

Módulo 4. Comunicación, liderazgo y gestión de grupo

4.1 Manejo de la información médica

La medicina del deporte, como en general todo lo que hace referencia a la salud de las personas, requiere de una gran sensibilidad y profesionalidad al transmitir o comunicar ciertos aspectos médicos.

En el caso de los deportistas, cuando se comunican aspectos de la salud en el ámbito de grandes eventos o de equipos profesionales, como por ejemplo las lesiones deportivas, se requiere más atención y cuidado.

En esta unidad pretendemos dar puntos claros sobre cómo creemos que debería ser esta comunicación.

En primer lugar, debemos preguntar quién comunica la información. En clubes importantes o eventos suele haber un responsable de la comunicación. Veamos cuál es el perfil de este comunicador, al que normalmente se le conoce como jefe prensa o responsable de comunicación.

4.1.1 Perfil del jefe de prensa

El jefe de prensa de un equipo profesional debe cumplir con varios requisitos básicos. El primero, y uno de los más importantes es, sin duda, la discreción. Pero hay más.

- La discreción es básica en todo trabajo, pero más aún si lo hace codo a codo con los servicios médicos de un club profesional.

¿Por qué? La respuesta es muy sencilla. Porque maneja información y la información es poder.

Una información mal utilizada, sin el tempo adecuado, puede debilitar a su propio equipo (si está en manos de otros) o puede perjudicarlo a usted directamente, por no utilizarla oportunamente.

En resumen, la discreción es uno de las características más importantes que debe saber manejar el jefe de prensa de un equipo profesional.

- **La profesionalidad.** Siempre debe saber dónde está, para quién trabaja y de qué organización forma parte. No tiene la misma repercusión estar en el FC Barcelona que en el Melilla, por poner un ejemplo.
- **El respeto y la cordialidad.** El respeto hacia la institución y sus superiores y la cordialidad en el trato diario con los jugadores y resto del staff es básico para el buen funcionamiento de un grupo.
- **La confianza.** Se la debe ganar día a día. Sin confianza mutua no hay éxito. Los jugadores y el *staff* deben confiar en el jefe de prensa. Es el mejor en su campo y ellos lo deben sentir así. Por algo está en el Barça. Para que todo funcione perfectamente, la confianza debe ser recíproca.
- **Anticiparse a situaciones.** Ejemplo: supongamos que en la fecha determinada del comienzo de temporada, un jugador muy importante de la plantilla cumplirá aniversario del día de su debut como jugador del primer equipo. Con el conocimiento de esta información, el Departamento de Comunicación, de la mano del de *Marketing* y Protocolo, pueden ir *cocinando* un sentido homenaje. Este tipo de acciones deben realizarse Si este tipo de acciones no se realizan con previsión y tiempo nunca salen bien.

Otros:

- Hablar idiomas.
- Dominar las redes sociales.
- Relacionarse fluidamente con los medios de comunicación y las competiciones (ACB, Euroliga, Federación Catalana, Federación Española).
- Gestionar día a día al equipo (entrevistas, reportajes, estadísticas, peticiones varias).

4.1.2 Relación del jefe de prensa con el staff y equipo

La relación entre el responsable de comunicación y el staff y/o jugadores debe basarse siempre en el **respeto** y la **profesionalidad**. Esto no quita que pueda haber cordialidad (si la hay es mejor), pero el respeto hacia el trabajo de todos y la profesionalidad son básicos.

La relación con el médico y el staff

Cobra especial importancia la relación entre el médico del equipo y el responsable de comunicación del mismo. Deben aunar criterios en lo que refiere a la comunicación o no comunicación de una lesión, por ejemplo. A veces es tan importante saber comunicar, como saber no hacerlo.

El responsable de prensa debe estar informado en todo momento del estado físico de los jugadores. Es importante que la comunicación sea fluida y no sesgada. En ello tienen un papel importante el jugador, el entrenador y el doctor: los tres deben estar informados de lo que se quiere comunicar llegado el caso.

Con el staff es importante mantener una relación cercana. Debe ofrecer su ayuda siempre que sea necesaria. Es muy fácil estar en las buenas, pero también hay que saber estar cuando se pasa por una mala racha. Todo suma y esa es una de las premisas de un buen staff.

La relación con la plantilla

En cuanto a la relación con los jugadores es importante que sea cordial y de respeto, aunque es mejor no mezclar lo profesional con lo personal.

Hay jugadores con los que se puede tener una mayor afinidad, con los que incluso se puede ir a comer (si se da el caso); pero con los que nunca debe uno mezclarse, por un tema de ética profesional, si salen de fiesta, por poner un ejemplo sencillo.

4.1.3 Relación del jefe de prensa con el Club

La estructura

En una estructura profesional de un gran club, el jefe de prensa de un equipo no es una figura independiente, sino que depende del **Departamento de Comunicación**.

Ejemplo: En nuestro caso, aunque la sección de baloncesto funcione de manera autónoma, el jefe de comunicación del equipo tiene dos responsables máximos a los que reportar: **El jefe de comunicación de los deportes profesionales** y el **general manager de la sección**.

¿Eso qué significa en la práctica? Significa que, a pesar de gozar de cierta libertad de movimientos, si tiene que tomar decisiones importantes en su gestión diaria (entrevistas, reportajes, noticias en la página web o las redes sociales) ésta deberá ser **siempre consensuada**.

Reunión semanal

Si hablamos de un club con diversas secciones, la relación con el resto de jefes de prensa debe ser fluida y constante. Para ello es aconsejable una **reunión semanal** en la que estén

todos presentes bajo la supervisión del máximo responsable del Departamento de Comunicación del club.

Relación con otros departamentos

El jefe de prensa de un equipo profesional debe tener relación prácticamente a diario con el responsable de *marketing*. Las promociones de todos los partidos, anuncios para radio y televisión, campañas en general o, sesiones de fotos, etc. deben ser consensuadas por ambas partes.

También hay relación con otros departamentos, como el de acreditaciones o el de protocolo, que trazan en conjunto estrategias a la hora de convocar a ex jugadores o ex técnicos al palco para presenciar partidos.

4.1.4 Relación con los medios de comunicación

La relación con los distintos medios de comunicación debería ser siempre **fluida y diaria**. Les vamos a poner un buen ejemplo de herramienta de trabajo para mejorar la comunicación con los medios: Hace un par de temporadas se decidió poner en marcha una **lista de distribución de *Whatsapp*** que facilitó el refuerzo de las informaciones que se enviaban previamente en forma de comunicado. También ayuda a difundir las declaraciones previas a un encuentro de los protagonistas (técnicos o jugadores) que el propio responsable de comunicación escoge para tal fin.

Los medios, tanto nacionales como internacionales, suelen dirigirse a los departamentos de comunicación mediante llamadas, *mails* o el propio *Whatsapp*.

La mayoría de comunicaciones diarias hacen referencia a:

- **dudas:** ejemplo: ¿Por qué se ausentó un jugador?),
- **preguntas concretas:** ejemplo: ¿cuándo vence el plazo para presentar recurso por la sentencia en el caso de una denuncia de un jugador contra el club?)
- **aclaraciones:** las respuestas pueden ser inmediatas, si no acarrear ninguna complicación o, en caso contrario, siempre consensuadas con los superiores.

Los *right holders* o medios con derechos

Hay una diferencia importante en cuanto al trato que debemos dar, **por obligación**, entre los denominados medios con derechos o *right holders* y los que no los tienen.

¿Qué implica? Simplemente que reciben un trato preferencial y tienen entrevistas pactadas con los protagonistas en las previas de los encuentros y en los pospartidos.

Además, si solicitan entrevistas específicas hay que, en la medida de lo posible, complacerles.

El resto de medios

El resto de medios siempre recibe un **trato cordial y amable**. Forma parte, o debería formar parte, de la manera de trabajar de los responsables de comunicación. Se intenta facilitar el trabajo a los medios porque ellos beben de lo que genera el equipo y éste necesita de ellos para hacer más grande la marca.

Un aspecto a tener en cuenta son las redes sociales. Su aparición hizo mucho daño al periodismo tradicional, ya que cualquier persona con un móvil en la mano puede capturar un momento y convertir algo que no es noticiable en noticia.

4.1.5 Comunicación interna con el responsable de los servicios médicos

Como hemos comentado en el **apartado 2**, la relación entre el responsable de comunicación y el de los servicios médicos de un equipo profesional debe ser muy estrecha.

La confianza debe ser extrema, ya que a veces **es tan importante saber comunicar, como saber no hacerlo**.

La comunicación o no de una lesión debe tener en cuenta varios factores:

- La influencia que tiene ese jugador en el equipo.
- El interés del próximo rival en conocer que un jugador está lesionado.
- La necesidad o no de informar el tiempo de recuperación. Si no es necesario comunicarlo, se suele utilizar la frase **“su evolución marcará su disponibilidad”**. Si se desea comunicar, porque será intervenido quirúrgicamente por ejemplo, se informa un tiempo de baja aproximado.
- Intereses del propio jugador o de su representante. Por ejemplo: No es lo mismo comunicar sobre un jugador que tiene un futuro con la NBA, que acerca de otro que está en el tramo final de su carrera y no cuenta para el entrenador. Hay que destacar que **los comunicados médicos siempre se realizan con el consentimiento del jugador**.

4.1.6 Comunicación con otros equipos e instituciones

Comunicación con otros equipos

Es importante conocer cuáles son las políticas de comunicación de otros equipos. Se deben mantener reuniones habituales con los responsables de comunicación de otros clubes para conocer cómo trabajan. Las grandes competiciones del mundo del fútbol o baloncesto, por ejemplo, suelen hacerlo.

Comunicación con las grandes Ligas

El ejemplo del baloncesto profesional europeo

Como también sucede en otros deportes (fútbol, balonmano, entre otros) al final de cada temporada hay una reunión de todos los responsables de comunicación de la **Euroliga** para establecer los criterios y debatir las nuevas normativas de la competición. En el caso de la **Liga Endesa**, dicha reunión se realiza a principios del ejercicio y recibe el nombre de **seminario de comunicación**.

En ambos casos son reuniones muy provechosas ya que sirven para debatir básicamente los nuevos *buylaws* o normativa interna de cada competición. Esta normativa, en el caso de ambas competiciones, afecta directamente a las compañías de televisión con las que hay aspectos a tratar y a mejorar en cada temporada.

Ejemplos:

- **En Euroliga** se marcan las pautas de un día de partido en las que, por normativa, una cámara entra dentro del vestuario mientras el entrenador tiene la charla pre partido con sus jugadores.
También existe la obligación, por normativa de Euroliga, de que un jugador de cada equipo responda una pregunta *flash-interview* al descanso de cada encuentro; así como que cada entrenador responda, también en formato de una pregunta, al regresar a pista tras la reunión del descanso con sus jugadores. Al finalizar el juego, el entrenador y un jugador del equipo ganador atenderán al periodismo en conferencia de prensa. Esta instancia se lleva a cabo en idioma inglés.
Igualmente, los *right-holders* o compañías de televisión con derechos pueden pedir, según normativa, la atención del entrenador pre partido en formato entrevista (3-4 preguntas) y al final del mismo, así como la presencia de un jugador. En este caso si lo piden tenemos la obligación de dárselo. Si no, no es obligatorio.
- **En Liga Endesa** la única televisión con derechos, en este caso Movistar Plus, marca la pauta a nivel de peticiones en un partido. En este caso nos encontramos con la clásica entrevista previa al choque por parte de ambos entrenadores, una entrevista formato *flash-interview* al descanso con un jugador de cada equipo –idéntico formato al de la señal internacional de la Euroliga- y con una entrevista con el entrenador ganador y un jugador del conjunto ganador también.

- Otros ejemplos de peticiones son los famosos **Media-Days** de **Euroliga** y de la propia **Liga Endesa** antes del comienzo de las temporadas naturales: implican la atención a los medios de la propia competición (grabaciones de videos, entrevistas y acciones de *marketing* para nutrir a las propias competiciones con contenidos atemporales) así como a los medios con derechos de ambas competiciones, en este caso hablamos de Movistar Plus y de Televisión de Cataluña.

Además, a lo largo de la temporada hay peticiones constantes de entrevistas o reportajes de la propia Euroliga –en este caso a través de la empresa que explota sus derechos audiovisuales, la potente IMG – y de la propia Liga Endesa, a través de su departamento audiovisual. En ambos casos suelen coincidir con las previas de partidos importantes o ante la consecución de algún hecho fuera de lo común. Un ejemplo de esto es en esta temporada (2017/18) la celebración de los 20 años del debut de Juan Carlos Navarro con el primer equipo del FC Barcelona Lassa.

En resumen

Los jugadores están constantemente expuestos a los medios de comunicación y a las propias competiciones que solicitan su imagen para vender su producto. Es labor de los responsables de comunicación asesorarles para ‘vender bien’ el producto, hacerlo atractivo, convencer de lo bueno que puede ser para su imagen y la del Club y, si se da el caso, protegerles y aconsejarles ante posibles preguntas que puedan afectar a su posición dentro del equipo.

4.1.7 El ‘Return to play’

El **return to play** o retorno a las pistas es uno de los momentos más importantes en el tramo final de la recuperación de la lesión de un jugador.

En todo final de una recuperación hay dos aspectos básicos a destacar en la comunicación con el responsable médico del equipo:

- **¿Cuándo se quiere comunicar?**
- **¿Cómo se quiere comunicar?**

El cuándo

Deberá ser cuando el cuerpo técnico, a partir de las pautas del cuerpo médico, lo decida. El cuerpo médico es el único que sabe, a ciencia cierta, cómo fue la evolución del jugador en cuestión, si se cumplieron los plazos de recuperación y cómo resultó la misma. Luego el cuerpo técnico, con el entrenador a la cabeza, decide cuál es el momento de comunicarlo, de acuerdo con el médico del equipo y **el propio jugador** y, finalmente, le informan al jefe de prensa del equipo para que redacte el comunicado de alta médica.

Los tiempos del “cuándo” también son importantes. Tras un partido con victoria es una opción, tras una mala racha del equipo para buscar un revulsivo con esta noticia, tras un periodo muy largo de baja para incentivar al propio jugador y para animar a la afición con su vuelta. Hay múltiples opciones de cuándo comunicarlo, aunque todas deberán ser estudiadas y tratadas conjuntamente con los servicios médicos (ellos saben en qué condiciones psicológicas se encuentra el jugador afectado, y si la información que está por recibir puede llegar a afectarlo), con el cuerpo técnico (principalmente el entrenador) y el propio jefe de prensa del equipo (es el que recibe los *inputs* de fuera a través de la prensa y las redes sociales).

El cómo

Hay diversos factores que pueden alterar el cómo se comunica el retorno a las pistas de un jugador.

Ejemplo 1: Imaginemos una plantilla de 13 jugadores con un jugador importante lesionado. Los otros 12 están sanos y están jugando muy bien. La decisión de cómo comunicar ese retorno debe ser muy mesurada, medir muy bien cada palabra de ese comunicado para que no hiera a ningún otro compañero y para que no presione al jugador que regresa tras un tiempo alejado de las pistas.

Ejemplo 2: Imaginemos, por el contrario, que el equipo está sumido en una crisis galopante de resultados y que el jugador que debe regresar al equipo es una estrella. En este caso se debe evitar sobre exigir al jugador que regresa a las pistas tras un tiempo de baja y que ahora parece el salvador del equipo.

Cabe recordar que todo comunicado médico se realiza bajo la supervisión del responsable de los servicios médicos del equipo y si es necesario con la intervención del máximo responsable de los servicios médicos del Club; y bajo el consentimiento del propio jugador. El modelo de comunicado siempre es el mismo, aunque cuando hay un retorno esperado se le puede dar mayor repercusión a nivel de los propios medios del Club.

4.2 Comunicación

4.2.1 Introducción

La comunicación es un fenómeno multifacético que involucra la transmisión o intercambio de pensamientos, ideas, sentimientos o información a través de canales verbales y no verbales. Significa hablar y escuchar; y es efectiva cuando conlleva entendimiento mutuo. Su base es la confianza y respeto mutuo.

Los atletas se comunican con muchas personas diferentes y de diversas maneras; en competición y en los entrenamientos. Los entrenadores basan su actuación en la comunicación con sus atletas y, ocasionalmente, los fracasos deportivos se originan por problemas en alguna parte de este proceso: dificultades en la transmisión, percepción o comprensión.

La comunicación efectiva contiene seis elementos: **el mensaje debe ser** claro, conciso, correcto, completo, cortés y constructivo. Las habilidades comunicacionales permiten que el entrenador obtenga más de su relación con el atleta.

Para mejorar estas habilidades las recomendaciones son múltiples:

1. Escucha activa: prestar atención completa a lo que dicen otras personas, tomarse el tiempo para entender, hacer preguntas pertinentes y no interrumpir en momentos inapropiados.
2. Evaluar constantemente la eficacia del proceso de comunicación para realizar mejoras o tomar medidas correctivas.
3. Pensamiento crítico: utilizar la lógica y el razonamiento para identificar fortalezas, debilidades, posibles soluciones, conclusiones o enfoques alternativos a los problemas.
4. Usar la comunicación mediante la escritura en función de las necesidades del receptor.

Existen áreas de conocimientos y habilidades que facilitan el desarrollo de habilidades comunicativas. Presentamos a continuación alguna de ellas:

- Metodología para solucionar problemas complejos:
 - identificar el problema,
 - revisar información relacionada,
 - desarrollar y evaluar opciones,
 - implementar soluciones.
- Persuasión: se la utiliza para que los otros cambien sus formas de pensar o sus comportamientos.

- Gestión de recursos propios: capacidad de motivación e identificación de los mejores recursos para cada objetivo.
- El dominio de idiomas es necesario para interactuar con el receptor. Especialmente el idioma inglés, del que es importante conocer estructura y contenido.
- Psicología: conocimiento del comportamiento y el rendimiento humano; diferencias individuales en habilidad, personalidad e intereses; aprendizaje y motivación.
- Administración y gestión: conocimiento de principios de planificación estratégica, y gestión de recursos.
- Conocimientos de informática: sistemas administrativos, procesamiento de textos, gestión de archivos, registros y diseño de formularios.
- Sociología y antropología: conocimiento del comportamiento humano y la dinámica de grupos.

4.2.2 Comunicación médico - paciente

La comunicación es la herramienta que permite las relaciones directas entre los seres humanos. Entre médico y paciente se establece una relación basada en la comunicación en la que aparecen los más diversos matices.

Como médico, desarrollar habilidades y estrategias comunicativas es imprescindible para el ejercicio de la profesión ya que las dolencias que sufren los seres humanos se afrontan desde la comprensión y el conocimiento que se tiene de las mismas. El manejo de la enfermedad precisa de la complicidad y compromiso del paciente para afrontarla, y para esto el médico debe traducir el conocimiento científico a un lenguaje comprensible para el paciente, a la vez que estricto y riguroso. El éxito de esta coparticipación del paciente en la gestión del proceso ayudará a tomar las mejores decisiones.

Al médico se le piden tres requisitos para un óptimo proceso de comunicación con el paciente:

- Conocer y estar actualizado acerca de la patología, los procesos biológicos que la rodean y los recursos necesarios para abordarla. Esto se adquiere mediante el estudio, la experiencia y el trabajo en equipo.
- Conocer los elementos modificadores del proceso que envuelven al paciente (saber de él y de su entorno). Esto se logra mediante la proximidad.
- Empatizar con el paciente y su momento de enfermedad y, al mismo tiempo, ser capaz de transmitir las ideas de la mejor manera posible.

La enfermedad es un proceso individual; no todos los pacientes lo transitan del mismo modo ni se aborda de la misma manera, pero la confianza entre el paciente y el terapeuta

es de gran ayuda durante la toma de decisiones, especialmente las más complejas. Para conseguir esta confianza es imprescindible mantener un respeto total por el código ético propio de la profesión médica y por la confidencialidad de la información. Ambos, médico y atleta, no son pares entre sí, pero comparten la responsabilidad ante la toma de decisiones en igualdad y libertad.

La valoración del entorno es imprescindible en el deporte de alta competición, aunque esto haga más complejo el proceso. En cualquier deporte; y de forma más evidente en los deportes de equipo, las decisiones médicas pueden afectar al paciente, a sus compañeros, a la competición y al Club para el que compiten. Las expectativas de éxito deportivo o de desarrollo de una contratación pueden verse afectadas o resueltas por las decisiones que se toman ante una determinada lesión.

Los problemas de salud afectan lo más íntimo del individuo, y solo deben comunicarse estas situaciones bajo el consentimiento del deportista. Es cierto que la salud de los atletas es relevante para la toma de decisiones de técnicos y propietarios del Club, pero sólo serán revelados los datos cuando el deportista lo autorice explícitamente. Dentro de la línea de comunicación, se dice que la prioridad número uno es el jugador, seguido por los padres del jugador. Una vez que los jugadores y sus padres estén actualizados, si se considera imprescindible, se ampliará la comunicación con los entrenadores del equipo, la administración y la propiedad, siempre en los términos pactados con el atleta. En ocasiones y cuando sea requerido por el paciente, se hablará además con los agentes. Es importante recordar que cuando se han registrado prácticas fallidas o insatisfactorias en medicina del deporte, a menudo, se deben a la falta de disponibilidad y comunicación por parte del profesional hacia el atleta.

En general, los médicos tienen reputación de arrogantes y poco serviciales con sus pacientes. A esto se suma que los deportistas lesionados reciben ofertas terapéuticas e información acerca de su lesión por múltiples canales, que en ocasiones ocultan oscuros intereses. El médico mejor valorado es el que mantiene una relación positiva con sus pacientes. Mostrar humildad, comprensión y empatía por parte del médico fomenta el respeto mutuo, la credibilidad y permitirá una mejor interacción con el paciente; el cual puede encontrarse muy vulnerable ante una lesión importante. Los atletas son pacientes expertos en analizar las señales, fácilmente distinguen de entre las personas que les rodean, a aquellos que toman sus decisiones y basan su relación en sacar un beneficio personal, de aquellos que actúan priorizando su salud, ante todo.

El mejor *marketing* de un médico es invertir en formación y disponer de tiempo para atender a los atletas. El conocimiento médico mejora cuando se comparte la experiencia entre profesionales, este proceso deberá basarse siempre en el respeto por el paciente y la máxima confidencialidad.

En ocasiones, el propio médico y los otros miembros del equipo de salud, especialmente los fisioterapeutas, son conocedores de detalles íntimos de la vida de los deportistas que los mismos atletas los comparten con ellos. La gestión de esta información tan sensible debe ser muy cuidadosa y se recomienda no divulgarla a cualquier nivel que no sea el autorizado por el propio atleta. La vulneración de esta confidencialidad acarrearía la pérdida de confianza del jugador.

A continuación, se presentan dos situaciones entre un futbolista y el médico del equipo. Son relatos ficticios extremos para ilustrar dos estilos de gestión de la información en un proceso lesional y el tipo de diálogo que se establece entre los atletas.

Caso 1

El **Atlético Deportivo** es un club de fútbol que se sustenta en jugadores de la cantera. El *staff* técnico está formado por profesionales con larga trayectoria en el "Atlético Deportivo".

Médico: Adolfo es médico experto, tiene 25 años de profesión y 19 años en el equipo. Conoce bien el deporte y la competición. Tiene amplia reputación entre los atletas y el entorno, aunque su experiencia levanta suspicacias entre sus compañeros y miembros del *staff*.

Paciente: Jonathan es el portero titular del primer equipo desde hace 9 años. Hace dos años sufrió una inestabilidad de hombro a final de temporada y fue intervenido quirúrgicamente, desde entonces aqueja molestias que le dificultan completar algunas sesiones de entrenamiento. Tras el calentamiento no tiene problemas para jugar los partidos, no comprende bien lo que le sucede ni por qué tiene todavía dolor si ya le operaron. Un amigo le ha recomendado consultar con otros profesionales acerca de su dolencia e incluso realizarse una resonancia magnética.

Situación: Después de un entrenamiento, antes de la convocatoria para el próximo partido. En el tramo final de la liga no tiene opciones de vencer el campeonato, pero debe evitar el descenso.

Adolfo: Vaya entreno niño, parece que te has columpiado, creo que al *míster* no le gusta esta actitud tuya.

Jonathan: Hola Doc., es que cuando me cruje el hombro estoy tieso.

Adolfo: Venga hombre que no es nada ¿te duele el otro también?

Jonathan: A veces.

Adolfo: Eso no es nada, ¿has hecho los ejercicios de prevención?

Jonathan: Cada día, me dijiste que es sagrado. A lo mejor deberíamos decírselo al *míster*.

Adolfo:(*asertivo*) Tu aguanta que no hay riesgos, solo es el dolor, cuando no aguantes más te infiltro. Además, no es para tanto. Al *míster* no hace falta agobiarlo con esto que bastante tiene con lo suyo ¿Cómo está tu mujer? ¿Y los niños?

Jonathan:(*dubitativo*) Ellos están bien doqui, pero mi hombro, no sé, no sé...

Adolfo: Lo que cuenta es la familia: si ellos están bien, tú también. Y ahora a la ducha...

Jonathan:(*se arma de valor*) Tú crees que todo está bien, ¿no?, pero a mí me duele.

Adolfo:(*airado*) Joder Jona, a ti te va a doler donde yo te diga.

Jonathan: Hombre doqui no te pongas así.

Adolfo: En el momento crucial de la liga me sales con estas, ya te digo que no tienes nada importante, o quién crees que estuvo a tu lado en quirófano y vio como tienes el hombro por dentro.

Caso 2

El **Racing Club** es un equipo de fútbol de máximo nivel con opciones de ganar el campeonato. El *staff* está conformado por técnicos extranjeros que conquistaron títulos con otros equipos.

Profesional: médico de 36 años, atiende al equipo hace 2 años. Conoce el Club, pero no tiene el reconocimiento del entorno. Introdujo algunos cambios en el equipo en nutrición y atención médica previa a las sesiones de entrenamiento, los cuales despertaron leves críticas entre los jugadores, pero son bien vistos por parte del *staff* deportivo.

Paciente: Ernesto es un jugador referente y goleador del **Racing Club**. Esta temporada sufrió 3 lesiones musculares que le han causado baja. Actualmente no tiene molestias, pero teme una recaída, tanto que intenta no mencionarla. Antes de las lesiones previas tampoco tenía molestias. Este año tiene como objetivo acudir a los Juegos Olímpicos, donde el equipo Nacional pretende hacer historia.

Situación: Después de un entrenamiento, antes de la convocatoria para el próximo partido. En el tramo final de la liga cuando se está por definir el título.

Carlos: ¿Qué tal *crack*? ¿Cómo te has visto?

Ernesto: Bien, bien. No he notado nada.

Carlos: (*amistoso*) Has participado en el entreno, prácticamente lo has hecho todo, ¿no?

Ernesto: Ya hace días que te digo que está bien, yo me veo bien.

Carlos:(*inseguro*) Si tuviéramos más tiempo, antes del partido te repetiría el *test* de fuerza y la resonancia para estar más seguros.

Ernesto: ¿Tú crees que me puedo volver a romper?

Carlos: Ernesto, siempre hay algo de riesgo, lo más importante es que tú te sientas bien.

Ernesto: Desde luego que me siento bien, pero...

Carlos: Tus sensaciones son el mejor *test* para saber cómo está tu cuerpo y debemos hacerles caso.

Ernesto: Ya, ya, pero si me puedo volver a romper no sé si debería jugar mañana.

Carlos: Si no estás del todo bien, más vale no arriesgar; ya sabes cómo son las lesiones musculares.

Ernesto: Pero si no juego no sé cómo estoy.

Carlos: ¿Tú te ves bien?

Ernesto: Yo sí, dile al *míster* que juego y se acabó.

Carlos: Yo prefiero esperar al próximo partido.

Comentario

En el caso uno, con un estilo autoritario y paternalista, el médico asume los riesgos y la responsabilidad de la lesión, pero desoye las quejas del portero y llega a desautorizarlo. Es un profesional experto y próximo al atleta, pero mantienen una relación desigual en la que el prestigio del profesional roza el abuso de autoridad, con lo que no queda claro si se priorizan los intereses del paciente o los del equipo. Con esta actitud y ante un paciente que no acepte su rol de sumisión, fácilmente podrán darse situaciones de conflicto.

Sería recomendable que el médico hiciera más partícipe al paciente en la toma de decisiones, también que tuviera en cuenta las quejas del mismo y que lo examinara para asegurar que las molestias no respondan a un agravamiento de la lesión. Por otro lado, el médico reconoce y valora el momento competitivo del equipo. También conoce bien al atleta y su entorno, al que acompaña en el quirófano, lo cual puede explicar su actuación y su trato infantil y casi despectivo al paciente y sus sensaciones. En definitiva, asume en solitario la responsabilidad de la decisión con lo que pretende desestresar al atleta para que se pueda enfocar en el próximo partido.

Los atletas a menudo son muy seguros y aprecian la confianza de los demás, incluidos sus médicos. Por ello se recomienda que el profesional muestre confianza en su diagnóstico, procesos de pensamiento y recomendaciones a los pacientes. Debe ser comprensivo con los pacientes, especialmente con los atletas, ellos lo reconocen. Junto con la confianza y la comprensión, deben mostrar un fuerte carácter moral y ético. Se dice que si el médico se pregunta sobre si algo es adecuado para los pacientes, probablemente no lo sea.

En el caso dos, el médico mantiene un estilo indeciso y dubitativo bajo una falsa actitud democrática. En un momento importante de toma de decisiones, como es el retorno a la competición después de una lesión muscular, el médico refleja todas sus dudas y seguramente las del entorno con lo cual añade más presión al atleta. No es capaz de tomar la decisión, ni siquiera de compartir la responsabilidad de la misma y no sólo traspasa toda la presión hacia el atleta, sino que además le añade sus propias dudas ante el miedo a la recidiva. En este caso se debería recomendar al profesional que argumente con mayores fundamentos, ya sean basados en la propia experiencia, en *test* funcionales o pruebas de imagen o, si fuese necesario, en consultas a otros profesionales más experimentados. Hacer que el jugador decida, añadirle presión si la decisión va mal y guardarse las espaldas con el consabido "ya lo decía yo"; hace que el médico no asuma el rol que le es propio y su presencia es completamente innecesaria. Demuestra con su actitud que le preocupa cómo la situación le afectará a él, no se interesa por la situación del equipo y no manifiesta empatía alguna con el jugador.

4.2.3 Comunicación de temas médicos con el equipo, el *staff* técnico y directivo

Caso 3

Fede Álvarez es un jugador de 28 años de alto nivel. En un análisis de inicio de temporada se le detecta que es portador asintomático de una infección grave, sin repercusión funcional orgánica ni que pueda ser agravada por la práctica de deporte competitivo de alta intensidad. La enfermedad no tiene tratamiento específico, pero obliga a una monitorización analítica cada dos meses especialmente de la función renal, hepática y del metabolismo lipídico. El 5% de los pacientes infectados evolucionará a insuficiencia orgánica grave en el plazo de 15 años con desenlace fatal. Por otro lado, la enfermedad es altamente contagiosa y se transmite a través de la sangre y otros fluidos (contacto sexual).

La situación actual del atleta no contraindica su participación en el equipo, pero se hace imperativa la toma de medidas para evitar el contagio. Debe evitarse compartir utensilios, toallas o recipientes de bebida, a la vez que la atención de fisioterapia y enfermería debería ser siempre con guantes. Algunas de estas medidas no son habituales en el vestuario de un equipo de fútbol e incorporarlas sin la justificación pertinente generará dudas razonables entre los jugadores el entorno del equipo.

Una vez valorado e informado el paciente de la necesidad de monitorización y de la posible evolución, deben tomarse algunas decisiones importantes:

1. ¿Cómo se informa la situación y la necesidad de tomar algunas medidas para disminuir el riesgo de contagio al resto de jugadores?
2. ¿Cómo se informa al *staff* técnico y a los directivos de una situación actualmente asintomática, pero que se puede agravar de forma notable en el futuro? Se debe tener en cuenta que la participación puede estar comprometida y puede verse afectada la posibilidad de renovar contrato con el deportista.
3. ¿Cómo debe comunicarse la situación a los fisioterapeutas que atienden diariamente al jugador? ¿Es lícito informarlos para que aumenten las medidas de protección aún a riesgo de estigmatizar al jugador sin su consentimiento?

Es un caso complejo, la posible mala evolución y el altísimo riesgo de contagio lo convierten en dramático. De momento, la participación del jugador no está comprometida, lo cual hace incomprensible la situación en algunos entornos.

Es especialmente importante compartir toda la información con el paciente para mejorar la toma de decisiones, involucrarlo y lograr su complicidad. Asimismo, este proceso deberá ser bien planeado y fundamentado para evitar dar falsas expectativas al paciente o añadir más dramatismo del necesario.

Solicitar el asesoramiento de expertos puede ser útil, pero los especialistas en enfermedades infecciosas dirán que las medidas a tomar son las habituales para

disminuir el riesgo de contagio (uso continuo de guantes, que deberán cambiarse en cada actuación, evitar mezclar ropas, toallas y otros utensilios). Cualquiera que conozca la realidad de un vestuario sabrá la dificultad de implementar estas conductas.

Lo aconsejable es compartir con el paciente la toma de decisiones y el plan de gestión de la información. Sería ideal que el propio atleta transmitiese a sus compañeros y al resto de personal su situación; esta comunicación debería ser planeada y acompañada por la información médica necesaria que los compañeros tienen derecho a conocer. No se le puede exigir al atleta que sea él mismo quien informe de su situación al entorno pero, en caso que sea el médico quien lo haga, deberá realizarlo en nombre del paciente y consensuar con él toda la información transmitida.

Existen otros casos en los que la gestión de información en relación con determinados aspectos de la salud del deportista es especialmente compleja. Todas las patologías de la esfera psicosocial son difíciles de manejar en los personajes públicos. Estos atletas son vistos como proyectos de éxito y estas patologías se relacionan con el fracaso y no son aceptadas fácilmente por el gran público. A esto se suma la desconfianza que suscitan, por lo que los atletas afectados agradecen que estos casos se manejen con sigilo. Aunque las toxicomanías son menos frecuentes entre los deportistas respecto de la población general, también pueden estar presentes. El manejo correcto de estos casos exige una confidencialidad extrema, pero deberían compartirse con el técnico dado que el rendimiento deportivo puede verse altamente afectado y hasta podría comprometer el resultado de un control antidopaje.

Ante una lesión deportiva la incertidumbre entre los atletas profesionales es frecuente porque lo que está en juego es mayor y se manejan un alto nivel de escepticismo. Si el paciente lo solicita, se le debe facilitar una consulta con otro profesional para tener una segunda opinión. Por otro lado, los atletas y los *managers* necesitan todo el detalle del plan de tratamiento, los procesos que se seguirán y los cronogramas. El manejo de los tiempos es esencial y necesario para los equipos deportivos, por lo tanto estos deben ser compartidos con el cuerpo técnico.

4.2.4 Medios de comunicación

Caso 4

Ricardo Martínez es un jugador de alto nivel, tiene 25 años y sufre un dolor agudo en su rodilla derecha al realizar un *chut* a puerta con la misma pierna derecha. El paciente se operó a los 20 años para reparar una lesión en su ligamento cruzado anterior de la rodilla derecha. A los 21 años tuvo que volver a operar por una recidiva en forma de rotura de la plastia.

Aunque la rodilla no muestra signos de gravedad y las pruebas de imagen son negativas, la persistencia de los síntomas durante dos semanas hace aconsejable solicitar una valoración con el cirujano que ya operó al paciente 4 años atrás. De manera conjunta, el médico del equipo, el cirujano y el jugador deciden realizar una artroscopia para completar la valoración del jugador en la que se detecta una lesión mínima del menisco interno que obliga a una menissectomía parcial para regularizarla.

Se emite un comunicado de prensa consensuado con el jugador en los siguientes términos: “El jugador Ricardo Martínez se sometió a una artroscopia para solucionar las molestias en su rodilla, en breve iniciará el proceso de rehabilitación. Se espera un plazo de baja aproximado de 5 semanas, aunque la evolución clínica marcará la disponibilidad de manera definitiva”.

Tres días después, el cirujano concede una entrevista a los medios de comunicación en la que explica:

- el buen estado de la plastia de ligamento cruzado que él mismo realizó años atrás;
- la ausencia de relación entre la lesión actual y la anterior;
- la presencia de una lesión de menisco que fue reparada.

Valorada la situación surgen algunas dudas sobre la vulneración de la confidencialidad exigible al médico:

1. Basándose en el interés público, ¿es lícito que el médico comparta la información?
2. ¿Es lícito informar a los directivos y propietarios del Club de la situación teniendo en cuenta que esta puede condicionar los términos de renovación del contrato del jugador?
3. ¿Es denunciante la violación de la confidencialidad en base a la desvalorización que representa del jugador?

En este caso se realiza un comunicado médico en función del interés público que rodea una baja prolongada de un jugador significativo. En primer lugar, es suficiente una aproximación genérica al problema artroscopía sin necesidad de entrar en detalles diagnósticos. En segundo lugar, se refiere, también de forma genérica, al proceso de rehabilitación que seguirá el jugador y, finalmente, se informa que el tiempo aproximado que necesitará el jugador para volver a competir será de 5 semanas. Este plazo podría variar en función de la evolución del jugador, con ello está implícito que será prioritaria la salud del jugador en la toma de decisiones.

La comunicación por parte del cirujano incumple la confidencialidad exigida a todo profesional y desvaloriza al jugador adjudicándole una lesión de menisco ante la opinión pública. Miente al pretender evitar la relación entre una lesión de menisco y las lesiones previas del ligamento cruzado anterior, relación que está aceptada y relatada en la literatura médica. Sólo persigue el beneficio propio y el *marketing* de sí mismo, aún a costa de develar información confidencial. En el momento actual se aconseja a los clubes y a los atletas que requieran la intervención de profesionales externos que les exijan firmar cláusulas de confidencialidad para evitar situaciones como las que relata en este caso.

Por último, este caso suscita la duda de cómo debe ser tratada esta información de puertas adentro, con los propietarios y directivos del Club. Como siempre, la situación ideal es consensuar entre el atleta y el médico como se deberá gestionar la información y facilitar solo los datos autorizados por el jugador. En caso que el médico conozca una información relevante que no ha sido autorizado a develar, puede encontrarse ante un conflicto de interés. Para evitar este dilema y que los jugadores pierdan la confianza en el médico del equipo, se aconseja que los deportistas que hayan sufrido lesiones significativas durante su desempeño en el propio Club, sean sometidos a una evaluación médica-ortopédica independiente antes de una renovación contractual.

Por supuesto, es denunciabile desde el punto de vista penal y profesional la actitud del médico que revela detalles de la salud de cualquiera sin su consentimiento. Aunque se intente justificar este hecho por un supuesto interés público.

4.2.5 Comunicación científica

La mejora del conocimiento se basa en el método científico, que precisa de la elaboración de una hipótesis que debe ser descartada tras la observación. El método, los resultados y las conclusiones deben ser compartidos para que puedan ser refrendados en otros entornos y circunstancias.

Esta comunicación científica se realiza siempre en base de dos preceptos:

- a) mejorar la salud de los atletas,
- b) mejorar la calidad del juego mismo,

No obstante, muchos profesionales del deporte (especialmente los técnicos) no están dispuestos a compartir datos de sus equipos, porque puede significar una pérdida de ventaja competitiva. Este precepto, cuando existe, es inviolable y debe ser respetado a rajatabla. En el caso que se comparta cualquier dato deberá contar con el consentimiento explícito, informado y rubricado, de los atletas implicados, de los técnicos del equipo y de los responsables del club.

Aun con esas autorizaciones, toda comunicación deberá hacerse de manera que no sea posible identificar a ninguno de los atletas de los que trata la comunicación científica. Este principio, que debe ser respetado ante cualquier paciente, es especialmente relevante cuando la información se refiere a personas públicas.

La difusión científica de resultados requiere creatividad para desarrollar nuevas ideas y respuestas. Al pensamiento alternativo de los autores debe añadirsele: confiabilidad respecto de los datos presentados, integridad (porque el trabajo requiere ser honesto y ético), cooperación con el trabajo en equipo, minuciosidad y atención a los detalles, pensamiento analítico para usar la lógica al abordar problemas, autocontrol de las propias emociones, persistencia frente a los obstáculos, independencia para interpretar y presentar los resultados, y finalmente innovación y aplicabilidad en el diseño del estudio para que se enfoque en resolver los problemas relacionados con el trabajo.

4.2.6 Comunicación entre médicos de equipos rivales y selecciones nacionales

Los atletas de alto nivel deben atender diversos compromisos deportivos, a veces incluso fuera del Club. Esta situación hace que diferentes equipos médicos atiendan la salud del atleta de forma sucesiva, cuando pasa de la disciplina del club a la del equipo nacional. Algo parecido puede suceder cuando un atleta cambia de Club al ser contratado por otro. Para una óptima atención médica puede ser ideal compartir la información clínica relevante entre los diversos equipos médicos que atienden al jugador. Este proceso deberá ser ordenado y autorizado siempre por el atleta.

En algunas ligas profesionales la información médica relevante de los atletas es depositada en los sistemas informáticos que dispone la liga y es propiedad compartida entre la liga (a través de la comisión médica) y el propio atleta. En estos entornos la transferencia de información entre los médicos de los equipos en que juega el deportista está implícitamente autorizada. Esta transferencia de información se regula mediante protocolos de seguridad informática que permiten y monitorizan los accesos a información relevante.

4.3 Management de las personas y situaciones

4.3.1 Introducción

Históricamente la relación médico-paciente ha sido un factor clave en el éxito del tratamiento. En este sentido, el respeto, la atención, el trato afectuoso, la preocupación y la capacidad para satisfacer los objetivos básicos del enfermo (saber qué tiene, aliviarse y sobre todo curarse); son fundamentales. Se trata de una interacción en la que intervienen dos individuos con diferentes características personales, culturales y sociales, donde una parte reclama una ayuda y la otra la ofrece.

Por otra parte, la personalidad del paciente será determinante en las manifestaciones clínicas de la enfermedad. Hace 130 años, Claude Bernard dijo “no hay enfermedades sino enfermos” *“Muchos facultativos sustituyen el método clínico por el uso de la tecnología con objetivos diagnósticos o terapéuticos, debido a que su aplicación demandaría del médico más tiempo y dedicación al paciente.”*

El mayor error médico consiste en intentar curar el cuerpo sin intentar curar el alma.
Platón

De aquí la necesidad de desarrollar una medicina del deporte centrada en la persona, y no en el paciente. Desde la medicina existe un compromiso fundamental y es ofrecer todos los cuidados necesarios para mitigar el dolor, impedir eventuales complicaciones y disminuir la percepción del sufrimiento, ya sea físico como psicológico. Es por esta razón que los conocimientos médico-científicos son la base de cualquier actuación médica, pero tan importantes son dichos conocimientos como contemplar la individualidad, empatizar ante el sufrimiento y el compromiso con la posibilidad de ofrecer una mejor calidad de vida. De esta manera estaremos realizando una acción sobre la persona: garantizar la salud en el máximo sentido y aumentar la percepción de cuidado por parte del enfermo.

Esta visión de la actuación médica, supone desarrollar actitudes básicas como la empatía, el sentido de realidad y la aceptación incondicional por parte del profesional:

- **La empatía**, porque otorga la habilidad de comprensión respecto a la particularidad de la persona a la cual acompaña.
- **El sentido de la realidad** porque tenemos que garantizar la capacidad de expresar un diagnóstico y, a su vez, demostrar solidaridad con la preocupación, el sufrimiento del paciente; y estar dispuesto a ayudar.
- **Aceptación incondicional**, requiere la aceptación del paciente y su problemática sin emitir juicios de valor acerca de su estilo de vida. Esto mejora y facilita la adherencia

al tratamiento. Genera una confianza en la actuación médica y un mejor pronóstico de cara a la remisión de los síntomas.

Se destacan de esta forma, una serie de habilidades psicológicas que deberían entrenarse por parte del personal médico, para fomentar el vínculo médico-paciente de una forma más efectiva:

- **Comunicación asertiva:** promueve una relación espontánea y fácil aplicada a situaciones que distan de serlo, como es el caso de la gestión de un proceso de lesión.
- **Habilidades personales de autorregulación:** control emocional, tanto en la comunicación verbal como en la no verbal.
- **Habilidades para la solución de problemas:** facilita la toma de decisiones como recurso de acompañamiento al deportista/paciente.
- **Soporte emocional:** motivar al cambio, y acompañar en la toma de decisiones (Prochaska 1997).

Para abordar las necesidades que el personal médico debería desarrollar para favorecer una interacción deportista/paciente, se elaboró este documento con cuatro temas claves que aportarán herramientas en el momento de la intervención médica.

4.3.2 Entorno del/la jugador/a

Es importante que las personas que forman parte del entorno del deportista tomen conciencia del valor de sus acciones y sus emociones, además de las consecuencias que se pueden derivar de las mismas en todos los temas de salud de los deportistas.

El entorno del deportista hace referencia a todo el universo de personas que ejercen una ascendencia sobre el deportista y son agentes de cambio en cualquier momento del desarrollo de la carrera del atleta.

Como entornos del deportista más relevantes podemos encontrar:

- **El entorno familiar:** son las personas que condicionan las construcciones de sus creencias y conductas, presentes desde el día en el que nace.
- **El entorno deportivo:** el *staff* técnico, los profesionales del servicio médico, personal de las instalaciones deportivas; con los que entra en contacto desde que comienza la práctica de la actividad deportiva.
- **Entorno social del deportista:** sus compañeros de equipo, sus iguales. Es incuestionable la influencia que tienen los compañeros del grupo deportivo y el resto de pares, sobre todo en la etapa infantil y la adolescencia, ya que son las etapas más importantes en el desarrollo de nuestras creencias personales y valores; y es este

momento que coincide con el inicio de la práctica y la carrera deportiva, cuando más determinante se hace esta influencia.

Si matizamos, se han de tener en cuenta agentes que de forma simultánea intervienen en el día a día del deportista (técnicos, preparadores físicos, fisioterapeutas, médicos, equipo, personal); pero si hablamos en referencia a la persona, estos protagonistas se amplían (familia, amigos, escuela, Club, deporte). Tanto unos como otros son referentes y son los transmisores más inmediatos, no sólo de conocimiento, sino de valores y por tanto de creencias: la forma como percibimos, interpretamos y, finalmente, decidimos cómo reaccionar en nuestro día a día configura un sistema de creencias que como indica Ramsey “las creencias vienen a ser como un mapa grabado en nuestro sistema que nos guía o mejor nos orientan en el mundo para encontrar la satisfacción de nuestras necesidades”

Este **sistema de creencias** configura nuestra vida, nuestra forma de ser y actuar; en otras palabras, las creencias que se tienen, condicionan el significado que les damos a nuestras experiencias vitales que se debe tener en cuenta en cualquier actuación médica para realizar una aproximación a deportista.

Todos los profesionales que configuran el entorno del deportista, ya sean *staff* técnico, padres, personal sanitario, fisioterapeutas, preparadores físicos; que buscan facilitar la interacción con deportista podrán seguir las pautas que presentamos a continuación:

- Revisar sus valores y creencias de cara a favorecer una orientación más profesional y rigurosa, sin caer en las **modas**.
- Estar informados de aquellos comportamientos precursores de cualquier conducta de riesgo que pueda suponer indicios para favorecer la aparición de estas, pero también de aquellos síntomas que podrían ser precipitantes o favorecer el mantenimiento de conductas poco saludables que dificulten la progresión deportiva.
- Disponer de información de cada deportista (edad, nivel de rendimiento, especialidad deportiva, expectativas -tanto del deportista como de todo el entorno inmediato-) de cara a establecer objetivos realistas en las actuaciones médicas.
- Evitar prácticas sin tener en cuenta las necesidades y objetivos de los deportistas.
- Contemplar los distintos momentos de la temporada deportiva (pretemporada, entrenamiento, competición, vacaciones) a la hora de elaborar un plan de intervención.
- Facilitar el diálogo con otros especialistas de las diferentes ciencias aplicadas al deporte que intervienen en el desarrollo de la carrera deportiva (entrenadores, fisioterapeutas, preparadores físicos, psicólogos, tutores, entre otros).
- Atender los cambios morfológicos que se dan en el inicio de la adolescencia que, en muchas disciplinas deportivas, coincide con el aumento de cargas de trabajo y un

mayor número de sesiones de entrenamiento responsables también del cambio físico. La función del entorno básicamente es acompañar estos cambios naturales y necesarios que no son negativos para el rendimiento deportivo, pero a los que el atleta necesita adaptarse lo más rápido y eficazmente posible.

- Estar atentos al progreso en el desarrollo deportivo y no solo a la consecución de resultados. Informar de manera continuada y positiva los progresos alcanzados.

4.3.3 Motivación hacia el/la paciente

“Cuando no podemos cambiar la situación a la que nos enfrentamos, el reto consiste en cambiarnos a nosotros mismos”

“Si sabemos lo que queremos conseguir, tenemos que centrarnos en el cómo”

Víctor Frank

Quizás uno de los términos que más explica el éxito (o el fracaso) en el terreno deportivo y en otros ámbitos de la vida es la motivación que se tiene para la consecución de un logro. Al hablar de motivación o de aquello que identificamos como agente motivador, pareciera existir una especie de recetario del que debemos identificar los ingredientes que lo componen y el orden que se debe seguir. Sin embargo, tanto la capacidad para motivarse como para motivar están en cada uno de nosotros mismos. No se trata de elaborar una lista de técnicas, sino de explorar nuestras competencias personales, optimizarlas y aplicarlas en nuestra vida profesional y, por qué no, en nuestra vida afectiva, familiar y social.

A lo largo de esta lectura profundizaremos en cómo conseguir que el médico esté motivado para lograr motivar al paciente, puesto que, al igual que sucede con el entrenador, el mejor agente de cambio de conducta del paciente, es el propio médico.

En la literatura, el término **motivación** tiene varias acepciones:

La dirección e intensidad del esfuerzo (Sage, 1977), sería una definición que con frecuencia es un punto de partida para las teorías motivacionales en Psicología del Deporte. A esta noción inicial, podríamos añadir otras relacionadas con características de la personalidad, el efecto de una influencia externa o la consecuencia de una conducta.

Una vez sepamos de qué estamos hablando, es importante tener en cuenta que la motivación tiene dos componentes fundamentales:

1. El primer componente tiene que ver con **la dirección**, lo que el individuo busca, se aproxima o se siente atraído. En definitiva, hacia donde dirige su atención, su rumbo.

2. El segundo componente, y no menos importante, es la **Intensidad**, se refiere a la cantidad de empeño que se emplea en una situación determinada para seguir hacia una dirección. Cuánto estamos dispuestos a pagar por conseguir un objetivo específico, cuáles son los obstáculos, las oportunidades y las competencias personales para hacerlo.

Con esto queremos decir que, por un lado, tomamos un rumbo, marcamos una meta o un objetivo; y por el otro tenemos en cuenta o deberíamos considerar cuánto va a costar, con qué vamos a contar y cuánto tiempo nos va a llevar o tenemos a disposición. Estos dos componentes son fundamentales para que nuestra motivación no salga dañada y toleremos la frustración (que sin duda disminuiría nuestro caudal motivacional) hacia la consecución del objetivo marcado.

Dicho esto, en el caso de la relación médico-paciente/deportista la dirección y la intensidad la marca el médico puesto que el objetivo, o dicho de otra manera, el motor que mueve la acción médica que es curar o disminuir los síntomas de una enfermedad; lo define él mismo. En este proceso tener en cuenta el objetivo (recordemos, la dirección y la intensidad) del paciente permite al médico aproximarse también a sus expectativas poco o muy realistas. La cronicidad o la temporalidad de un cuadro patológico no debería convertirse en un obstáculo para no perder de vista lo esencial de una enfermedad o lesión: conseguir que nuestros pacientes mantengan un interés alto por vivirla de manera más óptima y orientarse hacia la mejora de las mismas.

En el ámbito del deporte sucede un proceso muy similar cuando el deportista contrae una enfermedad o sufre una lesión que lo retira del campo de juego. Tanto una situación como la otra suponen un cambio brusco en sus objetivos iniciales, que en numerosas ocasiones es gestionado por los diferentes profesionales que trabajan con él (desde el entrenador, pasando por los médicos, fisioterapeutas, preparadores físicos, psicólogos).

La comunicación tiene un papel protagónico en este proceso en el que nuestro interés más importante es definir un objetivo que delimite la atención del paciente, en el que podamos marcar tiempos y anticipar situaciones y reacciones. El estilo comunicativo que adoptemos puede marcar un clima motivacional óptimo, donde el paciente siga las instrucciones médicas: esto es fidelización y compromiso con el tratamiento.

Existen dos métodos para desarrollar la comunicación entre el médico y el paciente:

- **Modelo asertivo:** manera de expresión a través de la que se manifiestan ideas, opiniones, o sensaciones, de manera clara y concreta con dos premisas, actuando desde la autoconfianza sin la intención de perjudicar al receptor del mensaje.

- **Modelo *consuling*:** a la explicación anterior, añadiríamos un estilo más de ayuda, de consejo, de asesoramiento para encontrar el compromiso común en la intervención médica.

Tanto uno como el otro mejoran la comunicación con el paciente, puesto que éste se siente más escuchado y mejor atendido.

A menudo el médico ha de valorar síntomas, algunas veces poco definidos, analizar valoraciones diagnósticas diversas, que requieren un tiempo lejos del objetivo inmediato ente médico-paciente, que es la curación, o la ausencia de enfermedad. A esto se le añade la incertidumbre del propio paciente que deposita en el médico toda la responsabilidad del diagnóstico, de las decisiones futuras a tomar y las consecuencias de las mismas. Es importante dominar habilidades comunicativas lo cual implica encontrar recursos para afrontar un sinfín de situaciones que a lo largo de toda una carrera profesional se pueden presentar y que condicionan un estilo de relación que va a durar tiempo.

En esta interacción es imposible **no comunicar** (Watzlawick, 1991). En una visita médica, siempre se comunica algo: interesa que esta comunicación al menos sea eficaz y se oriente hacia el objetivo marcado (por el médico y el paciente).

Cuando mencionamos un estilo de comunicación asertivo, nos referimos a transmitir un mensaje:

Claro ➡ para el paciente.

Directo ➡ sin incertidumbres (siempre que el diagnóstico lo permita).

Apropiado ➡ con atención del momento del paciente.

Estas tres características del mensaje, nos llevan a tomar conciencia del estilo personal de comunicación del médico. El envío del mensaje entraña que habrá un receptor del mismo y, por tanto, una escucha; escucha que tiene que ser activa y con empatía. El mensaje tiene un contenido con carga emocional que hemos de saber captar y, sobre todo, manejar.

Con un modelo de tipo *counsuling*, (figura 1) conseguiremos ir algo más allá. Este método utiliza recursos ya interiorizados por el médico, hacia el paciente, para provocar incluso pequeños cambios de conductas, creencias, actitudes en el paciente, sin que éste se sienta forzado a realizarlo, simplemente, llega porqué lo que se busca con el *counsuling* es la implicación del paciente. La salud no es algo que haya que buscar forzosamente. Este modelo permite que el paciente se comprometa en la parte de tratamiento que le toca, por tanto se sentirá directamente implicado en su evolución porqué tendrá parte de control sobre la misma (cuadro 1). La información con ese modelo, implica algo más que una transmisión de contenidos relativos a la enfermedad y al tratamiento, significa poner en contacto al paciente con algunas de las reacciones emocionales que suelen

desencadenar estos episodios; así como anticipar algunas consecuencias familiares, sociales o profesionales, resistencias al cambio, recursos personales que dispone el enfermo. Se trata de ayudarlo a enfrentar sus emociones, tomar conciencia personal de la enfermedad, pero con el acompañamiento del médico, que es quien tiene autoridad en este tema.

Por último, y no por ello menos importante, el médico debería abrir la mediación con el entorno del paciente, que en muchas ocasiones también se convierten en facilitadores para una buena evolución de la enfermedad.

Modelo Consulting

- Reforzar la demanda del paciente
- Escuchar, priorizando, la demanda del deportista
- Tener en cuenta los objetivos del paciente
- Aceptar ambivalencias por parte del paciente
- Acompañar al paciente en la aceptación de su realidad
- Asesorar con pautas, sin imposición
- Tener en cuenta el ritmo del paciente

Fuente: Galilea, Merayo, 2017.

Hasta aquí hemos hablado de cómo el médico puede incorporar recursos motivacionales para mantener alto el nivel de compromiso y motivación por parte del enfermo. Pero no podemos finalizar este tema sin poner el acento en un aspecto que en muchas ocasiones genera actitudes poco saludables para la relación médico-paciente y es grado de implicación emocional del profesional tanto por defecto como por exceso. Después de hablar de establecer objetivos, de diseñar un plan de actuación para el paciente, que marque (en la medida de lo posible) tiempos, y enmarcar todo en un estilo comunicativo adecuado al enfermo, a su momento, y por supuesto que respete el estilo personal del médico; no olvidemos que el acompañamiento, la escucha y sentirse importante (aunque dure 10' la visita) para el paciente es el motor que le puede poner en marcha para hacer frente a su enfermedad.

Como apuntábamos en líneas anteriores, ante una lesión se produce un momento de crisis, de incertidumbre y de dudas. Brindar el espacio para que el paciente exprese sus dudas, preguntas y miedos se convierte en un asunto necesario para no quedar anclado en una fase que le impida mirar hacia la recuperación. En ocasiones, las inquietudes no aparecen en el momento de la consulta profesional, sino posteriormente cuando se encuentran solos y los pensamientos rumiantes aparecen con escenarios variopintos respecto de la situación. Disponer de un espacio, a posteriori, para resolver sus dudas disminuirá el grado de ansiedad del paciente, se sentirá emocionalmente acompañado y podrá adherir rápidamente al tratamiento propuesto.

De la misma manera es cierto que el médico puede no implicarse emocionalmente, pero la distancia no es la mejor solución para establecer una relación profesional fluida con el enfermo y sus familiares. El hecho de poder captar las emociones y ser capaz de comunicar que las ha percibido, no significa que esto vaya a influir de manera negativa sobre el médico.

4.3.4 Variables psicológicas del deportista: aproximación y herramientas

A lo largo de este punto 3, proporcionaremos las herramientas con las que médico y paciente pueden trabajar conjuntamente en la adherencia a la rehabilitación de una lesión. Estas técnicas pueden ser proporcionadas al paciente para que haga un pensamiento reflexivo sobre el momento en que se encuentra y hacia dónde se dirige. Como también estas técnicas permitirán la vinculación y coordinación entre profesional y paciente, e incluso la evaluación de los avances conseguidos.

Motivación

En el punto 2 hablamos sobre la motivación que ha de proyectar el profesional de la medicina en el papel de motivador del paciente/deportista. El profesional de la salud es un agente de cambio en la conducta del paciente.

La técnica de establecimiento de objetivos nos permite fijar las metas más apropiadas en cada momento y según la situación en la que nos encontremos. Esta práctica actuará como hoja de ruta, una guía para el paciente: qué es lo que quiere conseguir, cuándo ha de cumplirlo y saber qué acciones concretas ha de realizar para conseguirlo. Con este instrumento, tanto paciente como médico pueden evaluar los progresos conseguidos e ir subiendo escalones día a día.

Para poder desarrollar un establecimiento de objetivos con éxito, es necesario que estos tengan ciertas características:

- Explícitos: bien definidos para ser entendidos y analizados.
- Precisos: que especifiquen a qué hacen referencia.
- Significativos: para la recuperación del paciente.
- Definidos en el tiempo.
- Alcanzables: que se puedan conseguir.
- Observables.
- Evaluables.

Tabla 1: Ejemplo de técnica de establecimiento de objetivos

Objetivo a corto plazo	Fecha realización	Acciones a realizar

Fuente: Elaboración propia.

La consecución de los objetivos a corto plazo no sólo acerca al paciente a su objetivo final (la recuperación total) sino que permiten trabajar la motivación y la autoconfianza a corto y largo plazo.

Atención: estar y ser presente

La atención es una variable psicológica crucial para los deportistas de alto nivel en cuanto a la consecución de logro del éxito deportivo. Desde los inicios, para el aprendizaje de la técnica es necesaria una cantidad mínima y un enfoque de atención para poder dominar las habilidades, practicarlas y así consolidarlas.

En el caso de la rehabilitación de un deportista, la atención es igual de importante: estar concentrado en el aquí y ahora y reaprender lo aprendido en muchos de los casos. Esto no sólo ayuda a prevenir ciertas lesiones, sino que hay que tenerlo en cuenta en lo que a la recuperación del deportista se refiere.

Otra técnica que favorece la atención es la visualización imaginada, que junto con la relajación podrá favorecer la recuperación, la adherencia al tratamiento y la motivación del paciente con el tratamiento.

El paciente, a partir de la información recibida por el equipo médico podrá utilizar las visualizaciones imaginadas de la zona lesionada (Palmi, 1988), donde trabajará la representación mental facilitando el efecto Carpenter: este efecto lo podemos definir como el efecto que experimenta una persona a nivel neuromuscular cuando se imagina realizando una acción o durante la observación visual externa, ejerciendo una actividad eléctrica que activa las áreas cerebrales que regulan los patrones de movimiento del gesto visualizado.

La visualización se puede efectuar de dos formas:

- **Externa:** el paciente se ve a sí mismo como un espectador, y se imagina realizando los ejercicios recomendados por el profesional.
- **Interna:** el paciente se imagina las sensaciones que experimenta cuando realiza los ejercicios.

Cuanto más cercana a la realidad sea la visualización, más impacto podrá conseguir en el paciente (imaginarse el sitio real de entrenamiento, los olores, los ruidos, las texturas, etcétera). Estas dos formas de visualizar no son excluyentes una con otra, incluso podríamos decir que son complementarias y que ambas ayudan a trabajar la autoestima

y la motivación del paciente cuando la imagen se asocia a sensaciones positivas y situaciones de éxito.

Activación

Otra variable a conocer en el mundo del deporte, es el nivel de activación óptimo que se necesita en cada situación deportiva y, lo más importante, ser capaz de gestionarlo según las circunstancias a las que el jugador/a se exponga. Teniendo en cuenta en el contexto en el que nos encontramos, médico y paciente deben conocer y gestionar el nivel de activación existente durante la evolución médica.

La técnica de relajación es un recurso para ayudar al deportista a sobrellevar diferentes momentos que puedan aparecer durante la patología o convalecencia (incertidumbre, dolor, miedos...), que puede ayudar a mantener el control sobre nuestra activación, aumentándola o disminuyendo la cantidad de actividad necesaria según la situación que el paciente tenga que experimentar.

Existen diferentes tipos de relajación, por lo que se recomienda usar el que mejor le convenga al sujeto y más rápidamente le haga conseguir su objetivo (el nivel óptimo de activación):

- **Relajación de Jacobson**, estiramientos de todo el cuerpo dividiendo al mismo por zonas.
- Relajación autógena: **entrenamiento autógeno**.
- *Mindfulness*.
- Otras (música, imágenes relajantes, rutinas personales, etcétera).

Lo más importante es experimentar y conocer qué técnica es la que mejor se adecua a las características de la persona y con la que se encuentra más cómoda.

Autoconfianza

Podemos definir la autoconfianza como la creencia de una persona en que puede realizar satisfactoriamente una conducta deseada. Es la capacidad de creer en uno mismo y en su autoeficacia que le permitirá conseguir su máximo potencial.

Cuando el médico atiende a un deportista lesionado, la autoconfianza está afectada. En algunos casos será provisional, sobre todo si el deportista percibe una mejoría rápida y los tiempos de recuperación son cortos; en otros, en función de la gravedad de la lesión y de la duración de la rehabilitación, puede ser más duradero.

Proponemos la realización de ejercicios en los que tengamos que identificar los puntos fuertes personales y aquellos que podemos mejorar. Estos son transferibles a la recuperación de lesión deportiva, es una herramienta que contribuye a la toma de conciencia de los recursos que disponemos y cómo se pueden poner a prueba.

A continuación, proponemos otro ejemplo de tarea que promueve la reflexión de las emociones del paciente para trabajar la autoestima y con ello repercutir en la autoconfianza.

Tabla 2: Ejemplo de ejercicio para estimular la autoconfianza

Objetivo: cuándo y cómo	Hacer 6 series del ejercicio que tanto me cuesta.
En qué grado me siento capaz de conseguirlo	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Resultado	Lo he realizado en su totalidad
¿Qué he aprendido de mí?	No me rendí y acabé las series. Estoy orgulloso de mí. Estoy satisfecho con mi día. Hacer las cosas me hace sentirme capaz de todo.

Fuente: Elaboración propia.

Otra herramienta muy visual y fácil de utilizar es la **técnica del semáforo**:

Figura 2: Técnica del semáforo



Fuente: Elaboración propia.

Se trata de conectar los colores del semáforo con la realización o no de las pautas de recuperación prescritas por el médico y, a su vez, asociar este color con la emoción que produce la realización de las acciones médicas propuestas.

Tabla 3: Aplicación de la técnica del Semáforo

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
x	x	x	x	x
x	x	x	x	x

Fuente: elaboración propia.

Después de la realización de las pautas aconsejadas, el paciente dedica unos minutos a rellenar el cuadrante con los colores y pensar en su desempeño y sus emociones al respecto. Por ejemplo:

1. Si he realizado lo que me he propuesto ¿cómo me siento? feliz, orgulloso, comprometido, capaz.
2. Si lo he realizado *a medias*: me siento bien, pero podría haberme esforzado más, hoy no ha sido mi día.
3. Si no he realizado lo que me he propuesto: defraudado, triste, sin ganas.

Con este ejercicio se puede instar al paciente a que trabaje la toma de conciencia de las emociones positivas que le adhieren a la recuperación y a sentirse más capaz de hacer lo que se proponga. Y en el caso de las sensaciones negativas a partir de la no realización de las pautas, le ayudará a proponerse nuevos objetivos por los que trabajar al día siguiente. Otra sugerencia para recomendarle al paciente es establecer un sistema de premios cuando vaya cumpliendo sus pequeños propósitos, con tal de reforzar las conductas que lleva a cabo. Y en cuanto a las situaciones en las que el sujeto tenga una pérdida de confianza, hay que instruirle a que piense en sus logros y en todos aquellos objetivos y avances que ha conseguido a lo largo del tiempo, ya que un día malo no es sinónimo de fracaso, sino de nuevos retos para el próximo día.

4.3.5 Abordaje psicológico de la lesión del deportista

Las lesiones de los deportistas se consideran a menudo como un riesgo profesional. Sin embargo, las lesiones no son espontáneas, tienen sus causas. Algunas son el resultado de la interacción con el entorno deportivo (un terreno en malas condiciones, la intemperie), o con otras personas u objetos (una colisión con alguien del mismo equipo, o con un contrario). Además, en la revisión de la literatura científica, aparecen con gran frecuencia las de orden de personal: un calentamiento mal efectuado, una falta de habilidad, el cansancio, falta de atención, una tensión más gestionada etc.

Ciertos aspectos de las lesiones provocadas por uno mismo ponen de relieve el carácter individual del deportista, su salud mental y sus circunstancias personales. Según Cratty (1993), los deportistas predispuestos a las lesiones tienden a sentirse inseguros y muy ansiosos. Los que se inquietan demasiado tienen tendencia a atribuir sus lesiones a causas tales como la falta de concentración, de atención y/o a una sensibilidad corporal insuficiente. De manera parecida, los deportistas sobreentrenados, cansados y/o fastidiados tienen tendencia a estar predispuestos a las lesiones, especialmente cuando viven cambios importantes en su vida, por ejemplo: un nuevo lugar de entrenamiento, un cambio de entrenador, una diferencia con un organismo deportivo, la muerte de un miembro de la familia, dificultades matrimoniales, el inicio o fin de estudios formales (BramweII, Masuda, Holmes, 1975, Kirby). De la misma manera que tenemos estos conocimientos, no disponemos de facilidades a la hora de medir estos factores y sus efectos en relación a los deportistas. Con estos datos se hace necesario subrayar la importancia que debemos dar a, las variables psicológicas en el momento de tratar desde el punto de vista médico una lesión.

No todos los deportistas reaccionan de la misma manera frente a los factores psicosociales que pueden ocasionar indirectamente las lesiones. Sin embargo, existe un consenso en determinar ciertas reacciones emocionales o etapas adaptativas. Aquí podemos diferenciar 5 etapas: rechazo, irritación, ajuste, sentimiento de pérdida y depresión y, finalmente aceptación. Las mismas tienen mucho que ver con las reacciones psicológicas al "proceso del duelo" (Glover Weisenfeld, 1985; Kavanaugh, 1972; Kübler-Ross, 1969).

Estas etapas sean o no secuenciales, progresivas o incluso evidentes no tiene tanta importancia para los que curan o para los entrenadores, como la necesidad de conseguir el modo de que la transición de la etapa de rechazo a la de adaptación se produzca lo antes posible. Los deportistas que no aceptan el hecho de que están lesionados no podrán ser capaces de concentrarse en su proceso de readaptación, disminuyendo o retrasando, la posibilidad de una recuperación completa.

En el trabajo de prevención y recuperación de lesiones de Buceta, se observan algunas de los efectos adversos para el rendimiento deportivo producto de las mismas:

- 1.-Las lesiones suponen para el deportista afectado, una disfunción del organismo que provoca dolor, origina molestias, restringe la autonomía personal y aumenta el riesgo de sufrir disfunciones mayores.
- 2.- Dependiendo de su gravedad, las lesiones conllevan una reducción drástica de la actividad deportiva, a veces durante un periodo prolongado de tiempo y, en el peor de los casos, de una forma definitiva.
- 3.- Las lesiones traen consigo importantes cambios no sólo en el entorno deportivo del lesionado (reajustes, renovaciones, bajas, nuevos fichajes,

etc.), sino también en el ámbito personal, laboral y social.

4.- Las lesiones suelen ir acompañadas de síntomas de etiología depresiva, enfado, contrariedad, resentimiento y/o irritabilidad que pueden afectar enormemente el funcionamiento y el bienestar de la persona lesionada y de los que le rodean.

5.- La rehabilitación de las lesiones exige tiempo, dedicación y esfuerzo, sin olvidarnos de un estado de ánimo positivo que favorezca la constancia, la tenacidad y la resistencia al dolor y la frustración.

Un aspecto a tener en cuenta es la diferencia comportamental entre el deportista lesionado y el que finge si una lesión o algunos síntomas y provoca una disminución de su rendimiento con esta simulación. En primer lugar, la actitud hacia la lesión es diferente en uno y otro supuesto: los atletas lesionados sienten consternación y pena cuando se lesionan porque no pueden contribuir con su talento y su esfuerzo a los objetivos del equipo y personales; mientras que los que fingen la lesión, siempre sitúan los objetivos colectivos en un segundo plano. Además, la implicación en el tratamiento, la duración del proceso de rehabilitación y la valoración de la intervención también difieren en uno y en otro caso. El deportista lesionado procura asistir a todos los entrenamientos y partidos de su equipo, acude asiduamente a las sesiones de recuperación y se esfuerza por seguir las indicaciones que los médicos, fisioterapeutas y psicólogos deportivos le transmiten. Su objetivo es volver al entrenamiento y a la competición cuanto antes. Por el contrario, el deportista que simula su lesión, busca en el tratamiento la excusa perfecta para evitar el entrenamiento y la competición, mientras consigue, por otra parte, asegurarse con su fingido infortunio la atención y simpatía del entorno (Buceta 1996).

Buceta (1996), considera las siguientes variables situacionales que podrían propiciar las lesiones deportivas:

1. Eventos estresantes de carácter general (problemas familiares, económicos, pérdidas de seres queridos, dificultades cotidianas menores,...).
2. Eventos estresantes relacionados con la actividad deportiva (cambio de equipo, cambio de entrenador, cambio de categoría, cambio de estatus,...).
3. Estilo de vida de los deportistas (viajes frecuentes, cambios de residencia, estricta autodisciplina,...).
4. Demandas específicas del entrenamiento (continuas exigencias de mejora, sobre-esfuerzo constante, evaluación permanente,...).

5. Demandas específicas de la competición (incertidumbre respecto al resultado, falta de control sobre el propio rendimiento, evaluación social, frustración ante resultados adversos, etc.).
6. Otras situaciones relacionadas con la actividad deportiva (relación con los medios de comunicación, negociaciones con directivos, etc.).
7. De modo específico, factores asociados a la ocurrencia de lesiones anteriores (movimientos o acciones de especial riesgo físico) (Buceta, 1996).

En base a esto, la propuesta de un abordaje interdisciplinar de las lesiones, tanto para la prevención como para la rehabilitación, toma más sentido. Palmi (1995) Propone lo siguiente:

- a) Mejorar la formación específica de los profesionales del deporte (consciencia y reducción de riesgos);
- b) Mejorar los recursos psicológicos del deportista (programas de entrenamiento mental individualizados);
- c) Planificar el entrenamiento y la competición con objetivos realistas y exigencia progresiva (entrenamientos, competiciones, carga mental, descansos),
- d) Mejorar los recursos técnicos que puedan disminuir los riesgos de lesiones (Palmi, 1995).

Modelo de Etapas de Kubler-Ross (1969) adaptado a las lesiones:

En las etapas iniciales tras una lesión, los deportistas acostumbran a **no aceptar** el hecho evidente, se presenta la sorpresa. Esto traerá aparejadas diferentes conductas en concordancia con la negación de la gravedad de su situación. La no adherencia a la propuesta médica para la rehabilitación, es una de ellas. Esto dificulta la rehabilitación. En una segunda etapa estaríamos frente a la **respuesta emocional** (rabia, ira): cuando el deportista lesionado acepta las condiciones en las que se encuentra, y la severidad de las mismas, puede vivenciar altos niveles de frustración. Este estado puede proyectarse hacia él mismo o a los que lo rodean.

A continuación, viene la **toma de conciencia**, una vez aceptada la realidad de la situación por parte del deportista, este suele pensar posibilidades a futuro con cierto grado de optimismo, intentando plantear escenarios que no lo pongan nuevamente en esa situación.

En la cuarta etapa, **depresión**, el hecho de aceptar la severidad de la lesión y las consecuencias reales que la misma tendrá, dentro de las cuales puede estar la ausencia a las competiciones que testan en la temporada, el deportista experimenta un alto grado de incertidumbre reflejando así respuestas características del estado depresivo.

La **aceptación**, es última etapa de este modelo teórico. Una vez superado el estado depresivo, el deportista se enfoca en optimizar su proceso de rehabilitación, acompañando esto con el planteamiento de objetivos a cumplir en su vuelta a los entrenamientos y las competiciones.

Palmi (2001) asegura que el apoyo emocional al jugador lesionado juega un papel fundamental para el éxito del proceso de recuperación. Esto se debe en parte a que la percepción de ese apoyo por parte del deportista optimiza la superación de obstáculos. Este apoyo se puede clasificar en tres diferentes aspectos:

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

A continuación, algunas recomendaciones que pueden facilitar esta labor de apoyo:

Pautas de trabajo con el deportista lesionado

1.- Construir un *rapport*, generando con el deportista lesionado un vínculo terapéutico adecuado: para esto, el médico deberá abordar la lesión teniendo en cuenta la perspectiva del deportista afectado. Contemplando de esta manera cuáles son las posibles repercusiones en su rendimiento a corto y mediano plazo. Así se podrá construir una relación de confianza, mostrando colaboración y compromiso con el deportista, generando mayor adhesión al entrenamiento.

2.- Mantener al deportista constantemente informado respecto de la lesión y su progreso: desde el primer momento, se deben brindar datos concretos acerca de la gravedad de la situación, y de todos los factores a tener en cuenta para una eficaz recuperación. Para lo cual es importante, de acuerdo con el jugador y el cuerpo técnico, plantear objetivos a corto y mediano plazo. Esto solo tendrá sentido si es seguido de un completo acompañamiento al deportista durante el proceso, como también en su vuelta a la competición.

3.- Capacidad para afrontar situaciones con distintos niveles de gravedad: desarrollar recursos e identificar aquellos con los que cuenta el deportista a la hora de llevar adelante un proceso de lesión de manera exitosa. Dentro de las técnicas psicológicas identificadas para ser utilizadas durante la rehabilitación se encuentran: el auto-habla positiva, la visualización, el control del estrés, atención en el momento.

4.- Intervención dentro del círculo cercano del deportista: los altibajos emocionales suelen aparecer con frecuencia en la reinserción deportiva posterior a una lesión. Esto se debe a la cantidad de factores que se ven involucrados como son el rendimiento

deportivo, la participación en competiciones, como las sensaciones y síntomas en relación a la propia lesión. Es por eso que la influencia de las personas más cercanas al jugador tanto dentro como fuera del equipo y del club, es fundamental. Lo cual torna a la intervención por parte del médico en este aspecto, un factor determinante para el éxito de dicha re inserción.

A modo de conclusión, es importante que las personas que forman parte del entorno del deportista tomen conciencia del valor de sus acciones y sus emociones; además de las consecuencias que se pueden derivar de las mismas en todos los temas de salud de los deportistas. Una acción positiva en los años de deporte formativo, servirán para desarrollar hábitos saludables en la etapa adulta. La familia y el equipo de entrenamiento, como hemos descrito en párrafos anteriores, son los referentes y los transmisores, no sólo de conocimiento, sino de valores y creencias.

Referencias

- Abenza, L., Olmedilla, A., Ortega, E., Ato, M. y Garcia-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.
- Buceta, J.M.** (1996) *Psicología y lesiones deportivas: Prevención y recuperación*. Madrid: Dykinson.
- Díaz, P., Buceta, B. M., & Bueno, A. M.** (2004). Situaciones estresantes y vulnerabilidad a las lesiones deportivas: un estudio con deportistas de equipo. *Revista de Psicología del Deporte*, 14(1), 7-24
- Gratty, B.J.** (1983) *Psychology in Contemporary Sport*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall. (CDS, 13480).
- Olmedilla, A., García, C. y Martínez, F.** (2006) Factores psicológicos y vulnerabilidad a las lesiones deportivas: un estudio de futbolistas. *Revista de Psicología del Deporte*. Vol. 15. N° 1 [pp. 37-52].
- Ortín Montero, F.J., Garcés de los Fayos Ruiz, E., Olmedilla Zafra, A.** (2010) INFLUENCIA DE LOS FACTORES PSICOLÓGICOS EN LAS LESIONES DEPORTIVAS. *Papeles del Psicólogo*, 31.
- Palmi, J.** (1995) Componentes psicológicos en la prevención e intervención de lesiones deportivas. *Revista de Psicología General y Aplicada*. Vol. 48. N° 1 [pp. 161-70].
- Palmi, J.** (2001) Visión psicosocial en la intervención de la lesión deportiva. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, Vol. 1. N° 1 [pp. 69-79].
- Palmi, J.** (2014) Psicología y lesión deportiva: estado actual. *Apuntes de Educación Física y Deportes*. N° 118, 4º trimestre (octubre-diciembre), [pp. 23-29]
- Prochaska J, Velicer W.** (1997) The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*; N° 12 [pp. 38-48].
- Watzlawick, P.** (1991) *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Herder.
- Weinberg, S; Gould, D.** (1996) *Fundamentos de psicología del deporte y el ejercicio físico*. Barcelona: Ariel S. A.