



Interdisciplina en la rehabilitación de los deportistas con lesiones de sobreuso

Lic. Nelly Giscafré
Dr. Francisco García Ucha

Muchos fenómenos que ocurren en el deporte reclaman de la intervención interdisciplinaria. No obstante, no son notables los trabajos que lleven a la práctica tal enfoque. El presente trabajo tiene el propósito de mostrar como se pueden enfrentar las lesiones de sobreuso en deportistas desde una perspectiva interdisciplinaria.

Introducción

Las lesiones de sobreuso son aquellas que se producen durante la práctica de la actividad deportiva diaria como consecuencia de micro traumas repetidos en la estructura del sistema osteo-mio-articular. Aparecen de carácter crónico, su evolución es lenta e insidiosa. Su debut suele ser durante una crisis de agudización. En su aparición pueden influir factores de carácter interno tal como las características del sujeto y de factores externos como el calzado, las superficies donde se realizan los ejercicios, etc.

Las lesiones por sobreuso, su tratamiento consiste en medidas de fisioterapia y tratamientos medicamentoso, que incluyen analgésicos, anti inflamatorios y suplementos nutricionales.

Hay un doble efecto que se produce en caso de lesión en un deportista:

- Dolor, y disfunción física.
- Factores de orden psicológico, social, laboral y económico.

En este sentido se pueden ver los trabajos, de Mendelsohn, D. (1999).

La rehabilitación es un proceso complejo que requiere del control de tres factores mutuamente influyentes:

1. La rehabilitación física.
2. El programa de entrenamiento deportivo.
3. La atención psicológica de las repercusiones de la lesión como las habilidades de autocontrol para apoyar los procedimientos de rehabilitación.

Específicamente, la rehabilitación del deportista lesionado depende que se cumplan los tratamientos, no se afecte el gesto técnico de las ejecuciones como consecuencias del miedo a volverse a lesionar y regular la actividad de forma adecuada.



Variables psicológicas y rehabilitación de las lesiones de sobreuso

Como puede deducirse de lo anterior, las lesiones de sobreuso requieren del deportista lesionado, además, de ciertas habilidades cognitivas para entender y manejar su rehabilitación, el cumplimiento de exigencias del tratamiento y el mantenimiento, en ocasiones, de conductas durante largos periodos de tiempo en entrenamiento y competencia.

En general, se considera que las variables psicológicas influyen en la rehabilitación satisfactoria del deportista por medio de dos vías:

1. Sosteniendo al deportista en el tratamiento, entendiendo los procesos que la lesión implica.
2. Por medio de la personalidad y manejo del estrés.

La incidencia de estas influencias sumadas a la magnitud e intensidad de las lesiones y los posibles riesgos reales de repetirse después de su aparición inicial, hace difícil que aun deportista bien predispuestos logren una respuesta y control adecuados de las medidas y procedimientos para la rehabilitación.

La situación se complica más cuando el estrés competitivo y de entrenamiento determinan reacciones emocionales negativas sobre el estado psicológico del deportista provocando fluctuaciones en el proceso y resultados de la rehabilitación.

Si bien, el manejo del deportista lesionado por sobreuso es bien conocido por los traumatólogos y rehabilitadores, entrenadores y psicólogos del deporte, los avances en las investigaciones de estos especialistas originaron cambios en los enfoques con los que se afronta la lesión.

Los estudio sobre la relación entre la recuperación y otros procesos en el organismo del deportista lleva a determinar que el autocontrol del deportista del proceso de rehabilitación esta significativamente asociado con la disminución de recaídas, el sostenimiento de los rendimientos deportivos y la ausencia de aparición de accidentes en el proceso de la actividad.

Las consecuencias de estos conocimientos fue de mucha importancia para la atención de los cambios conductuales en los deportistas lesionados a fin de que mantengan las medidas y procedimientos de rehabilitación.

Aun cuando esta información contribuye a mejorar el pronostico favorable de las lesiones, aplicar estos conocimientos a deportistas específicos originaron nuevas dificultades.

Las fuertes exigencias de los tratamientos intensivos provocaron resultados contrarios a los esperados, ya que, al tener requerimientos cada vez más complejos y, con frecuencia, dolorosos, tenían un índice de cumplimiento bajo y con deterioro de la calidad de las acciones.

Estos fueron los motivos por los cuales algunos médicos del deporte consideraron que los nuevos conocimientos sobre el tratamiento y rehabilitación de las lesiones de



sobreuso conllevaban a revisar la filosofía con la que se había encarado el problema hasta ese momento.

Los especialistas entendieron así, que pueden utilizarse dos modelos para encarar la rehabilitación de una lesión de sobreuso:

1. El modelo médico tradicional basado en la obediencia a la autoridad médica.
2. El modelo centrado en el deportista lesionado, basado en el autocontrol y autodeterminación del deportista en la realización y aplicación de las medidas de rehabilitación.

Según Rose, J., y Jevne, J. (1993) la diferencia radical entre los dos enfoques consiste en determinar sobre quien recae en última instancia la responsabilidad de efectuar los tratamientos y tomar las medidas necesarias para mantener una actitud adecuada en entrenamientos y competencias. El modelo tradicional considera que es el médico la última autoridad en el tratamiento de la lesión, en el modelo centrado en el deportista lesionado recae sobre él mismo.

Ambos modelos llevan implícitas, asimismo, diferentes concepciones en cuanto al manejo del deportista lesionado. El modelo tradicional hace hincapié en la educación como un intento de extender y acrecentar la influencia del médico sobre la cura del deportista. El modelo de refuerzo de la autodeterminación y autocontrol del deportista, en cambio, persigue el mejorar las habilidades del lesionado para afrontar, dirigir y controlar el proceso de tratamiento y su readaptación al entrenamiento y la competencia.

En general, las limitantes del modelo médico tradicional están basadas en que las acciones terapéuticas culminan la intervención y esto no incluye la necesidad de que el deportista se haga responsable de las decisiones en la actividad deportiva.

El modelo centrado en el deportista lesionado puede tener como límites que al enfocarse desde dos puntos de vista:

Primero, el prescribir un tratamiento individual para cada deportista y respetar la toma de decisiones individuales en cuanto al mismo, dificulta la posibilidad de diseñar un procedimiento común para todos los que sufren de lesiones de sobreuso en el deporte y comparar los resultados obtenidos. Segundo, el modelo parece basarse en el supuesto de que la salud sea, en última instancia un problema individual cuya protección es una decisión personal sin que los médicos del deporte tengan responsabilidad última sobre el mismo.

Aun siendo el manejo de las lesiones de sobreuso en los deportistas, dependientes de las decisiones del deportista, los médicos son formados para tomar decisiones terapéuticas en la dirección de mejorar y sanar al lesionado. No es cierto entonces que, por ejemplo, se pueda considerar un éxito terapéutico que un deportista lesionado no respete las medidas de vitamina terapia, aun a sabiendas de los riesgos a que se expone.

Aunque, es el deportista el que toma las decisiones diarias, es posible identificar conductas disfuncionales e intervenir sobre sus determinantes tales como las



creencias, estereotipos, actitudes y percepciones de sí mismo, para optimizar el tratamiento y lograr mejor pronóstico y sostener su calidad deportiva.

Integración de los modelos de tratamiento

A continuación se presenta un programa cuyo propósito es lograr la optimización del proceso de rehabilitación en deportistas con lesiones de sobreuso.

El programa considera que, si bien el deportista es responsable del manejo de la lesión y toma las decisiones diarias respecto a su rehabilitación, la adherencia al tratamiento señalado por el médico es un medio necesario para mejorar el pronóstico y recuperar su capacidad para el deporte.

De este modo, se extiende a los dos enfoques, el centrado en el tratamiento y el centrado en el deportista lesionado, como modelos complementarios y no opuestos, siendo uno de los objetivos principales de la intervención preparar al deportista para que pueda tomar decisiones que lleven a resultados positivos sobre su salud y calidad como deportista.

El programa contempla tanto intervenciones para cambiar conductas desadaptadas que pueden dar lugar a la lesión como intervenciones para promover la responsabilidad y bienestar personal.

Se propone, además, la adaptación del tratamiento de la lesión a las características de personalidad específicas del deportista, por ejemplo, mientras que la modificación de creencias implica un intento de lograr un cambio conductual en la dirección de la adherencia al tratamiento, otras intervenciones apuntan a adaptar el tratamiento más indicado a las necesidades específicas del deportista.

Así, el entrenamiento para detectar los síntomas de progreso o retroceso del proceso de rehabilitación tiene el fin de disminuir la frecuencia de chequeos.

Las intervenciones que apuntan a aumentar la asertividad y la percepción de auto eficacia, por otro lado, se proponen como punto de partida de objetivos propios de los dos modelos, ya que un aumento en la percepción de auto eficacia no sólo determina conductas adaptadas en la actividad deportiva sino también es fuente importante de motivación, responsabilidad y satisfacción personal.

Pasos para promover la adaptación del deportista lesionado al tratamiento

Dado que el diagnóstico de las lesiones de sobreuso no conlleva dificultades, el proceso puede comenzar en un Servicio especializado de Rehabilitación. Según el enfoque que se pretende utilizar, este servicio debe contar con médicos del deporte, traumatólogos, especialistas en ultra sonido y rayos X, fisioterapeutas, enfermeras especializadas y técnicos en fisioterapia, psicólogos y se comprometen en incorporar al entrenador.



El deportista ingresa en el sistema derivado por el medico de su equipo deportivo. Una vez ingresado, se asigna al lesionado un medico traumatólogo quien lo entrevistara con el psicólogo.

El medico manejará la entrevista y su relación con el lesionado será el centro de la misma. El psicólogo actuará como fondo, y participará sólo con el objetivo de evaluar los patrones de comunicación del lesionado y facilitar el establecimiento de la relación con el medico.

En esta primera fase de diagnóstico medico, se realizará un análisis clínico general. Se revelaran además los problemas técnicos del deportista que pueden llevarlo a gestos no efectivos en el transcurso de las acciones.

En función del reconocimiento clínico, el medico diseñará un tratamiento que cumpla con todas las exigencias para obtener la rehabilitación del deportista. Esto es, en este primer tiempo, el medico prescribe los medicamentos analgésicos, anti inflamatorios y los suplementos nutritivos como los medios de fisioterapia y ejercicios para la rehabilitación del deportista.

En el segundo tiempo, el psicólogo realizará la entrevista al deportista. El resultado del diagnóstico de esta entrevista determinará el tipo de intervención psicológica necesaria para lograr niveles óptimos de autocontrol del deportista y el mantenimiento de su calidad deportiva.

La entrevista psicológica se desarrollará con diferente encuadre según el grado de entrenamiento del deportista y su nivel de formación deportiva.

En la entrevista psicológica se obtendrá información sobre las áreas siguientes:

1. Impacto de la lesión sobre el deportista.
2. Creencias acerca de las lesiones.
3. Locus de control.
4. Auto eficacia.
5. Habilidades de afrontamiento.
6. Actitudes hacia el tratamiento.
7. Actitud hacia el próximo entrenamiento y competencia.
8. Aceptación de riesgos.
9. Expectativas en cuanto al tratamiento.
10. Expectativas en general hacia el deporte, proyectos.

Entrevista al entrenador:

1. Impacto a la lesión.
2. Creencias acerca de las lesiones.
3. Actitudes y creencias acerca de los factores que determinan las lesiones de sobreuso.



4. Deportistas lesionados con anterioridad.
5. Modos de interacción disfuncionales de estos deportistas que pueden afectar la calidad de los rendimientos posterior a su rehabilitación.
6. Actitud hacia las indicaciones del tratamiento y rehabilitación del deportista.
7. Autoridad.
8. Actitud ante el cuidado del deportista.

La primera intervención específica del programa es la educación del deportista acerca de las medidas y procedimientos de la rehabilitación.

En este sentido, puede concurrir el entrenador.

En este proceso de educación se transmitirán conocimientos sobre:

1. Lesiones de sobreuso.
2. Vitaminoterapia.
3. Medidas de fisioterapia en el tratamiento y rehabilitación.
4. Ejercicios terapéuticos.
5. Complicaciones.

Una vez terminada la educación, se remitirán al médico de cabecera los resultados de la evaluación psicológica, con recomendaciones explícitas acerca de los procedimientos a seguir.

El médico centralizará la información e indicará algunas de las intervenciones siguientes:

1. Ingreso directo al programa de rehabilitación.
2. Consejos al entrenador y al deportista.
3. Derivación a Psicopatología.

Para la toma de tal decisión se seguirán los criterios generales siguientes:

Consejos al entrenador y al deportista:

Creencias inadecuadas acerca de la lesión.
Reacciones adaptadas al diagnóstico.
Actitudes negativas al tratamiento.
Dificultades relacionales deportista entrenador o deportistas médicos.
Dificultades en las relaciones de colaboración.

Intervención social:

Barreras culturales al tratamiento.
Aislamiento social.
Estrés psicosocial.

Consejos psico-educacional:



Dificultades cognitivas para entender el manejo de la lesión y su rehabilitación.

Derivación a Psicopatología:

Depresión.

Trastorno de personalidad.

Dificultades graves en las relaciones con los compañeros de equipo y entrenador.

Los deportistas lesionados que no presentan esas características ingresarán directamente al programa de rehabilitación. Esta intervención será la que prioriza como la más adecuada a los objetivos que se pretenden alcanzar.

De este modo, los lesionados a los cuales se indicó alguna intervención alternativa, ingresarán al programa una vez cumplidos los objetivos de la misma. Este criterio no se aplicará en forma completa para los deportistas lesionados derivados a psicopatología, especialmente para casos de psicosis y depresión mayor.

El programa de adaptación deportista-tratamiento funcionará como una intervención en hospital de día y tendrá una duración de una semana.

La intervención, que se realizará considerando que los deportistas ya tienen educación básica sobre las lesiones de sobreuso, tendrá dos módulos generales:

- A. Intervenciones para promover la adherencia al tratamiento.
- B. Intervenciones para reforzar al deportista en la toma de decisiones en el curso de la rehabilitación y readaptación al entrenamiento y la competencia.

Modulo centrado en el tratamiento:

1. Modelado de conductas.
2. Grupo de discusión de creencias y mitos acerca de las lesiones y de los factores de la actividad deportiva que afectan.
3. Reunión con otros deportistas lesionados.
4. Cambio actitudes negativas hacia el tratamiento y los medicamentos.
5. Entrenamiento en habilidades conductuales a fin de aumentar la asertividad, promover el control interno y la auto eficacia.

Modulo centrado en el deportista:

1. Entrenamiento en habilidades conductuales a fin de aumentar la asertividad, promover el control interno y la auto eficacia.
2. Promover interacciones de colaboración con personas significativas.
3. Ampliar las redes de apoyo dentro del deporte.
4. Manejo de estrés.
5. Entrenamiento en el manejo de síntomas y molestias asociadas a la lesión.
6. Autocontrol de la calidad del gesto técnico.



Una vez terminado el programa, se realizarán controles quincenales durante los dos primeros meses.

A los dos meses de iniciado el tratamiento, se evaluará al deportista y el tratamiento tomando en cuenta índices médicos y psicosociales.

Como índices médicos se tomarán la ausencia de dolor y molestias, la ejercitación correcta de las acciones y la calidad del gesto técnico.

Las variables psicosociales se medirán con tres instrumentos que revelarán: satisfacción con el tratamiento, calidad de la vida deportiva, y conocimiento acerca de las lesiones de sobreuso.

A partir de esta información se determinará si el tratamiento es adecuado o deben hacerse modificaciones en función de los índices: calidad de la vida deportiva y satisfacción con el tratamiento.

Si estos índices no fueran satisfactorios el médico reevaluará toda la información obtenida junto con el paciente, repensando el proceso diagnóstico para aplicar un programa asistencial individual.

Bibliografía

- Achterberg, J. et G. F. Lawlis (1980) *Bridges of the Body Mind: Behavioral Approaches for Health Care*. Champaign, Ill. Institute for Personality and Ability Tes-ting.
- Beck, A. J. (1976) *Cognitive Therapy and Emotional Disorders*. New York: International Universities Press.
- Buceta, J. M. (1994) *Psicología y Lesiones deportivas: Prevención y recuperación*. Madrid.
- Glover, B. et Weisenfeld, M. (1985) *The Injured Runner's Training Handbook*. Penguin.
- Guisasola Pérez-Garmendia, M. Rosa. (1995) *La Rehabilitación psicológica del deportista lesionado*. *Atlet. esp.*, Madrid, XLIV, 467, p. 38-41
- Holmes. P. (1975) *Psychosocial Factors in Athletic Injuries: Development and Application of the Social and Athletic Re-adjustment Rating Scale* *Journal of Human Stress*, 1(2), 6-20.
- Kahanov, L; Fairchild, P. (1994) *Discrepancies in perceptions held by injured athletes and athletic trainers during the initial injury evaluation*. *J. Athl. Train.*, Dallas, TX, 29, 1, p. 70-75
- Keller, Bruno; Romero, J. (1995) *Sportpsychologie und Gesundheit psychologische Aspekte in der Rehabilitation von Sportverletzungen*. *Med. Traum.*, Berna, 2, p. 7-13
- Mendelsohn, D. C. (1999) *Lesiones deportivas: prevención y rehabilitación desde la Psicología del Deporte* *Lecturas: Educación Física y Deportes*



ASOCIACION DE PSICOLOGIA
DEL DEPORTE ARGENTINA
Fundada en 1992

<http://www.efdeportes.com/> · revista digital Año 4 · Nº 17 Buenos Aires,
diciembre

- Rose, J.; Jevne, J. (1993) *Psychosocial processes associated with athletic injuries*. Sp. Psychol., Campaign, IL, 7, 3, p. 309-328
- Rotella, R. J. (1978) *Systematic Desensitization: Psychological Rehabilitation of Injured Athletes*. Dans L. k.
- Rotella, R. J. (1985) *The Psychological Care of the Injured Athlete*. Dans L. k.
- Tuffey, S. (1994) *The Role of athletic trainers in facilitating Psychological recovery from athletic injury*. J. Athl. Train., Greenville, 26, 91, 4, p. 346-351.