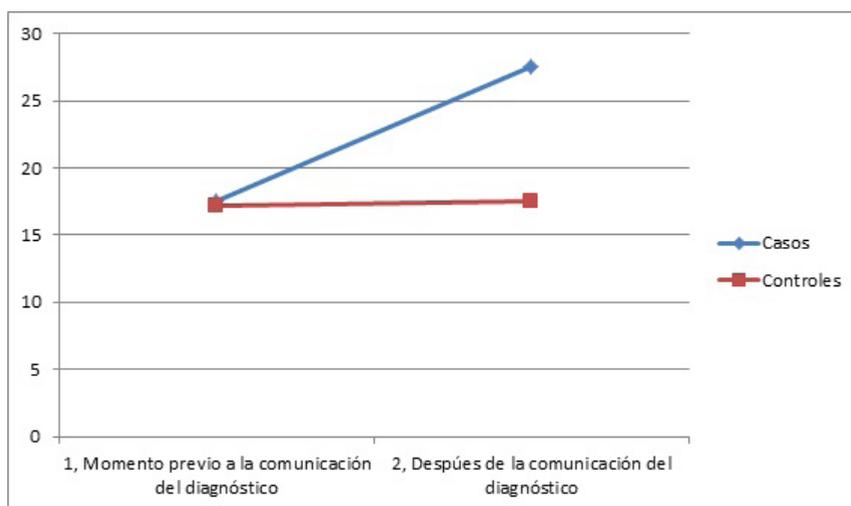
Fuente: Spss 19.0.

La gráfica nos ofrece que ambos grupos empiezan en el tiempo 1 en una posición similar y con tendencia hacia el neuroticismo que no difiere estadísticamente ($p = .461$). En el segundo momento temporal, obtenemos resultados estadísticamente significativos ($p < .001$), y puede verse en la gráfica que, el grupo experimental ha modificado significativamente su condición, donde ahora obtenemos una tendencia hacia la estabilidad emocional.

4.1.5.e. Cerrado a nuevas experiencias/abierto a nuevas experiencias.

El ANOVA mixto 2 (tiempo) x 2 (grupo) propuesto que se llevó a cabo para estudiar diferencias en cerrado a nuevas experiencias-abierto a nuevas experiencias, evidenció diferencias estadísticamente significativas en la variable, debido al efecto del tiempo ($F(1,18) = 58.087, p < .001, \eta^2 \text{ parcial} = .763$), al grupo ($F(1,18) = 21.790, p < .001, \eta^2 \text{ parcial} = .548$) y a la interacción de ambos ($F(1,18) = 46.207, p < .001, \eta^2 \text{ parcial} = .720$). Podemos observar la figura 27 en la que aparece la interacción.

Figura 27. Interacción tiempo por grupo en la variable cerrado a nuevas experiencias-abierto a nuevas experiencias.



Fuente: Spss 19.0.

Como puede apreciarse en la gráfica ambos grupos empiezan en el tiempo 1 en una posición similar donde muestran una tendencia en la que el futbolista está cerrado a nuevas experiencias, y estos datos no difieren entre ambos grupos estadísticamente ($p = .528$). En el segundo momento temporal, la prueba modifica la situación, convirtiéndola en estadísticamente significativa ($p < .001$), donde el grupo experimental deja patente la tendencia a que el futbolista queda abierto a nuevas experiencias.

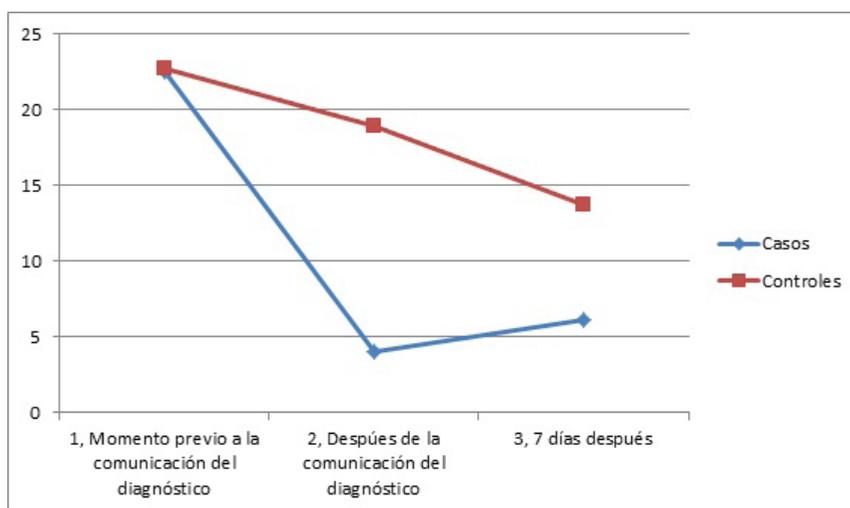
4.1.6. POMS.

Como ya hemos comentado, esta escala se divide en 6 subcategorías, cada una de las cuales ha sido analizada de manera independiente:

4.1.6.a. Tensión-Ansiedad.

Utilizamos un ANOVA mixto para estudiar las diferencias en tensión-ansiedad que fue de 3 (tiempo) x 2 (grupo). El POMS fue tomado en 3 momentos: antes de la confirmación diagnóstica lesiva al deportista, después de comunicarle la lesión y a los 7 días en post de la confirmación diagnóstica. Los resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas en la variable debida al efecto del tiempo ($F(2,17) = 142.446, p < .001, \eta^2 \text{ parcial} = .944$), al grupo ($F(1,18) = 22.866, p < .001, \eta^2 \text{ parcial} = .560$) y a la interacción de ambos ($F(2,17) = 17.213, p < .001, \eta^2 \text{ parcial} = .669$). Aunque los efectos principales (tiempo y grupo) separados son datos estadísticos que deben comunicarse, la efectividad del tratamiento se manifiesta en una interacción significativa. Podemos observar a través de la figura 28 que el grupo tratado tiene un comportamiento diferente al grupo control. Siguiendo la misma ilustración, observamos la interacción en cada uno de los tiempos a los que se ha visto sometido el test.

Figura 28. Interacción tiempo por grupo en la variable tensión-ansiedad



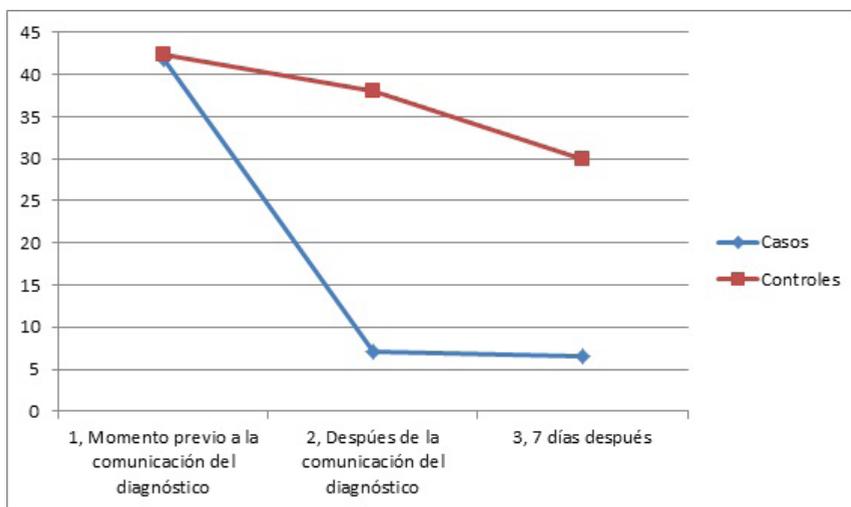
Fuente: Spss 19.0.

Como puede apreciarse en la gráfica ambos grupos empiezan en el tiempo 1 en una posición similar y elevada en tensión-ansiedad que no difiere estadísticamente ($p = .684$). En el segundo momento temporal, una vez comunicada la noticia a través de counselling, resulta ser estadísticamente significativa ($p < .001$), y puede verse en la gráfica que el grupo experimental ha bajado mucho más la tensión-ansiedad que el control. De la misma forma en el tercer momento temporal (a los 7 días), las diferencias siguen siendo significativas ($p = .001$).

4.1.6.b. Depresión-Melancolía.

El ANOVA mixto realizado para la dimensión depresión-melancolía es de 3 (tiempo) x 2 (grupo). Mostró diferencias estadísticamente significativas en esta variable debido al efecto del tiempo ($F(2,17) = 82.781, p < .001, \eta^2 \text{ parcial} = .907$), al grupo ($F(1,18) = 27.656, p < .001, \eta^2 \text{ parcial} = .606$) y a la interacción de ambos ($F(2,17) = 10.019, p = .001, \eta^2 \text{ parcial} = .541$). La efectividad del tratamiento se manifiesta en una interacción significativa. Es decir, la metodología counselling es efectiva, ya que el grupo tratado tiene un comportamiento diferencial al grupo control. Podemos valorar en la figura 29 en la que aparece la interacción y contrastarla sobre ella.

Figura 29. Interacción tiempo por grupo en la variable depresión-melancolía.



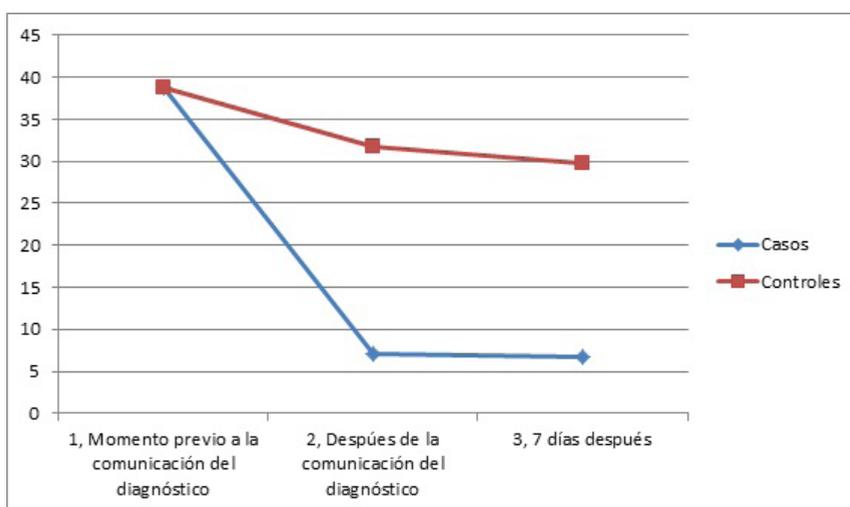
Fuente: Spss 19.0.

Como puede apreciarse en la gráfica, ambos grupos empiezan en el tiempo 1 en una posición similar y elevada en depresión-melancolía que no difiere estadísticamente ($p = .353$); en el segundo momento temporal, obtenemos resultados estadísticamente significativos ($p < .001$), y puede verse en la gráfica que el grupo experimental ha bajado mucho más la depresión-melancolía que el control. De la misma forma en el tercer momento temporal, las diferencias siguen siendo significativas ($p < .001$), lo que indica que el grupo de tratamiento sigue más bajo en ansiedad que el control.

4.1.6.c. Cólera-Hostilidad.

En cólera-hostilidad, el ANOVA mixto 3 (tiempo) x 2 (grupo) propuesto que se llevó a cabo para estudiar, mostró diferencias estadísticamente significativas en la variable debido al efecto del tiempo ($F(2,17) = 185.007$, $p < .001$, η^2 parcial = .956), al grupo ($F(1,18) = 30.560$, $p < .001$, η^2 parcial = .629) y a la interacción de ambos ($F(2,17) = 14.653$, $p < .001$, η^2 parcial = .633). Si analizamos la figura 30 en la que aparece la interacción de ambos grupo y tiempo en función de la variable independiente, al contrastarla con los datos podemos ver gráficamente los resultados que se obtienen sobre ella.

Figura 30. Interacción tiempo por grupo en la variable cólera-hostilidad.



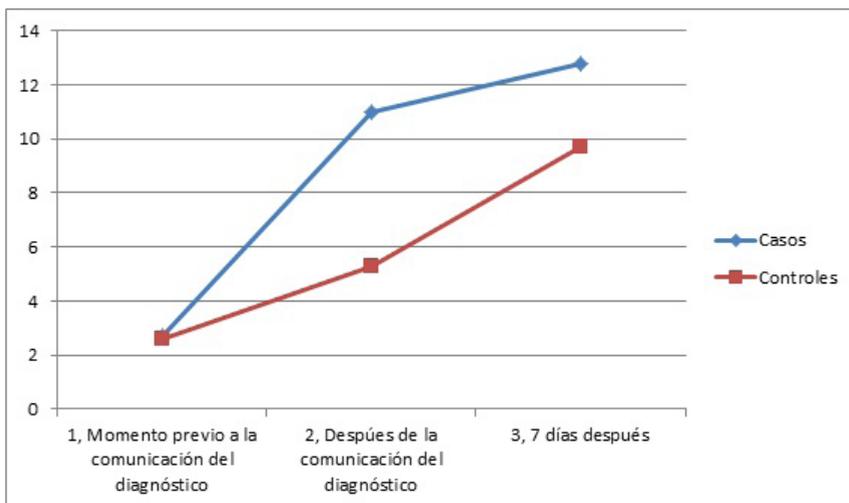
Fuente: Spss 19.0.

Ambos grupos empiezan en el tiempo 1 en una posición similar y elevada cólera-hostilidad que no difiere estadísticamente ($p = .827$); en el segundo momento temporal, la prueba es estadísticamente significativa ($p < .001$), y puede verse en la gráfica que el grupo experimental ha bajado mucho más la cólera-hostilidad que el control. De la misma forma en el tercer momento temporal, las diferencias siguen siendo significativas ($p < .001$).

4.1.6.d. Vigor.

Por lo que respecta a la variable vigor, el ANOVA mixto 3 (tiempo) x 2 (grupo) aportó diferencias estadísticamente significativas en la variable debido al efecto del tiempo ($F(2,17) = 95.181, p < .001, \eta^2 \text{ parcial} = .918$), al grupo ($F(1,18) = 5.615, p = .029, \eta^2 \text{ parcial} = .238$) y a la interacción de ambos ($F(2,17) = 2.251, p = .136, \eta^2 \text{ parcial} = .209$). Queremos puntualizar que la variable vigor se analiza de manera inversa a las anteriores, ya que este parámetro ante momentos de ansiedad/estrés o ante la evocación del miedo disminuye, a diferencia de las anteriores variables de la escala. Al valorar la figura 31 en la que aparece la interacción observamos los efectos realizados sobre ella.

Figura 31. Interacción tiempo por grupo en la variable vigor.



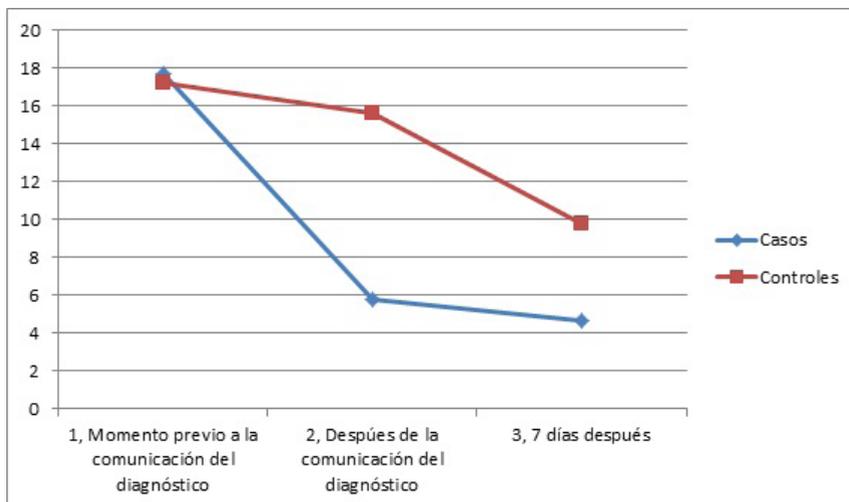
Fuente: Spss 19.0.

Podemos observar sobre la gráfica, que ambos grupos empiezan en el tiempo 1 en una posición similar y con parámetros bajos en vigor que no difieren estadísticamente ($p = .264$). En el segundo momento temporal la prueba post-hoc resulta estadísticamente significativa ($p = .034$), y puede verse en la gráfica citada que el grupo experimental ha incrementado en vigor más que el control. De la misma forma en el tercer momento, las diferencias siguen siendo significativas ($p = .041$), lo que indica que el grupo de tratamiento sigue más alto en vigor que el control.

4.1.6.e. Fatiga.

Por lo que respecta a la variable fatiga, el ANOVA mixto 3 (tiempo) x 2 (grupo) que se llevó a término, mostró diferencias estadísticamente significativas en la variable debido al efecto del tiempo ($F(2,17) = 66.970$, $p < .001$, η^2 parcial = .887), al grupo ($F(1,18) = 10.705$, $p = .004$, η^2 parcial = .373) y a la interacción de ambos ($F(2,17) = 7.796$, $p = .004$, η^2 parcial = .478). Se manifiestan estas variables bajo una interacción significativa. La variable independiente es efectiva, ya que tiene un comportamiento diferencial al grupo control. A continuación podemos observar la figura 32, en la que aparece la interacción y podemos contrastarla con los datos de la prueba.

Figura 32. Interacción tiempo por grupo en la variable fatiga.



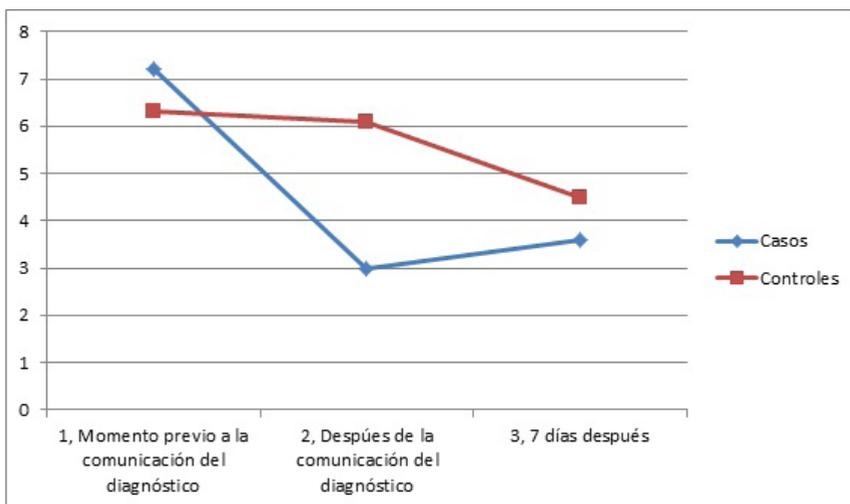
Fuente: Spss 19.0.

Como podemos ver en la gráfica ambos grupos empiezan en el tiempo 1 en una posición similar y elevada en sensación de fatiga que no difiere estadísticamente ($p = .606$). En el segundo momento temporal, la prueba post-hoc es estadísticamente significativa ($p = .001$), y puede verse en la gráfica que el grupo experimental ha bajado más en fatiga que el control. De la misma forma en el tercer momento temporal, las diferencias siguen siendo significativas ($p = .006$).

4.1.6.f. Confusión.

Para la variable confusión, el ANOVA mixto 3 (tiempo) x 2 (grupo) realizado, mostró diferencias estadísticamente significativas, debido al efecto del tiempo ($F(2,17) = 9.373, p = .002, \eta^2 \text{ parcial} = .524$), al grupo ($F(1,18) = 3.105, p = .095, \eta^2 \text{ parcial} = .147$) y a la interacción de ambos ($F(2,17) = 5.458, p = .015, \eta^2 \text{ parcial} = .391$). Las variables tiempo y grupo al comunicarse, muestran la efectividad del tratamiento siendo ésta significativa. Para contrastar estos datos ofrecemos la figura 33 en la que aparece la interacción.

Figura 33. Interacción tiempo por grupo en la variable confusión.



Fuente: Spss 19.0.

Sobre la figura, observamos que en ambos grupos al empezar en el tiempo 1, aparecen en un parámetro semejante y elevado en confusión y éste no difiere estadísticamente ($p = .417$). En el segundo momento temporal obtenemos datos estadísticamente significativos ($p = .005$), donde el grupo experimental disminuye exponencialmente en comparación con el control. De la misma forma en el tercer momento temporal, las diferencias siguen siendo significativas ($p = .110$), lo que indica que el grupo de tratamiento sigue más bajo en confusión que el control.

4.2. Parámetros cualitativos que expresan la eficacia de la relación de ayuda mediante *counselling*.

Las entrevistas han permitido profundizar en los aspectos más recónditos de la realidad física y emocional que el entrevistado, en este caso un deportista de élite, vive ante la incertidumbre de su lesión. A pesar de la reducida expresividad verbal de los pacientes que han recibido *counselling*, en cierto modo comprensible dado que el impacto de la mala noticia recibida supone certificar la evidencia de su lesión, lo que a la vez les sumerge en un proceso que conlleva tres realidades del lesionado: biológica, psicológica y social, tal y como hacíamos referencia en la introducción a través de la explicación que nos facilitaba Palmi (2001), el análisis profundo del contenido de las entrevistas junto a la experiencia de observación durante la realización de las mismas, ha permitido extraer algunos aspectos que podemos considerar relevantes.

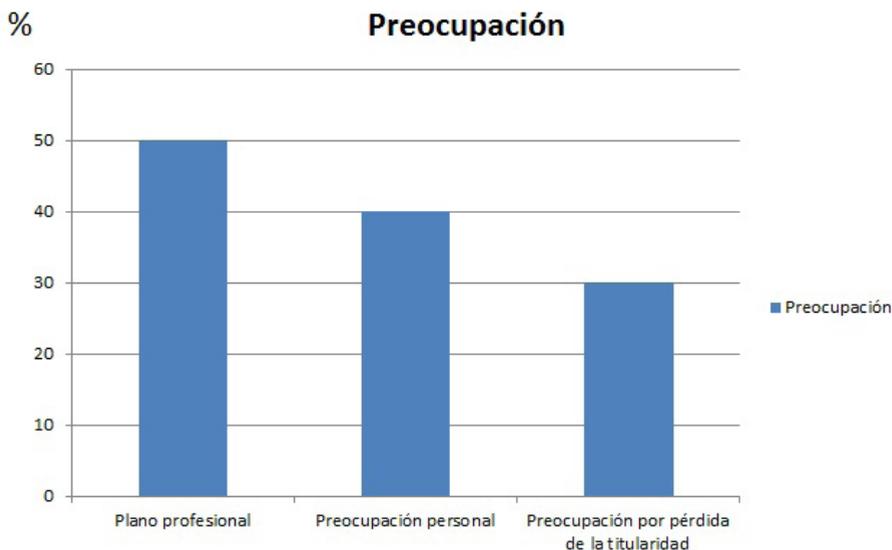
Como ya se ha explicado en el apartado de metodología, la entrevista pretendía, más allá de establecer un modo específico de transmitir las malas noticias de manera que reduzca su impacto y favorezca su aceptación, evidenciar la solidez y veracidad de la lesión, obteniendo una mayor confianza por su

parte. Estimulábamos además la posibilidad de diálogo por su parte, al hacerle partícipe de su propia lesión, haciéndole saber que sin él no podremos avanzar, haciéndole protagonista del proceso de recuperación (preguntándole su opinión sobre la terapéutica a seguir y dándole un espacio de libertad a la expresión de sus fuentes de preocupación).

El análisis de contenido de las entrevistas reveló dos grandes categorías: 1) la preocupación personal ante la incertidumbre del futuro y 2) la relación entre el deportista y su terapeuta.

La primera categoría (preocupación personal) se extrae a su vez de las diferentes verbalizaciones relacionadas principalmente con: 1) la Preocupación por el futuro económico ([...“Esta lesión no me va a retirar del fútbol, ¿verdad?”...]; [...“Es que la vida del futbolista es muy corta, y quiero “pillar” ahora mucho dinero para luego vivir bien, ya que yo no tengo nada más”...]); 2) el Miedo a la devaluación profesional ([...“Tengo miedo que esta lesión me aparte del fútbol. Se olviden de mí, y que me vaya a un equipo de segunda”...]; [“Me querrá traspasar seguro”]; [“¿Y si supone el fin de mi carrera?”]; 3) la Pérdida de la titularidad [“¿Y si me quitan el puesto? Mi compañero está muy fuerte y va a tope en los entrenamientos”...]; [“Mi compañero (refiriéndose al que ocupa su misma posición) tiene hasta menos grasa que yo. No creo que falle”...] y 4) la Pérdida de la confianza con el entrenador [“El místico se lo lleva y me deja a mí en el banco”...]; [“Ahora el místico seguro que desconfía de mí”...]; [“Necesito tener la confianza del místico sea como sea”...].

Por otra parte, también aparece como una inquietud manifiesta el Miedo a la pérdida de la confidencialidad en la relación profesional de la salud/paciente [... ¿Ni a la prensa?”...]; [...“Como digas algo a alguien de esto...”]; [“Tú de esto ni mu!”...].

Figura 34. Porcentaje de las categorías verbalizadas.

Fuente: Elaboración propia.

Ante la figura 34, podemos observar que, en el 50% del total de los casos, en el momento de la entrevista con el deportista bajo la metodología *counselling*, manifiestan de manera explícita su preocupación profesional.

En un segundo plano, siendo un 40% del total de los casos, observamos cómo influyen los factores humanos con dos entidades nucleares para su nueva realidad: el entrenador y el cuerpo médico.

Y ya en tercer plano, manifestado explícitamente en un 30% del total de los casos, verbalizan abiertamente su preocupación por la pérdida de la titularidad.

Estas tres categorías que son repetidas por los deportistas en sus diferentes sesiones iniciales de *counselling*, sugerirían a su vez, agruparse en dos macrocategorías: una, hace referencia al propio individuo; y otra, a su relación con el profesional de la salud (ver figura 35).

Figura 35. Categorías verbalizadas.

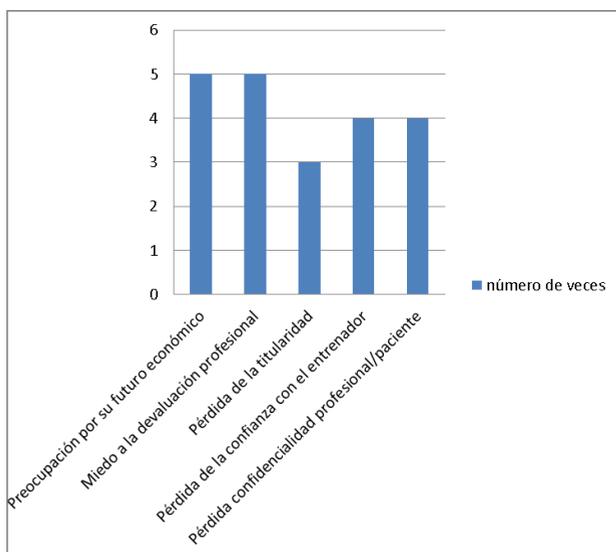


Fuente: Elaboración propia.

Dentro de cada categoría observamos que los deportistas manifiestan de manera explícita diferentes preocupaciones como son: preocupación sobre su futuro económico, la devaluación profesional a la que van a someterse y el deterioro de la relación con el entrenador con la consecuente pérdida de la titularidad.

Cuantificando en las entrevistas con los deportistas, cada uno de estos parámetros se obtuvo lo reflejado en la figura 36.

Figura 36. Preocupaciones verbalizadas en total de las entrevistas.



Fuente: Elaboración propia.

Una vez vistas las principales preocupaciones que verbalizan los deportistas de manera explícita, pasamos ahora a cuantificar el contenido de las verbalizaciones, pudiendo observar que confluyen distintos aspectos en relación con la terapéutica a seguir:

- Compromiso
- Desilusión/disgusto
- Desconfianza/silencio
- Sorpresa
- Miedo/vulnerabilidad
- Aceptación
- Ilusión/complicidad terapéutica

De tal modo que queda reflejado de la siguiente forma (ver tabla 15):

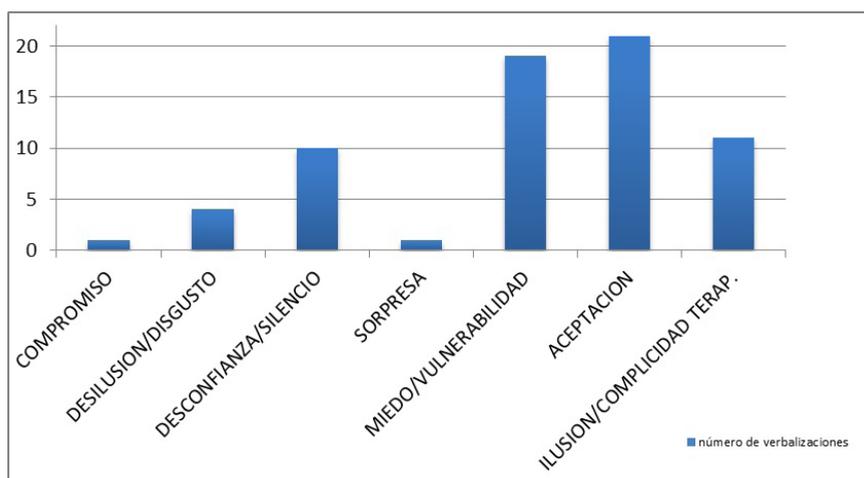
Tabla 15. Veces verbalización por preocupación manifiesta.

Categoría/n° veces verbalizadas	Compromiso	Desilusión/Disgusto	Desconfianza/silencio	Sorpresa	Miedo/Vulnerabilidad	Aceptación	Ilusión/Complicidad terapéutica
	1	4	10	1	19	21	11

Fuente: Elaboración propia

De forma gráfica, queda reflejado de la siguiente manera (ver figura 37):

Figura 37. Verbalizaciones en las entrevistas.



Fuente: Elaboración propia.

De estas microcategorías manifestadas por los sujetos sometidos a counselling, destacan el miedo/vulnerabilidad, la aceptación y ya en menor medida la ilusión/complicidad y desconfianza/silencio.

Si evaluamos estos cuatro parámetros en función del tiempo, tomando como medida la duración total de las entrevistas (ver tabla 16):

Tabla 16. Tiempo por caso.

	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5	Caso 6	Caso 7	Caso 8	Caso 9	Caso 10
Time	18 min	15 min	21 min	22 min	20 min	17 min	19 min	18 min	20 min	21 min

Fuente: Elaboración propia.

Por lo que la media de tiempo por entrevista es de 19,1min. De aquí, podemos observar cómo al dividir la totalidad de la entrevista media en tres partes, cada una de las partes, corresponde a 6.36min; y la parte de las etiquetas manifestadas en función del tiempo se representa en la tabla 17.

Tabla 17. Veces de etiquetas demandadas por tercio de tiempo.

Veces que repite por tercio de tiempo	Total	Primer tercio de la entrevista	Segundo tercio de la entrevista	Tercer tercio de la entrevista
Miedo/Vulnerabilidad	19	3	7	9
Aceptación	21	1	7	13
Ilusión/comlicidad	11	0	3	8
Desconfianza/silencio	10	1	8	1

Fuente: Elaboración propia.

De estos datos se desprende que:

- El miedo está presente en todo momento fruto de la lesión que puede comprometer la continuidad profesional del deportista y se verbaliza de manera explícita con mayor intensidad conforme avanza la entrevista. Aspecto significativo ya que demuestra que gana confianza con el *counsellor*.
- La ilusión al inicio de la entrevista es inexistente, mientras que al final

de la entrevista, manifiesta verbalmente entusiasmo por empezar de inmediato la recuperación.

- La desconfianza, gana intensidad en el segundo tercio de la entrevista, mientras que en el tercer tercio de la misma, disminuye drásticamente.
- Con respecto a la aceptación, conforme avanza la entrevista, el deportista muestra signos de evidencia de aceptación de la nueva situación que tiene en estos momentos.

A continuación mostramos la figura 38, donde se pueden observar gráficamente los tres momentos en función de las verbalizaciones que acabamos de comentar en la tabla anterior.

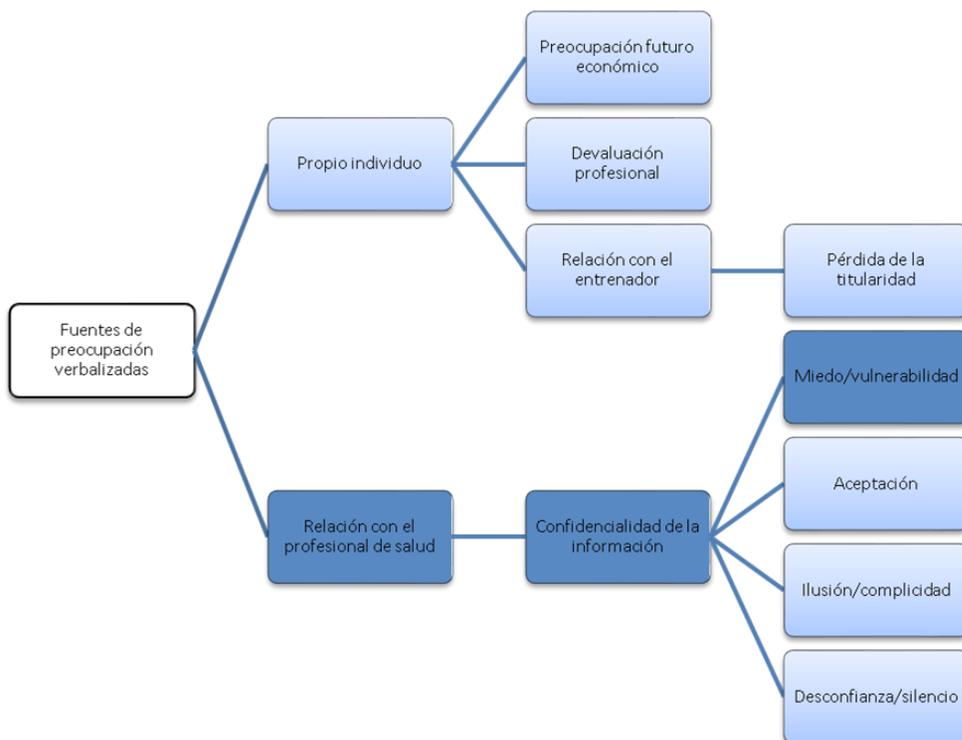
Figura 38. Emociones por tiempo de exposición.



Fuente: Elaboración propia.

Quedando de manera completa el esquema reflejado de la siguiente manera (ver figura 39):

Figura 39. Manifestaciones verbalizadas por los deportistas.



Fuente: Elaboración propia.

V. DISCUSIÓN.

Recordando las palabras de Lazarus y Folkman (1984), la reacción de estrés forma parte de una respuesta inespecífica del organismo a la que pretende hacerle frente ante una demanda ambiental, que pone en peligro el bienestar del individuo. No es de extrañar que, entre las exigencias e incertidumbres a las que son sometidos los futbolistas, ante una situación adversa en la que se ponga en peligro su futuro tanto profesional, personal como económico, se genere un estado de alarma.

Así pues, nuestro **objetivo 1**, era hacer uso de las herramientas: TA, Fc, Fr, POMS, STAI y Goldberg, y contrastar las diferencias de los resultados en dos momentos: en la pretemporada (estado basal) y previo a la confirmación diagnóstica de la lesión. A lo que formulamos la **hipótesis 1** donde se pretende evidenciar que el futbolista ante una situación previa a la confirmación diagnóstica, se encuentra en una activación psicofisiológica propia del estrés.

Se puede observar que se contrastan dos momentos: la pretemporada y los momentos previos de la comunicación del diagnóstico. Estos datos fueron obtenidos sobre la totalidad de los sujetos sometidos a estudio con lo que de este modo, observamos que el futbolista se encuentra ante un estado de alerta, en contraste al momento libre de estrés considerado bajo el parámetro pretemporada, que posiblemente esté relacionado tal y como afirman Holmes y Rahe (1967) a los *life-events*, donde la lesión o enfermedad supone un acontecimiento que genera estrés e incertidumbre a la persona. Por lo que respecta a la pretemporada, tiene una activación simpática menor con respecto a los parámetros de TA y Fc que en los momentos previos a la comunicación del diagnóstico, siendo la relación entre ambos estadísticamente significativa

(ver figura 15 y 16). El mismo procedimiento que el anterior se realizó con los parámetros Fr, POMS, STAI y Goldberg; obteniendo en todos ellos diferencias entre ambos momentos.

Esta situación en la que el futbolista se encuentra bajo una activación simpática, posiblemente quede vinculada por la cercanía de un miedo real o potencial en referencia a las consecuencias de su lesión deportiva. Ahora bien, una vez realizada la comunicación del diagnóstico a través de la metodología expuesta, abordamos el **objetivo 0** que consiste en evidenciar que el *counselling* tiene eficacia en un contexto deportivo de fútbol profesional. Para abordar su eficacia nos centraremos en las respuestas del paciente tanto biológica, psicológica como social:

- **Objetivo 0.1**, parámetros biológicos (TA, Fc, cortisol):

Estimar si la tensión arterial (TA) tiene un efecto de disminución de su parámetro al aplicar *counselling* sobre los futbolistas.

Mostrar si la frecuencia cardíaca (Fc) tiende a disminuir su valor por minuto al aplicar la metodología citada.

Analizar las muestras de la variable cortisol para evidenciar que previa a la confirmación diagnóstica, el futbolista está bajo una situación de estrés y comprobar si posteriormente a la noticia con la utilización de la metodología *counselling* su valor disminuye.

- **Objetivo 0.2**, parámetros psicológicos (STAI, Goldberg):

Analizar mediante el inventario STAI previa y posteriormente a la comunicación de la lesión, si la percepción de ansiedad del futbolista disminuye tras la utilización de la metodología sometida a estudio.

Contrastar a través de la escala Goldberg, si existen cambios en la auto-percepción de bienestar en comparación a la situación previa de la confirmación diagnóstica, una vez ha sido empleado *counselling* sobre el futbolista.

• **Objetivo 0.3**, perspectiva social (metodología cualitativa):

Hacer análisis de contenido de las entrevistas de los futbolistas, clasificar e interpretar su discurso y reacciones en el marco de la aplicación del *counselling* para obtener datos que revelen la posible mejora de su situación. Este análisis permitirá también mostrar la correlación entre los datos cuantitativos, de origen fisiológico y las respuestas verbales y emocionales.

Por lo que la **hipótesis 0** nos plantea que: La aplicación de metodología *counselling* en la comunicación del diagnóstico en la lesión de dos a tres semanas a futbolistas profesionales, tiene repercusiones atenuantes sobre el estrés/ansiedad. Esta reducción genera en el futbolista beneficios de carácter biológico, psicológico y social.

Ortega y Zubeidat (2003), hacían hincapié en que la primera fuente de estrés es de carácter fisiológico, ya que éste tiene consecuencias inmediatas sobre el organismo y si ésta no desaparece en el tiempo, es capaz de prolongar sus efectos. De tal modo y atendiendo al **objetivo 0.1**, ya conocemos que la tensión arterial queda dividida en un mismo dato compuesto por dos parámetros.

Ante los resultados, encontramos consecuencias estadísticamente significativas en lo que respecta a la presión sistólica, no teniendo las mismas consecuencias la presión diastólica. Debemos recalcar que, pese a no tener evidencias estadísticamente significativas entre los grupos, sí que evidenciamos que

hay cambios en cuanto al parámetro diastólico (ver figura 18). Lo que nos lleva a la argumentación de que tenemos cambios en la presión arterial, siendo estadísticamente significativa únicamente en la TAS. Si observamos al grupo control, hay un ligero descenso tanto de la TAS como de la TAD (ver figuras 17 y 18), mientras que en los pacientes sometidos a *counselling* su parámetro disminuye significativamente.

Siguiendo con nuestra argumentación, respecto a la frecuencia cardiaca (Fc) observamos que disminuye su parámetro tras la recepción de la mala noticia (ver figura 19). Podemos afirmar que del mismo modo que el parámetro anterior, nos empuja hacia la certeza biológica de que el futbolista llega a la consulta con una activación simpática, propia de la fase de alarma del síndrome general de adaptación (SGA) que nos ofreció Selye (1976), y que al ser tratado con *counselling*, ésta se atenúa. Al ser el SGA una reacción de alarma inespecífica, y ver su parámetro disminuido en el grupo caso, y ligeramente mantenida en el control, cabría pensar que los motivos podrían estar relacionados con una disminución de la reacción de alarma al utilizar *counselling* o bien porque haya aceptado su situación pasando a la fase siguiente: fase de la adaptación propia del SGA. Asimismo, podemos observar en la misma ilustración anteriormente citada que, los pacientes que no han sido sometidos a *counselling* sus parámetros no han menguado, sino que esta activación queda mantenida en el tiempo.

A continuación mostramos la figura 3, en la que se encuentran los parámetros analizados a través del eje simpático del estrés ofrecido por Selye (1976), donde la activación del estado fisiológico obedece que ante la presencia de un agresor externo, físico o psíquico y el organismo responde a tal estímulo,

psicológico o ambiental, con consecuencias fisiológicas, entre las cuales encontramos los dos parámetros que anteriormente hemos analizado.

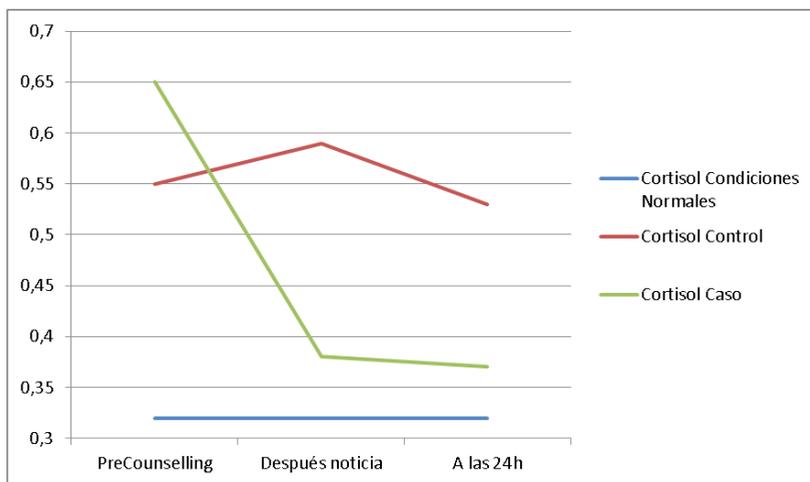
Figura 3. Eje simpático del estrés, en fase de alarma.

Midriasis	Pilo erección
Aumento de la termogénesis	Aumento del calibre de los bronquios
Aumento de la presión arterial	Aumento del ritmo cardiaco
Sudoración	Vasoconstricción del sistema digestivo
Hiperglucemia	Hipertrigliceridemia

Fuente: Selye, 1976.

Ante esta consecuencia del estímulo externo y/o interno recordamos que había una activación del eje Hipotálamo-Hipófiso-Adrenal (HHA) que cursaba a la vez que el sistema nervioso simpático. Por lo que para comprobar si esta activación ha sucedido, debemos atender a la siguiente variable que consiste en analizar las muestras sobre la variable cortisol para evidenciar que previa a la confirmación diagnóstica, el futbolista está bajo una situación de estrés. Debemos recordar que esta variable obedece a biorritmos nictemerales (Kirschbaum, Helhammer, 1994), por lo que dependiendo de la hora a la que ha sido tomada, puede estar sujeta a una delicada interpretación. Asimismo, teniendo en cuenta que el momento de la comunicación diagnóstica era el mismo en todos los casos y tomando como patrón de normalidad de cortisol diario los datos ofrecidos por *Salimetrics Research* (2012) (ver figura 20), podemos observar lo siguiente (ver figura 40):

Figura 40. Patrón cortisol normal respecto a los datos del estudio.



Fuente: Elaboración propia.

Como observamos, la línea roja hace referencia a los sujetos control, mientras que la línea verde, hace referencia a los sujetos caso. La línea azul, hace referencia a la media del parámetro respecto a la hora en la que fue tomado el análisis de cortisol en saliva, tomando como referencia el valor ofrecido por *Salimetrics Research* (2012). Por lo que si la hora en la que fue tomada la muestra oscila entre las 9:00h y las 10:30h, los valores corresponden a 0.45 y 0.2, cuya media es de 0.325; por este motivo, en los tres momentos el parámetro de cortisol en condiciones normales es el mismo.

Los parámetros de cortisol previos a la comunicación del diagnóstico, en ambos grupos superan la media del parámetro estándar inclusive siendo superior el de los sujetos sometidos a estudio. Mientras que después de la comunicación del diagnóstico, esta tendencia cambia en relación a la situación anterior. Los parámetros tomados tras la comunicación del diagnóstico a través de *counselling* disminuyen drásticamente su valor y pese a esto no alcanzan

los parámetros de normalidad sugeridos por *Salimetrics Research* (2012). Lo que indica que el sujeto permanece en una activación simpática propia del estrés, pero con una disminución de reacción de alarma. Cabe añadir que en ningún caso los datos relacionados con el cortisol han alcanzado picos patológicos (siendo éste 1,55 mcg/dl). No obstante, el objetivo de la hipótesis no es contrastar si llega a picos patológicos o si tras la recepción del diagnóstico a través de *counselling* llegan a parámetros de normalidad. La hipótesis de trabajo versaba en que la variable hormonal cortisol, tiene consecuencias significativas de disminución de su valor, tras la comunicación de la lesión. Los resultados apoyan la vinculación de la activación simpática, concretamente en la activación del sistema nervioso central donde se produce una activación autonómica y neuroendocrina (cortisol) propias de las situaciones que provocan estrés/ansiedad (Leng y Rusell, 1998), a lo que tras el *counselling* este parámetro disminuye.

Complementando al análisis anterior, mediante la muestra de cortisol en saliva tomada 24h después de la comunicación del diagnóstico (ver figura 20, tiempo 3; o ver figura 40, a las 24h), que fue obtenida a la misma hora que el día anterior, observamos que la concentración de cortisol en saliva es menor que en los sujetos que han sido sometidos a la variable de estudio. Por lo que posiblemente estemos hablando de una disminución de la incertidumbre sobre el ambiente, situación que pretende afrontar ahora bajo la condición de lesionado, en la que conoce los objetivos y por tanto la situación no es desconocida. Inversamente a su valor lo refleja Buceta (1998) donde comenta que aquellos deportistas que tienen una mayor incertidumbre representan fuentes psicológicas de estrés, tales como la falta de control sobre el propio rendimiento provocado por la condición de lesionado.

Los datos obtenidos entran en sintonía con nuestra hipótesis, mientras que los resultados del trabajo de Martin y colaboradores (2013) están inversamente relacionados, ya que compararon el nivel basal de cortisol en saliva con un procedimiento estresante y sus resultados encontraron diferencias significativas a favor del estrés en el nivel de cortisol incrementando su valor después de haberles sometido a estrés.

En tal caso el **objetivo 0.1**, tenía el propósito de encontrar evidencias en el futbolista ante la reducción de alarma biológica, a lo que podemos confirmar que el *counselling*, tiene consecuencias biológicas atenuantes de la alarma fisiológica, evidenciada principalmente bajo los constructos de Selye (1976) y Guyton (2003).

Conociendo la particularidad del parámetro cortisol tal y como reflejan De Jong et al (2000), donde hacían referencia a que el cortisol en saliva puede ser interesante de cara a compararlo después de una situación estresante, pero no para utilizarlo como un único indicador en sí mismo, queremos seguir nuestra discusión avalando esta afirmación y comprobar si tiene coherencia con los resultados obtenidos, puesto que si el individuo está bajo una situación de estrés además de su organismo como acabamos de ver, su mente no responderá de manera aislada ante tal situación.

Así que recordando las aportaciones de Benito Lahuerta et al (2011), donde afirmaban que la reacción de estrés y las reacciones emocionales tenían una relación íntima con la ansiedad, esta última tiene por definición una estricta relación con una amenaza potencial sobre el medio ambiente real. Nuestro **objetivo 0.2**, pretende considerar si al cumplimentar los tests STAI y Goldberg, existe una correlación atenuante entre la situación lesiva y su estado de estrés/ansiedad al exponerlo a *counselling*.

La reacción emocional tiene como crisol la emoción. Esta última haciendo alusión a Fernández-Abascal et al (2010), se caracterizaba por un estado mental o proceso generado por un evento externo con consecuencias internas, que tiene un inicio definido.

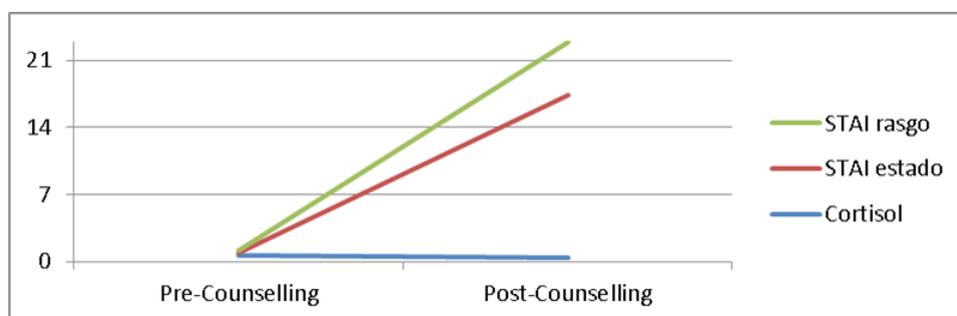
Para demostrar esta hipótesis hicimos uso de la escala STAI. En ella vemos que tanto en el estado como en el rasgo, los resultados siguen la dinámica obtenida en el estrés, en la cual en momentos previos (ver figuras 21 y 22) parten de una puntuación baja que indica un elevado estado o rasgo de ansiedad según corresponda; mientras que en el tiempo dos, la autopercepción sobre su lesión incrementa exponencialmente mejorando las puntuaciones en los sujetos sometidos a *counselling*. Estos datos muestran que sobre la ansiedad intervienen distintas variables entre las que encontramos las cognitivas (pensamientos, creencias, ideas, etc...), emocionales y situacionales (Sierra, Ortega, Zubeidat, 2003), alcanzando esta condición aquellas que provoquen en el individuo un temor por algún aspecto que sea potencial de causarle miedo.

Relacionándolo con el DSM-5 (2013) entre las manifestaciones periféricas de la ansiedad, se encuentran la hipertensión y la taquicardia (ver tabla 10). En nuestro caso, y con mayor motivo al tratarse de futbolistas profesionales, caemos en la improbabilidad de que a tenor de una mala noticia le provoque taquicardia e hipertensión. No obstante, el momento de una mala noticia a la que somos susceptibles de tener consecuencias con repercusión en nuestra vida personal, o inclusive en nuestra vida laboral, va a suponer que incremente nuestro estado de tensión como ya hemos comentado con anterioridad y sumando un mayor agravante, cuando los resultados indican que vas a ser desplazado de los terrenos de juego. Del mismo modo, si unimos los resultados

obtenidos en la variable biológica TA y Fc junto con los resultados obtenidos por el STAI, observamos que guarda una relación directa de coherencia entre ambas escalas. Es decir, que los pacientes sometidos a *counselling*, provocan una diferencia significativa entre los dos momentos pre y post *counselling*, disminuyendo su sensación de alarma, tanto biológica como psicológica; mientras que por otra parte, los pacientes que no fueron sometidos a tal variable no evidenciaron apenas diferencias entre uno y otro momento.

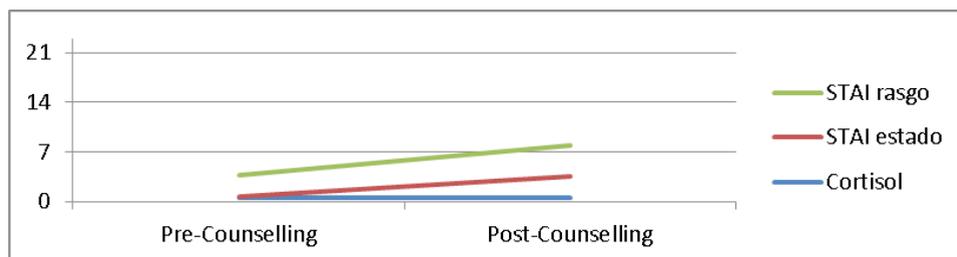
Del mismo modo, el estudio de Ramos y colaboradores (2008), evidenció la influencia del grado de ansiedad y el nivel de cortisol sobre la recuperación postquirúrgica. Pese a pertenecer a contextos diferentes, si relacionamos los mismos factores que en el estudio de Ramos con nuestros datos obtenemos (ver figuras 41 y 42):

Figura 41. Cortisol, STAI estado y STAI rasgo con pacientes *counselling*.



Fuente: Elaboración propia.

Figura 42. Cortisol, STAI estado y STAI rasgo con pacientes no *counselling*.



Fuente: Elaboración propia.

Como vemos, la variable STAI a medida que incrementa en valor, supone menor grado de ansiedad, puesto que hay diferencia entre ambos grupos y su correlación con el cortisol, del mismo modo que en el estudio citado. Estos resultados apoyan las palabras de Ortín, Garcés de Fayos y Olmedilla (2010), donde el estrés del lesionado puede estar presente en cualquiera de las fases: desde el momento de la lesión, pasando por la rehabilitación, hasta la vuelta a entrenamientos y competición. Por lo que el *counselling* ayuda a disminuir la manifestación del estrés y ansiedad percibida sobre la lesión del futbolista.

Hemos visto que el *counselling* está teniendo consecuencias sobre el futbolista profesional tanto en el estrés como en la ansiedad pero, ¿potenciará su sensación de bienestar? A través de la escala Goldberg, pretendemos contrastar si existen cambios en la auto-percepción de bienestar en relación a la situación previa de la confirmación diagnóstica.

Para la demostración de la sensación de bienestar hicimos uso de la escala Bipolar Goldberg. En nuestro caso, hablar de bienestar en una situación tan delicada como es la lesión futbolística resulta utópico. Por lo que vamos a entender como bienestar una disminución de las consecuencias de malestar que provoca la recepción de la lesión deportiva. Los datos obtenidos en cada uno de los subapartados que componen la escala, ofrecen resultados estadísticamente significativos (ver figuras 23 a 27), tanto en extraversión-introversión, oposición-amabilidad, falta de responsabilidad-responsabilidad, estabilidad emocional-neuroticismo y cerrado a nuevas experiencias-abierto a nuevas experiencias. Por lo que podemos afirmar que el *counselling* ayuda a percibir al futbolista una disminución del malestar sobre la situación de su lesión; dicho de otra manera, el *counselling* ayuda a la auto-percepción de bienestar.

Barquín (2012), relacionó entre otros factores los instrumentos de Goldberg y POMS, en los que había una relación de coherencia entre los resultados de estrés percibido en ambas escalas donde reflejan el estado de ánimo del deportista. Al unir nosotros del mismo modo las dos escalas, observamos que cada una de las variables quedan sometidas a una misma dinámica interpretativa, en la que a mayor puntuación de bienestar percibido, mayor puntuación en vigor y disminución en las otras categorías; al igual que del mismo modo, a menor puntuación de bienestar, menor vigor y mayor puntuación en tensión-ansiedad, cólera-hostilidad, fatiga y confusión.

Así que, retomando el **objetivo 0.2** en el que se pretendía considerar si al cumplimentar los tests, existe una correlación atenuante entre la situación lesiva y su estado de ánimo al exponerlo a *counselling*, la evidencia de los resultados nos empuja a responder afirmativamente.

Seguidamente y tras haber abordado tanto la parte biológica como psicológica de las consecuencias del futbolista sobre el *counselling*, queremos adentrarnos en su realidad social. Consideramos que bajo los valores de la metodología empleada relacionados con la escucha activa de la comunicación con el paciente nos puede aportar información relevante sobre lo que siente en cada momento.

El **objetivo 0.3**, consistía en hacer análisis de contenido de las entrevistas de los futbolistas, clasificar e interpretar su discurso y reacciones en el marco de la aplicación del *counselling* para obtener datos que revelen la posible mejora de su situación. Este análisis permitirá también mostrar la correlación entre los datos cuantitativos, de origen fisiológico y las respuestas verbales y emocionales.

Aquí es donde hacemos uso de la investigación cualitativa ya que trata de

ver la realidad más íntima del futbolista lesionado. Recordando a Bandura (1982), la organización dinámica a la que pertenece la situación de la entrevista se conjuga con los factores personales. En la figura 7, observamos el determinismo recíproco en el que la conducta humana se pone de manifiesto, junto con los determinantes biológicos y ambientales.

Martínez (2011), comenta que esta visión compartida determina la realidad percibida como objetiva, viva, cambiante, mudable, dinámica y cognoscible para todos los participantes en la interacción social. Nuestra finalidad reside en conocer sus verbalizaciones sobre la realidad que vive. De tal modo que, perseguiremos un doble objetivo. Por una parte las principales preocupaciones que manifiestan los futbolistas ante tal situación, y por otra, si a lo largo de la entrevista ayuda a generar un nivel de aceptación sobre la condición de lesionado. Tras consultar los resultados y consultando la figura 34, observamos que el futbolista profesional verbaliza en la entrevista 3 fuentes de problemas referentes a: el plano profesional, la preocupación personal y la pérdida de la titularidad.

Asimismo, entra en coherencia con las palabras de Buceta (2008), donde afirma que la lesión deportiva adquiere relevancia no sólo por su influencia directa sobre el rendimiento sino por las consecuencias personales y sociales que rodean a ésta, donde verbaliza fuentes de preocupación relacionadas con su propia persona y su relación con el profesional de la salud.

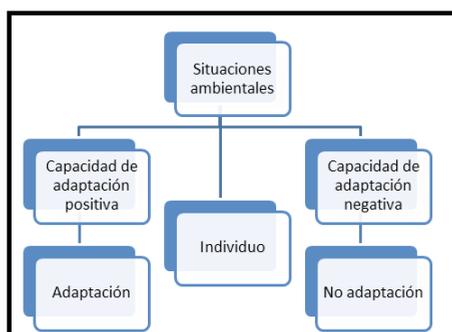
Deteniéndonos en la preocupación relacionada hacia su persona, nos encontramos verbalizaciones relacionadas a su futuro económico, la devaluación profesional y la relación con el entrenador que, a tenor de ésta suponga una pérdida de la titularidad.

Rudik (1982) ya comentó que algunas emociones relacionadas con las lesiones pueden generar estados emocionales negativos de inseguridad, temor o inhibición. En relación a nuestros resultados le provoca inseguridad económica, miedo a la devaluación profesional, al igual que un sentimiento de pérdida en cuanto a la confianza por parte del entrenador (ver figura 35). Mientras que la preocupación verbalizada con el profesional que le atiende, le genera una solicitud fuertemente marcada por la confidencialidad de la información que le está transmitiendo. Esta solicitud marcada del futbolista hacia el profesional de la salud, la pone de relevancia Palmi (2001) donde marca como factor fundamental del lesionado el apoyo social, en el que se encuentra el equipo médico además de ser un factor nuclear del *counselling*.

Respecto a la relación de los signos de aceptación queda reflejada en la tabla 15, que al relacionarla con la figura 38, observamos que en el primer tercio de la entrevista, la aceptación es mucho menor que cuando está en el tercer tercio de la entrevista, lo que evidencia que las verbalizaciones que aporta el futbolista sobre su nueva situación de lesionado, cambian. Esto provoca la aceptación de su nueva situación y le favorece una adaptación a su nueva condición como lesionado.

De hecho, como hemos comentado con anterioridad, el estrés y la ansiedad pueden llegar a cursar conjuntamente; a continuación recordamos la figura 6 donde ilustramos la adaptación del individuo al estrés.

Figura 6. Adaptación del individuo al estrés.



Fuente: Benito Lahuerta, et al, (2011).

Y es que al trabajar bajo un manto de relación de simetría moral con el *counselling* (Barbero, 2001), tenemos la oportunidad de adentrarnos en la subjetividad del enfermo, y junto con los resultados obtenidos, el futbolista manifiesta una mejora de la aceptación y adaptación en el momento de la confirmación diagnóstica de su lesión. Por lo que con lo anterior, nos permite responder afirmativamente al **objetivo 0.3**.

De hecho la relación entre la activación fisiológica y emoción (James y Lange, 1884), reside en que la percepción de un estímulo o situación biológicamente significativo genera una serie de respuestas entre las que se encuentra la emoción pudiendo llegar a modificar el estado de ánimo en función del tiempo (Oatley y Jenkins, 1996).

Por lo que utilizamos una escala que nos permita obtener información sobre el estado de ánimo, con el **objetivo 2**, que trata de evidenciar que a través de la escala POMS, podemos obtener datos de mejora del estado de ánimo del futbolista en el momento de la transmisión diagnóstica de su lesión, cuya **hipótesis 2**: El *counselling* provoca una mejora del estado de ánimo en el futbolista profesional. Como ya hemos comentado el POMS posee un uso extenso en el ámbito deportivo. Así que, para analizar esta variable debemos de observar cada una de las categorías que la componen. Como hemos visto en el apartado de resultados (ver figuras 28 a 33), los datos indican una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos caso y control en cada una de sus seis categorías. De tal modo que, existe una disminución de su puntuación respecto a su momento previo a la situación diagnóstica y respecto al grupo control en los apartados: tensión-ansiedad, depresión-melancolía, cólera-hostilidad, fatiga y confusión. Mientras que hay una elevación del parámetro: vigor.

En lo que respecta a las respuestas psicológicas que padece el individuo ante el estrés, y al unir las características del trabajo ofrecido por Benito Lahuerta (2011), donde se dividían en emocionales y cognitivas, con el trabajo de Buceta (2008) en el que comentó que el deportista padecía una alteración de unas variables psicológicas relacionadas con la lesión como: una mayor irritabilidad, hostilidad, pensamientos negativos y tristeza; con nuestros resultados a través del POMS, observamos (ver tabla 18):

Tabla 18. Respuestas psicológicas del estrés y resultados de POMS.

Categorías POMS	Respuestas Psicológicas del individuo al estrés
tensión-ansiedad	tensión
depresión-melancolía	pérdida de la autoestima
cólera-hostilidad	mayor irritabilidad, hostilidad
vigor	apatía (antípoda)
fatiga	pérdida de la energía física o psíquica
confusión	confusión

Fuente: Elaboración propia.

De modo que observamos cómo cada una de las variables POMS queda relacionada con una respuesta psicológica tanto emocional como cognitiva en la respuesta al estrés. Este dato nos indica que entre ambos grupos hay diferencias por una parte estadísticamente significativas y por otra con una correlación con los aspectos teóricos del estrés/ansiedad psicológica, además de los resultados de la regulación de los estados de ánimo. De hecho Miguel-Tobal (1996), comenta que las manifestaciones de estrés consisten en una respuesta vivencial, fisiológica, conductual y cognitiva, caracterizada por un estado generalizado de alerta y activación.

Estudios relacionados con la situación de estrés teniendo la misma argumentación de nuestro estudio respecto al grupo control, son los resultados de Chang y Grossman (1988) donde determinaban el estado de ánimo de los corredores lesionados que puntuaban resultados significativamente mayores en tensión, depresión y confusión. Aspectos que con el *counselling*, estas categorías quedan reducidas disminuyendo su valor.

Asimismo en el estudio de Bonete y colaboradores (2002), relacionaban la categoría fatiga (POMS) con el cortisol en saliva como indicadores de impacto del entrenamiento deportivo donde mostraban un incremento del cortisol tanto en los aspectos físicos como psicológicos. Del mismo modo, nuestros resultados coinciden con los datos de Bonete pero de modo análogo ya que en su caso se relacionan positivamente el incremento del impacto psicológico a través de POMS y biológico a través de cortisol en saliva, mientras que nuestro objetivo está en relación con el estrés que supone el padecer una lesión y su confirmación diagnóstica, y la disminución de su parámetro. De tal modo que, al relacionarse positivamente ambos casos en una situación de estrés (el cortisol y el estrés psicológico), obtenemos que al utilizar *counselling* provoque una disminución ante el momento de recibir el diagnóstico, influyendo de manera positiva sobre su estado de ánimo y su consecuente estrés.

Del mismo modo que en el estudio de Abenza y cols. (2010), al evaluar los factores de relación entre diferentes estados de ánimo (tensión, depresión, cólera, vigor y fatiga) y el nivel de adherencia al programa de rehabilitación de los deportistas lesionados, influía el nivel de adherencia en todos los momentos del proceso de recuperación. Por lo que, nosotros al obtener resultados similares podríamos estar hablando de una posible sinergia en el tratamiento

terapéutico del lesionado si en futuros estudios se tratase de hacer una combinación entre: *counselling*, estados de ánimo y POMS. Ya que, como comenta Abenza y colaboradores, la influencia de los estados de ánimo asociados a la lesión parece que puede estar afectando al proceso de la recuperación del deportista.

Por todo ello, **el objetivo principal o 0** consistía en evidenciar que el *counselling* tiene eficacia en un contexto deportivo de fútbol profesional. En consecuencia la **hipótesis principal o 0** era: mostrar que, al aplicar la metodología *counselling* en la comunicación del diagnóstico en la lesión de dos a tres semanas a futbolistas profesionales, existen repercusiones positivas en la reducción sobre el estrés/ansiedad a nivel biológico, psicológico y social y una mejora del estado de ánimo. Lo que evidenciamos tras los resultados mostrados que tiene efectos positivos en el futbolista profesional. Estos datos entran en sintonía con las investigaciones previas sobre el *counselling*; concretamente en el ámbito del VIH, donde las investigaciones demuestran que los pacientes reducían su sensación de estrés percibido. Por lo que el *counselling*, en este caso ha sido aplicado en diferente contexto al que suele utilizar su aplicabilidad, no obstante a ello, y pese a ser distinto contexto ha tenido del mismo modo consecuencias positivas.

Recordando el estudio de Olmedilla, López, Nieto y García-Montalvo (1999), sobre los elevados niveles de ansiedad de los futbolistas demostrados en los tests y pese a la evidencia científica del estrés al que es sometido el futbolista, supone un contraste con la visión de no conceder relevancia alguna a los factores psicológicos por parte de éste. Sin embargo, evidenciamos a través del presente estudio que el futbolista:

-
- previa a una situación en la que le van a comunicar una lesión, padece estrés;
 - le provoca estrés el momento de la comunicación diagnóstica;
 - y que ese momento trabajado bajo un componente holístico propio de la metodología *counselling*, reduce el estrés en las tres vertientes, biológica, psicológica y social.

De hecho, en su modelo de intervención post-lesional Palmi (1997), ponía de relevancia la necesidad de abordar la situación lesiva del deportista desde su fase de inmovilización; en la que manifestaba que el deportista profesional necesitará poseer estrategias de control de la ansiedad (delante del dolor, de las dudas) y de aceptación positiva de la realidad, entre las que se encontraban las habilidades de comunicación junto a los elementos sociales. Además ponía de manifiesto la importancia de que el equipo de profesionales que rodean al deportista sepa informar sobre la lesión, escuchar las dudas que el deportista plantee y muestre sus habilidades de comunicación entre las que se encuentra el saber escuchar.

Debemos de ser conscientes que las teorías de crisis (Bhattacharyya, 1999) nos dicen que después de la sorpresa inicial, el individuo trata de resolver los problemas a los que ha sido sometido; y que cualquier crisis provoca estrés. Lo que hemos podido observar es que los datos muestran evidencia ante esta afirmación y que el *counselling* ofrece una relación de ayuda para disminuir la gravedad de la crisis que sufre el futbolista por su lesión.

Y es que las consecuencias de trabajar con el paciente bajo una perspectiva holística provocan en éste una disminución de la cosificación terapéutica, por lo que evidenciamos consecuencias positivas sobre el trato del paciente abordado bajo un modelo holístico de cuidado biopsicosocial.

Lo que estamos ofreciendo es una relación de ayuda ante la demanda que nos ofrece Kristiansen (2012), en la que los deportistas de élite tienen dificultades en la manera de encarar las lesiones que interfieren en sus carreras deportivas. Y lo que tratamos es de ofrecer una ayuda en este momento tan doloroso como es la vulnerabilidad a perder su condición de futbolista, al menos durante un tiempo estimado.

El *counselling* supone un “modelo centrado en el paciente” (Bartz, 2001), en el que se recomienda explorar con él, un plano de igualdad en la toma de decisiones que le conciernen. Y es que estando de acuerdo con Delgado y Fernández (2004): cuando la atención sanitaria se basa en el paradigma biopsicosocial los resultados en salud y satisfacción, aumentan.

Por su parte, la bioética humanista de Carl Rogers propone una concepción en la que considera a la persona como fin y no como medio; y esta concepción llevada a la práctica, se evidencia con consecuencias somáticas y psicológicas.

El *counselling* nos ha permitido adentrarnos en uno de los caminos hacia la aproximación con el paciente, con menor daño emocional y considerando el sufrimiento como un asunto íntimo. Hemos intentado manifestar en todo momento el objetivo final del *counselling* que se expresa con la mejora de la capacidad del paciente para afrontar la nueva situación de la mejor manera posible.

VI. CONCLUSIONES.

1. La primera condición que queremos manifestar a raíz de nuestro estudio es que se evidencia que en el fútbol profesional presenciamos situaciones de estrés sobre el deportista momentos previos a la confirmación de su diagnóstico. Éstos han quedado patentes en el hecho de que hay una diferencia de parámetros respecto a sus características basales.
 - En relación al efecto que ejerce el counselling sobre el futbolista profesional concluimos que:
 2. Existen consecuencias atenuantes a nivel biológico, psicológico y social.
 - Estas consecuencias se concretan en que, se consigue:
 - a) A nivel biológico:
 3. Disminuir la reacción de alarma fisiológica sobre el futbolista.
 4. Atenuar la tensión arterial sistólica.
 5. Reducir la frecuencia cardiaca.
 6. Reducir el nivel de cortisol en saliva, tras la comunicación de la lesión, sin alcanzar en ningún caso parámetros patológicos.
 - b) A nivel psicológico:
 7. Mejorar el estado de ánimo del futbolista.
 8. Disminuir la autopercepción de ansiedad en las variables: tensión-ansiedad, depresión-melancolía, cólera-hostilidad, fatiga y confusión.
 9. Atenuar el impacto psicológico, lo que incrementa la sensación de bienestar percibido, evidenciado con: aceptación de la situación actual e ilusión. De igual modo manifiestan tener miedo y sienten vulnerabilidad.
 - c) A nivel social:
 10. Identificar fuentes de estrés (incertidumbre económica, miedo a la devaluación profesional, pérdida de confianza con el entrenador y pérdida

de confidencialidad con el profesional sanitario) lo cual abre una vía de intervención para mejorar el rendimiento deportivo.

11. Una mejora de la relación interpersonal con el cuerpo médico, a pesar de que el futbolista manifieste miedo y vulnerabilidad, potenciando la verbalización de sus temores a través del diálogo.

VII. LIMITACIONES DEL ESTUDIO.

- Respecto al parámetro cortisol, no pudimos contrastar cada uno de los valores de la muestra consigo mismos para incrementar la fiabilidad de la muestra.
- Del mismo modo y en referencia al parámetro anterior, la muestra $\frac{1}{4}$ decidió desecharse del estudio puesto que hace referencia a la obtención de saliva pasados siete días en post de la confirmación del diagnóstico, y puesto que la variable cortisol es un dato que obedece a una fluctuación sensible, decidimos eliminarlo.
- Posiblemente estemos ante una muestra reducida para contrastar parámetros cuantitativos, no obstante a ello el ecosistema de estudio también ofrece una población reducida.
- El estudio ofrece una dificultad añadida a la hora de trabajar con personas propias de patrón de conducta tipo A, puesto que los ritmos verbales y la celeridad de su personalidad, entrañan un reto a la hora de aplicar counselling ya que los pacientes tienden a generar una premura ante la situación de estudio.

VIII. ANEXOS.

Anexo 1. STAI

	NADA	ALGO	BASTANTE	MUCHO
1. Me siento calmado	0	1	2	3
2. Me siento seguro	0	1	2	3
3. Estoy tenso	0	1	2	3
4. Estoy tenso	0	1	2	3
5. Me siento cómodo (estoy a gusto)	0	1	2	3
6. Me siento alterado	0	1	2	3
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0	1	2	3
8. Me siento descansado	0	1	2	3
9. Me siento angustiado	0	1	2	3
10. Me siento confortable	0	1	2	3
11. Tengo confianza en mí mismo	0	1	2	3
12. Me siento nervioso	0	1	2	3
13. estoy desasosegado	0	1	2	3
14. Me siento muy atado(oprimido)	0	1	2	3
15. Estoy relajado	0	1	2	3
16. Me siento satisfecho	0	1	2	3
17. Estoy preocupado	0	1	2	3
18. Me siento aturdido y sobreexcitado	0	1	2	3
19. Me siento alegre	0	1	2	3
20. En este momento me siento bien	0	1	2	3

21. me siento bien	0	1	2	3
23. siento ganas de llorar	0	1	2	3
24. me gustaría ser tan feliz como otros	0	1	2	3
25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0	1	2	3
26. Me siento descansado	0	1	2	3
27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada	0	1	2	3
28. Veo que las dificultades se amontonan	0	1	2	3
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0	1	2	3
30. Soy feliz	0	1	2	3
31 suelo tomar las cosas demasiado seriamente	0	1	2	3
32. Me falta confianza en mí mismo	0	1	2	3
33. Me siento seguro	0	1	2	3
34. No suelo afrontar las crisis o las dificultades	0	1	2	3
35. Me siento triste (melancólico)	0	1	2	3
36. Estoy satisfecho	0	1	2	3
37. Me rodan y molestan pensamientos sin importancia	0	1	2	3
38. Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidar	0	1	2	3
39. Soy una persona estable	0	1	2	3
40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales me pongo tenso y agitado	0	1	2	3

Anexo 2.

UNIDAD DE INVESTIGACION DE PSICOLOGIA DEL DEPORTE
Facultad de Psicología. Universitat de Valencia

POMS

Código _____ Fecha _____
 Sexo _____ Edad _____

Más abajo hay una lista de palabras que describen sensaciones que tiene la gente. Por favor lee cada una cuidadosamente. Después rodea con un círculo UNO de los números que hay a lado, rodea el que mejor describa **COMO TE HAS SENTIDO DURANTE LA SEMANA PASADA INCLUYENDO EL DIA DE HOY.**

Los números significan:
 0= Nada
 1= Un poco
 2= Moderadamente
 3= Bastante
 4= Muchísimo

	Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Muchísimo		Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Muchísimo
1.- Tenso	0	1	2	3	4	30.- Solo	0	1	2	3	4
2.- Enfadado	0	1	2	3	4	31.- Desdichado	0	1	2	3	4
3.- Agotado	0	1	2	3	4	32.- Aturdido	0	1	2	3	4
4.- Infeliz	0	1	2	3	4	33.- Alegre	0	1	2	3	4
5.- Animado	0	1	2	3	4	34.- Amargado	0	1	2	3	4
6.- Confundido	0	1	2	3	4	35.- Exhausto	0	1	2	3	4
7.- Dolido por actos pasados	0	1	2	3	4	36.- Ansioso	0	1	2	3	4
8.- Agitado	0	1	2	3	4	37.- Luchador	0	1	2	3	4
9.- Apático	0	1	2	3	4	38.- Deprimido	0	1	2	3	4
10.- Enojado	0	1	2	3	4	39.- Desesperado	0	1	2	3	4
11.- Triste	0	1	2	3	4	40.- Espeso	0	1	2	3	4
12.- Activo	0	1	2	3	4	41.- Rebelde	0	1	2	3	4
13.- A punto de estallar	0	1	2	3	4	42.- Desamparado	0	1	2	3	4
14.- Irritable	0	1	2	3	4	43.- Sin fuerzas	0	1	2	3	4
15.- Abatido	0	1	2	3	4	44.- Desorientado	0	1	2	3	4
16.- Enérgico	0	1	2	3	4	45.- Alerta	0	1	2	3	4
17.- Descontrolado	0	1	2	3	4	46.- Decepcionado	0	1	2	3	4
18.- Desesperanzado	0	1	2	3	4	47.- Furioso	0	1	2	3	4
19.- Relajado	0	1	2	3	4	48.- Eficiente	0	1	2	3	4
20.- Torpe	0	1	2	3	4	49.- Lleno de energía	0	1	2	3	4
21.- Rencoroso	0	1	2	3	4	50.- De mal genio	0	1	2	3	4
22.- Intranquilo	0	1	2	3	4	51.- Inútil	0	1	2	3	4
23.- Inquieto	0	1	2	3	4	52.- Olvidadizo	0	1	2	3	4
24.- Incapaz de concentrarse	0	1	2	3	4	53.- Despreocupado	0	1	2	3	4
25.- Fatigado	0	1	2	3	4	54.- Aterrorizado	0	1	2	3	4
26.- Molesto	0	1	2	3	4	55.- Culpable	0	1	2	3	4
27.- Desanimado	0	1	2	3	4	56.- Vigoroso	0	1	2	3	4
28.- Resentido	0	1	2	3	4	57.- Inseguro	0	1	2	3	4
29.- Nervioso	0	1	2	3	4	58.- Cansado	0	1	2	3	4

Anexo 3.

Inventario Bipolar de Goldberg para la persona “objetivo”

INTROVERSIÓN vs EXTRAVERSIÓN										
Mucho	Moderado	Nada	Moderado	Mucho						
Callado	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Hablador
Cerrado	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Franco, abierto
Precavido	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Aventurado
No enérgico	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Enérgico
Tímido/Retraído	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Atrevido/lanzado

OPOSICIONISMO vs AMABILIDAD										
Mucho	Moderado	Nada	Moderado	Mucho						
Poco amable	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Cariñoso
Negativista	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Cooperativo
Egoísta	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Desinteresado
Desconfiado	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Confiado
Tacaño	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Generoso

FALTA DE RESPONSABILIDAD vs RESPONSABILIDAD										
Mucho	Moderado	Nada	Moderado	Mucho						
Desorganizado	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Organizado
Irresponsable	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Responsable
Poco práctico	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Práctico
Descuidado	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Minucioso
Perezoso/vago	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Trabajador

ESTABILIDAD EMOCIONAL vs NEUROTICISMO										
Mucho	Moderado	Nada	Moderado	Mucho						
Relajado	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Tenso
Tranquilo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Nervioso
Estable	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Inestable
Contento	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Descontento
Impasible	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Emotivo

CERRADO A LA EXPERIENCIA vs APERTURA A NUEVAS EXPERIENCIAS										
Mucho	Moderado	Nada	Moderado	Mucho						
Falta imaginación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Imaginativo
No creativo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Creativo
No curioso	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Curioso
Irreflexivo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Reflexivo
No complejo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Complejo

Anexo 5.

Criterios de búsqueda en español:

Cortisol (84954)

Cortisol salivary (3953)

Cortisol AND saliva (4630)

Cortisol OR saliva (126898)

Estrés (113)

Ansiedad (26)

Counselling AND Futbolista (0)

Counselling AND Estrés (1)

Counselling AND Ansiedad (0)

Counselling AND POMS (9)

Counselling AND STAI (64)

Counselling AND Goldberg (152)

Counselling AND Cortisol (80)

Counselling AND Cortisol saliva (9)

Entrevista cualitativa (2)

Escala POMS (0)

Escala STAI (0)

Bipolar Goldberg (199)

Criterios de búsqueda en inglés:

Cortisol (84954)

Cortisol AND *salivary* (3953)

Cortisol OR *salivary* (141285)

Qualitative interview (17652)

POMS scale (443)
STAI scale (1042)
Goldberg (23934)
Aleathory Methodology (55)
Counselling (92938)
Counselling AND football (23)
Counselling AND soccer (14)
Counselling AND sport (1109)
Emotion AND football (81)
Counselling AND sport AND emotion (30)
Counseling AND football AND emotion (2)
Counselling AND soccer player (0)
Counselling AND Estrés (1)
Counselling AND Ansiedad (0)
Counselling AND POMS (9)
Counselling AND STAI (64)
Counselling AND Goldberg (152)
Counselling AND Cortisol salivary (12)

Anexo 6.

Palabras criterio en *google* académico:

Ansiedad y futbolista profesional (1760)

Estrés y futbolista profesional (1640)

Cortisol (871000)

Counselling (816000)

Counselling y fútbol profesional (130)

Counselling y futbolista profesional (102)

Estrés y deportista profesional (6730)

Anexo 7.

Tesis doctorales relacionadas con el estudio.

- o La evaluación de variables psicológicas relacionadas con el rendimiento del fútbol: habilidades psicológicas para competir y personalidad resistente.
- o Deporte y comunicación.
- o El rol del psicólogo del deporte.
- o Personalidad del deportista y estados depresivos en el deporte.
- o La imaginación como técnica y programa de intervención en psicología del deporte.
- o Respuestas hormonales a la agresión competitiva.
- o El escolar frente a la prensa deportiva.
- o Psicología de la actividad deportiva.
- o La motivación y el abandono deportivo desde la perspectiva de las metas de logro.
- o Factores psicológicos y socio-deportivos y lesiones en jugadores de fútbol semiprofesionales y profesionales.
- o Comparación de los estados de ánimo antes y después del partido entre dos equipos de fútbol.
- o Técnica de relajación Jacobson como herramienta en la psicología deportiva.
- o Psicología y lesiones deportivas: un análisis de factores de prevención, rehabilitación e intervención psicológica.
- o Ansiedad, estrés y estrategias de afrontamiento en el ámbito deportivo: un estudio centrado en la diferencia entre deportes.
- o Inteligencia emocional y motivación en el deporte.
- o Percepción de los deportistas sobre los factores que contribuyen a la excelencia en el deporte.

- o Características y relaciones de flow, ansiedad y estado emocional con el rendimiento en deportistas de élite.
- o Análisis cronobiopsicológico en el futbolista.
- o Diagnóstico de la personalidad en el deporte de competición: fútbol.
- o Análisis de la influencia de los factores psicológicos sobre la vulnerabilidad del futbolista profesional y semiprofesional a las lesiones.
- o Efectos de un periodo de sobreentrenamiento sobre indicadores subjetivos y hormonales.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

Abenza L. (2010). Psicología y lesiones deportivas: un análisis de factores de prevención, rehabilitación e intervención psicológica. [Tesis doctoral]. Murcia: Facultad de ciencias de la salud y actividad física y del deporte, Universidad de Murcia.

Abenza, L., Bravo, J.F. y Olmedilla, A. (2006). Estrategias psicológicas para una intervención en crisis: un caso en balonmano femenino. *Revista de Psicología del Deporte*, 15(1), 109-125.

Abenza, L., Olmedilla, A., Ortega, E. y Esparza, F. (2009). Estados de ánimo y adherencia a la rehabilitación de deportistas lesionados. *Apunts, Medicina de l'Esport*, 161, 29-37.

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

Agudelo Vélez, D. M., Casadiegos Garzón, C. P. y Sánchez Ortiz, D. L. (2008). Características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. *International Journal of Psychological Research*, vol. 1 (1), pp.34-39.

Akiskal, HS. (1985). Anxiety: definition, relationship to depression and proposal for an integrative model. In A. H. Tuma & J. D. Maser (Eds.), *Anxiety and the anxiety disorders*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Alferman, D., y col. (2000). Effect of Physical Exercise on Self-concept and Well-being. *International Journal of Sport Psychology*, 1, 47-65.

Allport GW (1936). Trait names: a psycho-lexical study. *Psychological Monograph*.V.47, nº211.

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

Andersen, MB, Williams, JM. (1997). Athletic injury, psychosocial factors, and perceptual changes during stress. *Journal of Sports Sciences*, 17 (9), 735-741.

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

- Andrade E, Arce C, Seoane G. (2002). Adaptación al español del cuestionario "POMS" en una muestra de deportistas. *Psicothema*. Vol. 14, n°4, pp.708-713.
- Ansorena, A., Cobo, J., Romero, I. (1983). El constructo de ansiedad en psicología. *Estudios de Psicología*, 16, 31-45.
- Antezana, L. (2003). Fútbol: espectáculo e identidad. Alabarces Pablo (coord.). *Antropología*, Vol. 10, N° 26, Antioquia, 1996, pág. 46.
- Apitzsch, E. (1994). La personalidad del jugador de fútbol de élite. In *Revista de Psicología del deporte* (Vol. 3, pp. 0089-99).
- Aranda, L., Morgado, C. (2013). Estrategia de mercado para impulsar el turismo deportivo enfocado al fútbol, Caso: Deportivo Petare Fútbol Club.
- Ares, P. (2003). La familia. Fundamentos básicos para su estudio e intervención. En: Castellanos, R. (Edit.): *Psicología Selección de textos*. La Habana: Editorial Félix Varela, pp. 165-186.
- Arranz P, Barbero J, Barreto P y Bayés R. (2003). Intervención emocional en cuidados paliativos. Modelo y protocolos. Barcelona: Ariel Ciencias Médicas.
- Arranz P, Barbero J, Barreto P y Bayes R. (2003). Soporte emocional en cuidados paliativos: modelos y protocolos. Barcelona. Ariel.
- Arranz P, Barbero J, Barreto, Bayés R. (1997). Soporte emocional desde el equipo interdisciplinar. En Torres LM, ed. *Medicina del dolor*. Barcelona. Masson. p.389-96.
- Arranz P, Bayes R, Barreto P, Cancio H. (2002). Deliberación moral y asesoramiento. *Med Clin (Barcelona)* 118 (12):479.
- Arredondo González, C. P., Siles González, J. (2009). Tecnología y Humanización de los Cuidados: Una mirada desde la Teoría de las Relaciones Interpersonales. *Index Enferm*, 18(1), 32-36.
- Asociación Española de Médicos del Deporte (2015). Consultado el 13/03/15 http://www.aemef.org/protocolos/protocolo_aemef_reconocimientos_medicos_fichajes.pdf
- Atalaya, P. (2014). El estrés laboral y su influencia en el trabajo. *Industrial Data*, 4(2), 25-36.

-
- Ayuso, JL. (1988). *Trastornos de angustia*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.
- Bahr, R. y Krosshaug, T. (2005). Understanding injury mechanisms: a key component of preventing injuries in sport. *British Journal of Sports Medicine*. 39, 324- 329.
- Balaguer I. Et al. (1993). El perfil de los estados de ánimo (POMS): Baremo para estudiantes valencianos y su aplicación en el contexto deportivo. *Revista de psicología del deporte*.
- Balaguer, I., Fuentes, I., Meliá, J. L., García-Mérita, M., Pons, D. (1994). Adaptación del Perfil de Estados de Ánimo (POMS) a una muestra de estudiantes valencianos. In Trabajo presentado al IV Congreso de Evaluación Psicológica. Santiago de Compostela.
- Bandura A (1977). *An introduction to theories of learning*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.
- Barbero J, Barreto P, Arranz P y Bayés R. (2005). *Comunicación en oncología clínica*. Madrid: Just in Time.
- Barbero, J., Prados, C., González, A. (2011). Hacia un modelo de toma de decisiones compartida para el final de la vida. *Psicooncología*, 8(1), 143-168.
- Barbero J, Romeo C, Gijón P, Júdez J. (2001). Limitación del esfuerzo terapéutico. *Barcelona. Medicina Clínica*; 117:586-94.
- Bardin, L (1986). *L'analyse de contenu*. PUF. Paris. 233 páginas. 4a edición.
- Barquín, RR. (2012). Relaciones entre características de personalidad y estados de ánimo: un estudio con deportistas de combate universitarios. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte*, 7(1), 89-112.
- Barreto P, Arranz P, Bayes R, Barbero J (2001). *Counselling en VIH/SIDA. Guía de actuación para profesionales sanitarios*.
- Barreto P, Diaz JL, Saavedra G. (2010). Acercamiento al sufrimiento a través del Counselling. *Informació psicológica*. N100. Septiembre-diciembre. P. 171-176.
- Barreto, P., Capafons, A., Ibáñez, E. (1987). Depresión y cáncer o adaptación y cáncer. *Boletín de Psicología*, 4, 125-146.

Barrios R. (2007). Los estados de ánimo en el deporte: fundamentos para su evaluación. (18/ de diciembre de 2013) URL disponible en: <http://www.efdeportes.com/efd113/los-estados-de-animo-en-el-deporte.htm>

Barry CH, Bradley CP, Britten N, Stevenson FA, Barber N. (2000). Patients' unvoiced agendas in general practice consultations: qualitative study. *Brit Med J*; 320 (6):1246-50.

Bartz R. (1999). Beyond the biopsychosocial model. New approaches to doctor-patient interactions. *J Family Pract*; 48:601-7.

Bayés R. (1997). El counselling como instrumento terapéutico. En: Hombrados MI, editor. *Estrés y salud*. Valencia: Promolibro,; p. 343-50.

Bayes R. (2006). *Viviendo la vida, esperando la muerte*. Madrid. Alianza.

Benito Lauhuerta M, Simon MJ, Sanchez A, Matachana M. (2011). *Promoción de la salud y apoyo psicología al paciente*. McGraw-Hill.

Benyakar, M. (2006). *Lo disruptivo. Amenazas individuales y colectivas: el psiquismo ante guerras, terrorismos y catástrofes sociales*. Buenos Aires: Biblos.

Bermúdez, J., Luna, M. D. (1980). Ansiedad. In J. L. Fernández Trespalcios (Ed.), *Psicología general II* (pp. 195-213). Madrid: UNED.

Bhattacharyya A. (1999). La buena comunicación: clave para Terapias Trans-Culturales. <http://www.priory.com/psych/astrange.htm> consultado: 26/06/13

Bonete E, Moya M, Suay F. (2002). Escala de fatiga POMS y el cortisol en saliva como indicadores de impacto en entrenamiento deportivo. *Generalitat Valenciana*. Universidad de Valencia.

Bonete E. (2003). *Efectos de un periodo de sobreentrenamiento sobre indicadores subjetivos y hormonales*. [Tesis doctoral]. Valencia: Facultad de Medicina, Universidad de Valencia.

Boniface, P. (1999). Geopolítica del fútbol: Fútbol y pasiones políticas. *Debate*, Madrid, 89-96.

Bonilla, E. (2005) *Más allá del dilema de los métodos. La investigación en Ciencias Sociales*. Bogotá, Grupo Editorial Norma.

Bonilla, PU. (2006). Consejos psicologico-deportivos para el futbolista. *MHSalud: Movimiento Humano y Salud*, 3(1), 1.

Borkevek, T. D., Weerts, T. C. & Berstein, D. A. (1977). Assessment of anxiety. In A. R. Cimimero, K. S. Calhon & H. E. Adams (Eds.), *Handbook of Behavioral Assessment* (pp. 353-403). New York: John Wiley.

Borrell F. (2002). El modelo biopsicosocial en evolución. *Barcelona: Medicina Clínica*; 119 (5): 175-9.

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

Brewer, B.W. (2003). Developmental differences in psychological aspects of sportinjury rehabilitation. *Athletic Training*, 38(2), 152-153.

Bricker, J. y Fry, M.D. (2006). The influence of injured athletes perceptions of social support from ATCs on athletes' beliefs about rehabilitation. *Bone*.

Bromberger, Ch. (1995). *Le match de football. Ethnologie d'une passion partisane à Marseille, Naples et Turin*. Paris: Mission du Patrimoine ethnologique.

Bromberger, Ch. (1998). *Football, la bagatelle la plus sérieuse du monde*. Paris: Bayard.

Bryman, A. (2008). *Social Research Methods*, 3rd Edition, Oxford University Press.

Buceta JM. (1985). The sport psychologist/athletic coach dual role: Advantages, difficulties and ethical considerations. *Journal of Applied Sport Psychology*, 5, 1, 64-77.

Buceta, J.M. (1998). *Psicología y lesiones deportivas: Prevención y recuperación*. Madrid, España: Dykinson.

Buceta JM (1998). *Psicología del entrenamiento deportivo*. Madrid, España. Dykinson.

Buceta, J.M. (2008). Factores psicológicos y lesión: prevención y recuperación. I Simposium Nacional de Psicología del Deporte, Lesiones deportivas, prevención y rehabilitación. Murcia: Universidad Católica San Antonio de Murcia.

Buckman R. (1993). Communication in palliative care: a practical guide. En: Doyle D, Hanks GW, Macdonals N (editores). *Oxford textbook of palliative medicine*. Oxford: Oxford University Press; 47-61.

Bulbena, A. (1986). Psicopatología de la psicomotricidad. In J. Vallejo (Ed.), *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría* (pp. 236- 255). Barcelona: Salvat.

Cadarso V (2015). *Counseling*. URL disponible en: <http://www.victoriacadarso.com/counseling/>

Callejo F. (2010). Comparación de los estados de ánimo antes y después del partido entre dos equipos de fútbol. [Tesina]. Madrid: Facultad de psicología, Universidad Autónoma de Madrid.

Cancio, H., Serrano, R. (2001). El counselling: un arte, una técnica, un modo de vivir la relación con los pacientes. *El counselling: un arte, una técnica, un modo de vivir la relación con los pacientes*, 7(1-2007), 7.

Cano, L. A., Zafra, A. O., Toro, E. O., Ros, F. E. (2009). Estados de ánimo y adherencia a la rehabilitación de deportistas lesionados. *Apunts. Medicina de l'Esport*, 44(161), 29-37.

Carrobbles, J. A. y Díez-Chamizo, V. (1987). Evaluación de las conductas ansiosas. En R. FernándezBallesteros y J. A. Carboles (Eds.). *Evaluación conductual* (3a ed.) Madrid: Pirámide.

Casado, M. I. (1994). *Ansiedad, stress y trastornos psicofisiológicos*. Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid, Madrid.

Casos y controles. (18 de noviembre de 2013) URL disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342001000200009&script=sci_arttext&tlng=en

Castillo, E., Vásquez, M. L. (2003). *El rigor metodológico en la investigación cualitativa*.

Catell, R. B. (1973). *Personality and mood by questionnaire*. San Francisco: Jossey-Brass.

Chadwick S., Beech J. (2004). *The business of sport Management*. Prentice Hall, Essex. Reino Unido.

Chang, C. S., Grossman, H. Y. (1988). Psychological effects of running loss on consistent runners. *Perceptual and Motor Skills*, 66, 875-883.

Cía, A. H. (2007). *La ansiedad y sus trastornos. Manual diagnóstico y terapéutico* (2ª ed.) Buenos Aires: Polemos.

Cibanal JL, Arce, MC, Siles, J y Galao, R. (2000). Notas sobre el estado de la cuestión en la relación de ayuda en enfermería. *Enferm. Univ. Albacete*. abr. 11:10-15. Revisión, artículo.

Cibanal, J.L., Arce Sánchez, M.C., Carballal Balsa, M.C. (2006). *Técnicas de comunicación*

y relación de ayuda en Ciencias de la Salud. 1ª Edición, Elsevier.

Clement D, Granquist MD, Arvinen-Barrow MM. (2013). URL disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23724772>

Cockerham, W. C. (2001). Handbook of medical sociology. New York: Prentice-Hall.

Consejo Nacional de deportes; (22/01/15) URL disponible en: <http://www.csd.gob.es/csd/competicion/01deporteAltaCompeticion/>

Crossman, J., Jamieson, J. (1985). Differences in perceptions of seriousness and disrupting effects of athletic injury as viewed by athletes and their trainer. *Perceptual and Motor Skills*, 61(2), 1131-1134.

Cullingford, C. (2003). El prejuicio en los jóvenes: de la identidad individual al nacionalismo. Alianza Editorial.

Davids, K., Araújo, D., Shuttleworth, R. (2005). Applications of dynamical systems theory to football. *Science and football V*, 537-550.

Davis, J. O. (1991) Sports injuries and stress management: An opportunity for research. *The Sport Psychologist*, 5, 175-182.

Delgado A, Fernandez L (2004). Práctica profesional y género en atención primaria Consultado (30/05/2014) en CUIDEN, URL disponible en: http://www.doc6.es/dbtw-wpd/exec/dbtwpub.dll?AC=GET_RECORD&XC=/dbtw-wpd/exec/dbtwpub.dll&BU=http%3A%2F%2Fwww.doc6.es%2Findex%2F&TN=Cuiden&SN=AUTO438&SE=106&RN=3&MR=10&TR=0&TX=100000&ES=0&CS=2&XP=&RF=Lista&EF=&DF=Visualizacion&RL=0&EL=0&DL=0&NP=2&ID=&MF=WPSpaMsg.INI&MQ=&TI=0&DT=&ST=0&IR=93341&NR=0&NB=0&SV=0&BG=&FG=&QS=&OEX=ISO-8859-1&OEH=ISO-8859-1

Díaz JL. (2010). Relación entre el bienestar emocional y el proceso de comunicación de malas noticias y toma de decisiones en personas diagnosticadas de glioblastoma multiforme. Universidad de Valencia. Tesis doctoral.

Díaz, P. (2001). Estrés y prevención de lesiones. Tesis Doctoral no publicada. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Universidad Nacional de Educación a Distancia.

Díaz, P., Buceta, J.M. y Bueno, A.M. (2004). Situaciones estresantes y vulnerabilidad a las lesiones.

nes deportivas: un estudio con deportistas de equipo. *Revista de Psicología del Deporte*, 14, 7-24.

Díaz, P., Bueno, A. M. y Buceta, J. M. (1999). Estrés y lesiones deportivas: variables situacionales en deportes de equipo. En A. López, M. C. Pérez-Llantada y J.M. Buceta (eds.),

Dietrich G. (1986). *Psicología general del counselling*. Barcelona: Herder.

Du Plock, S. (1996). The existential-phenomenological movement: 1834-1995. *Developments in psychotherapy: Historical perspectives*, 29-61.

Dunning, E. (1994). The social roots of football hooliganism: A reply to the critics of the "Leicester school". *Football Violence and Social Identity*, 128-57.

Dvorak J, Junge A. (2006). *F-MARC: Manual de Medicina del Fútbol*. Zurich: Federación Internacional de Fútbol Asociación (FIFA).

Emery, C.A., Meeuwisse, W.H. y Hartmann, S.E. (2005). Evaluation of risk factors for the injury in adolescent soccer implementation and validation of an injury surveillance system. *American Journal of Sports Medicine*, 33(12), 1882-1891.

Endler, NS (1983). Situational aspects of interactional psychology. En D. Magnusson (ed.), *Toward a psychology of situations: An interactional perspective*. Hillsdale, NJ: LEA.

Endler, NS, Okada, M. (1975). A multidimensional measure of trait anxiety: The S-R inventory of general trait anxiousness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 319-129.

Engel, G. L. (1981). The clinical application of the biopsychosocial model. *Journal of Medicine and Philosophy*, 6(2), 101-124.

Erickson, SG. (2000). *The Inner Game-Improving Performance on Football*. Italy. Carlton Books.

Escala POMS. (6 de octubre de 2013) URL disponible en: http://www.uv.es/uipd/es/instrumentos_POMS_vc.html

Escala STAI. (13 de Junio de 2013) URL disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692011000400005&script=sci_arttext&tlng=es

Europa Press (2013). "El fútbol es el deporte "rey" en televisión, con el 25% del total de emisiones deportivas en 2013". <http://www.europapress.es/tv/noticia-futbol-deporte-rey-te>

levision-25-total-emisiones-deportivas-2013-20140203174455.html

Eysenck, H.J. (1994). Cancer, personality and stress: prediction and prevention. *Advances in Behavior Research and Therapy*, 16, 167-215.

Eysenck, H.J. (1960). *The structure of human personality*. Londres: Routledge & Kegan Paul.

Eysenck, H.J. (1967). *The biological basis of personality*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.

Eysenck, H.J. (1975). Anxiety and the natural history of neurosis. In C. D. Spielberger (Ed.), *Stress and anxiety* (pp. 51-94). Washington, DC: Hemisphere.

Fabre B., Oneto A., Schonfeld C., Belli S^a., Aranda C (2010). Evaluación del comportamiento de tres IE en la medición de cortisol en saliva en una población normal. Laboratorio- Instituto Alexander Fleming. Salguero 560. Ciudad de Buenos Aires, C.P. 1177

Faude, O., Junge, A., Kindermann, W. y Dvorak, J. (2005). Injuries in female soccer players: A prospective study in the German National League. *American Journal of Sports Medicine*, 33(11), 1694-1700.

Faulkner A, Webb P, Maguire P. (1991). Communication and counseling skills: Educating health professionals working in cancer and palliative care. *Patient Education and Counseling*, 18 (1), pp. 3-7.

Federación Internacional de Fútbol Asociación (2015). Circular N° 1.354 de la FIFA. Reglamento sobre el Estatuto y la Transferencia de Jugadores. Categorización de Clubes y Períodos de Inscripción (3/5/2013).

Federación Internacional de Fútbol Asociación (2015). Circular N° 1.171 de la FIFA. Requisitos Mínimos para Contratos Estándar de Jugadores en el Fútbol Profesional (24/11/2008)

Fenker, R. y Lambiotte, J. (1987). A performance enhancement program for a college football team: One incredible season. *The Sport Psychologist*, 1, 224-236.

Fernández Mérida, M.C. (1998). Modelo de Hildegard Peplau y relación de ayuda. *Enferm Clínica*, 8(1), 24-28.

Fernández, M. D. G. (2010). Evaluación psicológica en el deporte: aspectos metodológicos y prácticos. *Papeles del psicólogo*, 31(3), 250-258.

Fernandez-Abascal E, Garcia B, Jimenez MP, Martin MD, Dominguez FJ. (2010). Psicología de la emoción. Ed. Ramón Areces. UNED.

Field MJ, Cassel CK, (1997). Approaching death: Improving Care at the End of Life. Washington, DC: National Academy Press.

Florean A (1992). Lesiones deportivas: importancia y prevención. Asociación de Psicología del deporte. Argentina.

Folkman, S., Lazarus, R.S., Dunkel-Schetter, C., De Longis, A., Gree, R.J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcome. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 992-1003.

Font, A. (1994). Cáncer y calidad de vida. *Anuario de psicología* (pp. 0041-50).

Fonseca E, Paino M, Sierra S, Lemos S y Muniz J (2012). Propiedades psicométricas del cuestionario STAI en universitarios. Consultado 13/06/13. URL disponible en:

Foster GSA, Greyser, et al. (2005). *The business of sports: Text and cases on strategy and management*. Thomson Mason, OH.

Friedman, M. y Rosenman, R.H. (1974). *Type A behavior and your heart*. New York: Knopf. Furnham, A. (1984). The protestant work ethic. *European Journal of Social Psychology*, 14, 87-104.

Fuller CW, Ekstrand J, Junge A, Andersen TE, Bahr R, Dvorak J, (2006). Consensus statement on injury definitions and data collection procedures in studies of football (soccer) injuries. *Scand J Med Sci Sports*. 16:83-92. B

Galeano, E. (1995). *El fútbol de sol a sombra*. Editores Siglo XXI. Buenos Aires.

Ganong W. (1992). *Fisiología Médica*. México, DF: Manual Moderno.

Garcés de Los Fayos, E. (2002). Variables motivacionales y emocionales implicadas en el síndrome de Burnout en el contexto deportivo. 11-12 (5). Recuperado el 13 de mayo de 2004 en <http://reme.uji.es/agarce2110312102/texto.htm>

Garcés de Los Fayos, E. (2004). *Burnout en Deportistas. Propuesta de un sistema de evaluación e intervención integral*. Madrid: EOS.

García O, Aluja, A y Garcia LF (2004). Psychometric properties of the Goldberg's 50 personality Markers for the Big Five model: A study in Spanish language. *European Journal of Psychological Assessment*, 20 (4), 310-31.

García Ucha, F. (1996). *El papel de las emociones en el deporte*. Editorial Pueblo y Educación.

García Ucha, F. (2001). Ansiedad e indicadores de rendimiento en deportistas. Recuperado el 23 de julio de 2004 en <http://www.efedeportes.com/RevistaDigital>, Buenos Aires, 33.

Garcia-Mas, A., Palou, P., Smith, R. E., Ponseti, X., Almeida, H. G. L. D., Lameiras, J.,

Leiva, A. (2011). Ansiedad competitiva y clima motivacional en jóvenes futbolistas de competición, en relación con las habilidades y el rendimiento percibido por sus entrenadores.

Garcia-Viniegras CR. (1999). Manual para la utilización del cuestionario de salud general de Goldberg. *Rev. Cubana medicina general integral*. 15(1):88-97.

Garrido, R. E. R., García, A. V., Flores, J. L. P., de Mier, R. J. R. (2012). Actividad físico deportiva, autoconcepto físico y bienestar psicológico en la adolescencia. *Retos: nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación*, (22), 19-23.

Garriga, JA. (2007). Una hinchada de fútbol. URL disponible: www.efedeportes.com, Noviembre.

Goig, DL. (2008). La presión del futbolista. *Abfutbol: revista técnica especializada en fútbol*, (34), 91-94.

Goig, DL. (2014). La presión del futbolista y técnicas para controlarla. *Abfutbol: revista técnica especializada en fútbol*, (68), 85-92.

Goldberg, (1993). The Structure of Phenotypic Personality Traits. *American Psychological Association*, 48, 26–34.

Goldberg, L.R., (1992). The development of markers of the Big-Five factor structure. *Psychological Assessment*, 4, 26–42.

Gómez, S., Opazo, M. (2007). Características estructurales de un club de fútbol profesional de elite. IESE Business School. Documento de Investigación DI, (705).

González Ramallal, M. E. (2004). *Sociedad y deporte: análisis del deporte en la sociedad y su reflejo en los medios de comunicación en España*.

González, A. (2003). Los aspectos psicológicos de las lesiones deportivas desde el punto de vista de entrenadores y deportistas. En S. Márquez (coord.), *Psicología de la Actividad Física y el Deporte: Perspectiva Latina*, (pp. 505- 510). León: Universidad de León.

González, L.E., Ortín, F.J., Jiménez, J. y Olmedilla, A. (1999). Modelo de estrés en las lesiones deportivas: un análisis exploratorio en futbolistas. *Psicología de la Actividad Física y el Deporte. Áreas de Investigación y Aplicación VII Congreso Nacional de Psicología de la Actividad Física y el Deporte*. Murcia: Sociedad Murciana de Psicología de la Actividad Física y el Deporte.

González, L.E., Ortín, F.J., Jiménez, J. y Olmedilla, A. (1999). Modelo de estrés en las lesiones deportivas: un análisis exploratorio en futbolistas. *Psicología de la Actividad Física y el Deporte. Áreas de Investigación y Aplicación VII Congreso Nacional de Psicología de la Actividad Física y el Deporte*. Murcia: Sociedad Murciana de Psicología de la Actividad Física y el Deporte.

Gonzalez-Ramahall, ME., Ramos, JR. (2008). Medios de comunicación e identidad nacional. *Comunicación Y Deporte*, (8), 105.

Goodare H. (1994). Counselling people with cancer: questions and possibilities. *Advances: J Mind- Body health*; 10 (2): 4-26.

Granero Y, et al (2015). Proyecto hombre: El modelo bio-psico-social en el abordaje de las adicciones como marco teórico. Comisión nacional de formación asociación hombre.

Gray, JA. (1982). *The neuropsychology of anxiety: An enquiry of the septo-hippocampal system*. Oxford: Oxford University Press.

Greenstead OA, Van der Straden A. (2000). The voluntary HIV-1 counselling and testing efficacy study group. Counsellors' perspectives on the experience of providing HIV counselling in Kenya and Tanzania. *AIDS Care*; 12: 625-42.

Grinstead O A, van der Straden A (2000). The Voluntary HIV-1 Counselling and Testing Efficacy Study Group. Counsellors' perspectives on the experience of providing HIV counselling in Kenya and Tanzania: The Voluntary HIV-1 Counselling and Testing Efficacy Study. *AIDS Care*; 12: 625-642.

Guillén, F. (2008). El estrés de los jóvenes deportistas. Ponencia presentada en el XVIII

Congreso Panamericano de Educación Física. Caracas, Venezuela. URL: <http://www.kinesis.com.co/de>

Guyton AC, Hall JE. (2003). Tratado de fisiología médica. Ed. McGraw-Hill-Interamericana. 119-120. Madrid.

Hägglund, M., Walden, M. y Ekstrand, J. (2003). Exposure and injury risk in Swedish elite football: a comparison between seasons 1982 and 2001. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports*, 13(6), 364-370.

Hamilton B. (2000). East African running dominance: what is behind it? *British Journal of Sports Medicine*, 34, 391-394.

Hanson, S., McCullagh, P. y Tonymon, P. (1992). The relationship of personality characteristics, life stress, and coping resources to athletic injury. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 14, 262-272.

Hare, R., Evans, L. y Callow, N. (2008). Imagery Use During Rehabilitation From Injury: A Case Study of an Elite Athlete. *The Sport Psychologist*, 22, 405-422.

Haase, N (2002). Expert or dilettant? Reflections on the professionalism of coaches and effective communication. *New Studies in Athletics*, 1, 43-53.

Hawkins, R.D. y Fuller, C.W. (1999). A prospective epidemiological study of injuries in four English professional football clubs. *British Journal of Sports Medicine*, 33(3), 196-203

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

Hellhammer, D. H., Wüst, S., Kudielka, B. M. (2009). Salivary cortisol as a biomarker in stress research. *Psychoneuroendocrinology*, 34(2), 163-171.

Hernandez A. (1994). *Psicología de la actividad deportiva*. [Tesis doctoral]. Santiago de Compostela: Facultad de psicología, Universidad Santiago de Compostela.

Hernandez, C. (2009). Ponte la verde con el tri de mi corazón: Nacionalismo banal, televisión y fútbol. 08/03/14 <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3102005>

Historias clínicas Levante Unión Deportiva (base de datos). Valencia: Servicios Médicos de Levante Unión Deportiva. (2013).

Holmes, T. H., Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of psychosomatic research*, 11(2), 213-218.

James W, Lange C. (1884). What is an emoción? *Mind* 9, 188205. (traducción:1985 en estudios de Psicología, 21, 5773).

Järvinen TA, Järvinen TL, Kääriäinen M, Kalimo H, Järvinen M. (2005). Muscle injuries: biology and treatment. *Am J Sports Med.*; 33:745-64. B

Johnson, S. Melamed, B. G. (1979). The Assessment and treatment of children's fears. In B. Lahey &

Johnson, U., Ekengren, J. y Andersen, M.B. (2005). Injury prevention in Sweden: Helping soccer players at risk. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 27, 32-38.

Junge A, Dvorak J, Graf-Baumann T. (2004). Football injuries during the World Cup 2002. *Am J Sports Med.*;32 Suppl 1:23S-7S. C

Junge, A. (2000). The influence of psychological factors on sports injuries: Review of the literature. *American Journal of Sports Medicine*, 28, 10-15.

Kamenga M, Rayder RW, Jingu M, Mbuji N, Mbu L, Behets F (1991). Evidence of marked sexual behavior change associated with low HIV-I seroconversion in 149 married couples with discordant HIV-1 serostatus: Experience at an HIV Counselling Center in Zaire. *AIDS*; 5: 61-67.

Känel R, Kudielka BM, Hanebuth D, Preckel D, Fisher JE. (2005). Different contribution of interleukin-6 and cortisol activity to total plasma fibrin concentration and to acute mental stress-induced fibrin formation. *Clin Sci (Lond)*;109:61

Kaplan SH, Greenfield S, Gandek B, Rogers WH, Ware JE, Jr. (1996). Characteristics of physicians with participatory decision-making styles. *Ann Intern Med*;124(5):497-504.

Kérouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F (2001). El Pensamiento enfermero. Barcelona: Masson.

Kerr, G. y Goss, J (1996). The effects of a stress management program on injuries and stress levels. *Journal of Applied Sport Psychology*, 8, 109-117.

Kibler, W. B. (1995). Injuries in adolescent and preadolescent soccer players. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 25(12), 1330-1332.

Kielhofner, G. (1983). Qualitative Research: Paradigmatic Grounds And Issues Of Reliability And Validity. *The Occupational Therapy Journal of Research*, 2 (2).

Kirschbaum C. y Helhammer D.H. (1994). Salivary cortisol in psychoneuroendocrine research: Recent developments and applications. *Psychoneuroendocrinology* 19 (4): 313-333

Kleinert, J. (2003). *Erfolgreich aus der sportlichen Krise*. München: BLV Verlagsgesellschaft.

Knowles, SB; Marshall, SW. y Guskiewicz, K. M. (2006). Issues in estimating risks and rates in sports injury research. *Journal of Athletic Training*, 41(2), 207-215

Kristiansen E, Tomten SE, Hanstad DV, Roberts GC. (2012). Coaching communication issues with elite female athletes: two Norwegian case studies. Consultado: 26/06/13. URL, disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22925166>

Kucera, K. L., Marshall, S. W., Kirkendall, D. T., Marchak, P. M. y Garrett, W. E (2005). Injury history as a risk factor for incident injury in youth soccer. *Brithis Journal Sports Medicine*, 39 (7), 462.

Lab test (2012). Obtención cortisol saliva. Consultado el 27/09/13. URL disponible en: <http://www.labtestsonline.es/tests/Cortisol.html?mode=print>

Landry R (1998). L'analyse de contenu. En: *Recherche sociale. De la problématique à la collecte des données*. Benoit Gauthier (Editor). Sillery, Presses de l'Université du Québec. p. 329-356.

Lang, PJ. (1968). Fear reduction and fear behavior: Problems in treating a construct.

Larson, GA., Starkey, C. y Zaichkowsky, LD. (1996). Psychological aspects of athletic injuries as perceived by athletic trainers. *Sport Psychologist*, 10(1), 37- 47.

Lavalle-González, F. J., Villarreal-Pérez, J. Z., González-González, G., Montes-Villarreal, J., Mancillas-Adame, L., Tamez-Pérez, H. E., Valencia-García, J. E. (2011). Validación de la medición de cortisol en saliva de una población de adultos jóvenes. *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 19(4), 146-148.

Lazarus RS. (2000). Estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Lazarus, R. S. (1966). Psychological stress and the coping process. New York: McGraw-Hill.

Lazarus, RS., Folkman, S. (1984). Stress, appraisal and coping. New York: Springer Publishing Company.

L'ecuyer R (1990). Méthodologie de l'analyse développementale de contenu. Sillery. Presses de l'Université du Québec. p. 51-120.

Leibovich de Figueroa, N. B. (1991). Ansiedad: algunas concepciones teóricas y su evaluación. En M. M Casullo, N. B. Leibovich de Figueroa y M. Aszkenazi (Eds.). Teoría y técnicas de evaluación psicológica. Buenos Aires: Psicoteca Editorial.

Leng G, Russell A. (1998). Learning to cope with repeated stress. *J Physiol*;510:331.

Llamas, CAS., Abello, R. (2008). Burnout y pensamientos irracionales en deportistas de alto rendimiento. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 2(1), 49-78.

Lopez IA. (2011). La evaluación de variables psicológicas relacionadas con el rendimiento del fútbol: habilidades psicológicas para competir y personalidad resistente. [Tesis doctoral]. Granada: Facultad de ciencias de la actividad física y del deporte, Universidad de Granada.

Lopez, M. (2006). Características y relaciones de flow, ansiedad y estado emocional con el rendimiento en deportistas de élite. Barcelona: Facultad de psicología, Universidad Autónoma de Barcelona.

Lopez-Aranguren, E (1986). El análisis de contenido. En: El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación. Compilación de Manuel García Ferrando, Jesús Ibañez y Francisco Alvira. Alianza Editorial. Madrid. p. 365-396.

Lorenzo A, Sampaio J. (2005). "Reflexiones sobre los factores que pueden condicionar el desarrollo de los deportistas de alto nivel". (10 de marzo de 2014) <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1183654>

Maddison, R. y Prapavessis, H (2005). A Psychological Approach to the Prediction and Prevention of Athletic Injury. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 27(3), 289-302.

Maddison, R. y Prapavessis, H. (2005). A psychological approach to the prediction and prevention of athletic injury. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 27, 289-310.

Maguire P, Faulkner A (1988) Communicate with cancer patients: 1 Handling bad news and difficult questions *BMJ* 297: 907-9.

Maldonado A. (2012). La comunicación en la relación de ayuda al paciente en enfermería: saber qué decir y qué hacer. *Rev Esp Comun Salud*;3(2): 147-157.

Mankad, A., Gordon, S. y Wallman, K. (2009). Perceptions of emotional climate among injured athletes. *Journal of Clinical Sports Psychology*, 3, 1-14.

Mankad, A., Gordon, S. y Wallman, K. (2009). Psycho-immunological effects of written emotional disclosure during long-term injury rehabilitation. *Journal of Clinical Sports Psychology*, 3, 205-217.

Manual ATLAS-TI. (23 de noviembre de 2014) URL disponible en: http://www.fcp.uncu.edu.ar/upload/Atlas5_manual.pdf

Marino, R. A. (2003). Comunicación educativa en la sociedad de la información.

Marks, I. (1986). Tratamiento de neurosis. Barcelona: Martínez Roca.

Marks, I. M. Lader, M. (1973). Anxiety states (anxiety neurosis): A review. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 156, 3-16.

Martín, P., Ovejero, I., Mateos, A., & Villarroel, M. (2013). Cortisol en saliva como indicador de estrés en porcino. *Revista Complutense de Ciencias Veterinarias*, 7(1), 30-33.

Martinez, M. (2006). La investigación cualitativa (síntesis conceptual). En *Revista IIPSI. Facultad de Psicología*, 1, vol. 9, UNMSM. pp. 123 – 146.

Martinez J. (2011). Métodos de investigación cualitativa. *Silogismos de investigación*. N° 8 (1), Jul-Dic.

Maslow, A. (1943). Jerarquía de necesidades.

Maslow, A. H. (1991). Motivación y personalidad. Ediciones Díaz de Santos.

Mayer, R, Quellet, F (1991). *Méthodologie de recherche pour les interventants sociaux*. Boucherville. Gaëtan Morin Editeur. Montreal-Paris-Casablanca. p. 473-502.

Mayntz, R, Holm, K, Hubner, P (1980). *Introducción a los métodos de la sociología empírica*, Alianza Editorial. Madrid. 309 páginas.

McClland, D. (1985). *Motivation and Society*. New York: Irvington.

Mcewen, B. S. (1995). Stressful experience, brain, and emotions: Developmental, genetic and hormonal influences. In M. S. Gazzaniga (Ed.), *The Cognitive Neurosciences* (pp. 1117-1136), Cambridge: MIT.

Mcgrath, J. E. (1970). A conceptual formulation for research on stress. In J. E. Macgrath, *Social and psychological factors in stress* (pp. 10-21). New York: Holt Rinehart and Winston.

McNair, D. M., Lorr, M., Droppleman, L. (1971). *Manual for the Profile of Mood States*. San Diego, CA: Educational and Industrial Testing Service.

McNair, D. M., Droppleman, L. F., Lorr, M. (1992). *Edits manual for the profile of mood states: POMS*. Edits.

Mechanic, D. (1978). Stress, crisis, and social adaptation. In D. Mechanic (Ed.), *Medical sociology* (2nd ed., pp. 290-311). New York: The Free Press.

Medina, F. (2003). Al calor de la jugada: el fútbol, signos y símbolos. *Boletín de Medina FX*, Sanchez R. "Culturas en el juego". Ed. Icaria. 3ª Edición.

Mejía Lopera, M.E. (2006). Reflexiones sobre la relación interpersonal enfermera-paciente en el ámbito del cuidado clínico. *Index Enferm*, 54.

Metodología Cualitativa. (18 de noviembre de 2014) URL disponible en: <http://www.utp.edu.co/~chumanas/revistas/revistas/rev20/gomez.htm>

Miguel-Tobal, J. J. (1985). *Evaluación de respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras de ansiedad: Elaboración de un instrumento de medida (ISRA)*. Tesis doctoral, Madrid: Ed. Ucm.

Miguel-Tobal, JJ. (1990). La ansiedad. In J. L. Pinillos J. Mayor (Eds.), *Tratado de psicología*

gía general: Motivación y emoción (pp. 309-344). Madrid: Alhambra.

Miguel-Tobal, JJ. (1996). La ansiedad. Madrid: Santillana.

Miguel-Tobal, JJ., Casado MI. (1999). Ansiedad: Aspectos básicos y de intervención. In G. G. Fernández-Abascal, F. Palmero (Eds.), Emociones y salud (pp. 91-124). Barcelona: Ariel.

Miller, T. W. (1997). Clinical disorders and stressful life events. Madison, CT: International University Press.

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

Mora, C. A. (1997). Un programa para mejorar las habilidades sociales de adolescentes. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.

Morales, JC (2011). Dolor en el anciano: Dolor oncológico-Dolor en el paciente terminal. Universidad Ciencias Aplicadas y Ambientales. Bogotá, Colombia.

Morgan, BE. y Oberlander, MA. (2001). An examination of injuries in major league soccer: the inaugural season. *American Journal of Sports Medicine*, 29(4), 426-430.

Morris, D., Zulaika, J. (1982). El deporte rey.

Morrow A L, Guerrero L, Shults J, Calva JJ, Lutter C, Bravo J (1988). Efficacy of home-based peer counselling to promote exclusive breastfeeding: a randomised controlled trial. *Lancet* 1999;353: 1226-1231.

Muhr, T. (1998)..ATLAS-ti.Scientific Software Development.

Murphy, S, Leck, S. (1991).Concomitantes psicológicos y de ejecución del aumento del volumen de entrenamiento en atletas de élite. Comité Olímpico de los Estados Unidos de Norte América.

Navlet MR. (2012). Ansiedad, estrés y estrategias de afrontamiento en el ámbito deportivo: un estudio centrado en la diferencia entre deportes. [Tesis doctoral]. Madrid: Facultad de psicología, Universidad Complutense de Madrid.

Newby, R. W., & Simpson, S. (2003). Variations in mood state as a function of a football

season. Consultado: 09/06/13 .<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12776826>

Nicholls, A. R., Backhouse, S. H., Polman, R. C. J., McKenna, J. (2009). Stressors and affective states among professional rugby union players. *Scandinavian journal of medicine & science in sports*, 19(1), 121-128.

Noh, Y. E., Morris, T. y Andersen, M. B. (2007). Psychological intervention programs for reduction of injury in ballet dancers. *Research in Sports Medicine*, 15, 13– 32.

Oatley, KG. (1996). Emotions, rationality and informal reasoning. *Mental models in cognitive science: Essays in honour of Phil Johnson-Laird*, 175-196.

Okun B. (2001). *Ayudar de forma efectiva. Counselling*. Barcelona: Paidós.

Olga G, Terry L. (1997). *Superar el estrés*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Oliven, Roben G. y Damo, Arlet S. (2001). Fútbol y Cultura. Colección: Enciclopedia Latinoamericana de Sociocultura y Comunicación. Grupo Norma. Colombia, pág. 89.

Olmedilla A. (2003). Análisis de la influencia de los factores psicológicos sobre la vulnerabilidad del futbolista profesional y semiprofesional a las lesiones. [Tesis doctoral]. Murcia: Facultad de psicología, Universidad de Murcia.

Olmedilla, A. (2005). Factores psicológicos y lesiones en futbolistas: un estudio correlacional.

Olmedilla, A, García-Mas. (2009). El modelo global psicológico de las lesiones deportivas. *Acción psicológica* 6.2: 77-91.

Olmedilla, A., Andreu, M.D., Ortín, F.J. y Blas, A. (2008). Epidemiología lesional en futbolistas jóvenes. *Cultura, Ciencia y Deporte*, 3(9), 177-183.

Olmedilla, A., López, G., Nieto, G. y García-Montalvo, C. (1999). Percepción del entrenador de fútbol acerca de la figura del psicólogo del deporte y las lesiones deportivas de los jugadores. En F. Guillén (ed.), *La psicología del deporte en España al final del milenio*, (pp. 527-539). Las Palmas de Gran Canaria: Servicio de Publicaciones de la U.L.P.G.C.

Olmedilla, A., Ortega, E. y Abenza, L. (2005). Influencia de la evaluación de la ejecución deportiva y lesiones. *Cienciaydeporte.net [revista electrónica]*, 2(1), 1-5. Disponible: http://www.cienciaydeporte.net/articulo_0206_1.php

Olmedilla, A., Ortega, E., Prieto, J.M. y Blas, A. (2009). Percepción de los tenistas respecto a los factores que pueden provocar lesiones: diferencias entre federados y no federados. Cuadernos de Psicología del Deporte, 9(2), 7-18.

Olmedilla, A., Ortín, F. J. y De la Vega, R. (2006). Lesiones deportivas y psicología: análisis, investigación y propuestas de intervención. En E. Garcés de los Fayos, A. Olmedilla y P. Jara (Coords), Psicología y Deporte, (pp. 497-524). Murcia: Diego Marín.

Olmedilla, A., Ortín, F.J. y Ortega, E. (2004). Un análisis descriptivo de la percepción de los jugadores de fútbol respecto a los factores que pueden provocar lesiones. Cuadernos de Psicología del Deporte, 4(1-2), 201-213.

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

Olmedilla, A., y González, L.E. (2002). Factores psicológicos de la lesión deportiva. Intervención psicológica en los procesos de prevención y rehabilitación. En A. Olmedilla, E.J. Garcés de los Fayos y G. Nieto (Coords.), Manual de Psicología del Deporte, (pp. 212- 234). Murcia: Diego Marín.

Orin FJ. (2011). Factores psicológicos y socio-deportivos y lesiones en jugadores de futbol semiprofesionales y profesionales. [Tesis doctoral]. Murcia: Facultad de psicología, Universidad de Murcia.

Ortín, F. J., Garces de Fayos, E. J., Olmedilla, A. (2010). Influencia de los factores psicológicos en las lesiones deportivas. Papeles del Psicólogo, 31(3), 281-288.

Ortín, F. J., Jara, P. y Berengüí, R. (2008). Análisis de la influencia de factores psicológicos y deportivos en la aparición de lesiones deportivas en futbolistas semiprofesionales y profesionales. XI Congreso Nacional y Andaluz y III Congreso Iberoamericano de Psicología de la Actividad Física y el Deporte. Sevilla.

Otero et al (2005) Inventario bipolar de Goldberg para la persona. Psicología de la Personalidad.

Pallarés, J., Rosel, J. (2001). Patrón de conducta Tipo-A y estrés en deportistas adolescentes: algunas variables mediadoras. Psicothema, 13(1), 147-151.

Palmi J (1997). Componentes psicológicos de las lesiones deportivas (Cap 8) en J. Cruz,

Psicología del deporte. (pp.215-244). Madrid. Síntesis.

Palmi J. (1991). La imaginaria como técnica y programa de intervención psicológica en el deporte. [Tesis doctoral]. Barcelona: Facultad de psicología. Universidad Autónoma de Barcelona.

Palmi, J. (2001). Visión psicosocial en la intervención de la lesión deportiva. Cuadernos de Psicología del Deporte, 1(1), 69-79.

Parrot RF, Misson BH, Baldwin BA. (1989). Salivary cortisol in pigs following adrenocorticotrophic hormone stimulation: comparison with plasma levels. Br Vet J;145:362-6.

Pascual, A. y Aragües, G.M. (1998). Lesiones deportivas y rasgos de ansiedad en los jugadores de fútbol. Medicina Clínica, 111(2), 45-48.

Passer, M. W., & Seese, M. D. (1983). Life stress and athletic injury: Examination of positive versus negative events and three moderator variables. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6679564> Consultado: 09/06/13

Pearlin, L. I. (1989). The sociological study of stress. Journal of Health and Social Behavior, 30, 241-256.

Pelegrin A. (2005). Detección y valoración de la incidencia de las actitudes antideportivas durante la competición. Universidad de Murcia. Cuadernos de Psicología del deporte. Vol. 5, num. 1 y2.

Peplau H (1990). Relaciones Interpersonales en Enfermería. Un marco de referencia conceptual en enfermería psicodinámica. Barcelona: Salvat.

Pérez Navarro, AM. (2014). Efectividad del counselling en pacientes con enfermedad oncológica en Fase diagnóstica. URL disponible en: <http://repository.upb.edu.co:8080/jspui/handle/123456789/1627>

Perfil de estados de ánimo (POMS). 30 de noviembre de 2013) URL disponible en: <https://ubir.buffalo.edu/xmlui/handle/10477/1888>

Perpiñá-Galvañ, J., Richart-Martínez, M., Cabañero-Martínez, M. J., Martínez-Durá, I. (2011). Validez de contenido de versión corta de la subescala del Cuestionario State-Trait Anxiety

Inventory (STAI). http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692011000400005&script=sci_arttext&tlng=es

Pervin LA (1998). The three disciplines of personality and the problem of volition. En J. Bermudez, et al (eds.). *Personality psychology in Europe* (Vol. 6, pags. 85-108). Tilburg. Tilburg University Press.

Peter R, Alfredsson L, Hammar N, Siegrist J, Theorell T, Westerholm P. (1998). High effort, low control, and cardiovascular risk factors in employed Swedish men and women: baseline results from the WOLF study. *J Epidemiol Comm Health*;52:540-7.

Petrie, T.A. (1993). Coping skills, competitive trait anxiety, and playing status: Moderating effects on the life stress-injury relationship. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 15, 261-274.

Pino (2007). Estrés y vulnerabilidad a las lesiones deportivas. Publicado en futsalcoach.com. Madrid.

Pourtois, JP (1992) *Epistemología e instrumentación en ciencias humanas*, (Barcelona, Herder).

PubMed. (08 de agosto de 2013) URL disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

Pujadas, X., Santacana, C. (2001). La mercantilización del ocio deportivo en España. El caso del fútbol 1900-1928. *Historia social*, 147-167.

Quintero A, Wright V, Fu F, Huard J. (2009). Stem Cells for the treatment of skeletal muscle injury. *Clin Sports Med.*:28:1-11. D.

Raglin, JS., Hanin, YL. (2000). Competitive anxiety. In Y. L. Hanin (Ed.), *Emotions in sport* (pp. 93–111). Champaign, IL: Human Kinetics.

Ramírez, A., Alzate, R., Lázaro, I. (2010). Efectos psicológicos de la lesión deportiva. *Motricidad. European Journal of Human Movement*, 9.

Ramos, M. I., Cardoso, M. J., Vaz, F., Torres, M. D., García, F., Blanco, G., & González, E. M. (2008). Influencia del grado de ansiedad y el nivel de cortisol sobre la recuperación posquirúrgica. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 36(3).

Ramos-Alvares MM, Catena A. (2004). Normas para la elaboración y revisión de artículos originales experimentales en Ciencias del Comportamiento. *International Journal of Clinical*

and Health Psychology. Vol. 4, N° 1, pp. 173-189.

Real Federación Española de Fútbol (2015). Consultado 14/03/15 [http://www.rfef.es/sites/default/files/pdf/CODIGO-DISCIPLINARIO-TEMPORADA-2014-2015-\(enero-15\).pdf](http://www.rfef.es/sites/default/files/pdf/CODIGO-DISCIPLINARIO-TEMPORADA-2014-2015-(enero-15).pdf)

Real Federación Española de Fútbol; (28/01/15) URL disponible en: <http://www.rfef.es/federacion/ligas-comisiones/liga-futbol-profesional>

Reeve, J. (1994). Motivación y Emoción. McGraw-Hill. México, pág. 97.

Regulación de salarios de la liga de fútbol profesional, (29/01/2015) URL disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2014/10/09/pdfs/BOE-A-2014-10284.pdf>

Reiche, EMV., Nunes, SOV., Morimoto, HK. (2004). Stress, depression, the immune system, and cancer. *The lancet oncology*, 5(10), 617-625.

Reilly, T. (2003). Aspectos fisiológicos del fútbol. PubliCE Standard.

RESH. (10 de agosto de 2013) URL disponible en: <http://epuc.cchs.csic.es/resh/>

Rivera E, (2010). Fútbol: Socialización primaria. Razón y palabra.

Robbins JA, Bertakis KD, Helms U, Azari R, Callahan EJ, Creten DA. (1993). The influence of physician practice behaviors on patient satisfaction. *Fam Med*; 25:17-20.

Rodríguez MC. (2003). Diagnóstico de la personalidad en el deporte de competición: fútbol. [Tesis doctoral]. Gran Canaria: Facultad de psicología, Universidad de las Palmas de Gran Canaria.

Roffé, M. (2002). Las presiones de los futbolistas de élite ¿son controlables?. *Training fútbol: Revista técnica profesional*, (81), 24-31.

Rogers, C.R. (1996). El proceso de convertirse en persona. Barcelona, Ediciones Paidós Ibérica.

Rotella, R. J., Hanson, T., & Coop, R. H. (1991). Burnout in youth sports. *The Elementary School Journal*, 421-428.

Rubinstein, D (1981). Marx and Wittgenstein, London: Routledge & Kegan Paul.

Rudik, P.A. (1973). "Psicología de la educación física y el deporte". La Habana. Pueblo y Educación.

Ruiz Cerezo, M. (2005). La ira y otros estados emocionales en karatecas de alto nivel. Revis-

ta de Actualidad de la Psicología del Deporte. N° 6.

Saavedra G. (2005). Intervención psicológica en el anciano frágil al final de la vida. Tesis doctoral. Universidad de Valencia. Valencia. España.

Sanchís C (2015). El estrés y su detección en el laboratorio. URL, disponible en: <http://www.saludalosacher.com/estres-y-su-deteccion-en-el-laboratorio/>

Salimetrics Research (2012): <http://www.salimetrics.com/documents/1-3002.pdf>

Sanchez A, Gonzalez E, Ruiz M, San Juan M, Abando J, de Nicolas L, Garcia F. (2001). Estados de ánimo y rendimiento deportivo en fútbol. ¿Existe la ventaja de jugar en casa? Revista de Psicología del Deporte. Vol. 10, núm. 2, pp. 197-209

Sánchez, A., Ruiz, M., García, F., San Juan, M., Abando, J., González, E. (2001). Estados de ánimo y rendimiento deportivo en fútbol: ¿existe la ventaja de jugar en casa?. In Revista de psicología del deporte (Vol. 10, pp. 0197-209).

Sánchez, NC. (2008). El proceso psicossomático: el ser humano en el paradigma de la complejidad. Biblioteca Nueva.

Sandín, B., Chorot, P. (1995). Concepto y categorización de los trastornos de ansiedad. In A. B. Belloch, B. Sandín & F. Ramos (Eds.), Manual de psicopatología (Vol. 2 pp.53-80). Madrid: McGraw-Hill.

Sandín, B. (1990). Factores de predisposición en los trastornos de ansiedad. Revista de Psicología General y Aplicada, 43, 343-351.

Sartori, G. (2005). Homo videns: la sociedad teledirigida. Taurus.

Saunders, C. M. (1978). The management of terminal disease (Vol. 1). Hodder Arnold.

Scherzer, C.B. y Williams, J.M. (2008). Bringing sport psychology into the athletic training room.

Schmidt-Olsen, S., Buenemann, L. KH., Lade, V. y Brassoe, JOK. (1985). Soccer injuries of youth. British Journal of Sport Medicine, 19(3), 161-164.

SCI Mago. (08 de diciembre de 2014) URL disponible en: http://www.scimagojr.com/journal-rank.php?area=0&category=3202&country=ES&year=2012&order=sjr&min=0&min_type=cd

Secuenciación aleatoria. (23 de noviembre de 2013) URL disponible en: http://www.quader-nsdigitals.net/datos/hemeroteca/r_40/nr_455/a_6215/6215.pdf

Selye, H. (1936). A syndrome produced by diverse nocuous agents. *Nature*, 138, 32.

Selye, H. (1956). *The stress of life*. New York: McGraw Hill.

Selye, H. (1960). *La tensión en la vida*. Buenos Aires, Argentina: Cía. Gral. Fabril.

Selye, H. (1974). The evolution of the stress concept. *American Scientist*, 61, 692-699.

Selye, H. (1980). *Selye's guide to stress research*. New York: Van Nostrand Reinhold.

Sepúlveda Ramos, R. B. (2011). *Asociación entre ansiedad competitiva y tiempo de baja debido a lesiones deportivas en futbolistas de equipos de primera división de la región Metropolitana (Doctoral dissertation, Universidad de Chile)*.

Servicios Médicos del Fútbol Club Barcelona. (2009). *Guía de Práctica Clínica de las lesiones musculares. Epidemiología, diagnóstico, tratamiento y prevención Versión 4.5 (9 de febrero de 2009)*. ApuntsMedEsport.

Servicios médicos FC Barcelona (2009). *Guía de práctica clínica de las lesiones musculares. Epidemiología, diagnóstico, tratamiento y prevención*. F.C. Barcelona, servicios médicos. Apunts medicina de l'esport. 164, 179-203.

Siegrist, J., Siegrist, K. Weber, I. (1986). Sociological concepts in the etiology of chronic disease: The case of ischemic heart disease. *Social Science and Medicine*, 22, 247-253.

Sierra JC, Ortega V, Zubeidat I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Malestar e subjetividad/fortaleza*. V. III. Num. 1, 10-59.

Sierra Llamas C, Abello R. (2008). "Burnout y pensamientos irracionales en deportistas de alto rendimiento". *Psychologia: Avances en la disciplina*. Vol. 2. N.º 1.: 49-78, Enero-Junio.

Silla, J. M. P. (2001). El estrés laboral: una perspectiva individual y colectiva. *Prevención, trabajo y salud: Revista del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo*, (13), 18-38.

Smith, A. M., Stuart, M. J., Wiese-Bjornstal, D. M. y Gunnon, C. (1997). Predictors on injury in ice hockey players. A multivariate, multidisciplinary approach. *American Journal of Sport Medicine*, 25 (4), 500- 507.

Spiegel D. (2001). Group Therapy and Survival in Breast Cancer. *N Engl J Med*; 345:1767-1768.

Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushore RE. (1994). State-Trait Anxiety Inventory/Self Evaluation Questionnaire. *Counseling Psychologist Presss*. Sección de estudios de TEA Ediciones, S. A. Madrid. URL disponible en: <http://www.p3-info.es/PDF/PropiedadespsicomeetricasdelSTAI.pdf>

Spielberger, CD. (1972). *Anxiety: Currents trends in theory and research*. New York: Academic Press.

Spielberger, CD., Gorsuch, R. L., Lushene, R. E. (1970). *State-trait anxiety inventory (self-evaluation questionnaire)*. Consulting Psychologists Press.

Spielberger, CD., Pollans, CH., Wordan, TJ.(1984). *Anxiety disorders*. In S. M. Turner & M. Hersen (Eds.), *Adult psychopathology and diagnosis* (pp. 263-303). New York: John Wiley and Sons.

Srebro, R. (2002). *Winning with your head: A complete mental training guide for soccer*. Auburn,

Stahl SM. (2008). *Bases neurocientíficas y aplicaciones prácticas*. Ed. Aula Médica. 752-753.

Stambulova, N. (2000). Athlete's crises: A developmental Perspective. *International Journal of Sport Psychology*, 31, 584-601.

Starkes, JL., Ericsson, KA. (2003). *Expert performance in sports: Advances in research on sport expertise*. Human Kinetics Publishers.

Stedeford, A. (1984). *Facing death: Patients, families, and professionals*. William Heinemann Medical Books.

Sterling, P., Eyer, J. (1995). Allostasis: A new paradigm to explain arousal pathology. In J. Fisher & J. Reason (Eds.), *Handbook of life stress, cognition and health* (pp. 629-649). London: John Wiley and Sons.

Suárez, M. E. V. (2005). Reseña de "Deportes de equipo: Comprender la complejidad para elevar el rendimiento" de Rafael Martín Acero-Carlos Lago Peña. *Cultura, Ciencia y Deporte*, 1(3), 171-173.

Taylor, S. E. (1986). *Health psychology*. New York: Random House.

Terry, P. (2005). In the Mood: Mood Profiling Applications and Mood Regulation Strategies. Symposium POMS.

Thuot, S. M., y Kavouras, S. A. (1998). Effect of perceived ability, game location, and state anxiety on basketball performance. *Journal of Sport Behavior*, 21, 311- 321.

Thyer, BA. (1987). *Treating anxiety disorders: A guide for human service professionals*. London: Sage Publications.

Toma de muestras y análisis del cortisol. (27 de Septiembre de 2013) URL disponible en: http://www.proyectoinma.org/media/upload/pdf/protocolomedici_incortisolala_no_editora_16_24_1.pdf

Torregrosa, M., Cruz, J. (2009). Entusiastas, aficionados y espectadores: sus valores, motivaciones y compromiso. (Enthusiasts, fans and spectators: their moral values, motivations and commitment). CCD. *Cultura_Ciencia_Deporte*. Pags.149-157.

Torregrosa, M., Sousa, C., Viladrich, C., Villamarín, F., Cruz, J. (2008). El clima motivacional y el estilo de comunicación del entrenador como predictores del compromiso en futbolistas jóvenes. *Psicothema*, 20(2), 254-259.

Torres J. (1992). SIDA. Counselling. Motor de cambio. En Fresnadillo A.(ed.) *Infecciones víricas de transmisión sexual*. Terrassa (Barcelona).

Trobat, B. M. (2004). Sociología del deporte y cultura de masas. La mass-mediaticización del deporte. In *Turismo, ocio y deporte: VIII Congreso Español de Sociología: transformaciones globales: confianza y riesgo, grupo: turismo, ocio y deporte*, Alicante del 23 al 25 de septiembre (pp. 481-498). Universidade da Coruña.

Turabián, J. L., Pérez Franco, B. (2008). Atención médica individual con orientación comunitaria. Atención contextualizada: la figura es el fondo. In *Revista clínica electrónica en atención primaria* (pp. 0001-5).

Turner, R.J., Wheaton, B., Lloyd, D.A. (1995). The epidemiology of social stress. *American Sociological Review*, 60, 104-125.

Udry, E., Andersen, M.B. (2002). Athletic Injury and Sport Behavior. En T. Horn (ed), *Advances in Sport Psychology*, (pp. 529-553). Champaign, Il: Human Kinetics

Vademécum de kinesioterapia y de reeducación funcional. (2005). Yves. Editorial El Ateneo.

Valverde C. (1999). *Counselling sobre l'HIV: suport psicosocial i relació d'ajuda a la persona seropo-sitiva*. Barcelona. Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social.

Vallejo Ruiloba, J. (1998). *Introducción a la psicopatología y psiquiatría* (4ª ed.). Barcelona: Masson.

Vasco, C (1994). *Tres estilos de trabajo en las Ciencias Sociales*. Bogotá, CINEP.

Verdu, V. (1980). *El fútbol: mitos, ritos y símbolos*. Alianza, Madrid, pág. 21.

Vidal, M.A., Torres, L.M. (2006). In memoriam Cicely Saunders, fundadora de los Cuidados Paliativos. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 13(3), 143-144.

Vila, J. (1984). Técnicas de reducción de ansiedad. In J. Mayor & F. J. Labrador (Eds.), *Manual de Modificación de conducta* (pp. 229- 264). Madrid: Alhambra.

Vissoci, E.M. et al. (2004). Stress, depression, the immune system, and cancer. *The Lancet Oncology* 5:617 -625)

Wagg, S. (1984). *The football world. A contemporary social history*. Harvester Press.

Waldén M, Hägglund M, Ekstrand J. (2005). UEFA Champions League study: a prospective study of injuries in professional football during the 2001-2002 season. *Br J Sports Med.*;39:542-6. B.

Weinberg, R.S. y Gould, D. (2010). *Fundamentos de Psicología del Deporte y del Ejercicio físico*.

Wiese-Bjornstal, D. M., Smith, A. M., Shaffer, S. M. y Morrey, M. A. (1998). An Integrated Model of response to sport injury: Psychological and sociological dynamics. En *Journal of*

Applied Sport Psychology, 10, 46-69.

Wylleman, P. (2000). Interpersonal Relationship in Sport: Uncharted Territory in Sport Psychology Research. *International Journal of Sport Psychology*, 31, 555-72.

Zafra, AO., Toro, EO., Cano, LA., Esteve, AB. (2011). Lesiones deportivas y psicología: una revisión (2000-2009). *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 11(1), 45-57.

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

Zafra, AO., Alvarez, MDA., Montero, FJO., Redondo, AB. (2009). Ansiedad competitiva, percepción de éxito y lesiones: un estudio en futbolistas. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte*, (33), 5-15.

Zafra, AO., Montalvo, CG., Sánchez, FM. (2006). Factores psicológicos y vulnerabilidad a las lesiones deportivas: un estudio en futbolistas. *Revista de psicología del Deporte*, 15(1).

Zafra, AO, Toro E, Cano L. (2007). Percepción de los futbolistas juveniles e influencia del trabajo psicológico en la relación entre variables psicológicas y lesiones. *Cuadernos de psicología del deporte 7.2*: 75-87.

Zillmann D (1983). Transfer of excitation in emotional behavior. En JT Cacioppo y RE Petty (eds.). *Social Psychophysiology*. New York: The Guilford Press