

# Módulo 3. Fases psicológicas de la lesión deportiva

## Introducción

La investigación científica contemporánea ha demostrado que el proceso de lesión del deportista y la rehabilitación involucra múltiples fases psicológicas caracterizadas por respuestas emocionales, cognitivas y conductuales específicas.

Comprender la naturaleza de las fases psicológicas de la lesión deportiva requiere un análisis detallado que vaya más allá de los modelos tradicionales, con el fin de explorar la complejidad particular de las respuestas emocionales en el contexto deportivo.

En el módulo anterior analizamos los modelos tradicionales de respuesta a la lesión, que sientan las bases para que podamos entender, de manera general, qué le ocurre a un deportista. Sin embargo, la investigación contemporánea ha demostrado que los deportistas experimentan patrones psicológicos distintivos que, aunque comparten similitudes con los modelos clásicos de respuesta a la lesión y al duelo, presentan características propias en función de la identidad deportiva y de las demandas competitivas (Van der Poel y Nel, 2011).

## El modelo de Kübler-Ross en las respuestas emocionales ante lesiones deportivas

En el módulo anterior analizamos uno de los modelos más conocidos en el campo de la psicología y la psiquiatría: **el de las cinco etapas del duelo, desarrollado por la psiquiatra Elisabeth Kübler-Ross en 1969**. Con el tiempo, este modelo ha encontrado también una aplicación relevante en la psicología deportiva, ya que permite comprender las respuestas emocionales de los deportistas ante las lesiones. Concebido originalmente para explicar las reacciones psicológicas frente a la muerte y el duelo, identifica cinco etapas: negación, ira, negociación, depresión y aceptación.

Ahora bien, cabe preguntarse si este esquema se desarrolla de manera lineal. La investigación ha demostrado que las etapas del duelo no necesariamente ocurren de forma secuencial. Los deportistas pueden experimentar varias etapas al mismo tiempo o pasar de una a otra de manera no lineal durante el proceso de recuperación, lo que difiere de la concepción original del modelo como una secuencia ordenada.

En este sentido, también surge otra duda: ¿todos los deportistas responden del mismo modo ante una lesión? Este modelo ha recibido críticas por no considerar las diferencias individuales en el procesamiento del duelo. Factores como la personalidad, el historial



previo de lesiones, la disposición motivacional del deportista para la construcción o el mantenimiento de su identidad, así como el apoyo social, influyen de manera importante en cómo se manifiestan estas etapas.

Aunque el modelo es ampliamente citado en la literatura de psicología deportiva, existe dispersión metodológica en su abordaje y pocas publicaciones que presenten intervenciones psicológicas específicas basadas en él. Por ello, se ha señalado la necesidad de promover más investigación empírica y rigurosa, lo que ha sido identificado como una prioridad en el campo de las lesiones y el deporte (Palmi Guerrero y Solé Cases, 2014; Evans y Hardy, 1995).

Aun así, el modelo de Kübler-Ross sigue siendo una herramienta útil para comprender las respuestas emocionales de los deportistas ante las lesiones. Lo más importante es que nos ofrece un marco inicial para identificar un aspecto fundamental en la vivencia psicológica de la lesión: **cuando aparece una lesión existe una pérdida.**

## **Modelos de evaluación cognitiva**

Los modelos de evaluación cognitiva desempeñan un papel importante en la manera en que los deportistas interpretan una lesión y en su conducta posterior respecto a la adherencia a la rehabilitación. Estos modelos sostienen que el comportamiento después de la lesión está influido por las emociones que experimenta el deportista.

Christakou y Lavallee (2009) señalan que la evaluación cognitiva es el proceso mediante el cual el deportista categoriza un evento negativo —como la aparición de una lesión— en función de su importancia para el bienestar. La respuesta conductual frente a la lesión está determinada por este proceso de evaluación (primaria y secundaria), que a su vez conduce a una respuesta emocional.

En este marco, la evaluación primaria se centra en determinar si la lesión constituye una amenaza para el bienestar del deportista en relación con sus objetivos de rendimiento. La evaluación secundaria, en cambio, se dirige a valorar los recursos con los que cuenta para afrontar la lesión.

Las evaluaciones cognitivas están influidas por la interacción de factores personales y situacionales (Brewer, 2001). Los **factores personales** son características estables y disposicionales que inciden en la adherencia a la rehabilitación, como la automotivación, la tolerancia al dolor y la percepción de dificultad de la tarea.

Por su parte, las **variables situacionales** corresponden a las percepciones que el deportista tiene sobre el contexto de rehabilitación. Estas interactúan con los factores personales e influyen en el desarrollo cognitivo, emocional y conductual frente a la lesión. Entre ellas se encuentran la creencia en la eficacia del tratamiento, la comodidad del entorno clínico donde se realiza la rehabilitación, los tiempos de recuperación, el esfuerzo

percibido, la importancia que el deportista atribuye al proceso de rehabilitación, la gravedad percibida de la lesión, el apoyo social disponible y las expectativas de los profesionales que acompañan la recuperación en relación con la adherencia posterior del deportista lesionado.

La manera en que se combinan estos factores influye directamente en el recorrido psicológico que atraviesa el deportista durante la recuperación. En este sentido, las **fases psicológicas** de las lesiones deportivas abarcan una compleja interacción de respuestas emocionales, cognitivas y conductuales que se presentan desde el inicio de la lesión hasta el regreso al deporte. Estas fases son fundamentales para comprender cómo los atletas enfrentan la experiencia de lesionarse y las intervenciones psicológicas que pueden facilitar su rehabilitación.

Por lo general, se distinguen los siguientes momentos: la fase de cuidados intensivos, la rehabilitación, el entrenamiento adaptado y el regreso completo al deporte. Cada uno de estos momentos se caracteriza por distintos desafíos y necesidades psicológicas. La transición a través de estas fases implica manejar el dolor, la ansiedad, la motivación y la autoeficacia, aspectos decisivos para favorecer la recuperación y la vuelta a la competencia.

Estas fases se observan con mayor claridad en lesiones de larga duración. Sin embargo, debemos considerar que no todas las lesiones provocan una respuesta homogénea en cada deportista.

**Figura 1. Fases de una lesión deportiva de larga duración**



Fuente: elaboración propia

Kamphoff (2013), en el desarrollo del enfoque por fases, señaló que cada una de las etapas está asociada a desafíos psicosociales específicos.

En la fase de reacción a la lesión, los deportistas suelen experimentar ansiedad y realizar evaluaciones cognitivas negativas. Durante la fase de reacción a la rehabilitación, pueden enfrentarse a dificultades de motivación. Finalmente, en la fase de reacción al regreso al deporte, suelen aparecer preocupaciones relacionadas con la confianza en sí mismos, así como temores o ansiedad ante la posibilidad de volver a lesionarse.

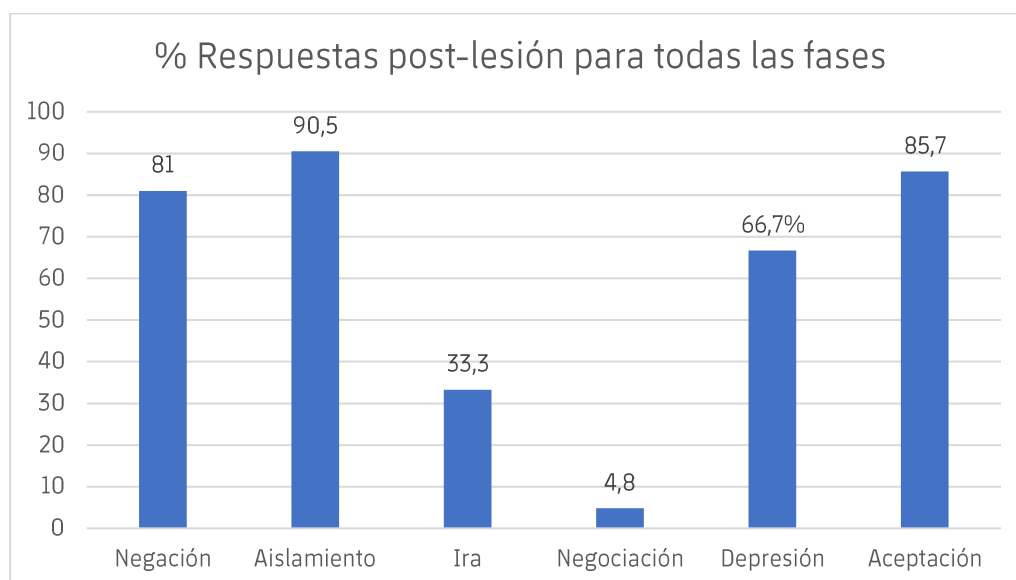
Como vimos en los módulos anteriores, la respuesta que el deportista manifiesta en su proceso de recuperación está condicionada por factores externos y situacionales, por su historia de lesiones, por sus características psicológicas y por los recursos de afrontamiento con los que cuenta. Lo más importante a tener en cuenta cuando un deportista se enfrenta a una lesión es la variabilidad individual. No todos presentan las mismas respuestas, procesos psicológicos ni necesidades de intervención.

Esta variabilidad no solo está vinculada a sus características psicológicas o a los recursos y estrategias de afrontamiento disponibles, sino también al contexto extradeportivo, que incluye aspectos como la familia, el club, los estudios o el trabajo, la logística y la economía.

Con el fin de representar de manera gráfica las respuestas más frecuentes que pueden aparecer de forma general en deportistas lesionados, Van der Poel y Nel (2011) aplicaron el modelo del duelo de Kübler-Ross (1969) para identificar patrones similares de respuesta.

En la figura 2 se observa que los sujetos del estudio, lesionados o que habían atravesado una lesión, experimentaron con mayor frecuencia las fases de negación (81 %), aislamiento (90,5 %), depresión (66,7 %) y aceptación (85,7 %). En cambio, solo un 4,8 % manifestó la fase de negociación y un 33 % la de ira.

**Figura 2. Respuestas poslesión agrupadas en todas las fases**



Fuente: adaptación propia con base en Van der Poel y Nel, 2011

De este modo, se confirma que la fase de negociación no resulta relevante en los procesos lesionales, a diferencia de lo que plantea el modelo de duelo de Kübler-Ross. Por otra



parte, la ira presenta una incidencia menor durante las fases de lesión, ya que se trata de una emoción muy concreta y de gran intensidad.

En cambio, a lo largo de las diferentes fases de recuperación, las variables que cobran mayor importancia son la ansiedad, la frustración y el estrés, que se convierten en factores centrales en la vivencia psicológica del deportista lesionado.

## **El impacto de la identidad deportiva en las fases de rehabilitación**

Comprender el impacto de la identidad deportiva en cada fase de recuperación resulta esencial para los profesionales de la salud, entrenadores y psicólogos que trabajan con deportistas lesionados. La identidad deportiva, entendida como el grado en que un individuo se identifica con su rol de deportista, constituye un factor psicológico decisivo en el proceso de rehabilitación tras una lesión.

Este constructo influye de manera significativa en la forma en que los deportistas experimentan, procesan y afrontan las lesiones a lo largo de las distintas etapas de recuperación.

Los modelos teóricos contemporáneos, como el modelo integrado de respuesta psicológica a la lesión deportiva, ofrecen un marco amplio para comprender cómo la identidad deportiva interactúa con otros factores psicológicos durante la rehabilitación. En este sentido, los atletas con una identidad deportiva fuerte suelen definir su autoconcepto principalmente a partir de su participación en la práctica deportiva, lo que puede generar tanto beneficios como vulnerabilidades a lo largo del proceso de lesión y recuperación (Dacus et al., 2023).

El análisis del impacto de la identidad deportiva en las tres fases de rehabilitación tras una lesión revela un proceso complejo y dinámico que requiere atención especializada en cada etapa. Durante la fase de cuidados agudos, la disrupción de la identidad deportiva es inmediata y significativa, y se manifiesta a través de respuestas emocionales intensas y evaluaciones cognitivas predominantemente negativas. En la fase de rehabilitación, los deportistas atraviesan un proceso de adaptación y reevaluación de su identidad deportiva, en el que el apoyo social y las estrategias de afrontamiento desempeñan un papel decisivo en la recuperación psicológica. Finalmente, la fase de regreso al deporte implica una reconstrucción activa de la identidad deportiva, en la que la preparación psicológica adquiere tanta importancia como la recuperación física.

## **Diferencias poblacionales y de género**

Los **deportistas adolescentes y jóvenes** presentan características particulares que requieren especial atención en los procesos de rehabilitación (Ferman et al., 2024; Anderson et al., 2019). En esta etapa vital, se observa una mayor plasticidad psicológica, lo que favorece la adaptación, pero también una mayor vulnerabilidad emocional.

Además, la identidad deportiva se encuentra en desarrollo, lo que incrementa el riesgo de crisis identitaria durante la rehabilitación. A ello se suma la dependencia del apoyo familiar y del entrenador, así como la necesidad de intervenciones educativas que les permitan comprender mejor el proceso de la lesión y su recuperación.

En el caso de los **atletas de élite**, los desafíos adquieren un matiz diferente. Estos deportistas enfrentan presiones económicas y mediáticas adicionales cuando se lesionan, y la exigencia de cumplir con calendarios competitivos puede comprometer la recuperación completa. Si bien cuentan con la ventaja de acceder a recursos especializados y a profesionales de alto nivel, también deben hacer frente a expectativas más elevadas por parte de su entorno deportivo. Asimismo, el manejo de su imagen pública durante la rehabilitación constituye un aspecto que puede añadir tensión al proceso de recuperación.

Por otro lado, la investigación ha documentado **diferencias significativas entre géneros en la vivencia psicológica de las lesiones**. Las atletas femeninas reportan con mayor frecuencia niveles más altos de ansiedad y estrés, mientras que los atletas masculinos recurren más habitualmente a estrategias de reevaluación cognitiva. También se observan diferencias en los patrones de búsqueda y en la utilización del apoyo social, así como en la expresión y el manejo del dolor, lo que refuerza la necesidad de intervenciones ajustadas a las particularidades de cada grupo.

## **Etapas iniciales: cuidados agudos**

Durante la fase de cuidados agudos nos encontramos con un deportista que se acaba de lesionar. En este caso, vamos a analizar estas fases teniendo en cuenta una lesión de larga duración, para facilitar la comprensión de los diferentes procesos y de las principales características psicológicas por las que atraviesan los deportistas.

Palmi Guerrero (2001) identifica esta primera etapa como la fase de inmovilización, que corresponde al inicio de la intervención psicológica frente a la lesión deportiva. Esta fase se caracteriza por la posibilidad, o no, de un ingreso hospitalario, con cirugía o sin ella.

Desde el inicio de la lesión, los deportistas experimentan los niveles más elevados de dolor percibido y ansiedad fisiológica en comparación con otras fases de la rehabilitación que veremos más adelante. De acuerdo con Ruffault et al. (2024), las manifestaciones fisiológicas más prevalentes en esta etapa son las siguientes:

- **Dolor percibido elevado.** Tanto en frecuencia como en intensidad, representa la principal preocupación del deportista en los primeros momentos de la lesión.

- **Ansiedad fisiológica:** se manifiesta a través de síntomas somáticos como taquicardia, sudoración y tensión muscular.
- **Hipervigilancia en sensaciones corporales:** durante los primeros días y semanas de la lesión aparece una vigilancia constante sobre la zona afectada, lo que incrementa la ansiedad fisiológica ante el miedo a una re-lesión o a un agravamiento del daño.
- **Desregulación del sistema nervioso autónomo:** afecta tanto la percepción como el procesamiento cognitivo, con alteraciones en la conectividad entre regiones prefrontales y límbicas responsables del procesamiento emocional.

La fase inicial posterior a la lesión se caracteriza por un estado de conmoción o *shock* psicológico. Se trata del primer impacto, marcado por respuestas emocionales intensas como *shock*, negación, confusión y ansiedad (Komar y Besseraba, 2024). En este momento, como ocurre en todas las lesiones, la actividad deportiva se interrumpe por completo y, según la gravedad, predomina una visión negativa del proceso de recuperación.

En esta etapa los atletas suelen manifestar diferentes reacciones:

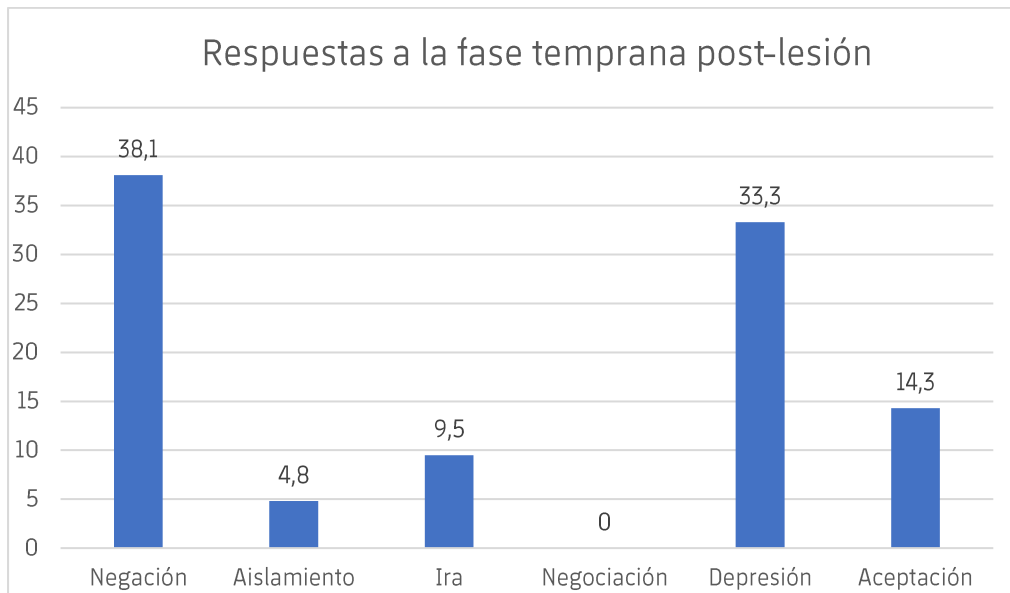
- **Incredulidad.** Dificultad para aceptar la realidad de la lesión.
- **Minimización:** tendencia a subestimar la gravedad del daño.
- **Búsqueda de explicaciones alternativas:** atribución de síntomas a causas menores.

Esta fase puede prolongarse desde algunas horas hasta varios días, dependiendo de la severidad de la lesión y de las características psicológicas del deportista.

Como se observa en la figura 3, las respuestas inmediatas tras la lesión se caracterizan mayormente por estados de negación y depresión, que suelen expresarse mediante pensamientos como los siguientes:

- «¿Por qué me he lesionado ahora?»
- «¡Justo ahora no!»
- «Si siempre me cuido bien... duermo lo que toca, me alimento bien, descanso, hago todos los preventivos. Esto es muy injusto».
- «¿Por qué yo y no otro?»
- «Esto no puede estar pasándome a mí...».

**Figura 3. Respuestas a la fase temprana después de la lesión**



Fuente: adaptación propia con base en Van der Poel y Nel, 2011

Las evaluaciones cognitivas durante la fase aguda son predominantemente negativas y generan respuestas emocionales como ansiedad, frustración, depresión y miedo. Estas reacciones pueden organizarse en tres grandes grupos.

- **Ira y frustración**

- Se dirigen hacia la situación provocada por la lesión, hacia otros deportistas o hacia el personal médico.
- Están relacionadas con la pérdida de control y de autonomía personal.
- Se manifiestan mediante irritabilidad e impaciencia durante las primeras sesiones de tratamiento.

- **Ansiedad y miedo**

- Surgen respecto al pronóstico médico y al tiempo de recuperación.
- Se asocian al temor al dolor y a los procedimientos médicos que lo implican.
- Incluyen preocupación e incertidumbre por el impacto en la carrera deportiva.

- **Depresión y tristeza**

- Están vinculadas a sentimientos de pérdida relacionados con la identidad deportiva.

- Pueden derivar en aislamiento social y alejamiento del equipo, compañeros y personal técnico.
- Se reflejan en la disminución del estado de ánimo y la falta de motivación.

Azam et al. (2024) analizaron la importancia del impacto psicológico en la rehabilitación de lesiones deportivas desde la perspectiva de fisioterapeutas. En su estudio identificaron que el 58,3 % de los profesionales reconocen que los atletas se ven psicológicamente afectados por las lesiones físicas, siendo las condiciones más frecuentes la adicción al ejercicio (49,35 %) y el estrés o la ansiedad (48,71 %).

Por su parte, Diniz (2020) examinó el impacto cognitivo y psicológico de las lesiones traumáticas, especialmente aquellas que involucran daño neurológico. Los resultados muestran que estas lesiones pueden generar una amplia gama de discapacidades cognitivas permanentes, entre ellas pérdida de memoria, alteraciones del sueño postraumáticas, labilidad emocional, incremento del comportamiento agresivo e incluso psicosis en los casos más graves.

### **Comportamientos de búsqueda de diagnóstico**

Para el psicólogo del deporte, la fase inicial de la lesión es especialmente delicada, ya que la interacción con el deportista lesionado resulta crucial para favorecer el buen entendimiento durante todo el proceso de rehabilitación.

**En esta etapa aguda, lo único que le importa al deportista desde el inicio es conocer el diagnóstico.** En otras palabras, su principal preocupación es saber qué tiene y cuánto tiempo necesitará para recuperarse. El médico se convierte entonces en la figura más importante y, en consecuencia, en su principal referente.

Por este motivo, los psicólogos del deporte deben actuar con cautela, ya que el deportista puede sentirse invadido o incómodo al comienzo de la lesión ante un acercamiento demasiado directo. El tipo de vínculo previo que se haya establecido con el atleta será determinante. Una vez que recibe un diagnóstico claro, la interacción se facilita y el terreno queda preparado para la intervención psicológica.

Más allá del contacto con el psicólogo, los deportistas suelen buscar alternativas o segundas opiniones para sentirse más seguros y aumentar sus opciones de retorno. Entre estas alternativas se incluyen consultas con otros médicos, recomendaciones de familiares, medicinas alternativas y diferentes enfoques terapéuticos. Sin embargo, la disparidad de criterios entre profesionales de la salud puede convertirse en un problema, ya que puede generar desconfianza hacia el médico principal y dificultar la adherencia al tratamiento de la lesión.

### **Alteraciones del sueño**

Los trastornos del sueño representan una de las consecuencias psicológicas más prevalentes durante la fase aguda de una lesión. Las alteraciones más comunes incluyen insomnio, despertares frecuentes y dificultades para encontrar comodidad en el descanso, en función de la gravedad de la lesión (Longo et al. 2025). Estos problemas no se explican solo por la incomodidad derivada de una posible inmovilización —por ejemplo, de tobillo o rodilla—, sino también por el dolor, que dificulta alcanzar un descanso reparador.

Erpenbach et al. (2020) investigaron la relación entre los niveles de micronutrientes, el daño muscular, las infecciones, los trastornos del sueño y la fatiga en atletas de élite. En su estudio observaron que el 73 % de los deportistas presentaba trastornos del sueño durante la fase aguda de rehabilitación, los cuales se correlacionaban de manera significativa con deficiencias nutricionales y niveles elevados de estrés.

Asimismo, las lesiones traumáticas pueden generar alteraciones postraumáticas del sueño, entre ellas dificultades para conciliarlo, despertares frecuentes y pesadillas recurrentes (Diniz, 2020).

### **Impacto en la identidad deportiva**

En la fase aguda de la lesión, los deportistas experimentan una disrupción inmediata y significativa de su identidad deportiva. La interrupción súbita de la práctica supone una amenaza directa al autoconcepto, especialmente en quienes presentan una identidad deportiva más desarrollada e influyente (Dacus et al., 2023).

Durante las etapas iniciales, los atletas reportan sentimientos de pérdida de identidad acompañados de culpabilidad y desesperanza (Madrigal y Gill, 2014). Las evaluaciones cognitivas son predominantemente negativas y generan respuestas emocionales como ansiedad, frustración y miedo. En el caso de los deportistas con identidades deportivas más fuertes, la intensidad de estas respuestas suele ser mayor, ya que perciben la lesión como una amenaza significativa a su sentido de identidad y tienden a valorarla como más grave.

En esta primera fase, aunque el dolor, la ansiedad y la negación se experimentan con elevada intensidad, lo que más impacta al deportista es la imposibilidad de entrenar. Esta crisis puede manifestarse como una pérdida súbita del sentido de propósito y de valor personal, dado que la identidad deportiva constituye un componente central del autoconcepto en atletas de alto rendimiento.

Una vez que recibe un diagnóstico por parte de los servicios médicos, comienza la verdadera amenaza a su identidad deportiva, ya que el tiempo de recuperación determinará el alcance de la disrupción en su trayectoria deportiva.



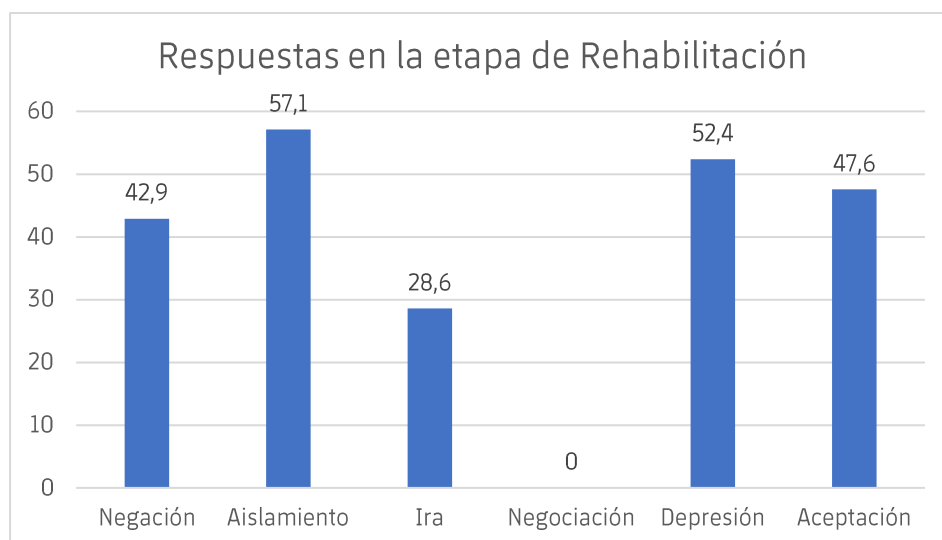
## Fase de rehabilitación

La fase de rehabilitación se extiende desde las primeras semanas hasta varios meses después de la lesión. Se caracteriza por la participación activa en programas de tratamiento físico y por la progresión gradual hacia la recuperación de la funcionalidad en la zona afectada. Para el psicólogo del deporte, este período implica el abordaje de aspectos psicológicos clave, como la motivación y el cumplimiento de los protocolos de rehabilitación.

En esta etapa se produce una transición desde las respuestas más agudas descritas previamente hacia patrones más estables de adaptación psicológica (Ruffault et al., 2024). No obstante, el proceso de recuperación suele ir acompañado de fluctuaciones emocionales y evaluaciones cognitivas mixtas. Entre las reacciones negativas más comunes se encuentran la depresión y el aislamiento, que pueden obstaculizar la recuperación física (Aydoğan et al., 2022).

En la figura 4, se observa cómo, durante la fase de rehabilitación, se incrementan variables psicológicas como el aislamiento, la ira, la depresión y la aceptación, en comparación con la fase de cuidados agudos.

**Figura 4. Respuestas en la etapa de rehabilitación**



Fuente: adaptación propia con base en Van der Poel y Nel, 2011

Las principales manifestaciones psicológicas en esta fase son las siguientes:

- **Variabilidad emocional.** Los deportistas experimentan altibajos relacionados con el progreso de la rehabilitación. Hay momentos en los que perciben mejoras y evolución positiva de la zona lesionada, pero también etapas en las que se requiere retroceder, lo que genera la sensación de un avance negativo.

- **Ansiedad por el progreso:** existe una preocupación constante por la velocidad y la efectividad de la recuperación, con pensamientos recurrentes sobre cuánto tiempo falta y de qué manera pueden contribuir a acortar el proceso.
- **Motivación fluctuante:** se alternan períodos de alta motivación con momentos de desánimo, muy vinculados a la variabilidad emocional. Esto es especialmente frecuente en lesiones de larga duración, donde la rehabilitación se vuelve monótona y con pocos avances visibles.
- **Adherencia al tratamiento:** la respuesta psicológica influye directamente en el cumplimiento del protocolo de rehabilitación pautado para el deportista. En una revisión sistemática, Goddard et al. (2020) identificaron dos categorías de factores que determinan la adherencia:
  - Factores específicos, como el impacto de la lesión, la justificación de la adherencia, la motivación, la confianza o autoeficacia, el estilo de afrontamiento, el apoyo social, el *locus* de control, la evaluación cognitiva y las habilidades psicológicas.
  - Factores situacionales, vinculados a las características, estrategias y efectividad del fisioterapeuta, así como a la eficacia del tratamiento.
- **Alteraciones del sueño:** los trastornos del sueño pueden mantenerse en esta fase. Se manifiestan en forma de alteraciones en los patrones de descanso, insomnio asociado al dolor, rumiaciones nocturnas, entre otros. La calidad del sueño se ve comprometida por factores como el estrés percibido, la sensación de pérdida de pertenencia, los cambios en la rutina o la menor fatiga física acumulada.

Con el paso de las sesiones de rehabilitación, los deportistas desarrollan una comprensión más realista de su situación y comienzan a adaptarse a las demandas del proceso. En esta etapa aparece la **aceptación realista**, que implica reconocer la lesión y sus implicaciones. Sin embargo, aceptar el proceso no significa aceptar la lesión en sí, ya que el deportista sigue experimentando emociones negativas como ansiedad, frustración o negación.

También cobra importancia el **compromiso con la rehabilitación**, que requiere la participación activa del deportista en su propio proceso. La calidad de la comunicación entre los profesionales de la rehabilitación y los atletas influye de manera decisiva en los procesos emocionales. Entre los elementos clave de una comunicación efectiva se encuentran el respeto, la empatía, la autenticidad, la transparencia, la claridad, el análisis de percepciones, la inteligencia emocional y la valoración de la opinión del paciente (Piuissi et al., 2024).



Por último, se destaca el **reajuste de expectativas**, ya que, dadas las fluctuaciones emocionales descritas anteriormente, resulta fundamental que el deportista esté predispuesto a modificar sus objetivos a corto y mediano plazo. Este reajuste favorece la motivación y la adherencia al programa, previene contratiempos y ayuda a anticipar lo que puede ocurrir en el proceso de recuperación.

### **Adicciones y abuso de sustancias**

Durante la rehabilitación, los deportistas pueden desarrollar adicciones conductuales como mecanismo de compensación ante la pérdida temporal de su actividad principal. El abuso de sustancias —como alcohol, drogas o estimulantes— puede presentarse como una forma de automedicación frente a enfermedades mentales no diagnosticadas o, sobre todo, como una estrategia para afrontar el estrés y la depresión asociados a la rehabilitación.

Además, algunos deportistas desarrollan dependencia a analgésicos prescritos durante el tratamiento del dolor, especialmente en casos de lesiones graves que requieren un manejo prolongado (Reardon y Creado, 2014).

### **Trastornos alimentarios**

Ravi et al. (2021) investigaron la relación entre los trastornos alimentarios y las lesiones en atletas de distintos niveles. Estos trastornos surgen como una complicación significativa durante la fase de rehabilitación, especialmente en deportes donde la composición corporal es crítica o altamente valorada.

Los autores encontraron que la prevalencia en deportistas lesionados alcanzaba el 25 % en casos de alimentación restrictiva y el 18 % en trastornos alimentarios clínicos. En este contexto, los deportistas pueden desarrollar patrones alimentarios disfuncionales como respuesta al miedo al aumento de peso durante los períodos de inactividad provocados por la lesión.

### **Adaptación de la identidad deportiva**

Durante el proceso de rehabilitación, los deportistas inician un **complejo proceso de reevaluación y adaptación de su identidad deportiva**. Esta fase se caracteriza por fluctuaciones en los niveles de identidad, en las que los atletas alternan entre períodos de optimismo y momentos de desaliento en relación con su recuperación (Ruffault et al., 2024; Sánchez Bonilla y Castro Jiménez, 2015).

En casos de lesiones de larga duración —como una rotura del ligamento cruzado anterior— la fase de rehabilitación puede extenderse durante muchos meses. En estas situaciones, la identidad deportiva no solo queda amenazada, como ocurre en la fase de cuidados agudos, sino que puede verse desplazada por una identidad más vinculada al



ámbito personal y extradeportivo. Así, cuando el deportista pasa más tiempo en casa, en su trabajo o en sus estudios, estas áreas adquieren mayor relevancia y llegan a sustituir, al menos parcialmente, su identidad deportiva.

Un ejemplo de ello es el de un deportista que llevaba cuatro meses lesionado por una rotura del ligamento cruzado. En sesiones de seguimiento comentaba que su plan de rehabilitación ocupaba aproximadamente una hora diaria. Expresaba que concentrarse en sus estudios universitarios le ayudaba a mantener una rutina fuera del contexto deportivo. El deportista señaló:

«Me siento plenamente como estudiante. Ahora, con la lesión, puedo compartir los mismos horarios y momentos con mis compañeros de la universidad. Voy a la biblioteca por las tardes con ellos, ya que no estoy entrenando. No me siento jugador en este momento, aunque sigo cada día el plan de rehabilitación; me siento estudiante».

Aquellos deportistas con identidades deportivas más fuertes tienden a mostrar una mayor adherencia al tratamiento de rehabilitación, lo que sugiere que la identidad deportiva puede actuar como un factor protector y motivacional (Liu et al., 2025). En el caso de este jugador, pese a su fuerte identidad deportiva, esta fue reemplazada temporalmente por la identidad de estudiante, y gracias al apoyo social de sus compañeros universitarios pudo mantener una mejor adherencia al tratamiento de su lesión.

### **Apoyo social**

El apoyo social durante la rehabilitación de la lesión es un factor fundamental, ya que los deportistas suelen buscarlo inicialmente en las personas más significativas de su entorno. En esta etapa, entrenadores, compañeros de equipo y familiares adquieren gran relevancia, influyendo directamente en la recuperación emocional, psicológica e identitaria del deportista.

Debe considerarse que el aislamiento deportivo implica la desaparición total de las rutinas habituales. Por ejemplo, en el caso de un jugador de alto rendimiento cuyo trabajo consiste exclusivamente en su deporte, el alejamiento de su contexto deportivo lo deja fuera tanto de su dinámica cotidiana como de sus relaciones sociales con el equipo y el personal técnico. En esta situación, dispone de mucho más tiempo en casa, lo que otorga a la familia un papel central. Este apoyo no se limita al aspecto logístico —como la ayuda en la movilidad, la planificación de comidas o las compras—, sino que también representa un sostén emocional e incondicional de gran valor.

Además, los grupos de apoyo al deportista lesionado constituyen una iniciativa valiosa, especialmente en clubes grandes con numerosos atletas. Estos espacios permiten compartir experiencias, brindar comprensión mutua y ofrecer orientación práctica.

Incluso el acompañamiento de un solo deportista que haya atravesado un proceso similar puede convertirse en una fuente de apoyo social, aliviando la incertidumbre frente a las fases posteriores de la rehabilitación y a sus implicaciones, como el dolor, los escenarios de recuperación y la percepción del progreso.

## Fase de entrenamiento adaptado y retorno al deporte

### Fase de entrenamiento adaptado

La readaptación deportiva se define como un proceso dinámico, tanto a nivel estructural como funcional, que abarca la caracterización de cualidades físicas, las sinergias articulares y musculares, la eficiencia y eficacia del movimiento y la potenciación de habilidades funcionales para el deporte de alto rendimiento tras una lesión. Este proceso se sustenta en pilares específicos que incluyen el movimiento, los patrones funcionales, el control de carga, la monitorización y los criterios de seguimiento por fases, los cuales permiten favorecer un retorno exitoso al alto rendimiento (Alfonso Mantilla, 2022).

Los entrenamientos adaptados en esta etapa implican la reintroducción progresiva de elementos propios del deporte, como el uso de la pelota, las zapatillas deportivas o los espacios habituales de práctica (piscina, campo de césped, pista cubierta, tatami, entre otros).

En este período, los deportistas enfrentan desafíos psicológicos vinculados con la transición desde la rehabilitación controlada hacia el entrenamiento específico. Esta fase conlleva el mayor riesgo de abandono del proceso de retorno al deporte, debido a la frustración acumulada y a la pérdida de confianza en las capacidades físicas recuperadas (Goddard et al., 2020).

En la fase de entrenamiento adaptado, los deportistas suelen enfrentarse a desafíos relacionados con la desmotivación y la disminución de la autoeficacia. Esta etapa implica la reintroducción gradual de la actividad física mientras se controla el miedo a volver a lesionarse y la pérdida de confianza (Ruffault et al., 2024; Kebede y Rao, 2013).

Una de las dificultades más comunes es la **desmotivación acompañada de baja autoeficacia**. Los niveles de desmotivación suelen ser más altos que en la fase aguda, especialmente durante los inicios de la rehabilitación. Sin embargo, a medida que avanza la readaptación y se reintroducen estímulos propios del deporte, la motivación tiende a aumentar de manera significativa gracias a la percepción de afrontamiento positivo.

Otro aspecto central es la **ansiedad anticipatoria asociada al miedo al movimiento**. Los deportistas muestran preocupación respecto a su capacidad de retomar actividades deportivas específicas y temor a realizar movimientos que puedan desencadenar una nueva lesión en la misma zona (Kvist y Grävare Silbernagel, 2022; Ruffault et al., 2024). Esta ansiedad se manifiesta en la evitación de gestos técnicos vinculados con la lesión



original y en la adopción de patrones de movimiento alterados o compensatorios para «proteger» la zona afectada.

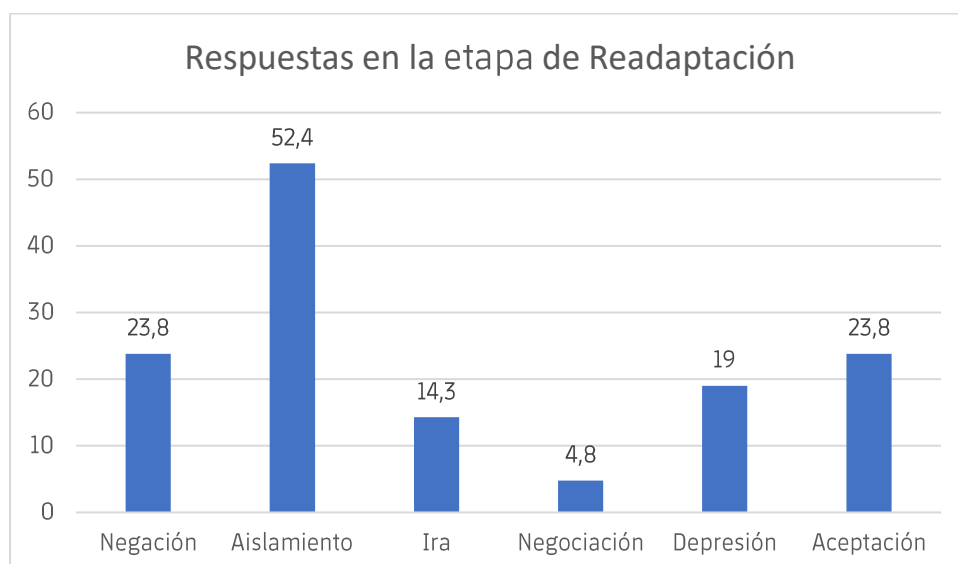
Por ejemplo, un tenista que ha sufrido una lesión en la muñeca puede evitar dar efecto con la raqueta durante los primeros peloteos. De manera similar, un futbolista que regresa tras una lesión puede aterrizar de un salto apoyando con menos fuerza la pierna lesionada en comparación con la sana.

### **Aislamiento y crisis existencial**

Durante la readaptación, muchos atletas experimentan una crisis existencial profunda caracterizada por cuestionamientos sobre su valor personal más allá del deporte. Esta crisis puede manifestarse como sentimientos de vacío, pérdida de propósito y dificultades para visualizar un futuro sin el deporte como elemento central de identidad (Capin et al., 2024).

Como vemos en la figura 5, en la fase de readaptación de Van der Poel y Nel (2011) encontraron que la mayor respuesta en esta fase se caracteriza por el aislamiento. Los ejercicios de readaptación suelen hacerse fuera de la dinámica de los compañeros de equipo (en casos de deportes de equipo), y por este motivo, los deportistas siguen aislados y con falta de pertenencia al grupo.

**Figura 5. Respuestas en la etapa de lesión**



Fuente: adaptación propia con base en Van der Poel y Nel, 2011

### **Consumo de alcohol y sustancias**

La fase de readaptación constituye un período de alta vulnerabilidad para el consumo problemático de alcohol y otras sustancias. En este contexto, los atletas pueden recurrir al alcohol como un mecanismo de afrontamiento frente a la frustración, la ansiedad y la incertidumbre propias de esta etapa.



El abuso de sustancias durante la readaptación compromete de manera significativa el progreso de la rehabilitación y aumenta el riesgo de complicaciones (MacGregor et al., 2024).

### **Deterioro del rendimiento cognitivo**

Los atletas en fase de readaptación pueden experimentar deterioro en funciones cognitivas específicas, como la velocidad de procesamiento, la atención dividida y la memoria de trabajo (Reilly et al., 2023). Este fenómeno se relaciona con el alejamiento temporal de los estímulos cognitivos propios de los entrenamientos y las competiciones.

En este sentido, resulta fundamental incluir en la readaptación actividades de estimulación cognitiva que ayuden al deportista a vincularse mejor con los ejercicios de fisioterapia y con la adaptación al deporte. Estas intervenciones no solo favorecen la activación neuronal, sino que también contribuyen a una mayor adherencia al tratamiento.

### **Trastornos del sueño**

Durante la fase de readaptación, los trastornos del sueño pueden llegar a cronificarse y manifestarse en forma de insomnio persistente, rumiaciones nocturnas, alteraciones del ritmo circadiano o pesadillas recurrentes relacionadas con la lesión.

La mala calidad del sueño en esta etapa puede generar un círculo vicioso: la fatiga reduce el rendimiento en los ejercicios de readaptación, lo que a su vez incrementa la ansiedad y perpetúa los problemas de sueño.

En algunos casos, los deportistas desarrollan dependencia a medicamentos para dormir o recurren a suplementos no regulados recomendados de manera informal, lo que puede complicar aún más el proceso de recuperación.

### **Regreso al deporte (*return to play*)**

La fase de regreso al deporte constituye la etapa final del proceso de rehabilitación y se caracteriza por la transición desde la rehabilitación hacia la participación deportiva plena. En este momento, suele observarse una reducción del dolor percibido y de la ansiedad cognitiva, junto con un aumento de la satisfacción y la disposición para competir. No obstante, los atletas pueden seguir experimentando miedo a una recaída y presión para rendir (Ruffault et al., 2024; Aydoğan et al., 2022).

La preparación psicológica para el retorno al deporte es un aspecto fundamental que trasciende la recuperación física. Factores psicosociales como la identidad deportiva, la motivación, la ansiedad, el control percibido y el miedo influyen de manera significativa en la percepción de preparación para competir. Paradójicamente, estos factores

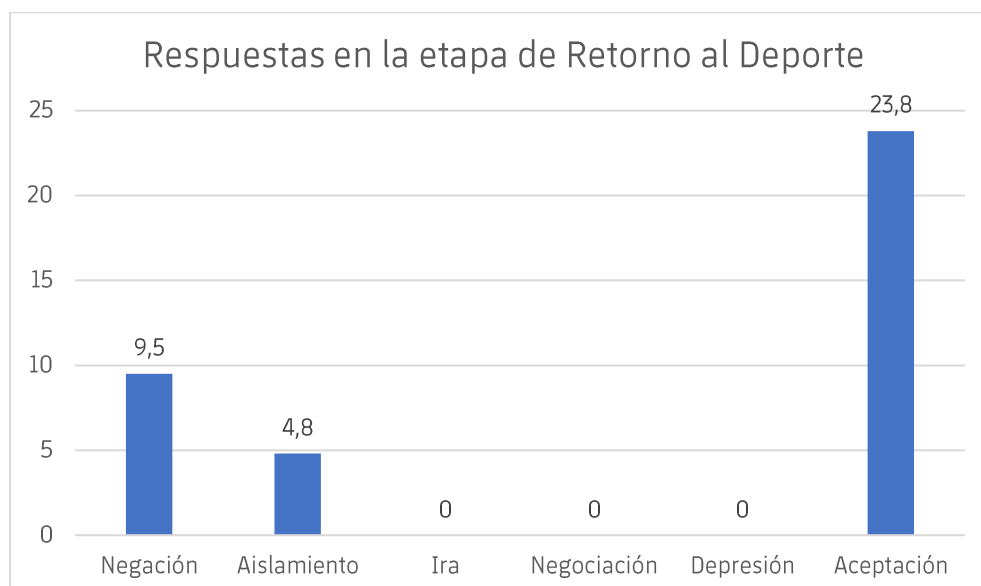


psicológicos pueden no afectar directamente a la recuperación física real, pero sí determinan la disposición subjetiva del deportista para volver al deporte.

Entre los elementos que predicen un retorno exitoso destacan la confianza en el rendimiento, la gestión del miedo y del riesgo de recaída, el manejo emocional y la calidad de la rehabilitación. La preparación psicológica debe, por tanto, integrar la satisfacción y la confianza en el rendimiento desde una perspectiva biopsicosocial.

Durante esta fase, los atletas suelen reportar menor dolor percibido, menor ansiedad cognitiva y mayor satisfacción en comparación con etapas anteriores. Como se observa en la figura 6, Van der Poel y Nel (2011) identificaron que la respuesta psicológica predominante en este período es la aceptación.

**Figura 6. Respuestas en la etapa de retorno al deporte**



Fuente: adaptación propia con base en Van der Poel y Nel, 2011

### **Miedo a la recaída**

El miedo a la recaída constituye una de las respuestas psicológicas más frecuentes e importantes a considerar en el trabajo del psicólogo del deporte. Muchos atletas, al llegar a esta etapa de la rehabilitación, se sienten vulnerables y expresan dudas sobre su capacidad para volver a competir al mismo nivel que antes de la lesión. Estas dudas se relacionan con la autoeficacia percibida, el mantenimiento del rendimiento, las expectativas de entrenadores y entorno, la posibilidad de mantenerse sano y, sobre todo, la prevención de nuevas lesiones.

Kvist y Grävare (2022) analizaron en su investigación el miedo al movimiento y a la recaída como factores centrales en la rehabilitación y el retorno al deporte. En su estudio encontraron que el 93,6 % de los deportistas con lesiones de larga duración reportaban



miedo a la recaída. Este temor no es irracional, considerando que los antecedentes de lesiones representan uno de los principales factores de riesgo para futuras recaídas deportivas.

Las manifestaciones psicológicas más habituales del miedo a la recaída incluyen las siguientes:

- **Miedo al movimiento específico**, con evitación de gestos técnicos asociados a la lesión original.
- **Ansiedad de rendimiento**, vinculada con la preocupación por no alcanzar el mismo nivel previo a la lesión.
- **Comportamientos protectores**, expresados en la adopción de patrones de movimiento alterados para «proteger» la zona lesionada, así como en la utilización de medidas compensatorias, como se explicó en la fase de readaptación.

### Perfiles psicológicos de retorno

La fase de regreso completo al deporte presenta una gran heterogeneidad en las respuestas psicológicas. Pollak et al. (2022) identificaron cuatro perfiles psicológicos distintivos durante el retorno a la competencia:

- **Perfil 1 (27,8 %)**. Ansiedad moderada por recaída sin síntomas depresivos.
- **Perfil 2 (22,8 %)**: ansiedad moderada por recaída con reacciones ansioso-depresivas leves.
- **Perfil 3 (30,9 %)**: ausencia de ansiedad por recaída, ausencia de depresión y alta confianza.
- **Perfil 4 (18,5 %)**: alta ansiedad, alta depresión y baja confianza.

Esta variabilidad resalta la necesidad de realizar evaluaciones psicológicas individualizadas en la fase de retorno. Cabe señalar que solo el 30,9 % de los atletas no presenta riesgos psicológicos en esta etapa, lo que implica que cerca del 70 % regresa con algún grado de ansiedad vinculada a la recaída.

### Reconstrucción de la identidad deportiva

En esta fase de rehabilitación, el deportista comienza a reintegrarse progresivamente en la práctica deportiva. De acuerdo con los planes de regreso al deporte establecidos por

los especialistas en fisioterapia y readaptación, el jugador experimenta una reincorporación gradual en la pista o en el campo. En este proceso, la identidad deportiva cobra fuerza a medida que el atleta retoma ejercicios cada vez más específicos de su disciplina y se reencuentra con el espacio de juego, los entrenadores y los compañeros de equipo. Este aspecto resulta fundamental para restablecer la identidad deportiva hasta consolidarla por completo y preparar al deportista para su retorno definitivo.

Los atletas con identidades deportivas más sólidas durante la fase de preparación para el regreso muestran menores niveles de evitación del miedo, lo que facilita una transición más exitosa. En este sentido, Ferman et al. (2024) encontraron que los deportistas adolescentes con identidades deportivas más fuertes y exclusivas reportaban menores percepciones de evitación del miedo. Sin embargo, a medida que avanza la adolescencia, la identidad deportiva tiende a debilitarse y la evitación al miedo aumenta. Esto refleja una relación inversa entre la edad y la identidad deportiva: los atletas más jóvenes presentan identidades deportivas más fuertes, pero también mayor vulnerabilidad asociada a ellas.

### **Adicciones comportamentales y abuso de sustancias**

El retorno al deporte puede dar lugar a adicciones comportamentales compensatorias, como el ejercicio compulsivo, el control obsesivo del peso y el uso de suplementos o sustancias no reguladas. Algunos deportistas incrementan de forma descontrolada la carga de entrenamiento como respuesta al miedo a perder la condición física, lo que puede evolucionar hacia una adicción al ejercicio.

En este contexto, los atletas pueden recurrir a estimulantes para mejorar el rendimiento percibido, analgésicos para manejar el dolor residual o depresores para controlar la ansiedad competitiva (MacGregor et al., 2024). El consumo de alcohol como mecanismo de afrontamiento también puede intensificarse, sobre todo en aquellos que enfrentan dificultades para recuperar su nivel de rendimiento previo a la lesión.

Por otra parte, Mathisen et al. (2022) exploraron la paradoja entre empoderamiento y vulnerabilidad en atletas femeninas de deportes de combate. Los resultados mostraron que hasta el 67 % de las participantes presentaban síntomas de trastornos alimentarios durante el retorno a la competición.

### **Integración neurocognitiva**

Algunos deportistas pueden presentar alteraciones cognitivas residuales que persisten durante el retorno al deporte, como dificultades de concentración, problemas de memoria y reducción de la velocidad de procesamiento. Estas alteraciones resultan especialmente problemáticas en disciplinas que requieren toma de decisiones rápidas y procesamiento visual-espacial complejo.

Tal como se señaló en la fase de readaptación, los enfoques contemporáneos de rehabilitación reconocen cada vez más la importancia de integrar el entrenamiento neurocognitivo en las etapas avanzadas del retorno al deporte. Estos programas incorporan ejercicios que estimulan la atención visual, la inhibición selectiva, la toma de decisiones y la planificación motora. De esta manera, preparan al deportista no solo para incrementar la estimulación cognitiva, sino también para afrontar la naturaleza impredecible y caótica del entorno deportivo en entrenamientos y competiciones.

### Trastornos del sueño

Durante el retorno al deporte, los atletas pueden desarrollar trastornos del sueño relacionados con la ansiedad precompetitiva. Entre los más frecuentes se encuentran el insomnio previo a la competencia, las pesadillas vinculadas con el miedo a una recaída y los despertares recurrentes durante la noche.

La deficiente calidad del sueño en esta etapa puede generar un ciclo negativo en el que la fatiga aumenta el riesgo de errores técnicos y de sobrecargas musculares, lo que a su vez favorece la aparición de nuevas lesiones.

### Referencias

**Alfonso Mantilla, J. I.** (2022). Readaptación deportiva, de la lesión al rendimiento: Factores clave en la escalera al éxito. *Kronos: Revista universitaria de la actividad física y el deporte*, 21(1), 1–10. <https://revistas.uma.es/index.php/riccafd/article/view/15381>

**Anderson, M. N., Womble, M. N., Mohler, S. A., Said, A., Stephenson-Brown, K., Kontos, A. P., & Elbin, R.** (2019). Preliminary study of fear of re-injury following sport-related concussion in high school athletes. *Developmental Neuropsychology*, 44(6), 443–451. <https://doi.org/10.1080/87565641.2019.1667995>

**Aydoğan, R., Turgut, E., Cavkaytar, A., & Kocaekşi, S.** (2022). Sporcularda yaralanma sonrası psikolojik tepkilerin incelenmesi. *Pamukkale Journal of Sport Sciences*, 13(3), 35–50.

**Azam, A., Dilawar, E., Athar, M., Bashir, A., Naaz, W., & Kiran, N.** (2024). Physiotherapists' perspectives on the importance of psychological impact in sports injury rehabilitation: Psychological impact in sports injury rehabilitation. *Journal of Health and Rehabilitation Research*, 4(3), 1–5. <https://doi.org/10.61919/jhrr.v4i3.1569>

**Brewer, B. W.** (2001). Psychology of sport injury rehabilitation. R. N. Singer, A. Housenblas, & J. M. Janelle (Eds.), *Handbook of sport psychology* (pp. 789–809). Wiley.

**Capin, J. J., Wolf, T. L., Street, J. H., Smith, C. S., Lennon, S. L., Farquhar, W. B., Hunter, S. K., & Piacentine, L. B.** (2024). Midlife health crisis of former competitive athletes:



Dissecting their experiences via qualitative study. *BMJ Open Sport & Exercise Medicine*, 10, e001956. <https://doi.org/10.1136/bmjsem-2024-001956>

**Christakou, A., & Lavalley, D.** (2009). Rehabilitation from sports injuries: From theory to practice. *Perspectives in Public Health*, 129(3), 120–126. <https://doi.org/10.1177/1466424008094802>

**Dacus, L., Castagno, C., Castagno, C., Gontre, G., & Weiss, W. M.** (2023). Impact of traumatic sports injury on an athlete's psychological wellbeing, adherence to sport and athletic identity. *Journal of Sports Medicine and Therapy*, 8, 036–046. <https://doi.org/10.29328/journal.jsmt.1001070>

**Diniz, J. B.** (2020). Transcranial low-level light therapy: A new hope for preventing cognitive consequences of traumatic brain injuries? *JAMA Network Open*, 3(9), e2017366. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.17366>

Dziewiatkowska, M., Horwat, P., Pierudzka, W., Szymanska, A., & Mariowska, A. (2025). Depression and other mental health disorders among athletes with injuries: Challenges in diagnosis, treatment, and rehabilitation. *Journal of Education, Health and Sport*, 81, 59996. <https://doi.org/10.12775/JEHS.2025.81.59996>

**Erpenbach, K., Erpenbach, M. C., Mayer, W., Hoffmann, U., & Mücke, S.** (2020). Level of micronutrients in elite sports: Impact on muscle damage, infections, sleep disorders and fatigue. *Advances in Orthopedics and Sports Medicine*, (3).

**Evans, L., & Hardy, L.** (1995). Sport injury and grief responses: A review. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 17(3), 227–245.

**Ferman, B. M. S., Nyland, J., Richards, J., & Krupp, R.** (2024). Adolescent athletes with stronger athletic identity perceptions have weaker fear avoidance perceptions during musculoskeletal injury rehabilitation return to sports preparation. *Journal of Pediatric Orthopaedics*, 44(8), 489–496. <https://doi.org/10.1097/BPO.0000000000002723>

**Goddard, K., Roberts, C. M., Byron-Daniel, J., & Woodford, L.** (2020). Psychological factors involved in adherence to sport injury rehabilitation: A systematic review. *International Review of Sport and Exercise Psychology*, 14(1), 51–73. <https://doi.org/10.1080/1750984X.2020.1744179>

**Kamphoff, C., Thomae, J., & Hamson-Utley, J. J.** (2013). Integrating the psychological and physiological aspects of sport injury rehabilitation: Rehabilitation profiling and phases of rehabilitation. M. M. Arvinen-Barrow & N. Walker (Eds.), *The psychology of sport injury and rehabilitation* (pp. 134–155). Routledge.

**Kebede, A., & Rao, R. V. L. N.** (2013). The psychological aspects of injury in sport. *IRJC International Journal of Social Science & Interdisciplinary Research*, 2(2).



- Komar, T., & Bessaraba, O.** (2024). Loss processes in the concepts of depth psychology. *Personality and Environmental Issues*, 3(2), 40–45. [https://doi.org/10.31652/2786-6033-2024-3\(2\)-40-45](https://doi.org/10.31652/2786-6033-2024-3(2)-40-45)
- Kvist, J., & Grävare, K.** (2022). Fear of movement and reinjury in sports medicine: Relevance for rehabilitation and return to sport. *Physical Therapy*, 102(2), pzab272. <https://doi.org/10.1093/ptj/pzab272>
- Liu, S., Zhang, Y., Noh, Y. E.** (2025). Translation, cross-cultural adaptation, and validation of the Chinese version of the injury-psychological readiness to return to sport scale. *BMC Sports Science, Medicine and Rehabilitation*, 17, 76. <https://doi.org/10.1186/s13102-025-01127-0>
- Longo, V., Turner, S., & Qiu, H.** (2025). A qualitative analysis of the role of sleep disorders in sports injuries among competitive athletes in Canada. *International Journal of Sport Studies for Health*, 8(2), 19–26. <https://doi.org/10.61838/kman.intjssh.8.2.3>
- MacGregor, A. J., Zouris, J. M., Dougherty, A. L., & Dye, J. L.** (2024). The psychological consequences of combat injury among U.S. Navy health care personnel. *Military Medicine*, 189(3–4), 742–747. <https://doi.org/10.1093/milmed/usac298>
- Madrigal, L., & Gill, D. L.** (2014). Psychological responses of Division I female athletes throughout injury recovery: A case study approach. *Journal of Clinical Sport Psychology*, 8(3), 276–298. <https://doi.org/10.1123/jcsp.2014-0034>
- Márquez-Gurrola, V. A., Gallegos-Sánchez, J. J., Lares Bayona, E. F., Castañeda Lechuga, C. H., Torrecillas Lerma, J., Talamantes Martínez, A., ... Torres Herrera, S. I.** (2023). Autohipnosis Ericksoniana en la atención de la lesión deportiva sobre los factores de estrés, ansiedad, depresión y dolor (Ericksonian self-hypnosis in sports injury care on stress, anxiety, depression and pain factors). *Retos*, 47, 326–333. <https://doi.org/10.47197/retos.v47.95233>
- Mathisen, T. F., Kumar, R. S., Svantorp-Tveiten, K. M. E., & Sundgot-Borgen, J.** (2022). Empowered, yet vulnerable: Motives for sport participation, health correlates, and experience of sexual harassment in female combat-sport athletes. *Sports*, 10(5), 68. <https://doi.org/10.3390/sports10050068>
- Palmi Guerrero, J.** (2001). Visión psico-social en la intervención de la lesión deportiva. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 1(1), 27-40. <https://revistas.um.es/cpd/article/view/100541>
- Palmi Guerrero, J., & Solé Cases, S.** (2014). Psychology and sports injury: Current state of the art. *Apunts. Educación Física y Deportes*, 118, 23–29. [https://doi.org/10.5672/apunts.2014-0983.es.\(2014/4\).118.02](https://doi.org/10.5672/apunts.2014-0983.es.(2014/4).118.02)



**Piussi, R., Ivarsson, A., Johnson, U., & Senorski, E. H.** (2024). Psychological factors in sports injury rehabilitation: How can a sports rehabilitation practitioner facilitate communication? *JOSPT Open*, 2(1), 1–3. <https://doi.org/10.2519/josptopen.2023.0007>

**Pollak, K. M., Boecker, L., Englert, C., & Loschelder, D. D.** (2022). How much do severely injured athletes experience sport injury-related growth? Contrasting psychological, situational, and demographic predictors. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 44(4), 295–311. <https://doi.org/10.1123/jsep.2021-0282>

**Ravi, S., Ihalainen, J. K., Taipale-Mikkonen, R. S., Kujala, U. M., Waller, B., Mierlahti, L., Lehto, J., & Valtonen, M.** (2021). Self-reported restrictive eating, eating disorders, menstrual dysfunction, and injuries in athletes competing at different levels and sports. *Nutrients*, 13(9), 3275. <https://doi.org/10.3390/nu13093275>

**Reardon, C., & Creado, S.** (2014). Drug abuse in athletes. *Substance Abuse and Rehabilitation*, 5, 95–105. <https://doi.org/10.2147/SAR.S53784>

**Reilly, K. T., Holé, J., Nash, S., Pugniet, V., Servajean, V., Varsovie, D., & Jacquin-Courtois, S.** (2023). Description of an interdisciplinary, holistic cognitive rehabilitation program for adults with mild to moderate cognitive impairment after acquired brain injury. *Disability and Rehabilitation*, 46(1), 129–138. <https://doi.org/10.1080/09638288.2022.2157058>

**Ruffault, A., Bernier, M., Podlog, L., & Guegan, C.** (2024). An examination of changes in psychological status across four phases of injury recovery and return to sport: A prospective weekly study of competitive athletes from acute care to return to sport. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 34(4), e14632. <https://doi.org/10.1111/sms.14632>

**Sanchez Bonilla, T., & Castro Jiménez, L. E.** (2015). Significados acerca de la experiencia de lesión y rehabilitación deportiva en deportistas. *Cuerpo, Cultura y Movimiento*, 4(2), 153–162. <https://doi.org/10.15332/s2248-4418.2014.0002.04>

**Van der Poel, J., & Nel, P.** (2011). Relevance of the Kübler-Ross model to the post-injury responses of competitive athletes. *South African Journal for Research in Sport, Physical Education and Recreation*, 33(1), 151–164.

## Referencias bibliográficas de consulta

**Brewer, B. W.** (2010). The role of psychological factors in sport injury rehabilitation outcomes. *International Review of Sport and Exercise Psychology*, 3, 40–61.

**Caumeil, B., Laboute, E., Verhaeghe, E., Pérez, S., & Décamps, G.** (2024). Reinjury anxiety and return to sport after anterior cruciate ligament reconstruction: A cluster analysis and prospective study among 162 athletes. *The American Journal of Sports Medicine*, 52(5), 1189–1198. <https://doi.org/10.1177/03635465241234887>

