

Diseño del módulo de evaluación clínica al deportista lesionado en el programa de rehabilitación psicológica PsyRePlay

Ángela Bernal; Alejandra González; Anayansi Moreno; Camilo Molina¹; Lina Rodríguez² y Camilo Espinosa³

Universidad El Bosque, Colombia

Los autores pertenecen a la Facultad de Psicología de la Universidad El Bosque.

Universidad El Bosque, Facultad de Psicología.

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Gracias en primera medida a nuestras familias por su apoyo incondicional en el trasegar de nuestra formación académica. A nuestro Co-Director Camilo Espinosa Ballén por ser parte de la columna vertebral de este trabajo y orientarnos con sus conocimientos con paciencia, profesionalismo y humanidad y a nuestra Directora Lina María Rodríguez Granada por hacernos parte de este proyecto tan importante en aporte a la salud mental en el ámbito deportivo.

romero.bernalangela@gmail.com; alejandragonzalezsuarez5@gmail.com;
aamoreno.sarmiento@gmail.com; tackm@hotmail.com

¹ Estudiantes de la Especialización en Psicología Clínica y Autoeficacia Personal

² Directora de trabajo de grado

³ Co-Director de trabajo de grado

Evaluación clínica al deportista lesionado en el programa de rehabilitación psicológica
PsyRePlay

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo diseñar un módulo de evaluación clínica dentro del Programa de rehabilitación psicológica de lesión deportiva PsyRePlay (Rodríguez, Arenas, Rodríguez, Santamaría y Urrego, 2018) con el propósito de valorar el estado del deportista lesionado de acuerdo con los cuatro componentes del programa: *Ajuste de Objetivos, Miedo a la Re-Lesión, Afrontamiento y Autoeficacia*. Para ello, se llevó a cabo un estudio de desarrollo tecnológico en el que se seleccionaron los siguientes instrumentos de evaluación: Estrategias de Afrontamiento (ACSQ) para medir las dimensiones de afrontamiento y ajuste de objetivos, Escala de Autoeficacia General para medir la autoeficacia y entrevista semi-estructurada del programa PsyRePlay (se adicionaron los ítems pertinentes para la evaluación de los cuatro componentes). Adicionalmente, se diseñó la actividad “una parada por la vida” para medir el miedo a la re-lesión. Esta metodología evaluativa será validada en la siguiente fase de la investigación.

Palabras Clave: PsyRePlay, Evaluación Clínica, Ajuste de objetivos, Miedo a la Re-lesión, Afrontamiento y Autoeficacia.

Abstract

The objective of this research was to design a clinical evaluation module within the PsyRePlay psychological injury rehabilitation program (Rodríguez, Arenas, Rodríguez, Santamaría and Urrego, 2018) in order to assess the state of the injured athlete according to the four program components: Goal Setting, Fear of Re-Injury, Coping, and Self-efficacy. To do this, a technological development study was carried out in which the following evaluation instruments were selected: Coping Strategies (ACSQ) to measure the coping dimensions and goal setting, General Self-efficacy Scale to measure self-efficacy and interview semi-structured of the PsyRePlay program (the pertinent items were added for the evaluation of the four components). Additionally, the “one stop for life” activity was designed to measure fear of re-injury. This evaluation methodology will be validated in the next phase of the investigation.

Key words: PsyRePlay, Clinical evaluation, Goal setting, Fear of re-injury, Coping and Self-efficacy.

La presente investigación hace parte del grupo investigativo de Psicología de la Salud, Deporte y Clínica de la Facultad de Psicología de la Universidad El Bosque y corresponde a la fase de diseño de evaluación al deportista lesionado del Programa de Rehabilitación Psicológica de Lesión Deportiva PsyRePlay elaborado por Rodríguez, Arenas, Rodríguez, Santamaría y Urrego (2018).

PsyRePlay es un programa que surge para dar respuesta a las necesidades psicológicas de los deportistas lesionados, especialmente porque “en Colombia la única experiencia metódica de intervención psicológica en el contexto de las lesiones deportivas ha sido la de Vigoya y García (2004), experiencia limitada tanto en la intervención (dos técnicas exclusivamente) como en las variables dependientes como objeto de estudio” (Rodríguez et. al., 2018, p. 13).

Dicho programa tiene como principal objetivo rehabilitar psicológicamente a deportistas mayores de 16 años que hayan sufrido una lesión deportiva que implique más de 28 días de incapacidad y puedan ser consideradas como moderadamente graves o graves y a largo plazo esto, según la clasificación de la lesión propuesta por el consenso médico reunido en Suecia durante el 2013 en el que participaron 14 expertos de ocho países pertenecientes a federaciones deportivas internacionales y la Comisión Médica del Comité Olímpico Internacional (Timpka et al., 2014 citado en Rodríguez et al., 2018, p. 3).

El programa PsyRePlay está dirigido principalmente a psicólogos del deporte que tengan formación en terapias de tercera generación, dado que el mismo tiene como ejes transversales las técnicas psicológicas Mindfulness (Jon Kabat- Zinn, 1990) y Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes, 1999) por lo cual, se tomó como referencia el protocolo Mindfulness and Acceptance Commitment (MAC) desarrollado por Gardner y Moore (2007) para la elaboración

de protocolos especializados para la rehabilitación psicológica en lesión deportiva, dada la evidencia de su efectividad en el contexto deportivo.

Los principales materiales a utilizar para llevar al cabo del programa son: el manual, protocolos por módulos y alfabeto de cubos; se compone de once módulos que se aplican a lo largo de tres momentos de la recuperación del deportista: (a) rehabilitación física (ocho módulos); (b) retorno a entrenamiento (dos módulos); y (c) retorno a competencia (un módulo). La extensión y profundización en cada módulo la ajusta cada terapeuta de acuerdo al caso. Su aplicación es de manera individual y la duración depende de la incapacidad del deportista.

PsyRePlay ha sido construido con base en los diferentes momentos por los cuales pasa el deportista en el proceso de recuperación de su lesión: (a) rehabilitación, (b) vuelta al entrenamiento y (c) vuelta a la competencia, sus once módulos están distribuidos de la siguiente manera:

Inicialmente, se encuentra el módulo 1 de valoración que pertenece a la subfase valoración, seguido a esto, se encuentra el módulo 2 que corresponde a la fase de evaluación y a la subfase de rehabilitación física y el módulo 3 hasta el 8 hacen parte de la subfase de rehabilitación física y a la fase de intervención, estos 8 módulos están ligados al momento en que el deportista lesionado se encuentra en fisioterapia, es decir, que se inicia en la primera semana de rehabilitación física idealmente y el octavo módulo se lleva a cabo durante la semana en la que el deportista será dado de alta por el médico.

El segundo momento, es la vuelta al entrenamiento como subfase, que corresponde a los módulos 9 y 10, teniendo como fase la intervención, en donde el deportista se está reacondicionando físicamente, la mayoría de las ocasiones a cargo de un preparador físico, este momento, suele iniciar inmediatamente el médico da de alta al deportista.

El tercer momento, es vuelta a la competencia como subfase, que inicia cuando el deportista se concentra para la primera competencia después de la lesión hasta que retorne a sus niveles de rendimiento previos a la lesión; su fase es el seguimiento y corresponde al módulo 11.

De tal manera, el objetivo del programa PsyRePlay es aportar de manera multidisciplinaria y desde un enfoque biopsicosocial, herramientas para aquellos deportistas que a causa de su lesión, se ven afectados emocional y psicológicamente, tal como lo afirma Ramírez (2002).

...Si el deportista lesionado se ve obligado a interrumpir su actividad física o deportiva como consecuencia de la lesión, se afectará su estado de ánimo y su nivel de competencia percibida (p.209).

De acuerdo con lo anterior, las lesiones implican alteraciones psicológicas, que se manifiestan cognitivamente, en los pensamientos negativos que se producen por la lesión; conductualmente, porque se pueden realizar conductas de riesgo a causa de no seguir las sugerencias médicas y emocionalmente, ya que se involucran los estados de ánimo que son fundamentales en la rehabilitación. En este sentido, frente a cualquier crisis, como lo es una lesión deportiva, es esperable que existan alteraciones en las áreas de ajuste, desajustes emocionales y estrés elevado que se manifiestan en el deportista en el momento de la lesión y durante el proceso de recuperación, lo cual afecta el bienestar psicológico; es decir, que existe una relación entre estrés y lesión, tal como lo afirman Ortín, Garcés y Olmedilla (2010), quienes aseveran que “El estrés provoca una sobreactivación muscular específica, induciendo a la realización de movimientos menos precisos en la ejecución deportiva” (p.283).

Complementando lo planteado, otras consecuencias psicológicas derivadas de una lesión deportiva son: (a) pensamientos negativos que se producen por la lesión, (b) realizar conductas de riesgo y (c) estados de ánimo alterados. Es esperable que existan dificultades en las áreas de

ajuste, desajustes emocionales y estrés elevado que se manifiestan en el deportista durante el proceso de rehabilitación (Olmedilla, Ortega y Gómez, 2013).

Para comprender y mitigar dichas consecuencias, en primera instancia se debe definir qué es una lesión deportiva. Según Rodríguez et al., (2018), se entienden las lesiones físicas como un acontecimiento común en el deporte, ocasionadas por intensas jornadas de entrenamiento, entre otras causas, algunas ocurren de forma accidental, otras son el resultado de entrenar de forma errada, de exageradas cargas de trabajo o por someter al cuerpo a un estrés extremo; por todo esto, actualmente es considerado un problema de salud pública.

Hoy en día se sabe que ha aumentado el número de personas que realizan diferentes prácticas deportivas de alto rendimiento, a nivel profesional y también deportistas aficionados, ya que existe la concepción de que la actividad física proporciona bienestar para la salud mental y física, trayendo consigo consecuencias positivas en la calidad de vida de quienes lo practican. Simultáneamente dicho incremento de deportistas, se ve de alguna manera reflejado en las estadísticas que indican un aumento sustancial de las lesiones deportivas (Abernethy y McAuley, 2003; Yaffe, 1983).

Adicionalmente, las lesiones físicas se consideran como una problemática no solo para el deportista sino a nivel social, lo que además trae afectación económica global, ya que por un lado, existen costos médicos y costos por incapacidades que anualmente representan grandes pérdidas económicas para los países, dinero que se invierte en las consultas por urgencias y en pagar los días de incapacidad de las personas con lesiones deportivas, tal como lo mencionan Öztürk, y Kılıç (2013, como se citó en Rodríguez et al. 2018 . Por otro lado, las lesiones deportivas generan consecuencias que impactan indirectamente a terceros, debido a que la no participación de un deportista de élite en una competencia principal como los Juegos Olímpicos

o la Copa del Mundo, puede representar una reducción del rating televisivo, la asistencia a los eventos deportivos, las ventas y publicidad, lo que sin duda alguna genera pérdidas económicas importantes que son el resultado del tiempo de incapacidad de los jugadores hasta que retornan a la competencia, lo que a su vez podría relacionarse en alguna medida al inadecuado apoyo psicológico que se les brinda a los atletas, como ha señalado Ergen (2014 citado en Korkmaz, et. al., 2014, citado en Rodríguez, et al., 2018). Como consecuencia de ello, hoy vemos que los médicos del deporte se han enfocado en reducir los tiempos de incapacidad al máximo, puesto que la diferencia de un par de días puede ser ganar la final del torneo (Kemp, citado en Hudson, 2009, citado en Rodríguez, et al., 2018).

Por lo anterior, se considera que la intervención psicológica resulta necesaria dado que en investigaciones realizadas, se ha mostrado que “las intervenciones psicológicas efectuadas durante los procesos de recuperación de lesiones han tenido efectos positivos, tales como: (a) menor tiempo de recuperación, (b) disminución del estrés, (c) ansiedad durante el proceso, (d) mayor autoeficacia del gesto deportivo al momento del retorno, (e) aumento en la capacidad de afrontamiento y (f) menor percepción de dolor y de inflamación durante el periodo de rehabilitación física” (Rodríguez et al., 2018 p. 5,6).

Es por esto y como lo explicita Beam (2002) que surge la necesidad de incluir la intervención psicológica a cargo de un profesional especializado durante el proceso de rehabilitación física de lesión, dado su impacto en la vida del deportista y sus implicaciones en la esfera emocional. En concordancia con lo anterior, en Rodríguez, et al., (2018) se resalta la importancia del alistamiento tanto físico como psicológico del deportista al momento del retorno, y adicionalmente se hace hincapié en que el éxito de la recuperación de los deportistas lesionados puede estar relacionado con el grado en que los entrenadores, los especialistas en

rehabilitación y otras personas significativas promueven en los deportistas la importancia de adquirir, fortalecer y desarrollar habilidades psicológicas.

De esta manera, la intervención de la psicología en rehabilitación de lesión deportiva se reconoce cada vez más como un componente complementario en el proceso de recuperación integral de la lesión, la cual debe estar estructurada según los principios del entrenamiento y soportarse en un modelo de salud vigente y validado, todo ello con el fin de disminuir la probabilidad de volver a sufrir una lesión, como ha indicado Abenza et., al., (2009, citado en Rodríguez, et al., 2018).

En ese sentido, otro concepto a considerar y que es relevante en esta investigación es el de la rehabilitación psicológica en Rodríguez et al., (2018), la cual se define como el proceso que faculta al deportista que ha sufrido una lesión moderada o mayor, para ajustar sus objetivos deportivos de acuerdo a su situación actual, afrontar las demandas deportivas y el miedo a la re-lesión con un nivel adecuado de autoeficacia para así retornar a la competencia, es por esto, que una vez más se exalta el papel del psicólogo quien debe hacer parte fundamental de un grupo interdisciplinar de profesionales de la salud que den un manejo adecuado a través de la implementación de técnicas, métodos y estrategias que contribuyan al proceso de recuperación eficaz y eficiente de la función de la parte del cuerpo que se ha visto afectada, es decir de la rehabilitación física y dar un aporte sustancial en la rehabilitación psicológica, Silva, (2002); Bahr y Maehlum, (2004), tal como lo citó Rodríguez, et al., (2018).

En esta definición se identifican cuatro componentes a desarrollar en el programa: (a) ajuste de objetivos, (b) afrontamiento, (c) miedo a la re-lesión y (d) autoeficacia que para la realización del manual son relevantes y transversales en los once módulos. A continuación, se encuentra la definición de cada componente, mencionado en (Rodríguez, et al., 2018, p. 4).

Ajuste de objetivos: entendido como la capacidad para modificar (crear, eliminar o ajustar) los objetivos deportivos en función de los cambios físicos, psicológicos y comportamentales derivados de la lesión deportiva.

Afrontamiento: definido como la capacidad para manejar las demandas externas o internas del retorno al deporte posterior a una lesión deportiva, que subjetivamente sobrepasan los recursos del individuo.

Autoeficacia: referida a la creencia del individuo en sus capacidades para organizar y ejecutar las acciones pertinentes para alcanzar el rendimiento deportivo previo a la lesión.

Miedo a la re-lesión: definido como una respuesta emocional provocada por estímulos presentes en el ambiente que son evaluados como peligrosos debido a que pueden derivar en una nueva lesión; esta respuesta tiene componentes: fisiológico (reacciones fisiológicas de sudor, temblores, palpitaciones, etc.), comportamental (pensamientos de peligro, comportamientos de huida o escape) y el neuronal (núcleos lateral y central de la amígdala y la expresión de las respuestas de miedo condicionado).

Considerando estos cuatro componentes, se evidencia la necesidad de evaluarlos en el deportista lesionado mediante instrumentos de medición válidos y confiables, con el propósito de determinar su estado psicológico bien sea en conjunto o discriminadamente. Por consiguiente, los resultados obtenidos de la evaluación contribuirán en el planteamiento de una intervención psicológica que permita al deportista superar sus dificultades acorde a sus necesidades.

En la búsqueda realizada para hallar la importancia de la medición en un programa de rehabilitación de lesión deportiva, se encuentra que Rodríguez, Rodríguez y Riaño (2016) en su Cuestionario de Rehabilitación Psicológica de Lesión Deportiva (PsyReSport), plantean que es importante explorar aspectos de medición, con la finalidad de brindar herramientas útiles al

psicólogo del deporte que permitan asegurar un retorno exitoso al deporte post-lesión del deportista. Cabe resaltar, que este instrumento hace parte del programa PsyRePlay pero se encuentra en fase de validación, teniendo en cuenta las dificultades que se han presentado para conseguir una muestra significativa de deportistas lesionados en el país y el mismo acceso a ellos.

Teniendo presente que es necesario evaluar al deportista, que además hoy no se cuenta con un programa para la rehabilitación psicológica de deportistas lesionados en Colombia y que no existen instrumentos validados actualmente para evaluar los componentes de la rehabilitación psicológica, se identificó la necesidad de diseñar e incluir al PsyRePlay un módulo de evaluación, realizando la debida selección y elaboración de instrumentos que evalúen cada componente y así mismo recurrir a la elaboración de material pertinente y útil que posibilite la medición de los mismos, para que de esta manera, sea posible articular dichos instrumentos para la construcción del módulo; para lo cual ha resultado vital y necesario recurrir a la Psicología Clínica y sus estrategias de evaluación, con el fin de diseñar tal fase evaluativa, la cual permitirá al psicólogo del deporte obtener información verídica acerca del estado psicológico del deportista lesionado, esto con el propósito de establecer un punto de partida, unas necesidades y unas prioridades a trabajar en los diferentes módulos y distintos momentos de la recuperación desde el instante en que se da la lesión, para así lograr ajustar PsyRePlay a cada consultante que desee participar en el programa de rehabilitación psicológica de lesión deportiva.

Método

Tipo de investigación

En correspondencia con lo indicado por Colciencias (2011) en el Acuerdo 01 de 2011 por el Consejo Nacional de Beneficios Tributarios, la investigación científica de desarrollo tecnológico está enfocada a la aplicación de los resultados de la investigación o de cualquier otro tipo de conocimiento científico, para la fabricación de nuevos materiales, productos, para el diseño de nuevos procesos, sistemas de producción o prestación de servicios, así como la mejora tecnológica sustancial de materiales, productos, procesos o sistemas preexistentes. Por ende, el objetivo específico de esta investigación es la propuesta y/o creación de algunos de los instrumentos y actividades para realizar la evaluación e intervención a deportistas lesionados.

Procedimiento

Para lograr estructurar un apartado de evaluación clínica de deportistas lesionados en el PsyRePlay, se realizó una exhaustiva búsqueda de instrumentos que permitieran evaluar los cuatro componentes del PsyRePlay, recurriendo a bases de datos indexadas de la Universidad El Bosque, como APA PsyTESTS (American Psychological Association), Science Direct Redalyc (Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe), Web of Science, ProQuest One Academic, Scielo - Scientific electronic library online, entre otras.

De igual manera, se acudió al apoyo de tres expertos del cuerpo de docentes de la Universidad El Bosque con experiencia en temas de investigación, psicometría, test psicológicos e información concerniente a los cuatro componentes e incluso desde otros enfoques de la psicología, como la psicología positiva, también se realizaron asesorías con expertos en medición del Laboratorio de Psicometría de la Universidad El Bosque.

Posterior a dicha exploración en diferentes medios y modalidades de búsqueda, se apreció una gran dificultad al ser escasa la existencia de pruebas que midieran los cuatro componentes, ya sea en conjunto o de forma individual y que a su vez satisficiera las necesidades del programa en relación al contexto de lesión deportiva.

De esta manera, el siguiente paso fue establecer cuáles serían los instrumentos idóneos que permitieran evaluar los cuatro componentes de PsyRePlay, donde finalmente se implementó y planteó lo siguiente:

El Cuestionario de Aproximación al Afrontamiento en el Deporte (Approach to Coping in Sport Questionnaire, ACSQ-1) en su versión española (Kim, Duda, Tomás y Balaguer, 2003) está diseñado para evaluar el afrontamiento. Se evidenció además que esta escala es totalmente apta para evaluar simultáneamente el componente de ajuste de objetivos del PsyRePlay, debido a que el afrontamiento mide las capacidades de las personas para adaptarse a nuevos eventos, esto permite a su vez, analizar los procesos utilizados para ajustar sus metas (objetivos). Lo anterior, se determinó en el instrumento al considerar tres de las cinco subescalas de la escala de afrontamiento como son: (a) Planificación Activa/ Reestructuración Cognitiva (cambio de una situación adversa mediante la organización de las propias conductas y el pensamiento para lograr un objetivo específico); (b) Retraimiento (aceptar una situación ante la incapacidad de conseguir un objetivo); y (c) Conductas de Riesgo (utilización de cualquier conducta para alcanzar un objetivo) (Catalá, P. y Peñacoba Puente, C. 2019).

Así mismo, en concordancia con la escala de ACSQ, se implementó el instrumento de Autoeficacia General, versión española Sanjuán, Pérez y Bermúdez (2000) de la Escala de Autoeficacia General de Baessler y Schwarzer (1996). Los dos instrumentos (ACSQ y

Autoeficacia General) se encontraron en el estudio de Autoeficacia y lesiones deportivas: ¿factor protector o de riesgo? Realizado en España (Rubio et al., 2014).

Luego, se continuó con una exhaustiva búsqueda de bibliografía para poder establecer un instrumento apto que midiera y evaluara el componente de Miedo a la Re-lesión del PsyRePlay, lo que presentó una serie de desafíos al no hallar la existencia de instrumentos que midieran dicho componente con los criterios necesarios para su efectividad. Por esta razón, se desarrolló una propuesta para su evaluación por medio de un ejercicio práctico que se titula: “*Una Parada por la Vida*”, teniendo en cuenta los lineamientos de la definición estipulada en PsyRePlay de cómo se define el componente de Miedo a la Re-lesión. El ejercicio se inicia con una historia referente al tema y posterior a ello, se encuentra un formato que el deportista debe desarrollar de acuerdo a la primera parte de la actividad.

Así mismo, se retomó la Entrevista Semi-Estructurada de Rehabilitación Psicológica Post Lesión Deportiva del PsyRePlay propuesta por (Rodríguez et al., 2018) que se compone de 30 preguntas, adicionándole a estas 26 más para un total de 56 ítems (apéndice A) con el propósito de ampliar la evaluación con respecto a todas las áreas de ajuste del deportista.

Para finalizar, se estableció en qué momentos se debían aplicar los instrumentos en el proceso de rehabilitación del deportista, considerando clave realizarlo en el segundo módulo (Apéndice F) de PsyRePlay.

Por consiguiente, el módulo de evaluación está dado mediante una sesión en donde se aplicará por parte del Psicólogo del Deporte la entrevista semi-estructurada, con una duración aproximada de 1 hora, la escala de Estrategias de Afrontamiento ACSQ para responder en aproximadamente 15 minutos, la escala de Autoeficacia General para responder en

aproximadamente 10 minutos, y el ejercicio “Una parada por la vida” para desarrollar en un promedio de 20 minutos.

Consideraciones éticas

Teniendo en cuenta las directrices para la traducción y adaptación de los test de Muñiz, Elosua y Hambleton (2013) se debe realizar la comprobación del registro de la propiedad intelectual, con el fin de obtener los permisos legales para utilizar el test en la investigación y así garantizar la autenticidad del producto final. También, la comprobación del estudio de la relevancia del constructo, para analizar si el test tiene equivalencia con la población o cultura a la que se le va a aplicar.

Por otro lado, la presente evaluación clínica está basada en los principios éticos del Colegio Colombiano de Psicólogos (2009) del Código Deontológico y Bioético de la ley 1090 del 2006 (ley del psicólogo) basado en los artículos: 2 (numeral 5), 28, 39 y 49.

En cuanto al artículo 2, este plantea que sobre la confidencialidad: Los psicólogos tienen una obligación básica respecto a la confidencialidad de la información obtenida de las personas en el desarrollo de su trabajo como psicólogos. Revelarán tal información a los demás sólo con el consentimiento de la persona o del representante legal de la persona, excepto en aquellas circunstancias particulares en que no hacerlo llevaría a un evidente daño a la persona u a otros. Los psicólogos informarán a sus usuarios de las limitaciones legales de la confidencialidad (Colegio Colombiano de Psicólogos, 2009, p. 3).

Frente al artículo 28 se menciona que: De la información profesionalmente adquirida no debe nunca el profesional servirse ni en beneficio propio o de terceros, ni en perjuicio del interesado (Colegio Colombiano de Psicólogos, 2009, p. 13).

Con respecto al artículo 39 refiere que: “El trabajo colectivo no excluye la responsabilidad profesional individual de sus actos y en ambos casos se aplicarán los mismos preceptos éticos contemplados en esta ley. Del mismo modo, se abstendrá de emitir conceptos profesionales sobre dominios respecto de los cuales no tiene conocimiento fundamentado” (Colegio Colombiano de Psicólogos, 2009, p. 41).

En cuanto al artículo 49, manifiesta que “Los profesionales de la psicología dedicados a la investigación son responsables de los temas de estudio, la metodología usada en la investigación y los materiales empleados en la misma, del análisis de sus conclusiones y resultados, así como de su divulgación y pautas para su correcta utilización” (Colegio Colombiano de Psicólogos, 2009, p. 43).

Con lo anterior, se expone que la presente investigación se realizó de manera colectiva, a cargo de cuatro estudiantes de especialización en Psicología Clínica y Autoeficacia personal, lo cual implica que cada integrante tiene responsabilidad profesional en los efectos que ello traiga, como también del tema de estudio (evaluar el estado psicológico del deportista lesionado de acuerdo con los cuatro componentes del programa: (a) ajuste de Objetivos, (b) miedo a la Re-Lesión, (c) afrontamiento y (d) autoeficacia), la metodología usada (Estrategias de Afrontamiento (ACSQ), Escala de Autoeficacia General, entrevista semi-estructurada y actividad “una parada por la vida”), del análisis de las conclusiones y resultados, así como de su divulgación y pautas para su correcta utilización.

Resultados

El resultado de esta investigación fue el diseño total del módulo 2 de PsyRePlay, donde se propuso una fase de evaluación clínica que permitiera conocer el estado psicológico real del

deportista con relación a los cuatro componentes ya mencionados, lo cual conduce a que el psicólogo del deporte pueda adaptar el programa a las necesidades reales del deportista. Para tal fin, se realizó una búsqueda de pruebas que midieran específicamente los cuatro componentes. Para poder llevar a cabo el análisis de los instrumentos se diseñó una rejilla (Apéndice G) en donde se establecen algunos criterios y características de estos, para así poder hacer una comparación global. Producto de ello, se evidenció que los instrumentos encontrados estarían enfocados en medir constructos como: (a) ansiedad, (b) espiritualidad, (c) locus de control, (d) amenaza, (e) evitación, (f) motivación, (g) mentalidades, (h) determinación, entre otros, los cuales no cumplen del todo las características necesarias para ser incluidos en el módulo evaluativo de PsyRePlay.

Como producto del análisis, se identificaron dos escalas que sí contarían con las características necesarias para la medición de tres de los componentes a evaluar: (a) ajuste de objetivos, (b) afrontamiento y (c) autoeficacia.

A continuación, se explicará de manera individual y detallada cada uno de los instrumentos que conforman el módulo de evaluación y el componente que evalúa cada uno respectivamente: Escala de estrategias de Afrontamiento para los componentes de afrontamiento y ajuste de objetivos, Escala General de Autoeficacia, para el componente de Autoeficacia, el ejercicio Una parada por la vida, para evaluar el miedo a la re-lesión y la entrevista planteada en PsyRePlay, la cual fue ampliada con más ítems, con el fin de profundizar en aspectos relevantes para la evaluación de cada uno de los componentes y así obtener mayor información de interés.

Entrevista Semi-Estructurada-Rehabilitación Psicológica post lesión deportiva

Se tomó la entrevista semi- estructurada propuesta por (Rodríguez, et al., (2018) que se compone de 30 preguntas, adicionalmente se agregaron 26 más para un total de 56 ítems

(Apéndice A) con el propósito de ampliar la evaluación con respecto a: (a) datos demográficos, (b) aspectos biológicos, (c) situación contextual por la que atravesará durante su recuperación, (d) factores económicos para evidenciar cómo sorteará los gastos que implica la rehabilitación, (e) cambios de hábitos producto de la lesión, (f) dinámica previa a la lesión del deportista, (g) elementos emocionales y afectivos involucrados derivados de la lesión, (h) sensaciones fisiológicas y flexibilidad frente a las molestias físicas que se derivaran de la rehabilitación, (i) concepción de su red de apoyo frente a la lesión y (j) identificación de los recursos cognitivos con los que cuenta el deportista para afrontar el proceso de rehabilitación.

La información recolectada en la entrevista será útil también para contrastarla y triangular lo arrojado a partir de la aplicación de los demás instrumentos a fin de ampliar y contrastar la información.

Escala de Afrontamiento

El Cuestionario de Aproximación al Afrontamiento en el Deporte (Approach to Coping in Sport Questionnaire, ACSQ-1) en su versión española (Kim, Duda, Tomás y Balaguer, 2003) (Apéndice B), consta de 28 ítems en los que el deportista debe responder en una escala Likert de 5 puntos (de 1 "nunca" a 5 "siempre") indicando la alternativa de afrontamiento a la que recurre con mayor frecuencia en situaciones competitivas. Vale recalcar que el instrumento permitirá realizar una evaluación de cinco estrategias de afrontamiento: Calma emocional, Reestructuración cognitiva, Retraimiento mental, Conductas de riesgo y Búsqueda de apoyo social.

Es de resaltar que las cinco subescalas estarían compuestas de la siguiente manera: (a) Calma Emocional (intentos de controlar las emociones negativas: 7 ítems; $\alpha = .71$); (b) Planificación Activa/ Reestructuración Cognitiva (cambio de una situación adversa mediante la organización

de las propias conductas y el pensamiento para lograr un objetivo específico: 6 ítems; $\alpha = .74$), (c) Retraimiento (aceptar una situación ante la incapacidad de conseguir un objetivo: 6 ítems; $\alpha = .78$); (d) Conductas de Riesgo (utilización de cualquier conducta para alcanzar un objetivo: 4 ítems; $\alpha = .64$), y (e) Búsqueda de apoyo social (necesidad de intensificar las relaciones interpersonales en los momentos difíciles: 5 ítems; $\alpha = .78$) (Catalá, P. y Peñacoba Puente, C. 2019).

En ese sentido, partiendo del hecho de que la presente escala es propiamente para la evaluación del afrontamiento, también se tendrá en cuenta para evaluar el componente de ajuste de objetivos de PsyRePlay. Lo anterior, se da tomando en cuenta tres de las cinco subescalas de la escala de afrontamiento como son: (a) planificación activa/ reestructuración cognitiva, entendida como: intentos por darle un nuevo significado a una situación adversa y organizar las propias acciones y pensamientos para conseguir un objetivo específico, (b) retraimiento, entendida como: pensamientos de aceptación frente a la incapacidad de conseguir un objetivo y (c) conductas de riesgo, comprendida como: la utilización de cualquier conducta para alcanzar un objetivo (Catalá, P. y Peñacoba Puente, C. 2019).

Analizando esto, estas funciones cognitivas (planificación activa, retraimiento mental y conductas de riesgo) permitirían a los deportistas reunir las estrategias y herramientas necesarias para aceptar y dar una nueva concepción a la situación que enfrenta respecto a su lesión y sus objetivos deportivos.

Para la calificación de los resultados arrojados en la escala, se hará uso del Programa Estadístico SPSS, a fin de realizar un análisis estadístico y la correlación entre los puntajes por cada uno de los tres componentes (Apéndice C).

Una vez se obtengan los resultados arrojados por la escala ACSQ el psicólogo deberá calificar la totalidad de la prueba sumando los puntajes por cada subescala y deberá tener en cuenta las puntuaciones mínimas y máximas estipuladas en el Apéndice C. Una vez cuente con la calificación hará el respectivo análisis del componente Afrontamiento, entendiendo que con una baja puntuación el deportista presentaría posibles dificultades en la utilización y aplicación de estrategias de afrontamiento efectivas frente a su condición de lesión, mientras que las puntuaciones máximas indicarían que tiene recursos y herramientas efectivas para afrontar adecuadamente su condición actual.

De otro lado, procederá a revisar de forma discriminada las siguientes subescalas: (a) planificación activa/reestructuración cognitiva, (b) retraimiento mental y (c) conductas de riesgo con la finalidad de identificar el estado en que se encuentra el deportista respecto al componente Ajuste de Objetivos, interpretando que al haber una baja puntuación en estas dos subescalas, el deportista probablemente tendría una dificultad para entender su nueva condición física y la importancia de ajustar sus objetivos a nivel deportiva, por el contrario, al puntuar en los rangos máximos indicaría que posiblemente el deportista cuenta con la capacidad cognitiva para entender su nueva condición para adaptar, ajustar y/o eliminar sus objetivos deportivos y modificarlos a su nueva condición física.

Escala de Autoeficacia General

Este instrumento está soportado por tres investigaciones realizadas: una en Chile y dos en España-Madrid para demostrar la evidencia empírica, la validez y confiabilidad del instrumento de Autoeficacia General como características psicométricas del mismo.

En Chile, se realizó el estudio con una muestra de 360 personas de ambos sexos, en edades comprendidas entre 15 y 65 años. En donde, Cid, Orellana y Barriga (2010), definen la

autoeficacia general como las creencias, pensamientos o percepciones que tienen las personas para gestionar sus habilidades, con el objetivo de organizar y ejecutar acciones que consigan unos logros determinados. En donde, los autores (Cid, Orellana y Barriga, 2010) estipulan que el instrumento de Autoeficacia General mide las competencias globales de la persona y estas capacidades se habilitan en los sujetos para enfrentar nuevas tareas y situaciones estresantes o difíciles.

De esta manera, desde el área del deporte que es lo que nos compete, (Rubio et al., 2014) en su estudio Autoeficacia y lesiones deportivas: ¿factor protector o de riesgo? Realizado en España, describe el instrumento utilizado y su fiabilidad.

Así mismo, el instrumento de Autoeficacia General, versión española (Sanjuán, Pérez y Bermúdez, 2000) de la Escala de Autoeficacia General de Baessler y Schwarzer (1996) (Apéndice D), consta de 10 ítems, con cuatro opciones de respuesta con un puntaje mínimo de 10 puntos y un máximo de 40 puntos. En esta escala a mayor puntaje mayor autoeficacia general percibida. Las respuestas son de tipo Likert: Incorrecto (1 punto); Apenas cierto (2 puntos); Más bien cierto (3 puntos) y Cierto (4 puntos). Donde la persona responde a cada ítem de acuerdo a lo que percibe en su capacidad en el momento presente. La escala presenta una consistencia interna de Cronbach de $\alpha = .87$ (Sanjuán et al., 2000). El instrumento se aplicó a 245 deportistas de diferentes disciplinas.

De esta manera, las investigaciones realizadas del instrumento de Autoeficacia General adaptado por Sanjuán et al., (2000) a la versión española, describen el nivel de validez y confiabilidad del instrumento en su estudio de Escala de autoeficacia general: datos psicométricos de la adaptación para población española. En donde la escala se aplicó en diferentes países como: Alemania, España, Costa Rica, entre otros, evidenciando una

consistencia interna importante entre 0.79 y 0.93. La escala se aplicó a una muestra de 259 estudiantes universitarios españoles, obteniéndose una consistencia interna de Cronbach 0.87 en el análisis de fiabilidad del coeficiente Alfa y una correlación entre dos mitades (Spearman-Brown) de 0.88, según Sanjuán et al., (2000).

Por ende, Sanjuán et al., (2000) estipulan que se han obtenido altas correlaciones en la aplicación de la prueba, incluso más elevadas y consistentes que las obtenidas por los autores Baessler y Schwarzer (1966) que crearon, desarrollaron y estipularon una concreta evidencia de validez y confiabilidad de la prueba de Autoeficacia General que se ha replicado por todo el mundo.

Ejercicio para la Evaluación del Miedo a la Re-lesión: *Una Parada por la Vida*

Consiste en la recreación de una Historia llamada Una Parada por la Vida (Apéndice E) en la cual se cuenta que un jugador de fútbol llamado Manuel quien sufrió durante una práctica deportiva una lesión en su rodilla derecha, con un diagnóstico de ruptura de ligamento cruzado anterior. La intención del ejercicio, es lograr que el deportista se identifique y perciba la historia similar a la lesión que padece, convirtiéndose en el protagonista de la misma, por lo tanto, es importante que el psicólogo del deporte ajuste el deporte y el tipo de lesión a la situación del consultante.

El psicólogo deberá entregar al consultante la hoja con la historia con el propósito de que éste la lea de manera atenta, subrayando los aspectos relevantes que considere.

Es de resaltar, que la hoja donde se encuentra plasmada la historia, al final cuenta con ocho cuadros dentro de los cuales hay ocho enunciados: (a) Escriba todas las percepciones, obstáculos y sensaciones de riesgo que evidencie en este momento para volver a la actividad deportiva; (b) Enuncie qué metas y expectativas tiene en cuanto a la actividad deportiva; (c) Explique qué

intereses tiene en este momento de su vida por la actividad deportiva; (d) Escriba las emociones que le surgen en este momento de su vida cuando piensa acerca del retorno a la competencia deportiva; (e) Explique cómo se siente o que piensa en cuanto a la rehabilitación de su de su zona corporal afectada; (f) Enuncie que lo motiva para retornar a la actividad deportiva; (g) Escriba si en estos momentos de su vida hay algunos factores que lo desmotivan para no retornar a la actividad deportiva; (h) Considera que en alguno de los ambientes, entornos o instituciones en las que usted interactúa a diario, se podría presentar algún obstáculo o inconveniente para que usted retorne a la práctica deportiva. Enuncie en cuales casos y explique su respuesta.

Con cada uno de ellos, se pretende llevar al deportista a un momento reflexivo e introspectivo en donde responda y consigne en los recuadros con total franqueza y permitiendo aflorar todas sus emociones, pensamientos, percepciones, creencias, valores, consideraciones, etc. que puedan surgirle.

Una vez realizada la reflexión, se conversará con el deportista respecto a sus respuestas con el propósito de aclarar cualquier inquietud bien sea del psicólogo o del deportista, y adicionalmente, de forma complementaria se dialogará con el deportista para profundizar en los aspectos relacionados al miedo a la re-lesión y se le preguntará ¿Cómo te sentiste al leer la historia? ¿Qué crees que es importante de la historia? ¿Aplica algo de la historia en tu vida deportiva y en la actualidad al sufrir una lesión? ¿Qué seguiría a continuación en tu historia deportiva si te recuperas? ¿Qué seguiría a continuación en tu proyecto de vida si la rehabilitación no es la deseada? ¿En estos momentos de tu vida crees que hay algunos miedos presentes, como cuáles podrían ser (explica tu respuesta)? Además, según lo vea conveniente el evaluador puede realizar otras preguntas que estén ligadas al componente de miedo a la re-lesión.

Con los resultados recopilados del Ejercicio se efectuará un análisis cualitativo de la información escrita y verbal proporcionada por el deportista para comprender cómo se percibe en cuanto a los aspectos inmersos en el componente de Miedo a la Re-lesión. Esto, con el objetivo de lograr determinar si hay algún tipo de dificultad en este componente y así poder adaptar el programa a tales necesidades.

Discusión

Con el tiempo, se ha visto un claro aumento de personas que realizan diferentes prácticas deportivas, tanto desde el alto rendimiento o a nivel profesional, como desde una perspectiva de deportistas aficionados o partiendo simplemente de la concepción de que la actividad física proporciona bienestar para la salud mental y física, trayendo consecuencias positivas en la calidad de vida de quienes las practican. A su vez, se ha identificado que simultáneamente dicho incremento, se ve de alguna manera reflejado en las estadísticas que indican un aumento sustancial de las lesiones graves no sólo en atletas profesionales sino también en deportistas aficionados (Abernethy y McAuley, 2003; Yaffe, 1983).

Es por lo anterior, la importancia de contar con programas que contribuyan a la rehabilitación no solo física, sino psicológica de aquellos deportistas que sufren una lesión, ya que se ha denotado que efectivamente existe un impacto negativo a nivel psicológico en los practicantes lesionados de deportes y actividades físicas.

En este sentido y teniendo presente la ausencia de protocolos o programas de rehabilitación psicológica en lesiones deportivas, surge el PsyRePlay que resulta idóneo para aplicarlo ante esta necesidad, ya que cuenta con toda una estructura detallada que cobija las diferentes fases por las que atraviesa el deportista dentro de su rehabilitación: (Valoración, Rehabilitación física,

Vuelta al entrenamiento , Vuelta a la competencia y Seguimiento), basado en terapias de tercera generación las cuales permiten la aceptación y la conciencia en el momento presente en el deportista, factores que son fundamentales para la conexión con el tratamiento y la eficacia del mismo.

Sin embargo, a pesar de las bondades con las que cuenta el programa, presenta el vacío de no contar con un módulo o apartado en donde se realice en una primera medida una evaluación clínica completa del estado psicológico en que se encuentran los deportistas con respecto a los cuatro componentes mencionados y desde la psicología del deporte, no se cuenta con instrumentos específicos que permitan su evaluación.

El hecho de partir desde una fase evaluativa permite mejorar la aplicación del programa, ya que al considerar al individuo como ser único, con emociones diferentes, con pensamientos propios, criterio y autonomía para actuar, (quizá a pesar de tener el mismo tipo de lesión que otro) permite que PsyRePlay se ajuste a las necesidades de cada deportista teniendo en cuenta la información que arroje cada instrumento propuesto para que de esta manera, la aplicación del programa sea exitosa y la persona se rehabilite física y psicológicamente de su lesión.

Con base en lo anterior, se buscaron instrumentos y/o escalas que se pudieran adaptar al programa y que a su vez permitieran realizar una evaluación completa del deportista en los cuatro componentes. Tras dicha búsqueda, se obtuvieron los siguientes resultados: (a) Escala de Estrategias de Afrontamiento (ACSQ) versión española (Kim, Duda, Tomás y Balaguer, 2003) para medir los componentes: Afrontamiento y Ajuste de objetivos; (b) Escala de Autoeficacia General (Sanjuán et al., 2000) para medir el componente de Autoeficacia; (c) el ejercicio práctico “Una parada por la vida” diseñado por los autores del presente documento para medir el componente de Miedo a la re-lesión y (d) Entrevista semi-estructurada que fue tomada del

PsyRePlay adaptándole algunos ítems pertinentes para complementar la evaluación de los cuatro componentes.

En primera instancia, una de las dificultades más evidentes que se presentó fue el no encontrar un único instrumento que midiera los cuatro componentes de forma integral, lo que representó una mayor inversión de tiempo en la búsqueda de los instrumentos, lo que implicó recurrir a investigar exhaustivamente en bases de datos, bibliotecas universitarias, asesorías en laboratorios de psicometría con expertos y diálogos internacionales por vía email con expertos de España letrados en el tema del deporte. Sin embargo, en definitiva, no se logró hallar un único instrumento que midiera los cuatro componentes.

De esta manera, el siguiente paso a seguir fue la decisión de buscar instrumentos que permitieran hacer la medición de los cuatro componentes de forma individual; lo que representó otro obstáculo, porque solo se encontraron dos instrumentos la escala ACSQ y la Escala de Autoeficacia General que se ajustarían a tres de los componentes (Ajuste de Objetivos, Afrontamiento y Autoeficacia). En ese sentido, el grupo de trabajo se vio en la necesidad de establecer una alternativa diferente de medición aparte de instrumentos y escalas. De esta manera, surge el ejercicio práctico “Una parada por la vida”, para medir el componente de Miedo a la Re-lesión.

En cuanto la Entrevista Semi-estructurada, se desarrollaron nuevos ítems para realizar una recopilación de información más amplia y profunda de los cuatro componentes que se pretenden evaluar.

Por consiguiente, a pesar de dichas eventualidades, pero con el análisis e identificación de fortalezas de las pruebas relacionadas, como por ejemplo sus antecedentes de aplicación en población deportiva, se consideraron las más idóneas para evaluar los tres componentes (Ajuste

de Objetivos, Afrontamiento y Autoeficacia) del programa PsyReplay, ya que, a su vez las subescalas que refieren estos instrumentos dentro de su medición resultarían compatibles con tales componentes.

En cuanto al ejercicio práctico “Una parada por la vida”, se considera calificado para evaluar el componente de Miedo a la Re-lesión, porque se desarrolló a partir de la definición misma y del análisis que se requeriría para obtener información sustanciosa sobre el deportista y su percepción de riesgo a una nueva lesión.

Como paso a seguir en cuanto a la investigación, se recomienda que los instrumentos sean sometidos a una adaptación psicométrica y cultural con respecto a la ubicación geográfica y población objetivo, incluyendo el instrumento construido “una parada por la vida” el cual debe pasar por un proceso de validación por jueces.

Por último, y después de realizar el paso anterior, cabe aclarar que al incluir el módulo de evaluación clínica en el programa es imprescindible se realice la aplicación del mismo, haciendo uso de las escalas, ejercicio y entrevista, a fin de analizar la pertinencia, calidad de información obtenida y viabilidad de cada instrumento, con respecto a la población objeto y en relación con los cuatro componentes. Lo anterior, con miras a determinar si la información obtenida de cada deportista por medio de los instrumentos es suficiente para consolidar una evaluación clínica completa y así poder adaptar e implementar la intervención y llevar a cabo el programa ajustado a las necesidades del consultante.

Referencias

- Abernethy, L. y McAuley D. (2003). Impact of school sports injury. *British Journal of Sports Medicine*, 37(4), 354-355.
- Aranzales, A., Aristizabal, J. y Camacho, C. (2014). *Validación de Constructo de la Prueba de Mentalidad Mindset: Fase II* [Tesis de Especialización]. Universidad El Bosque, Bogotá-Colombia.
- Arenas, L., Rodríguez. L., Rodríguez. M., Santamaría, L. y Urrego. L. (2018). *Programa de rehabilitación psicológica de lesión deportiva: una intervención de tercera generación* [Tesis de Maestría]. Universidad El Bosque, Bogotá-Colombia.
- Barriopedro, M., Quintana. I y Ruiz, L. (2018). La perseverancia y pasión en la consecución de objetivos: Validación española de la Escala Grit de Duckworth. *Revista Internacional de Ciencias del Deporte*, 14(54), 297-308. Recuperado de <https://www.cafyd.com/REVISTA/05401.pdf>
- Carver, C., Scheier, M. y Weintraub, I. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283. Recuperado de <https://doi.org/10.1037/0022-3514.56.2.267>
- Castro, M., Chacón, R., Zurita, F. y Espejo, T. (2016). Niveles de resiliencia en base a modalidad, nivel y lesiones deportivas Levels of resilience based on sport discipline, competitive level and sport injuries. (29), 162-165. Recuperado de: <https://recyt.fecyt.es/index.php/retos/article/view/41314>
- Catalá, P. y Peñacoba Puente, C. (2019). Perceived Effectiveness (vs Use) of Coping (ACSQ) in Soccer Players. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, 19(76), 655-672. Recuperado de <Http://cdeporte.rediris.es/revista/revista76/artefectividad1083.htm>
- Cid, H, Orellana, Y y Barriga, A. (2010). Validación de la escala de autoeficacia general en Chile. *Revista Med Chile*, 138, 551-557.
- Checa, I. y Bohórquez, M.R. (2018). Validación española del cuestionario de locus de control en deporte infantil / Spanish Validation of the Locus of Control Questionnaire in Sport for Children. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, 18(71) 577-588 Recuperado de <Http://cdeporte.rediris.es/revista/revista71/artadaptacion951.htm>
- Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación (2011). *Consejo Nacional de Beneficios Tributarios: Acuerdo 01 de junio de 2011 del Consejo Nacional de Beneficios Tributarios*. Recuperado de <https://minciencias.gov.co/sites/default/files/upload/reglamentacion/Acuerdo1-2011.pdf>

- Colegio Colombiano de Psicólogos. (2009). Deontología y Bioética del Ejercicio de la Psicología en Colombia. Código Deontológico y Bioético. Ley 1090 de 2006. Recuperado de https://www.infopsicologica.com/documentos/2009/Deontologia_libro.pdf
- Crocker, P. (1992). Managing Stress by Competitive Athletes: Ways of Coping. *International Journal of Sport Psychology*, 23(2), 161-175.
- Crocker, P. y Graham, T. R. (1995). Coping by competitive athletes with performance stress: Gender differences and relationships with affect. *The Sport Psychologist*, 9(3), 325-338.
- Cruz, J., Díaz, C. y Fonseca, A. (2011). Ansiedad, Percepción de Amenaza y Estrategias de Afrontamiento en el Deporte: Diferencias Individuales en el Rasgo de Ansiedad. 17(1), 1-13. Recuperado de <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/15278/1/dias-cruz-fonseca-2011-ansiedad%20y%20stress.pdf>
- Doron, J., Stephan, Y. y Le Scanff, C. (2013). Les stratégies de coping: une revue de la littérature dans les domaines du sport et de l'éducation. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée/European Review of Applied Psychology*, 63(5), 303-313.
- Folkman, S. y Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48(1), 150-170. Recuperado de <https://doi.org/10.1037/0022-3514.48.1.150>
- Gabilondo, A., Rodríguez, G., Moreno, P., Galarraga, A. y Estrada, C. (2010). Validation del Competitive State Anxiety Inventory 2 (CSAI-2). *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*. 12(47), 539-556. Recuperado de <Http://cdeporte.rediris.es/revista/revista47/artvalidacion300.htm>
- Kim, M., Duda, J., Tomás, I. y Balaguer, I. (2003). Examination of the psychometric properties of the Spanish version of the Approach to Coping in Sport Questionnaire. *Revista de Psicología del Deporte*, 12(2), 197-212.
- Madden, C. C., Kirkby, R. J. y McDonald, D. (1989). Coping Styles of competitive middle distance runners. *International Journal of Sport Psychology*, 20(4), 287-296.
- Muñiz, J., Elosua, P y Hambleton., R. (2013). Directrices para la traducción y adaptación de los test: *Psicothema*, 25(2), 151-157.
- Olmedilla, A., Ortega, E. y Gómez, J. (2013). Influencia de la lesión deportiva en los cambios de estado de ánimo y de la ansiedad precompetitiva en futbolistas. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 4(1), 55-62. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/cpd/v14n1/art06.pdf>
- Ortín, F., Garcés, E. y Olmedilla, A. (2010). Papeles del Psicólogo, 31(3), 281-288. Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1857.pdf>

- Ramírez, A., Alzate, R. y Lázaro, I. (2002). Efectos psicológicos de la lesión deportiva. *European Journal of Human Movement*, (9), 209-224. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2278506>
- Reyes, A., Estrella, J. y Olmedilla, A. (2017). Características Psicológicas que Influyen en las Lesiones Deportivas de Triatletas Amateurs de Yucatán, México. *26(2)*, 71-77. Recuperado de https://ddd.uab.cat/pub/revpsidep/revpsidep_a2017v26sup2/revpsidep_a2017v26sup2p71.pdf
- Rodríguez, M. C., Rodríguez, L. y Riaño, L. (2016) Diseño y validación preliminar del cuestionario de rehabilitación psicológica de lesión deportiva (PSYRESPORT). Trabajo libre presentado en VI Congreso Regional de la Sociedad Interamericana de Psicología. Rosario, Argentina.
- Rubio, V., Pujals, C., Vega, R., Aguado, D y Hernández, J. (2014). Autoeficacia y lesiones deportivas: ¿factor protector o de riesgo? *Revista de Psicología del Deporte*, *23(2)*, 439-444.
- Sanjuán, P., Pérez, S y Bermúdez, J. (2000). Escala de autoeficacia general: datos psicométricos de la adaptación para población española. *Psicothema*, *12(2)*, 509-513.
- Sandín, B y Chorot, P. (2002). Cuestionario De Aprontamiento Del Estrés (Cae): Desarrollo Y Validación Preliminar. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. *1(8)*. 39-54. Recuperado de [https://www.aepp.net/arc/03.2003\(1\).Sandin-Chorot.pdf](https://www.aepp.net/arc/03.2003(1).Sandin-Chorot.pdf)
- Yaffe M. (1983). Sport injuries: Psychological aspects. *British Journal of Sports Medicine*, *29(3)*, 224-230.