



UADY

UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
DE YUCATÁN

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE YUCATÁN

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL
PARA FORMAR DEPORTISTAS
UNIVERSITARIOS RESILIENTES ANTE LAS
LESIONES DEPORTIVAS**

TESIS

PRESENTADA POR

LIC. EN PSIC. JUAN CARLOS MOO PEÑA

EN SU EXAMEN DE GRADO

EN OPCIÓN AL GRADO DE

MAESTRO EN PSICOLOGÍA APLICADA EN EL ÁREA DEL DEPORTE

DIRECTOR DE TESIS

DR. OMAR BENJAMÍN SOLÍS BRICEÑO

MÉRIDA, YUCATÁN, MÉXICO

2018

Agradezco el apoyo brindado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por haberme otorgado la beca No. 604673 durante el periodo de agosto 2016 a julio 2018 para la realización de mis estudios de maestría que concluyen con esta tesis, como producto final de la Maestría en Psicología Aplicada de la Universidad Autónoma de Yucatán.

Declaro que esta investigación es de mi propia autoría, a excepción de las citas de los autores mencionadas a lo largo de ella. Así también declaro que este trabajo no ha sido presentado previamente para la obtención de ningún título profesional o equivalente.

Dedicatorias

De manera muy especial quiero dedicar este trabajo a mis padres: Juan Carlos Moo Díaz y Nora María de los Ángeles Peña Dzul quienes con su cariño y apoyo han marcado el sendero a seguir para mi superación personal y profesional. Gracias papá y mamá por enseñarme a nunca darme por vencido sin importar los obstáculos.

A mi hermana Priscila quien siempre me acompaña en las buenas y en las malas y llena de alegría mi vida con sus ocurrencias.

Al Dr. Elías Góngora Coronado quien siempre creyó en mí y a quien respeto y aprecio enormemente.

A mi amiga Yanning, una de las personas más importantes en mi vida y a quien quiero muchísimo. “Nadie jamás podrá quitarte el puesto de mi mejor amiga”.

A mi perrito “Milo” mi gran amigo y compañero de aventuras. “Gracias por llegar a mi vida y ablandar mi corazón con tu cariño incondicional”.

Agradecimientos

Quiero expresar un especial agradecimiento a quien con su sabiduría y paciencia me ha guiado durante mi preparación académica y se ha convertido en una gran influencia tanto a nivel personal como profesional. Gracias Dr. Elías Góngora Coronado.

De igual manera quiero expresar un especial agradecimiento a la Mtra. en Psic. Nayeli Guzmán Gutiérrez por su valioso apoyo en la implementación del programa de intervención y por sus valiosos consejos.

A mi asesor, el Dr. Omar Benjamín Solís Briceño por su guía a lo largo de todo el trabajo, por ser paciente y tomar, en múltiples ocasiones, parte de su valioso tiempo para revisar mis avances y brindar las correcciones pertinentes.

A los demás miembros de mi comité. “Muchas gracias Dr. Jesus Moo y Mtra. Marisol Ramírez por brindar parte de su valioso tiempo en la revisión de este trabajo. Sin sus correcciones y valiosas sugerencias este trabajo no hubiera sido posible”.

Contenido

| | |
|---|-----------|
| Resumen..... | 1 |
| Introducción..... | 2 |
| Planteamiento del problema..... | 3 |
| Justificación..... | 5 |
| Capítulo 1. Marco teórico..... | 8 |
| 1.1. Resiliencia..... | 8 |
| 1.1.1. Definición..... | 9 |
| 1.1.2. Antecedentes del concepto..... | 10 |
| 1.1.3. Modelos de resiliencia..... | 13 |
| 1.1.3.1. Modelo de la Casita de la Resiliencia de Vanistendael.. | 14 |
| 1.1.4. Elementos de la resiliencia..... | 16 |
| 1.1.5. Intervenciones en resiliencia..... | 19 |
| 1.1.6. Resiliencia en el contexto deportivo..... | 21 |
| 1.1.7. Investigaciones en psicología del deporte..... | 23 |
| 1.2. Lesión deportiva..... | 27 |
| 1.2.1. Definición y clasificación de las lesiones..... | 27 |
| 1.2.2. Estudios sobre lesiones deportivas..... | 29 |
| 1.2.3. Consecuencias psicológicas de las lesiones deportivas..... | 31 |
| 1.2.4. Rehabilitación psicológica en lesiones deportivas..... | 32 |
| 1.3. Resiliencia y lesión deportiva..... | 34 |
| Capítulo 2. Método..... | 37 |
| 2.1. Diagnóstico..... | 37 |
| 2.1.1. Objetivo general..... | 37 |
| 2.1.2. Objetivos específicos..... | 37 |
| 2.1.3. Preguntas de investigación..... | 38 |
| 2.1.4. Características de la muestra..... | 38 |
| 2.1.5. Instrumentos..... | 39 |
| 2.2. Intervención..... | 40 |
| 2.2.1. Objetivo general..... | 40 |

| | |
|--|-----------|
| 2.2.2. Objetivos específicos..... | 41 |
| 2.2.3. Variables..... | 41 |
| 2.2.3.1. Variable independiente..... | 41 |
| 2.2.3.2. Variables dependientes..... | 42 |
| 2.2.4. Preguntas de investigación e hipótesis..... | 43 |
| 2.2.5. Tipo y diseño de estudio..... | 45 |
| 2.2.6. Metas..... | 45 |
| 2.2.7. Finalidad..... | 45 |
| 2.2.8. Métodos y técnicas..... | 46 |
| 2.2.9. Especificación de las tareas y actividades..... | 46 |
| 2.2.10. Descripción de las actividades..... | 47 |
| 2.2.11. Cronograma..... | 60 |
| 2.2.12. Análisis de datos..... | 61 |
| 2.2.13. Elementos éticos y legales..... | 61 |
| Capítulo 3. Resultados..... | 62 |
| 3.1. Etapa de diagnóstico..... | 62 |
| 3.1.1. Lesión deportiva..... | 61 |
| 3.1.2. Análisis descriptivo..... | 62 |
| 3.1.3. Relación entre resiliencia y sus predictores..... | 66 |
| 3.2. Etapa de intervención..... | 68 |
| 3.2.1. Análisis de resultados..... | 68 |
| Capítulo 4. Discusión..... | 76 |
| 4.1. Conclusiones..... | 80 |
| 4.2. Limitaciones..... | 81 |
| Referencias..... | 84 |
| Anexos..... | 95 |

Lista de tablas

| | |
|---|----|
| Tabla 1. Etapas de la investigación en resiliencia..... | 12 |
| Tabla 2. Otras investigaciones importantes sobre la resiliencia en el ámbito deportivo..... | 25 |
| Tabla 3. Tipos de lesiones..... | 29 |
| Tabla 4. Cronograma..... | 60 |
| Tabla 5. Correlaciones entre los niveles de resiliencia de los deportistas con los factores que resultaron significativos de las pruebas empleadas..... | 67 |
| Tabla 6. Análisis descriptivo e inferencial del grupo experimental y control para cada uno de los factores de la Escala de Resiliencia para el pre-test..... | 68 |
| Tabla 7. Análisis descriptivo e inferencial del grupo experimental y control para cada uno de los factores de la Escala de Resiliencia para el post-test..... | 69 |
| Tabla 8. Análisis descriptivo e inferencial del grupo experimental y control para cada uno de los factores de la Escala de Autoestima de Rosenberg para el pre-test..... | 70 |
| Tabla 9. Análisis descriptivo e inferencial de los grupos experimental y control para cada uno de los factores de la Escala de Autoestima de Rosenberg para el post-test... | 70 |
| Tabla 10. Análisis descriptivo e inferencial del grupo experimental y el grupo control para cada uno de los factores de la Sub escala de Enfrentamiento a los Problemas de la Vida para el pre-test | 71 |
| Tabla 11. Análisis descriptivo de los grupos experimental y control para cada uno de los factores de la Sub escala de Enfrentamiento a los Problemas de la Vida para el post-test | 72 |
| Tabla 12. Análisis descriptivo e inferencial del grupo experimental y control para cada uno de los factores de la Escala de Apoyo Social Familiar y de Amigos para el pre-test | 72 |
| Tabla 13. Análisis descriptivo del grupo experimental y control para cada uno de los factores de la Escala de Apoyo Social Familiar y de Amigos para el post-test | 73 |
| Tabla 14. Análisis de diferencias en el pre-test y post-test obtenido para cada uno de los factores de la Escala de Resiliencia | 74 |

| | |
|--|----|
| Tabla 15. Análisis de diferencias durante es post-test obtenido para cada uno de los factores de la Escala de Autoestima de Rosenberg | 74 |
| Tabla 16. Análisis de diferencias durante es post-test obtenido para cada uno de los factores de la Sub escala de Enfrentamiento a los Problemas de la Vida..... | 75 |
| Tabla 17. Análisis de diferencias durante es post-test obtenido para cada uno de los factores de la Escala de Apoyo Social familiar y de Amigos..... | 75 |

Resumen

Objetivo, evaluar el efecto de un programa de intervención en resiliencia en un grupo de deportistas universitarios del estado de Yucatán. Se aplicaron 4 instrumentos: el cuestionario de Resiliencia (González-Arratia, 2011), Escala de autoestima de Rosenberg (Atienza, Balaguer y Moreno, 2000) en su versión al español, Escala Multifactorial y Multidimensional de enfrentamiento a los Problemas (Reyes y Góngora, 1998) y la Escala de Apoyo Social Familiar y de Amigos (González y Landero, 2014). La muestra estuvo constituida por 137 deportistas universitarios, de distintas modalidades deportivas de la ciudad de Mérida, con un promedio de edad de 20.26 años que tuvieron o se encontraban en un proceso de lesión deportiva y de los cuales 5 deportistas con las puntuaciones más bajas, recibieron el programa de intervención. Se observó a través del análisis del tamaño del efecto cambios favorables derivados de la intervención. Hubo un aumento en los niveles de resiliencia de los deportistas y en las variables que la componen resaltando el estilo directivo-revalorativo ($r = 0.81$) de la variable enfrentamiento y el factor protector externo ($r = 0.81$) de la variable resiliencia que obtuvieron, de acuerdo al tamaño del efecto, un efecto grande. Otros elementos que destacan son los incrementos en las puntuaciones del estilo de enfrentamiento directivo-revalorativo y la disminución de la autoestima negativa debido a que reflejan un aumento en la autoconfianza y un estilo de enfrentamiento positivo a los problemas. Por lo anterior se puede concluir que el programa de intervención en resiliencia tuvo un efecto positivo en los deportistas universitarios.

Palabras clave: autoestima, enfrentamiento, apoyo social, lesión deportiva

Introducción

La psicología del deporte es un área que resulta clave en lo que al tema de las lesiones en deportistas se refiere, ya que al estudiar los factores psicológicos implicados en el deporte tiene un papel importante tanto para la prevención de las lesiones, que pudieran interferir en el desempeño del deportista en competencia o alejarlo durante un largo periodo de tiempo (o de manera permanente) de la vida deportiva, como para la rehabilitación de las mismas a través de la generación de una mayor adherencia del deportista al tratamiento médico.

Desde la década de los 70, la investigación sobre la psicología de las lesiones ha ayudado a que se tenga una mejor comprensión de todas aquellas variables que hacen que los deportistas sean más propensos a sufrir una lesión. Esto trae como resultado que haya más interés en el análisis de las respuestas emocionales de los deportistas hacia la lesión, el proceso de recuperación y el retorno a la actividad deportiva (Brewer, 2001; Williams, 2001; como se citó en Gonzáles, 2016).

Es importante, cuando se habla de lesión deportiva, identificar la causa de la misma, ya que hay diversos factores que podrían estar implicados. Por ejemplo, la fatiga, la edad, el género, el tipo de deporte, el ambiente, el estado del lugar donde se practica, sobreentrenamiento, genética, estado nutricional, drogas, así como factores psicológicos propios de la persona (Berengui, 2011). Aunque también es importante tomar en cuenta que independientemente a la causa de la lesión, cada deportista reacciona de manera distinta a la situación, ya que mientras unos se adaptan más fácilmente al estrés otros no pueden superar la situación y se hunden en la desesperación (Hernández-Mendo, 2002).

Planteamiento del problema

La lesión deportiva puede impactar en los aspectos económicos, ocupacional y educativo, así como también en la salud y en los aspectos psicológicos sin mencionar que también es un evento que pone en peligro la carrera deportiva del atleta. Es una disfunción en el organismo que por lo general produce dolor y limita o interrumpe la práctica de actividad física del deportista que puede ocasionar un trauma más o menos grave debido a las cargas de dolor, ansiedad, dudas y miedos (Buceta, 1996; como se citó en Almeida, Rubio y Palou, 2014; Palmi, 2001). Este impacto psicológico es diverso, puesto que también puede ocasionar aflicción, pérdida de identidad, separación, soledad y/o pérdida de la confianza en el deportista (Murphy, 1995; como se citó en García, Maceira, Dafonte y López, 2003).

Las lesiones relativamente menores que generan una pérdida de tiempo en tareas generales no conducen a respuestas psicológicas anormales. Sin embargo, esto suele depender de la situación al igual que del tiempo de la lesión (por ejemplo, una lesión ocurrida en un momento clave de un campeonato) y la persona (por ejemplo, un deportista que psicológicamente es vulnerable) (Wiese-Bjornstal, 2014). Por ello es importante considerar el factor psicológico en la lesión deportiva, ya que también tiene afectaciones negativas en el proceso de rehabilitación dificultándolo y haciendo que el deportista, aun estando curado físicamente, pierda la confianza (Pérez, Cruz y Roca, 1995).

Los deportistas pueden experimentar traumas psicológicos significativos y merma del rendimiento y la autoconfianza dependiendo de la gravedad de la lesión, el

involucramiento con el deporte, la respuesta de afrontamiento y sus redes de apoyo (Murphy, 1995; como se citó en García, Maceira, Dafonte y López, 2003). Por lo tanto, la importancia de la lesión deportiva recae no solo en el hecho de que trae consigo afectaciones directas en el rendimiento del deportista sino también por sus consecuencias personales y sociales (Ortín, Olivares, Abenza, Gonzáles y Jara, 2014).

En la actualidad el número de deportistas lesionados va en aumento debido a factores como el incremento de practicantes, el alto nivel de exigencias que tienen los deportistas de alto rendimiento (Palmi y Solé, 2014), así como la profesionalización, la competitividad y la extensión de la práctica (Almeida, Olmedilla, Rubio y Palou, 2014).

Se pueden encontrar diversas investigaciones que demuestran la importancia de la lesión deportiva como un hecho negativo que va en aumento. Por ejemplo, puede citarse el estudio clásico de Kraus y Conroy (1984) donde se encontró que el número de lesiones en Estados Unidos en el ámbito de la actividad física y deportiva era de entre 3 y 5 millones siendo la mayoría de los afectados adolescentes y adultos jóvenes; y estudios posteriores como el de Brewer (2001; como se citó en Berengüi, 2011) donde se reportó un aumento en la tasa de lesiones en ese mismo país con 17 millones al año, de las cuales según Robbins y Rosenfelt (2001) 8 de cada 10 lesiones surgían en la clase de educación física y periodo universitario. Al respecto, Palmi (2001) señala que en cada temporada un 40% de los deportistas sufre una lesión que puede ser más o menos invalidante.

Por otro lado, Ristolainen, Heinonen, Waller, Kujala y Kettunen (2009) señalan que el 92% de los futbolistas finlandeses de élite y el 79% de las futbolistas finlandesas reportan por lo menos una lesión al año. Resultados similares también se han encontrado en

atletas suizos de élite, con un 65% -95% reportando al menos una lesión durante una sola temporada (Hågglund, Waldén y Ekstrand, 2009).

En lo que respecta a México, la Comisión Nacional del Deporte no presenta cifras concretas. Sin embargo, los datos indican que las lesiones más frecuentes a las que se enfrentan los deportistas mexicanos son, en primer lugar, las relacionadas con los tendones, en segundo lugar, las musculares y en tercer lugar las que afectan a las articulaciones siendo las áreas de afectación más comunes en el cuerpo las rodillas, el tobillo y los hombros respectivamente (CONADE, 2017). Las posibles causas de que las lesiones en los deportistas mexicanos sean cada vez más frecuentes son el estar mal entrenados y no poseer una mentalidad fuerte (CONADE, 2018).

Como puede observarse en los párrafos anteriores el problema radica en que la lesión deportiva puede afectar distintos ámbitos en la vida del deportista y no solo el deportivo por lo que sus repercusiones pueden ser grandes. Por tal razón se planteó trabajar con la resiliencia para minimizar las afectaciones psicológicas de las lesiones a través de una intervención encaminada a impactar en las variables que componen el modelo descriptivo de la casita de la resiliencia de Vanistendael.

Justificación

Los datos presentados anteriormente demuestran la necesidad de crear intervenciones psicológicas con el objetivo de lograr que la recuperación de los deportistas sea tanto física como psicológica. Por ello han surgido intervenciones para modificar ciertos aspectos del deportista, como la realizada por Palmi (2001) basada en estrategias encaminadas al control de la ansiedad, la comunicación y el aumento de la motivación del

deportista, o la de Solé, Carranca, Serpa y Palmi (2014) quienes proponen el uso del *Mindfulness* (conciencia plena) para minimizar los efectos psicológicos negativos de la lesión.

En relación con lo anterior, una variable que ha llamado la atención es la resiliencia ya que posee características que la hacen apta para su aplicación en intervenciones psicológicas dirigidas a la problemática de las lesiones deportivas (García et al., 2014) que bien podrían representar un nuevo método que no solo mejoraría el afrontamiento a las lesiones sino también fungiría como un factor de prevención para futuras lesiones. Por lo tanto, en el presente estudio se pretende mediante una intervención basada en un modelo descriptivo de resiliencia (Puig y Rubio, 2011) elevar los niveles de esta variable en una población de deportistas universitarios que hayan o estén pasando por un proceso de lesión deportiva, para de esta forma darles herramientas que les permita afrontar adecuadamente las lesiones.

Esta intervención permitirá evaluar la eficacia del manejo de la resiliencia en el ámbito deportivo, específicamente en el tratamiento de lesiones deportivas, ya que, si bien se han realizado investigaciones sobre la resiliencia en el deporte estas se han centrado más en el rendimiento. Además, los programas de intervención en resiliencia no se han extendido al ámbito deportivo (García et al., 2014) centrándose en otros ámbitos como el clínico y el comunitario (Puig y Rubio, 2011).

De lograr resultados eficaces trabajando la resiliencia en deportistas lesionados se estaría contribuyendo al área del deporte con una nueva herramienta para el trabajo psicológico, la cual no se limitaría al problema de las lesiones deportivas ya que, tal y como menciona García et al. (2014) podría también ser una herramienta útil contra las

adversidades y el estrés las cuales son comunes en el contexto deportivo. Otros puntos a favor de la presente investigación son los beneficios colaterales del optar por elevar los niveles de resiliencia en el deportista, ya que, 1) podría mejorar otros aspectos de su vida además del deportivo, debido a que la resiliencia implica afrontar la adversidad en general y obtener un aprendizaje (Pérez, 2009), 2) podría demostrar que el trabajo de la resiliencia en el deporte no se limita únicamente al aspecto del rendimiento y 3) se podría contar con una herramienta de trabajo para deportistas universitarios cuyo contexto es distinto al del deporte de alto rendimiento.

Capítulo 1. Marco teórico

1.1. Resiliencia

La adversidad y los reveses de la vida son algo a lo que tiene que enfrentar el ser humano (Pérez, 2009). En mayor o menor grado las personas se enfrentan a situaciones tales como la muerte de seres queridos, maltratos por parte de la pareja, abusos sexuales, una enfermedad grave o incapacitante (Vera, 2008) aunque pese a que las personas son vulnerables, también tienen la capacidad de superar la adversidad, resistirla e incluso impulsarse hacia el futuro con mayor fuerza (Pérez, 2009), ya que esos acontecimientos las hacen más fuertes y seguras de sus capacidades, así como también más hábiles para producir cambios y minimizar o eliminar lo que les daña (Henderson, 2006).

En psicología y en otras ciencias sociales y de la salud hay numerosos estudios centrados en la respuesta humana ante las circunstancias vitales que implican serias o graves dificultades (Pérez, 2009). Las investigaciones generadas se centran en precisar las causas específicas y el desarrollo de patología al igual que en la creencia de que la adversidad se relaciona únicamente con aspectos negativos y carencia, por lo que al ver que no todas las personas sometidas a situaciones de riesgo sufren enfermedades o padecimientos de otro tipo, y que al contrario, algunos individuos superan esta situación y hasta se ven favorecidos, hizo necesario comenzar a realizar nuevas investigaciones respecto al tema llegando a lo que actualmente se denomina resiliencia (Melillo, Estamatti y Cuestas, 2008).

1.1.1. Definición

En psicología y psiquiatría no hay una definición única del término (Pérez, 2009). Sin embargo, en la revisión de la literatura se marca la presencia de Stefan Vanistendael, sociólogo y demógrafo que ha publicado varios trabajos respecto al tema siendo el creador del Modelo de la Casita de la Resiliencia. Este autor refiere que la resiliencia se presenta aun sin la necesidad de existir un traumatismo o estar frente a una adversidad, ya que, si bien estos hechos la hacen más evidente, la resiliencia puede ser la capacidad (muy real pero no visible) para superar los problemas y construir una vida. Sin embargo, recalca el hecho de que para verificar si la resiliencia existe o no en una persona es importante la aparición de una experiencia difícil o traumática. Otro aspecto importante en el que hace hincapié el autor es la falta de consenso sobre el tema ya que resulta ser un problema al momento de comparar estudios (Vanistendael, Vilar y Pont, 2009).

Dicho lo anterior se pueden encontrar otras definiciones como la que proporcionan los psicólogos franceses, expertos en el tema, Manciaux y Cyrulnik (s.f.; como se citó en Vera, 2008) quienes la definen como “la capacidad de una persona o grupo para seguir proyectándose en el futuro a pesar de acontecimientos desestabilizadores, de condiciones de vida difíciles y de traumas a veces graves” (p. 112), Henderson (2006) quien la define como “la capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, aprender de ellas, superarlas e inclusive, ser transformados por estas” (p. 18), y Luthar Cicchetti y Bronwyn (2000) para quienes la resiliencia es la habilidad individual para mantener, relativamente estable, los niveles de funcionamiento y competencia, o experimentar una

adaptación positiva una vez ha pasado la exposición a una adversidad significativa o acontecimiento estresante.

Al respecto, Pérez (2009) señala que, en todas las definiciones que pudieran encontrarse del término en el área de la psicología, hay 2 componentes que resaltan: 1) la facultad de protección de la integridad propia bajo presión y 2) la facultad de proyectar un comportamiento positivo pese a las situaciones difíciles. Esto indica que la resiliencia se manifiesta en 2 tiempos donde el primero se caracteriza básicamente por la resistencia y la desorganización, y el segundo por la integración del impacto para así sobrepasarlo a través de un proceso de reconstrucción y de reparación que eleva, refuerza y hace evolucionar al sujeto.

En una entrevista realizada a Stefan Vanistendael, el autor menciona que la resiliencia se observa y se vive a lo largo del tiempo puesto que se trata de una evolución ascendente en la que surgen altibajos a muy corto plazo. Señala también que no es una característica inamovible ni una cualidad que pueda adquirirse “de una vez por todas” ya que como muchas capacidades humanas se necesita tener un especial cuidado, aunque por fortuna es algo que se logra sin pensarlo, es decir, surge espontáneamente (Vanistendael, Vilar y Pont, 2009).

1.1.2. Antecedentes del concepto

Los estudios sobre resiliencia surgieron a través de la identificación fenomenológica de las características de personas sobrevivientes, especialmente de niños y jóvenes, que durante su infancia atravesaron situaciones sumamente peligrosas (Villalba, 2004). Los orígenes del concepto se encuentran en investigaciones realizadas en hijos de madres

esquizofrénicas (Garmezy, Masten, y Tellegen, 1984; Garmezy, 1991; como se citó en Villalba, 2004) y el estudio longitudinal de Werner y Smith publicado en 1992 (Henderson, 2006).

En un principio lo que se pretendió fue la identificación de factores protectores, pero años más tarde el foco de atención en las investigaciones pasó a la comprensión de los procesos que subyacen dichos procesos, por lo que, en lugar de estudiar los factores relacionados con la resiliencia en el niño, familia o comunidad, los estudios se enfocaron en conocer cómo tales factores contribuyen a la adaptación positiva (Villalba, 2004).

De acuerdo a Richardson (2002) cuando se habla del estudio de la resiliencia existen 3 olas o etapas de investigación (Tabla 1). Villalba (2004) a través de un análisis de las mismas obtuvo las siguientes conclusiones:

- La primera etapa responde a la pregunta “¿qué características marcan a las personas que prosperan ante situaciones de riesgo o adversidad en oposición a aquellos que sucumben hacia conductas destructivas? Lo cual denota que esta etapa estaba representada por las cualidades de la resiliencia.
- La segunda etapa se enfoca en saber cómo se obtienen las cualidades de la resiliencia identificadas en la primera etapa...
- Y la tercera etapa hace especial énfasis en el concepto de resiliencia, en como la fuerza motivacional que existe en cada persona lo conduce a lograr la sabiduría, autoactualización y el altruismo, y puede permanecer en armonía con una fuente de fuerza espiritual.

Tabla 1.

Etapas de la investigación en resiliencia tomado de Richardson (2002).

| | Descripción | Resultados |
|--|---|--|
| Primera etapa: cualidades de la resiliencia | Descripción fenomenológica de las cualidades resilientes de los individuos y sistemas de apoyo que predicen el éxito personal y social | Lista de cualidades valores o factores de protección que ayudan a las personas a crecer a través de la adversidad (Por ejemplo, autoestima, autoeficacia y sistemas de apoyo) |
| Segunda etapa: El proceso y la teoría de resiliencialidad | Resiliencia es el proceso de poder con estresores, adversidad y cambio u oportunidad de manera que los resultados produzcan una identificación, fortalecimiento y enriquecimiento de los factores de protección. | Describe los procesos de disrupción y reintegración en la adquisición de las cualidades de resiliencia descritas en la primera etapa. Un modelo que enseña a usuarios y profesionales a elegir entre reintegración resiliente, reintegración cómoda (vuelta a la zona de confort) o reintegración con pérdida. |
| Tercera etapa: Fortalezas motivacionales y resiliencia innata. | Se basa en la identificación multidisciplinaria del pensamiento postmoderno y cree en las fuerzas motivacionales dentro de los individuos y grupos y la creación de experiencias que adoptan la activación y utilización de esas fuerzas. | Ayuda a los usuarios y a los profesionales a descubrir y aplicar la fuerza que conduce a las personas hacia la autoactualización y hacia la reintegración resiliente de las dificultades y obstáculos de la vida. |

1.1.3. Modelos de resiliencia

Puig y Rubio (2011) realizaron una categorización de los modelos más conocidos en resiliencia siguiendo la propuesta de la Asociación Mexicana de Resiliencia, Salud y Educación (AMERSE):

1. *Modelos descriptivos*: Estos modelos, como su nombre lo indica, describen y explican de una manera sencilla el proceso a través del cual las personas enfrentan las situaciones adversas. Se basan en las ideas de que la resiliencia es una respuesta posible, común y constatable. Describen el proceso basándose en los mecanismos internos y externos que posee el individuo antes y/o durante el proceso adverso. En esta clasificación se encuentra el modelo de resiliencia realizado por Richardson, Neiger, Jenson y Kumpfer en 1990, el Modelo de la Casita o de Vanistendael, el modelo de las verbalizaciones de Grotberg, el modelo de mandalas de resiliencia de Wolin y Wolin, y el modelo de resiliencia comunitaria creado por Néstor Suárez Ojeda.
2. *Modelos de trabajo o aplicación*: Estos modelos describen una metodología basada en teorías las cuales el modelo asume y cuya aplicación debe conducir a la predicción propuesta por el modelo. Este tipo de modelos son muy comunes en Latinoamérica.
3. *Modelos Mixtos*: Este tipo de modelos toman como referencia un modelo explicativo y a partir de él realizan una aplicación. Ejemplos de estos tipos de modelos son el Modelo de Resiliencia en la Escuela de Henerson y Milstein y el Modelo de Resiliencia Familiar.

1.1.3.1. Modelo de la Casita de la Resiliencia de Vanistendael

De los modelos presentados anteriormente, resalta el Modelo de la Casita de Vanistendael puesto que ha sido fuente de inspiración para muchas aplicaciones realizadas en Iberoamérica (Puig y Rubio, 2011). Por tal motivo se presenta a continuación sus aspectos más importantes:

El modelo descriptivo de la casita de la resiliencia de Stefan Vanistendael (Ver figura 1), se caracteriza por ser un modelo que describe y explica de manera sencilla el proceso por el cual las personas enfrentan las situaciones adversas teniendo como idea central que la resiliencia es una respuesta posible, común y cuyos efectos pueden ser demostrados. Describe el proceso con base a los mecanismos internos y externos que posee la persona mientras atraviesa el proceso adverso (Puig y Rubio, 2011).

La resiliencia es el enfoque y el modelo de la casita la herramienta de trabajo donde cada piso o habitación representa un área de posible intervención para la construcción o mantenimiento de la misma (Florentino, 2008). El suelo es la representación de las necesidades básicas como la alimentación y los cuidados de la salud sin las cuales sería imposible avanzar en la construcción (Florentino, 2008; Puig y Rubio, 2011).

En el subsuelo esta la confianza básica, que se origina a través de las experiencias tempranas (Puig y Rubio, 2011), es tener la aceptación incondicional de una persona significativa (Florentino, 2008), es la sensación del niño o el adulto de sentirse aceptado, el soporte de alguien importante como un familiar o un amigo (Vanistendael, Vilar y Pont, 2009). Amigos, familiares y maestros desempeñan un importante rol en el desarrollo psicosocial (Florentino, 2008).

El primer piso es la búsqueda del significado de lo que le ocurre a la persona, por lo tanto, la importancia recae en la búsqueda de elementos que den sentido a la vida de la persona (Puig y Rubio, 2011).

Elementos de gran importancia se encuentran en el segundo piso (Puig y Rubio, 2011). Primero está la autoestima cuya importancia radica en la calidad de las relaciones afectivas y con los logros (Florentino, 2008), es la suma de la confianza y el respeto de uno mismo (Branden, 1991; como se citó en Florentino, 2008) por lo que tener una baja autoestima implica el temor de no ser amado, inseguridad y desconfianza en uno mismo, así como no valorar las propias cualidades o talentos y no reconocer límites (Burns, 1990; como se citó en Florentino, 2008). Luego está la estimulación de aptitudes o destrezas, la adquisición de habilidades sociales, asertivas y de solución de problemas y la creación de expectativas de control de la propia vida (Florentino, 2008). Otro aspecto importante en este piso es el humor (Puig y Rubio, 2011) ya que permite a la persona crear una nueva perspectiva sobre la adversidad, una más positiva (Florentino, 2008), una confianza profunda hacia la vida (Vanistendael, Vilar y Pont, 2009).

Por último, en el desván se encuentran las “otras experiencias” que significa incorporar nuevos elementos que ayudan a la formación de la resiliencia (Puig y Rubio, 2011). Es estar abierto a nuevas vivencias, perspectivas y opiniones que ayudan en la reflexión de cómo se interpretan y valoran las adversidades (Florentino, 2008).

La casita es un modelo cualitativo que resume muchos elementos de la resiliencia que se encuentran en diversas culturas y situaciones. Es una propuesta de una ayuda práctica simple sin ser simplista (Vanistendael, Vilar y Pont, 2009).

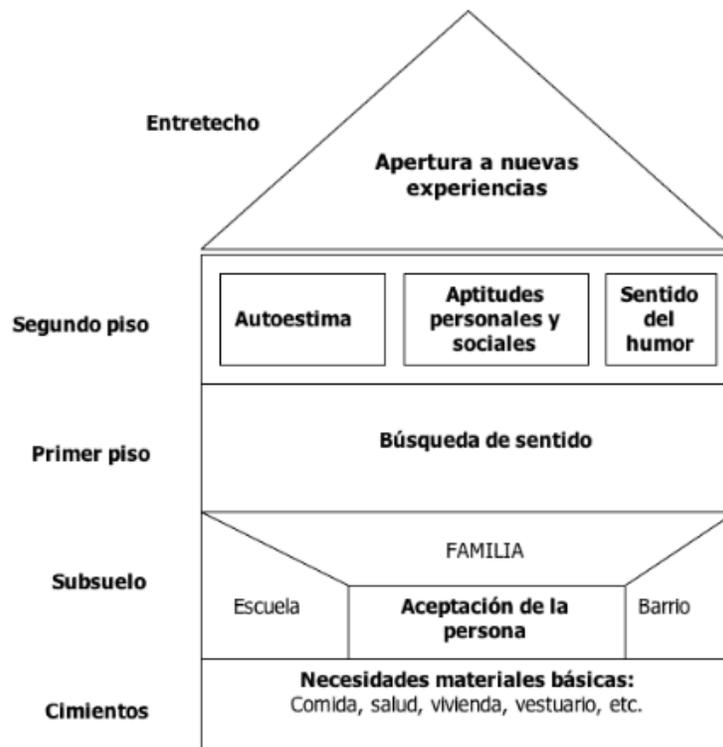


Figura 1. Modelo de la casita de resiliencia (Vanistendael, 2004; Tomado de Puig y Rubio, 2011).

1.1.4. Elementos de la resiliencia

Entre las distintas características que pueden encontrarse en las personas resilientes se encuentran un alto nivel de autoestima, capacidad de afrontamiento y apoyo social (Esquivel, 2008). Estos elementos se describen brevemente en los siguientes párrafos.

La autoestima ocupa un lugar importante. Investigaciones sugieren que es un factor predictor de la resiliencia. Determina el grado en que un individuo se percibe así mismo capaz y valioso; entre mejor actitud tenga una persona de sí mismo se podrá enfrentar mejor al mundo aprovechando de una mejor manera sus habilidades (González-Arratia, Reyes, Valdez y Gonzáles, 2010). La autoestima afecta todos los aspectos de la vida de la

persona y es considerado como un requisito para una vida plena. Es un factor muy ligado con la aceptación incondicional y con el ejercicio de las aptitudes y destrezas puesto que también implica la capacidad que tiene una persona para resolver sus problemas (Fiorentino, 2008). Por otra parte, en el plano deportivo se ha visto que la autoestima está relacionada con el éxito deportivo (Hurtado, 2014).

En lo que respecta al enfrentamiento, de acuerdo con Fletcher y Sarkar (2013) hace referencia a las estrategias empleadas después de la evaluación de un evento estresante. Se diferencia de la resiliencia en que esta última interviene en cómo se valora un evento e influye en el proceso de estrés en múltiples etapas, la valoración individual de los factores estresantes, las metacogniciones en respuesta a las emociones y la selección de estrategia de enfrentamiento.

En cuanto a los estilos de enfrentamiento, un estudio realizado en Yucatán por Góngora y Reyes (1999) en una muestra de adolescentes (14-18), adolescentes tardíos (10-22), jóvenes adultos (23-30), adultos (31-39) y adultos tardíos (39-55) reveló que los yucatecos tienden a presentar un estilo revalorativo alto y un menor estilo evasivo y emocional negativo, lo que indica que en esta población los sujetos, ante los problemas, tienden a buscar una solución tratando de ver lo positivo de la situación y aprender de ella en lugar de evadirlos. Por otro lado, tomando en cuenta la prevalencia de este estilo de enfrentamiento tanto en hombres como en mujeres de diferentes edades, pareciera ser que una característica de los yucatecos es destacar los aspectos más positivos de su personalidad (Góngora, 2010).

En lo que respecta al contexto deportivo García, Molinero y Salguero (2016) señalan que tener un alto nivel de resiliencia se asocia con estrategias de enfrentamiento

que podrían contribuir a una adaptación más efectiva a los desafíos y posibles fallas en los deportes competitivos.

En cuanto al apoyo social, las relaciones familiares son las primeras que sirven a cada individuo para satisfacer sus necesidades y retroalimentarse. Estas son las más duraderas y pueden proporcionar distintos tipos de apoyo mientras que los amigos representan una relación secundaria que es parte del proceso de socialización de las personas y que en ocasiones suelen adquirir gran importancia y tener mucha influencia, sobre todo en determinadas etapas de la vida de cada individuo (González y Landero, 2014). Además de ser una de las variables psicosociales relacionadas con la resiliencia, parece ser que tiene una relación con la autoestima ya que se ha visto que en los adolescentes con baja autoestima actúa como un amortiguador del estrés en presencia de un autoconcepto y autovaloración bajos (Leiva, Pineda y Encina, 2013).

En lo que al contexto deportivo respecta, el apoyo social es una de las variables de mayor influencia ya que no afecta únicamente el rendimiento deportivo, sino que ha demostrado su relación con los trastornos de Burnout (Pedrosa, García-Cueto, Suárez-Álvarez y Pérez, 2012). En este contexto, el apoyo social hace referencia a todas aquellas personas directamente relacionadas con el deporte, pero no al número de relaciones que tiene el deportista sino más bien a las personas que le brindan apoyo en una dificultad (Saranson, Saranson y Pierce, 1990; como se citó en Pedrosa, García-Cueto, Suárez-Álvarez y Pérez, 2012).

1.1.5. Intervenciones en resiliencia

La resiliencia ha sido objeto de programas aplicados a determinadas poblaciones.

En los siguientes párrafos se presentan algunos de ellos:

Puerta (2006) realizó una intervención en una población de familias codependientes, es decir, familias que se caracterizan por mantener relaciones de codependencia que implican un sistema habitual de pensar, sentir y comportarse en relación consigo mismas y con los demás lo que genera conflicto y dolor. El trabajo consistió en 10 sesiones de 2 horas para entrenar a los miembros de las familias en el empleo de principios de interacción emocional y mediación cognitiva con lo cual se pretendía activar la resiliencia llevándolos a fortalecer vínculos afectivos sanos. Seis meses después de la intervención se hizo una evaluación a los sujetos obteniendo resultados muy satisfactorios. Esta intervención demostró efectividad del fortalecimiento de la resiliencia para facilitar la solución de problemas como la farmacodependencia.

Sánchez (2016) realizó una evaluación de la efectividad de un programa de intervención terapéutica en resiliencia en una institución de educación superior. El pre-test se realizó a un total de 325 sujetos de los cuales, según la prueba aplicada, 70 contaban con una escasa capacidad de resiliencia. Sin embargo, el programa fue aplicado a una población de 10 sujetos por cuestiones de falta de recursos humanos y constó de 6 sesiones con una hora de duración de psicoterapia breve mediante la estrategia de concienciación y práctica, y una sesión más para la evaluación post-test. El programa de intervención se realizó desde el enfoque cognitivo-conductual, aunque también se usaron algunas estrategias terapéuticas del enfoque humanista. Los autores concluyeron, que la prueba piloto del programa

demonstró resultados positivos habiendo cambios en los 10 participantes, aunque no en un nivel de resiliencia alto.

Cerquera y Pabón (2015) diseñaron un modelo de intervención psicológica en resiliencia con un enfoque cognitivo-conductual, para cuidadores informales de pacientes con demencia tipo Alzheimer tomando en cuenta las variables depresión, resiliencia, apoyo social y estrategias de enfrentamiento. Para la formulación del protocolo, los autores tomaron como base 10 sesiones de 90 minutos, de las cuales 8 corresponden al modelo de intervención y 2 (la primera y la última) a la presentación y al cierre, cada una con el enfoque cognitivo conductual. Su trabajo va dirigido a una población de cuidadores informales de pacientes con demencia de tipo Alzheimer de 18 años en adelante (sin límite de edad) con un grupo máximo de 25 personas. El objetivo final de esta intervención es mitigar el malestar psicológico y emocional del cuidador.

El programa de intervención fue aplicado tiempo después por Cerquera, Pabón y Ruiz (2017) a una muestra de 10 cuidadores informales que no recibían remuneración, no contaban con capacitación y que convivían con el paciente. La implementación del programa se llevó a cabo en 10 sesiones. La primera sesión consistió en la presentación, la segunda en el trabajo de la autoconfianza, la tercera se centró en reconocer por medio de las experiencias positivas las características de vida estable, la cuarta se trabajó el apoyo social, en la quinta sesión se trabajó el fortalecimiento de la autoestima, la sexta trato sobre la perseverancia y la decisión como competencias personales desarrolladas, en la séptima el objetivo fue identificar la decisión como una característica importante de la competencia personal, la octava se centró en identificar los derechos del cuidador para mejorar su calidad de vida, la novena en inhibir acciones, sentimientos y creencias indeseables para

desarrollar las competencias personales de resiliencia y la décima, es decir el cierre, consistió en la evaluación del programa de intervención. Con este trabajo se llegó a la conclusión que la intervención en resiliencia responde a una necesidad básica de los cuidadores.

Como se puede observar en los párrafos anteriores, resiliencia no es una nueva técnica de intervención. Está conformada por un proceso relacionado con conocimientos y habilidades que llevan al individuo a adoptar una mirada más positiva sobre las personas y la existencia (Muñoz y De Pedro, 2005). Sin embargo, hay que tomar en cuenta que el trabajo de la resiliencia en la solución de problemas sociales que acontecen a un momento y contexto específico es difícilmente generalizable a otros contextos dadas las particularidades de cada caso pues se trata de un fenómeno humano y una experiencia de vida es difícilmente replicable (García-Vesga y Dominguez-de la Ossa, 2013).

1.1.6. Resiliencia en el contexto deportivo

La resiliencia ha sido muy estudiada en diversos campos como la psicología clínica y la general, por lo que es de llamar la atención que no haya el mismo interés por parte de los psicólogos del deporte debido a que en el contexto deportivo son comunes las adversidades y el estrés (Gucciardi, Jackson y Coulter, 2011; Mellalieu, Neil, Hanton y Fletcher, 2009).

Los estudios que se han llevado a cabo se han centrado en adultos mayores, mujeres víctimas de abuso (Vera, 2008), poblaciones escolares, poblaciones con trastornos alimenticios (Puig y Rubio, 2011), comunidades expuestas a situaciones estresantes (Mancini y Bonano, 2009; como se citó en García et al., 2014) etc., lo cual indica que las

teorías de la resiliencia se basan tradicionalmente en poblaciones clínicas (García et al., 2014).

Debido a lo específicas que son las conclusiones extraídas de los estudios en poblaciones generales, no pueden ser fácilmente aplicables a estudios que relacionan resiliencia y deporte debido a que no es lo mismo evaluar a sujetos con un alto rendimiento deportivo que conscientemente se exponen a situaciones complicadas de superar, para así lograr elevar su rendimiento en el deporte, a evaluar poblaciones clínicas donde los sujetos son forzados a desarrollar cualidades resilientes con el objetivo de seguir funcionando de manera normal (Fletcher y Sarkar, 2012).

Siguiendo con lo anterior, está el hecho de que en el deporte es común que el atleta esté expuesto a factores estresantes relacionados con la competencia tales como una preparación inadecuada, lesiones, expectativas de terceras personas sobre su rendimiento, etc., así como factores que tienen que ver con la organización como son los viajes, relaciones interpersonales, condiciones meteorológicas, problemas relacionados con el propio deporte, etc. (Gucciardi et al., 2011; Mellalieu et al, 2009). Sin embargo, pese a todo lo anterior hoy en día se sabe que la resiliencia es uno de los factores que permite al deportista alcanzar el éxito y superar las adversidades durante su carrera deportiva (García, Molinero y Salguero, 2016).

Aquellos atletas con bajo nivel de resiliencia son, psicológicamente más vulnerables ante lo negativo que pueda acontecer en su realidad y tienden a reaccionar ante estas adversidades con agresividad o frustración (Dramismo, 2007; como se citó en Chacón, Castro-Sanchez, espejo-Garcés y Zurita, 2016). Es importante el estudio de la resiliencia en esta población para así lograr que los deportistas puedan mejorar aquellos factores o

habilidades que les permitan superar la adversidad (Ortín-Montero, de la Vega y Gonsálves-Botella, 2013) puesto que es importante que puedan utilizar y optimizar una constelación de factores protectores para resistir el estrés en el que se encuentran (Sarkar y Fletcher, 2014).

Un punto que llama la atención es que cuando un deportista llega a una etapa importante en su carrera, las dificultades se vuelven un reto motivante para él, lo que ayuda al aumento de su capacidad resiliente (García et al., 2014) por lo cual algunos elementos determinantes para la resiliencia y para un óptimo rendimiento deportivo son la personalidad positiva, un elevado nivel de motivación y confianza (Gutiérrez, 2014) una fuerte capacidad de concentración para descentrar el foco estresor y el apoyo social percibido (Chacón et al., 2016).

Siguiendo la línea anterior, es importante recalcar que diversos trabajos de investigación como los de Forés y Grané (2008), Ruíz-Parragá y López-Martínez (2012) y Young (2014), determinan que entre los efectos positivos de la resiliencia en las personas se encuentran la gestión adecuada de situaciones de estrés, el crecimiento personal, el aumento de la capacidad de logro, alcanzar un estado de bienestar o la autoeficacia.

1.1.7. Investigaciones en psicología del deporte

Entre los trabajos de investigación que se han realizado sobre la resiliencia en el contexto deportivo pueden mencionarse los siguientes.

Machida, Irwin y Feltz (2013) a través de la aplicación de una entrevista semiestructurada a 12 jugadores de rugby sobre ruedas demostraron la forma multifactorial en que se desarrolla la resiliencia y la implicación del factor personalidad rasgo y las

experiencias vitales experimentadas. A raíz de su investigación, los autores encontraron que el deporte podría proporcionar experiencias únicas a las personas con discapacidad, y podría ser un medio sostenible de mantener a las personas con discapacidad físicamente activas y ayudarles en el aspecto psicosocial de su recuperación.

En 2014, Belem, Malheiros, Andrade, Lopes y Florese realizaron un estudio con 48 jugadores de voleibol (24 hombres y 24 mujeres) sobre el impacto que tienen las estrategias de afrontamiento en la resiliencia llegando a la conclusión de que las estrategias relacionadas con el afrontamiento a la adversidad y la motivación tienen un impacto en la resiliencia de los deportistas. En ese sentido, utilizando emociones positivas ante situaciones adversas, los deportistas resilientes superan eficazmente los desafíos y presiones del entorno deportivo lo cual aumenta su posibilidad de éxito. Para los autores, estos hallazgos indican que las estrategias de afrontamiento están involucradas en la recuperación positiva de experiencias desfavorables lo que permite a los deportistas desarrollar un perfil resiliente.

Otro trabajo sobre resiliencia y deporte lo presentan Chacón et al., (2016) en un estudio descriptivo y de carácter transversal cuya finalidad fue conocer si existen diferencias en función del deporte practicado y el nivel de competición con respecto a la resiliencia en una muestra de 39 deportistas (12 practicaban fútbol, 16 balonmano y 11 esquí). Los resultados revelaron que la resiliencia es más alta en los deportistas que practican esquí y más baja en los futbolistas y que no hay diferencias significativas en cuanto a la relación resiliencia-modalidad deportiva. En torno a los factores resilientes, los jugadores de fútbol y balonmano alcanzaron puntuaciones altas en autoconfianza en la propia intuición y tolerancia a la adversidad a la vez que los deportistas de esquí obtuvieron

puntuaciones altas en el factor de aceptación positiva al cambio y en general se obtuvieron puntuaciones menores en las influencias espirituales.

Otro estudio interesante sobre el tema es el realizado por Vallarino y García (2016) quienes relacionan el burnout, la resiliencia y el optimismo en una muestra de 130 deportistas femeninas de hockey sobre hierba cuyos resultados indicaron que pese a que existe un porcentaje elevado de deportistas que presentan sintomatología de burnout, el porcentaje de quienes realmente lo padecen es bajo. En cuanto a la resiliencia, los investigadores señalan que la mayoría de los deportistas se encontraban en un perfil moderado mientras que un pequeño porcentaje tiene niveles elevados. En cuanto a la relación resiliencia-burnout-optimismo, quienes presentaron sintomatología de burnout tienen niveles más bajos de resiliencia y son menos optimistas en comparación con el resto. Otros estudios importantes sobre el tema se presentan en la tabla 2.

Tabla 2.

Otras investigaciones importantes sobre la resiliencia en el ámbito deportivo tomado de García et al. (2014).

| Título | Autor(es) y año de publicación | Revista o libro en que se publico | Temática |
|--|---------------------------------------|--|---|
| Resilience of athletes with physical disabilities: A cross-sectional study | Cardoso y Sacomori (2014) | Revista de psicología del deporte vol. 23 | Resiliencia, discapacidad física y validación de la escala de resiliencia de Wagnild y Young. |
| Resiliencia, optimismo y burnout en judokas de competición uruguayos | Reche, Tutte y Ortín (2014) | Revista Iberoamericana de psicología del ejercicio y el deporte vol. 9 | Resiliencia, optimismo y burnout. |

| | | | |
|---|---|--|--|
| Relationship between sport, resilience, quality of life and anxiety | Cevada et al. (2012) | Revista de psiquiatría clínica vol. 39 | Ejercicio físico, afrontamiento y salud mental |
| A grounded theory of psychological resilience in Olympic champions | Fletcher y Sarkar (2012) | Psychology of sport and exercise vol. 13 | Resiliencia, deporte de elite, rendimiento deportivo y estrés. |
| Development and validation of a trait measure of rebustness of self-confidence | Beattie, Hardy, savage, Woodman y Callow (2011) | Psychology of sport and exercise vol. 12 | Personalidad, confianza, fortaleza, autoeficacia y resiliencia |
| The Connor – Davison Resilience Scale (CD-RISC): Dimensionality and age-related measurement invariance with Australian cricketers | Gucciardi et al (2011) | Psychology of sport and exercise vol. 12 | Resiliencia, personalidad, CD-RISC y Cricket |
| Relation of resilience with sport achievement and mental health in a sample of athletes | Hosseini y Basharat (2010) | Social and behavioral sciences vol. 5 | Resiliencia, salud mental y alto rendimiento deportivo |
| High level athletes' perceptions of success in returning to sport following injury | Podlog y Eklund (2009) | Psychology of sport and exercise vol. 10 | Lesión, percepción de éxito y teoría de autodeterminación |
| Towards the development of a conceptual model of batting expertise in cricket: A grounded theory approach | Weissensteiner, Abernethy y Farrow (2009) | Journal of applied psychology vol. 2 | Resiliencia, modelo conceptual, élite y cricket |

| | | | |
|---|--------------------------|-----------------------------------|---|
| “Bouncing back” from adversity: Athletes’ experiences of resilience | Galli y Vealey (2008) | The sport psychologist vol. 22 | Resiliencia, adversidad, modelo teórico |
|---|--------------------------|-----------------------------------|---|

1.2. Lesión deportiva

A lo largo de la historia el deporte ha sido considerado como una característica del ser humano. Se practica en casi todas las civilizaciones y naciones alrededor del mundo involucrando a un gran número de personas quienes lo practican por placer o recreación siguiendo una serie de lineamientos y reglas (Lawther, 1987). Aporta a quien lo practica una mejor calidad de vida ya que ayuda a tener una mejor función cardiovascular, aumento de fuerza y flexibilidad (Walker, 2010).

Sin embargo, aunque el deporte suele asociarse con aspectos relacionados con la salud, también conlleva un considerable riesgo de lesiones en quienes lo practican, ya sean personas que realizan actividad física de mantenimiento, jóvenes que compiten en deportes escolares o deportistas profesionales (Olmedilla, García y Martínez, 2006), afectando negativamente su calidad de vida (Abenza, Olmedilla y Ortega, 2009).

1.2.1. Definición y clasificación de las lesiones

Walker (2010) señala que una lesión deportiva es un término que suele utilizarse para cualquier lesión del sistema músculo-esquelético y significa cualquier tipo de lesión, dolor o daño físico que se produce en el deporte, actividad física o ejercicio. En cuanto a la gravedad de la lesión, este autor presenta la siguiente clasificación:

- Leves: Aquellas lesiones que producen dolor e hinchazón menor y no afectan negativamente el rendimiento deportivo o causan deformación o sensibilidad en el área afectada.
- Moderadas: Aquellas lesiones que producen algo de dolor e hinchazón y limitan el rendimiento del deportista. Este tipo de lesiones producen sensibilidad en el área afectada, así como cambios de color.
- Grave: Aquellas lesiones que ocasionan mucho dolor e hinchazón por lo que tienen afectaciones negativas en el rendimiento del deportista, así como también en sus actividades de la vida diaria. En cuanto a la zona afectada, son comunes los cambios de color y la deformación de la misma.

Según el Sistema Nacional de Informes de Lesiones/Enfermedades de los atletas (NAIRS), los criterios propuestos para la clasificación de las lesiones y su delimitación respecto al cese o baja de la práctica deportiva señalan que una lesión leve no impide al deportista volver a la práctica efectiva en el plazo de una semana, una lesión moderada permite el regreso a la práctica deportiva en un periodo comprendido entre 8 y 21 días, y una lesión grave impide el regreso a la práctica deportiva en menos de 21 días (Clarke y Miller, 1977; Coddington y Troxell, 1980; Petrie, 1992; Schneider, 2006; como se citó en Berengüi, 2011)

La información referente a los tipos de lesión que puede afectar a los deportistas se presenta en la siguiente tabla:

Tabla 3.

Tipos de lesiones tomado de Hägglund, Waldén, Bahr y Ekstrand (2005; como se citó en Romero y Tous, 2011).

| Tipo de lesión | Lesión | Descripción |
|-----------------------|---------------|--|
| Traumática | Esguinces | Distensión aguda de los ligamentos o capsula articular. |
| | Distención | Elongación de músculos y tendones. |
| | Contusión | Esquimosis del tejido sin existencia de una lesión relacionada clasificada en algún otro apartado. |
| | Fractura | Ruptura traumática de un hueso. |
| | Luxación | Desplazamiento total o parcial de partes óseas de una articulación. |
| | Otras | Lesiones no recogidas en otros puntos, por ejemplo, heridas, contusiones en la cabeza, etc. |
| Por sobreuso | | Síndrome doloroso del sistema musculoesquelético con un inicio insidioso y sin ningún traumatismo o enfermedad conocido que pueda haber presentado sintomatología previa |

1.2.2. Estudios sobre lesiones deportivas

Con el paso de los años se han realizado diversos estudios que ponen de manifiesto la incidencia de lesiones en diferentes deportes y en diferentes poblaciones.

Un estudio realizado en el mundial de fútbol de 2002 señaló que en aquel evento se registraron 171 lesiones, lo que equivale a una incidencia de 2.7 lesiones por partido u 81

lesiones por cada 1 000 horas de juego. En dicha cifra las partes del cuerpo más afectadas fueron el tobillo (17%), el muslo (16%), la pierna (15), la rodilla (12%), la cabeza y el cuello (16%). Las contusiones representaron la mitad de las lesiones mientras que las distensiones representaron el 15% y los esquinces el 14% (Romero y Tous, 2011).

Un estudio realizado en diversas modalidades deportivas en España por Pujas, Rubio, Márquez, Sánchez y Ruiz -Barquin (2016) arrojó los siguientes resultados:

- Cuanto mayor es el nivel competitivo, mayor es el número de lesiones por temporada.
- La mayoría de las lesiones se presentan en los miembros inferiores (aunque este resultado podría ser debido a la distribución de las modalidades deportivas muestreadas en el estudio).
- En cuanto a la gravedad de la lesión, las lesiones más comunes son las graves que exigen una pérdida de tiempo de 8 a 28 días.
- Las lesiones se producen con mayor frecuencia a mediados de la temporada.

Investigaciones realizadas con deportistas *domingueros* indican que los deportes con mayor incidencia de lesiones en esta población son el fútbol soccer, el básquetbol, el fútbol rápido, las artes marciales, el atletismo y el fútbol americano donde el 55% de los accidentes producen lesiones no severas, como esquinces y contusiones, mientras que en el resto si hay daños mayores como fracturas y luxaciones que afectan en mayor proporción las extremidades, principalmente tobillos y muñecas (Estrada, 2008).

1.2.3. Consecuencias psicológicas de las lesiones deportivas

La investigación sobre la relación entre la psicología y las lesiones ha ido en aumento con el paso de los años. Durante el periodo 2000 – 2009 hubo un notable aumento de publicaciones respecto al tema en revistas científicas siendo el 2005 un año especialmente bueno ya que se publicaron 16 artículos (Olmedilla, Ortega, Abenza y Boladeras, 2011). El interés ha ido en aumento respecto a las variables psicológicas que se relacionan al rendimiento deportivo y a las lesiones deportivas (Berengüi, Garcés de los Fayos y Almarcha, 2010). Los estudios se han centrado en las consecuencias psicológicas para el deportista y como estas afectan el proceso de rehabilitación (Ortín, Olivares, Abenza, Gonzáles y Jara, 2014).

Sin embargo, pese a lo mencionado anteriormente, que la lesión sea percibida como como una calamidad con repercusiones en distintos aspectos para la salud depende mucho del deportista, puesto que cabe la posibilidad que la lesión sea concebida como un episodio más de la vida (Trip, Stanish, Ebel-Lam, Brewer y Birchard, 2011), en otras palabras, la lesión puede no ser en todos los casos una situación difícil en la cual el deportista deberá invertir mucho esfuerzo para salir de ella. Al respecto, Almeida, Luciano, Lameiras y Buceta (2014) argumentan que a pesar del impacto negativo de la lesión (el cual es altamente mencionado en muchas investigaciones), este evento también puede significar una oportunidad para que el deportista pueda crecer en otros aspectos del deporte. Siguiendo con esta línea, García-Mas (2008; como se citó en Olmedilla y García-Mas, 2009) señala que la lesión puede ser vista como un arma para combatir el

sobreentrenamiento o como una oportunidad para generar empatía con otros deportistas lesionados, lo cual le conferiría una connotación que no es del todo negativa.

1.2.4. Rehabilitación psicológica en lesiones deportivas

Desde sus inicios, los médicos del deporte han sido los encargados de la rehabilitación física de los deportistas, aunque con el paso del tiempo se ha visto que la rehabilitación física no es suficiente para un adecuado y exitoso regreso a las competencias puesto que para los deportistas esto puede suponer un desafío que no pueden aceptar por temor a volver demasiado pronto lo que ocasiona que la mente se sature de imágenes y pensamientos de una nueva lesión (Rotella y Heyman, 1991). Si bien es cierto que el objetivo de la rehabilitación es devolver la funcionalidad y movilidad del área lesionada sin síntomas y en el menor tiempo posible (Ridge, Swanson e Irrgang, 2008) para que la rehabilitación sea completa deben tomarse siempre en cuenta los factores psicológicos (Rotella y Heyman, 1991).

La intervención psicológica en las lesiones deportivas tiene un carácter particularmente social, lo cual se debe a la importancia epidemiológica que las lesiones tienen a nivel social y a la relación de los factores sociales en las causas de las lesiones. Por ello para lograr una adecuada intervención psicológica se deberán distinguir aquellos factores que propician la necesidad y su importancia (Hernández- Mendo, 2002), y deberá realizarse a través de una perspectiva especializada (según el tipo de deporte, edad de los deportistas, niveles, etc.) y multidisciplinaria pero con la seguridad de conocer, evaluar e incorporar los componentes psicológicos en la prevención y la rehabilitación para con ello mejorar los sistemas de evaluación y los protocolos (Palmi y Solé, 2014).

En cuanto a la importancia de la intervención, existen dos razones que la justifican, estas son 1) las razones de índole personal y de relación que se refieren a la condición física que ha sido reducida por la lesión y al aislamiento del deportista (Palmi, 1988; como se citó en Hernández-Mendo, 2002), y 2) las razones deportivas y económicas en donde lo más importante es el regreso a la actividad deportiva, así como la reducción del daño y del tiempo de inactividad que generará un menor gasto económico en general (Hernández-Mendo, 2002). Aunado a lo anterior, Ortín et al., (2014) señalan que para una adecuada rehabilitación y una mejor obtención de bienestar del deportista lesionado es importante tomar en cuenta el funcionamiento psicológico.

Tal y como se ha mencionado, en una lesión el estado de ánimo del deportista se ve afectado negativamente. Este daño se relaciona más a factores como la incertidumbre de no saber el tiempo que durará su proceso de recuperación que por la gravedad de la lesión, por ello la intervención deberá comenzar por una evaluación de la percepción del deportista sobre su tratamiento y el impacto sufrido para que los profesionales encargados de la recuperación intervengan psicológicamente, cada quien desde su área (Ortín, Garcés de los Fayos y Olmedilla, 2010). De igual manera hay que tomar en cuenta que la intervención deberá hacerse desde una perspectiva especializada y multidisciplinaria donde los aspectos psicológicos serán tomados en cuenta tanto en la prevención como en la rehabilitación (Palmi y Solé, 2014).

Por último, cabe mencionar que para evitar generar ansiedad y tensión en el deportista deben evitarse todo tipo de tácticas que fomenten el miedo, la vergüenza y relacionen las lesiones con situaciones incómodas puesto que ello posibilitaría que el deportista pierda confianza o se lesione nuevamente (Rotella y Heyman, 1991).

1.3. Resiliencia y lesión deportiva

En el deporte de alto rendimiento es común la presencia de factores tales como el estrés y un elevado esfuerzo físico que hacen más probable la ocurrencia de una lesión en el deportista (Olmedilla, Andreu, Ortín y Blas, 2009; Yuill, Pajackowsky, Jason y Howitt, 2012). Estas lesiones modifican el autoconcepto y el rendimiento (Castro et al, 2016). Por ello es importante, para evitar trastornos relacionados con las lesiones en el periodo competitivo, estudiar la capacidad que tienen los deportistas para hacer frente a este tipo de situaciones (Yabroudi e Irrigang, 2012).

Como se ha mencionado con anterioridad, existen muchos factores psicológicos asociados a las lesiones deportivas (Zurita et al., 2009). Al respecto Zurita et al., (2017) señala a raíz de sus investigaciones que a mayor resiliencia hay una menor probabilidad de sufrir una lesión deportiva lo cual también se relaciona al nivel competitivo de los deportistas resultando mayor capacidad de enfrentamiento en deportistas profesionales, debido posiblemente al equipo multidisciplinar que acompaña al deportista y trabaja para disminuir anomalías tanto en lo físico como en lo psicológico.

Por esta razón es importante tomar en cuenta para el tratamiento y la recuperación de este periodo de dificultades el uso de la resiliencia (Castro et al., 2016) ya que al no ser una capacidad innata se puede trabajar en ella para mejorar sus niveles en el deportista (Young, 2014) y ayudarlo no solo durante la lesión sino también para prevenirlas debido a que se ha visto que la implementación del trabajo psicológico en resiliencia propicia la disminución del riesgo de padecer lesiones (Zurita, et al., 2017). En este trabajo el psicólogo deberá considerar también los antecedentes del deportista, ya que, por la

naturaleza misma de la resiliencia, el haber padecido una lesión es un factor relevante para la superación de futuras lesiones de una forma más adecuada (Almeida, Luciano, Lameiras y Buceta, 2014).

Otro aspecto a considerar sobre esta variable es que su análisis puede ser un método válido, sencillo, económico y eficaz para estudiar diversos mecanismos o procesos por los cuales el deportista debe adaptarse, incluido la lesión deportiva, y al mismo tiempo producir cambios notables en la variable de interés para la intervención (García et al., 2014)

Otros datos que apoyan la relación entre la resiliencia y las lesiones deportivas son aportados por Castro et al., (2016) en su estudio encaminado a analizar las relaciones existentes entre la resiliencia y las lesiones deportivas con base al nivel competitivo en una muestra de 43 deportistas practicantes de fútbol, balonmano y deportes de invierno. Los resultados sugieren que los deportistas que se habían lesionado tenían niveles más altos de resiliencia y a partir de esto concluyo que:

- El nivel competitivo afecta de una manera directa la capacidad de afrontar las lesiones deportivas. Quienes habían competido en categorías más altas tenían una mayor capacidad de resiliencia.
- Los deportistas que habían sufrido lesiones durante las últimas tres temporadas tienen una capacidad de resiliencia superior a los que no se habían lesionado recientemente.
- La capacidad de resiliencia depende de las capacidades y habilidades individuales.
- Los niveles de resiliencia en el fútbol son ligeramente más bajos que en balonmano, y en deportes de invierno más altos.

La figura del psicólogo del deporte ha tomado gran importancia en el ámbito deportivo a tal grado que en la actualidad es difícil imaginarse un club de alto rendimiento sin la presencia de este profesional (Fenoy y Camboy, 2012) por lo cual el estudio de la resiliencia es un claro ejemplo de la labor del psicólogo deportivo (González y Zarceño, 2015; como se citó en Castro, et al., 2016), y como se ha venido explicando en párrafos anteriores, este profesional puede utilizar esta variable para crear intervenciones para el tratamiento de las lesiones deportivas.

Capítulo 2. Método

El estudio comprendió 2 etapas: la primera de diagnóstico de la población a estudiar y la segunda de intervención

2.1. Diagnóstico

2.1.1. Objetivo general

- Identificar los niveles de resiliencia de los deportistas universitarios de la UADY (sean o no seleccionados) que hayan o estén pasando por un proceso de lesión del sistema músculo-esquelético, para posteriormente realizar una intervención basada en el modelo de la casita de resiliencia de Vanistendael haciendo énfasis en las variables apoyo social, autoestima y enfrentamiento que presenta el modelo.

2.1.2. Objetivos específicos

- Identificar los niveles de resiliencia en los deportistas universitarios de la UADY que hayan o estén pasando por una lesión deportiva.
- Identificar los niveles actuales de autoestima en los deportistas universitarios de la UADY que hayan o estén pasando por una lesión deportiva.
- Identificar los tipos de enfrentamiento predominantes en los deportistas universitarios de la UADY que hayan o estén pasando por una lesión deportiva.
- Identificar los niveles actuales de apoyo social en los deportistas universitarios de la UADY que hayan o estén pasando por un proceso de lesión deportiva.

- Comprobar si existe relación entre los niveles de resiliencia de los deportistas lesionados y los deportistas no lesionados con los predictores de la resiliencia (autoestima, enfrentamiento y apoyo social).

2.1.3. Preguntas de investigación.

1.- ¿Cuáles son los niveles de resiliencia de los deportistas universitarios de la UADY?

2.- ¿Cuáles son los niveles de autoestima de los deportistas universitarios de la UADY?

3.- Cuáles son los tipos de enfrentamiento predominantes en los deportistas universitarios de la UADY?

4. ¿Cuáles son los niveles de apoyo social en los deportistas universitarios de la UADY?

2.1.4. Características de la muestra

La muestra estuvo constituida por 137 deportistas universitarios de distintas modalidades deportivas de la ciudad de Mérida (53.3% hombres y 46.7% mujeres; rango de edad entre 17 y 26 años, media = 20.65 y DE = 1.95). Todos ellos participantes voluntarios que firmaron el consentimiento informado para formar parte en el estudio. El muestreo que se utilizó fue no probabilístico puesto que la elección de los sujetos no dependió de la probabilidad, sino de las causas relacionadas con las características de la población o de quien hace la muestra (Hernández, Collado y Baptista, 2010). Por lo tanto, el criterio de inclusión fue que los deportistas hayan o estuvieran pasando por un proceso de lesión del

sistema musculoesquelético. El reclutamiento se realizó de manera circunstancial, incluyéndose en la muestra practicantes de los siguientes deportes: balonmano (16 deportistas), basquetbol (17 deportistas), béisbol (22 deportistas), esgrima (12 deportistas), fútbol (26 deportistas), gimnasia aeróbica (3 deportistas), halterofilia (9 deportistas), rugby (6), softbol (11 deportistas) y voleibol (15 deportistas).

2.1.5. Instrumentos

- a) Resiliencia: Cuestionario de resiliencia (González-Arriata, 2011). Consta de 32 ítems de opciones de respuesta tipo Likert de cinco puntos (el valor 1 indica nunca y el 5 indica siempre) (varianza de 37.82% y Alpha = .919) dividida en tres dimensiones que son: Factores protectores internos, factores protectores externos y empatía. El cuestionario puede ser usado por niños de entre 7 y 15 años, aunque también ha sido aplicada a individuos con mayor edad teniendo resultados convenientes (González-Arriata, Valdéz y Oudhof, 2009; como se citó en González-Arriata, 2011).
- b) Autoestima: Escala de Autoestima de Rosemberg en su adaptación al español (Atienza, Balaguer y Moreno, 2000). Consta de 10 ítems de opción de respuesta estilo Likert de cuatro puntos que van de 1 (muy en desacuerdo) a 4 (muy de acuerdo) y con una media teórica de 2.5. La escala puede ser interpretada de acuerdo a 2 modelos, un modelo unifactorial y uno bifactorial. Este último consta de 2 factores o dimensiones que son: Autoestima positiva y autoestima negativa.

- c) Escala Multifactorial y Multidimensional de enfrentamiento a los Problemas (Reyes y Góngora, 1998). Mide una dimensión duradera y estable de la vida que es el enfrentamiento como rasgo que tendría más relación con el enfrentamiento como estilo y una segunda dimensión, más cambiante y temporal que es la del enfrentamiento como estado que se relaciona más con la situación y con las estrategias o respuestas de enfrentamiento. La prueba se elaboró tomando en consideración diferentes situaciones en las que las personas enfrentan problemas de las cuales una es general y cinco más específicas. Para los fines de la investigación se usará únicamente el apartado correspondiente al enfrentamiento como rasgo que consiste en una escala de tipo Likert de 18 reactivos ($\text{Alpha} = 0.744$) con un rango de 1 a 7 y una media teórica de 4. Se compone de 4 factores, 1) directivo-revalorativo, 2) emocional-negativo, 3) evasivo y 4) apoyo social.
- d) Escala de apoyo social familiar y de amigos - AFA-R (Gonzales y Landero, 2014). Consta de 14 ítems de opción de respuesta estilo Likert ($\text{Alpha} = .918$) que va de 1 (nunca) a 5 (siempre) y una media teórica de 3. Mide dos dimensiones que son apoyo familiar y apoyo amigos.

2.2. Intervención

2.2.1. Objetivo general

Realizar una intervención psicológica con el enfoque cognitivo-conductual para aumentar los niveles de resiliencia de los deportistas universitarios de la UADY que estén o

hayan pasado por un proceso de lesión deportiva, basada en el modelo de la casita de la resiliencia de Vanistendael.

2.2.2. Objetivos específicos

- Proporcionar habilidades de búsqueda de apoyo social a los deportistas universitarios de la UADY que estén o hayan pasado por un proceso de lesión deportiva mediante el uso de técnicas cognitivo-conductuales.
- Aumentar los niveles de autoestima de los deportistas universitarios de la UADY que estén o hayan pasado por un proceso de lesión deportiva mediante el uso de técnicas cognitivo-conductuales.
- Enseñar estrategias cognitivo-conductuales que ayuden a optimizar las habilidades de enfrentamiento de los deportistas universitarios de la UADY que estén o hayan pasado por un proceso de lesión deportiva.
- Emplear las técnicas cognitivo-conductuales que se apeguen al modelo de la casita de la resiliencia para trabajar las variables correspondientes a las necesidades básicas, búsqueda de sentido, sentido del humor y apertura a nuevas experiencias.

2.2.3. Variables

2.2.3.1. Variable independiente

Programa de intervención en resiliencia.

Un programa de intervención se define operacionalmente como una serie de acciones organizadas con el objetivo de mejorar las condiciones de vida (Diccionario de la Real Academia Española, 2011; como se citó en Guzmán, 2012). A su vez la resiliencia se

puede definir como la habilidad individual para mantener, relativamente estable, los niveles de funcionamiento y competencia, o experimentar una adaptación positiva una vez ha pasado la exposición a una adversidad significativa o acontecimiento estresante (Luthar Cicchetti y Bronwyn, 2000). Al no existir una definición conceptual de la variable de intervención en resiliencia se definirá conceptualmente usando la definición conceptual de los elementos que la componen quedando así: *una serie de acciones organizadas con el objetivo mejorar la habilidad individual para mantener, relativamente estable, los niveles de funcionamiento y competencia, o experimentar una adaptación positiva una vez que ha pasado la exposición a una adversidad significativa o acontecimiento estresante.*

Operacionalmente se define como un modelo de intervención impartido de manera grupal a deportistas universitarios con una duración de 6 sesiones de las cuales 2, las correspondientes a la presentación del programa y al cierre, tuvieron una duración de 1 hora, y las 4 restantes, correspondientes al trabajo de las variables del modelo, tuvieron una duración de 2 horas (1 hora dedicada al trabajo de cada variable exceptuando el sentido del humor cuya sesión tiene una duración de 2 horas por la naturaleza de la dinámica diseñada). Cada sesión tiene como objetivo incrementar los niveles de resiliencia de los deportistas universitarios que han sufrido alguna lesión deportiva.

2.2.3.2. Variables dependientes

Resiliencia: La resiliencia se puede definir como la habilidad individual para mantener, relativamente estable, los niveles de funcionamiento y competencia, o experimentar una adaptación positiva una vez ha pasado la exposición a una adversidad significativa o acontecimiento estresante asociado a una lesión deportiva (Luthar Cicchetti

y Bronwyn, 2000). Operacionalmente será el puntaje obtenido por cada uno de los deportistas en la Escala de Resiliencia (González-Arratia, 2011).

Autoestima: La autoestima puede definirse conceptualmente por la suma de la confianza y el respeto por uno mismo (Branden, 1991, en Fiorentino, 2008).

Operacionalmente será el puntaje obtenido por cada uno de los deportistas en la Escala de Autoestima de Rosenberg en su versión española (Atienza, Balaguer y Moreno, 2000).

Estilo de enfrentamiento: se puede definir conceptualmente como el esfuerzo cognitivo, emocional y conductual constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo (Góngora y Reyes, 1999). Operacionalmente será el puntaje obtenido por cada uno de los deportistas en los estilos de enfrentamiento que mide la sub escala de Enfrentamiento a los Problemas de la Vida (Reyes y Góngora, 1998).

Apoyo social: es la aceptación incondicional de una persona significativa, la sensación del niño o adulto de sentirse aceptado y tener el soporte de alguien significativo como un familiar o un amigo (Fiorentino, 2008; Vanistendael, Vilar y Pont, 2009).

Operacionalmente será el puntaje obtenido de cada uno de los deportistas en la Escala de Apoyo Social Familiar y de Amigos (Gonzales y Landero, 2014).

2.2.4. Preguntas de investigación e hipótesis

1. ¿Cuáles son los efectos del programa de intervención en resiliencia en los deportistas universitarios de la UADY?

H0: No existen diferencias estadísticamente significativas en la medición de la variable resiliencia antes y después del programa de intervención.

HA: Existen diferencias estadísticamente significativas en la medición de la variable resiliencia antes y después del programa de intervención.

2. ¿Cuáles son los efectos después del programa de intervención en resiliencia en la variable autoestima en los deportistas universitarios de la UADY?

H0: No existen diferencias estadísticamente significativas en la medición de la variable autoestima antes y después del programa de intervención.

HA: Existen diferencias estadísticamente significativas en la medición de la variable autoestima antes y después del programa de intervención.

3. ¿Cuáles son los efectos después del programa de intervención en resiliencia en la variable enfrentamiento en los deportistas universitarios de la UADY?

H0: No existen diferencias estadísticamente significativas en la medición de la variable enfrentamiento antes y después del programa de intervención.

HA: Existen diferencias estadísticamente significativas en la medición de la variable enfrentamiento antes y después del programa de intervención.

4. ¿Cuáles son los efectos después del programa de intervención en resiliencia en la variable apoyo social en los deportistas universitarios de la UADY?

H0: No existen diferencias estadísticamente significativas en la medición de la variable apoyo social antes y después del programa de intervención.

HA: Existen diferencias estadísticamente significativas en la medición de la variable apoyo social antes y después del programa de intervención.

2.2.5. Tipo y diseño de estudio

Se llevó a cabo un estudio de campo puesto que se trabajó en el lugar donde se desarrolla el problema. La metodología utilizada fue de diseño pre-experimental con un diseño pre-test y post-test con un grupo control para conocer los cambios significativos generados a partir de la intervención.

2.2.6. Metas

- Que al menos el 80% de los deportistas con las puntuaciones más bajas en el pre-test en la variable apoyo social, al finalizar la intervención, obtengan una puntuación más alta en el post-test.
- Que al menos el 80% de los deportistas con las puntuaciones más bajas en el pre-test en la variable autoestima, al finalizar la intervención, obtengan una mejor puntuación en el post-test.
- Que al menos el 80% de los deportistas con las puntuaciones más bajas en los estilos de enfrentamiento positivo en el pre-test, al finalizar la intervención, obtengan una mejor puntuación en el post-test.

2.2.7. Finalidad

Realizar de un programa de intervención dirigido a deportistas universitarios que estén o hayan pasado por un proceso de lesión deportiva, cuyas actividades contribuyan al aumento de los niveles de resiliencia de los mismos, generando deportistas mejor preparados para enfrentar los efectos psicológicos negativos de la lesión deportiva y tener una mejor adherencia al proceso de rehabilitación para que, en caso de sufrir una nueva

lesión, puedan regresar a sus entrenamientos y competencias en la mejor condición física y psicológica posible.

2.2.8. Métodos y técnicas

Para el diseño de la intervención se utilizó el Modelo de la Casita de la Resiliencia de Vanistendael (descrito en el apartado del marco teórico) y para lograr un cambio en las variables que conforman el modelo elegido se utilizaron técnicas tomadas del enfoque cognitivo-conductual debido a que tanto los objetivos del enfoque como los del modelo pueden verse como similares al buscar generar en los individuos habilidades para poder adaptarse ante determinadas situaciones, en parte, a través de la modificación de pensamientos y emociones para poder regular mejor la conducta. Además, el enfoque cognitivo-conductual resalta por ser el más utilizado en las intervenciones para el tratamiento psicológico de las lesiones deportivas (Vealey, 2007; como se citó en Sole, Carranca, Serpa y Palmi, 2014).

2.2.9. Especificación de las tareas y actividades

El programa de intervención consistió en 6 sesiones de las cuales, 4 correspondieron al trabajo psicológico de cada una de las variables que componen la resiliencia según el modelo elegido (necesidades básicas, apoyo social, búsqueda de sentido, autoestima, aptitudes personales y sociales, humor y búsqueda de experiencias) y 2, la inicial y la final, a la presentación del proyecto y al cierre del mismo.

*Se realizaron algunas modificaciones al orden del trabajo de las variables. Las razones de dichos cambios se presentan en el siguiente apartado.

2.2.10. Descripción de las actividades

Contacto con los deportistas elegidos para la intervención.

Con ayuda de la psicóloga del área de psicología del deporte de la UAIS, se contactó vía celular, a los deportistas elegidos para la intervención y se les citó en el edificio del polifuncional de la UADY para la presentación del programa de intervención.

Sesión 1. Presentación del programa.

Primeramente, se procedió a la presentación del psicólogo encargado del programa de intervención y de cada uno de los deportistas para luego dar paso a la descripción del programa de intervención. Durante la presentación se resolvieron las dudas de los deportistas sobre las actividades. Posteriormente se procedió a la firma de la carta de consentimiento informado como evidencia de que cada deportista acepto voluntariamente formar parte del programa de intervención. Luego se fijaron los horarios y duración de las sesiones tomando en cuenta las sugerencias de los deportistas para evitar afectar alguna de sus actividades tanto deportivas como escolares quedando el trabajo de las variables del modelo en 4 sesiones de 2 horas cada una, lo cual significa que durante una sesión se trabajaron 2 variables (1 hora cada variable) exceptuando la primera debido a que se trabajó con base en la proyección de una película.

Sesión 2. Humor

Objetivo

Que los deportistas aprendan a interpretar de forma diferente (más positiva) la adversidad y puedan reflexionar sobre las distintas formas de abordar una adversidad.

Descripción de la sesión

*Pese a que en el modelo de la casita el sentido del humor corresponde a la variable número siete, se decidió comenzar la intervención trabajando con esta variable debido a que las dinámicas creadas para la misma pueden ayudar a generar un ambiente positivo entre los deportistas y una actitud favorable hacia la intervención.

La sesión comenzó con una pequeña dinámica rompe hielo para un mejor conocimiento de los deportistas seguido de la proyección de la película “Planta 4^a” que trata de un grupo de niños y adolescentes que se encuentran en un hospital, en el área de oncología y que, a través del sentido del humor (su actitud hacia la adversidad), logran cambiar su perspectiva de la adversidad y hacer más llevadera aquellas situaciones que implicaban dolor (por lo tratamientos), pérdida de extremidades (debido al cáncer) o la pérdida de algún amigo. Previamente, se le dio a cada deportista una hoja de papel y un lápiz, y la indicación de que prestaran atención a las actitudes presentadas por los protagonistas apuntando en la hoja de papel los puntos del filme que llamarán su atención.

Posterior a la película se llevó a cabo una sesión de reflexión sobre los puntos que anotaron y la importancia que tiene la actitud que cada individuo toma frente a la adversidad. Con base en ello se discutió, como se podrían aplicar dichos conocimientos a un proceso de lesión deportiva.

Para finalizar la sesión se realizó un pequeño autoanálisis personal donde cada deportista expresó como se sintió durante el ejercicio de reflexión. Luego se dio por finalizada la sesión mediante el llenado de un pequeño formato (ver anexo 1) donde se evaluó su desempeño en la sesión, como se sintieron durante la misma y que fue lo más significativo para ellos. Antes de retirarse se les repartió una hoja que contenía una

actividad (ver anexo 2) que consistía en, durante el transcurso de los días para la próxima sesión, identificar y escribir cada día, al menos 3 cosas positivas que les sucedan en el transcurso del tiempo comprendido desde que se despiertan hasta que se van a dormir, y que a un lado escriban como eso les beneficia tanto a nivel personal como deportivo.

Nota: A partir de las sesiones subsecuentes, antes de iniciar se dedicaron de 5 a 10 minutos a repasar las actividades de las sesiones previas.

Sesión 3. Necesidades básicas y apoyo social

Objetivo 1:

Proporcionar a los deportistas estrategias que les servirán para afrontar los primeros momentos de una lesión deportiva y les ayudará a lograr una mayor adherencia al proceso de rehabilitación para contribuir a un pronto y mejor proceso de recuperación satisfaciendo la necesidad de salud.

Descripción de las actividades:

La teoría señala que es común que el deportista lesionado pase por momentos difíciles durante el tratamiento, por lo que las técnicas de relajación son apropiadas ya que le ayudarán a manejar el estrés, la ansiedad y el dolor, así como a tener un mayor nivel de activación. Estas técnicas pueden combinarse con ejercicios de visualización lo que ayudará a que el deportista logre una representación mental de su lesión y se presente el llamado *efecto Carpenter* que es una microactivación de la zona corporal imaginada, que ayudará a que, si el deportista se encuentra en un proceso de rehabilitación, obtenga un ligero aumento de la fisiología de la zona lesionada (Palmi, 2001).

Considerando lo anterior, la sesión comenzó con un breve repaso de la sesión anterior para posteriormente dar una breve explicación de las técnicas de relajación y visualización, y su utilidad en un proceso de lesión deportiva. Luego, después de resolver las dudas que surgieron se comenzó con la aplicación de las técnicas.

Primero se aplicó la técnica de respiración diafragmática con la guía del psicólogo en todo momento. Posteriormente, se trabajó con la visualización, primero de manera general para evaluar la capacidad de los deportistas de crear una imagen mental y después encaminada a los ejercicios que más dolor les causaba o más trabajo les costaba realizar en sus sesiones con el fisioterapeuta para con ello vayan aprendiendo a controlar el dolor y los miedos que pudiera ocasionarles realizar dichos ejercicios. *En el caso de los deportistas que no estaban lesionados se les pidió que recuerden su último proceso de lesión para poner en práctica la técnica. Se les dio indicaciones precisas para que logren visualizar aquella situación lo más apegado a como sucede en la realidad.

Concluida la actividad se tomó unos minutos para dar la retroalimentación pertinente a esta primera parte de la sesión y se les dio a los deportistas el formato de evaluación de su desempeño.

Objetivo 2

Proporcionar al deportista habilidades básicas para la búsqueda de apoyo social, así como un mejor conocimiento de sus redes de apoyo.

Descripción de las actividades

De acuerdo con Palmi (2001) al trabajar con deportistas se considera importante contemplar el apoyo social percibido en el deporte ya que muchos deportistas mejoran su

confianza a través del encuentro o comunicación con otros deportistas que practicando el mismo deporte (preferentemente) sufrieron una lesión y tiempo después se recuperaron completamente.

Tomando en cuenta lo anterior y aprovechando que se trabajó tanto con deportistas lesionados como con deportistas no lesionados (que han sufrido lesiones con anterioridad y se han recuperado), al trabajo de la sesión se sumó el que estos últimos compartan sus experiencias sobre como lograron atravesar el proceso satisfactoriamente y que influencia tuvo en ello la ayuda de su familia, amigos, compañeros de equipo y entrenador.

La sesión comenzó con la explicación sobre la importancia del apoyo social ante una situación adversa. Seguidamente se realizó una dinámica para que los deportistas pudieran corroborar si su percepción sobre sus redes de apoyo corresponde a la realidad. Una vez identificadas sus redes de apoyo se realizó un pequeño ejercicio para descubrir otras posibles redes de apoyo.

Finalmente, los deportistas que consideraban han tenido una adecuada recuperación de sus procesos de lesión compartieron al grupo de qué manera lograron recuperarse tanto física como psicológicamente de las lesiones más graves por las que atravesaron tiempo atrás comentando el papel que jugó el apoyo social en dicho proceso y la manera en que ellos mismos buscaron el apoyo social de determinadas personas pertenecientes a sus redes de apoyo. A partir de ello se armó una discusión sobre la importancia del apoyo social para el deportista lesionado y las distintas maneras en que cada uno puede ir en busca del apoyo social.

Para finalizar el trabajo con esta variable se realizó la retroalimentación correspondiente centrada en los puntos más significativos para cada deportista y se procedió al llenado del formato.

Sesión 4. Búsqueda de sentido y autoestima

Objetivo 1

Inhibir en los deportistas sentimientos, acciones y creencias indeseables para suscitar un cambio de pensamiento respecto a las situaciones adversas de tal modo que encuentren un significado o sentido a las situaciones adversas.

Descripción de las actividades

La sesión se centró en técnicas de control del pensamiento. Se comenzó con la práctica de la detención del pensamiento lo cual consistió en lo siguiente:

1. Los deportistas identificaron los pensamientos automáticos negativos relacionados con el proceso de lesión. *A los deportistas no lesionados se les pidió que recuerden aquellos pensamientos negativos más frecuentes que tuvieron durante sus procesos de lesión pasados.
2. Una vez identificados reflexionaron sobre la importancia de evitarlos y los beneficios que esto traería de lograrlo. *El objetivo de ello fue motivarlos a evitar esos pensamientos negativos.
3. Pensaron en una palabra o frase que les sea natural y vaya con su personalidad (la cual puede ir seguida de un golpe a algún objeto, un chasquido de los dedos o sujetar fuertemente algún objeto) que utilizarían para detener aquellos pensamientos negativos. En este punto fue muy importante que cada uno elija una palabra que

realmente le ayude a detener aquellos pensamientos ya que de lo contrario la técnica no resultará. *También fue importante pedirles poner en practica esta técnica fuera de la sesión.

4. Una vez detenido el pensamiento se les pidió que lo pusieran en duda y repitieran internamente sus objeciones.

Luego se trabajó con las automanifestaciones positivas, las cuales son útiles para reconocer que, pese a que las cosas no van bien, puede ser que vayan mejor de lo que la persona piensa (Stallard, 2007). Esto se trabajó de la siguiente manera:

1. El psicólogo mencionó la siguiente frase “Generalmente nos es más fácil darnos cuenta de que las cosas no van bien, pero no nos damos cuenta de las cosas buenas que nos pasa o los logros que alcanzamos, aun dentro de la adversidad”
2. Se les pidió que reflexionen al respecto y que piensen en 5 cosas positivas que les hayan pasado desde el momento que se lesionaron hasta el presente tomando en cuenta su proceso de rehabilitación. *A los deportistas no lesionados se les pidió recordar 5 cosas positivas que hayan experimentado durante sus procesos pasados de lesión.
3. Una vez que los deportistas terminaron de identificar los aspectos positivos los mencionaron al grupo y de manera breve dijeron por qué lo consideran algo bueno. *El psicólogo ayudó a cada deportista a encontrar un verdadero propósito a lo que le está sucediendo. Por ejemplo, si uno de los deportistas mencionara como algo positivo el hecho de poder descansar de la carga de entrenamientos y ser consentido en casa, el psicólogo podría guiarlo a algo que esté más relacionado con su proceso de rehabilitación por lo que se les presentó el siguiente ejemplo: en lugar de pensar

“Llevo mucho tiempo en terapia y aun no me recupero de mi lesión en la rodilla” podemos utilizar las AP diciéndonos “Ha pasado tiempo pero a diferencia de hace 3 semanas el dolor ha disminuido y ya puedo dar algunos pasos”.

Para tener un mejor aprovechamiento del ejercicio también se les pidió que pensarán en beneficios “alternativos”. Por ejemplo, el hecho de descansar de la carga de entrenamiento además de ser relajante sería productivo ya que podría aprovechar el tiempo fuera del campo de juego para trabajar aspectos técnico-tácticos que posiblemente tengan olvidados y así regresar con un mejor nivel, en ese aspecto, al campo de juego.

El punto por trabajar con los deportistas fue que aprendieran a prestar atención a sus logros durante la rehabilitación u otros momentos del día y a darse cuenta de que no todo es negativo durante la lesión. De esta manera se estaría consiguiendo que el deportista logre dar un sentido a la situación por la que está pasando. Para finalizar la sesión se llevó a cabo la retroalimentación y el llenado del formato.

Objetivo 2

Mejorar la imagen que los deportistas tienen de sí mismos a través del reconocimiento de los propios pensamientos y el incremento de la autoconfianza.

Descripción de las actividades

En esta parte de la sesión se continuó trabajando con los pensamientos automáticos (negativos) de los deportistas por lo que primero se les explicó brevemente sus posibles efectos en su forma de sentir y actuar. Luego se repartió a cada uno de los deportistas una hoja de papel la cual dividieron en 3 partes. Inmediatamente identificaron 3 pensamientos automáticos negativos que consideraban frecuente y de mucha intensidad. Uno enfocado en

aspectos sobre cómo se ven a sí mismos, otro en cómo juzgan lo que hacen y uno más sobre su forma de pensar a futuro. Esos pensamientos fueron escritos en cada una de las partes de la hoja.

Posteriormente cuestionaron la veracidad de dichos pensamientos, es decir, si realmente tienen fundamento y escribieron debajo de cada uno de ellos 3 razones por las cuales esos pensamientos no tienen sentido o no corresponden verdaderamente con los hechos o la realidad.

Para lograr un mayor autoconocimiento sobre su forma de pensar, como ejercicio final se procedió a la identificación de las creencias nucleares de los deportistas lo cual por cuestiones de tiempo solo se trabajó con uno de los 3 pensamientos automáticos que escribieron. Después de una breve explicación sobre las creencias nucleares se procedió a realizar la dinámica “¿Y entonces qué?” (Stallard, 2007) para la identificación de dichas creencias. Para facilitar el ejercicio además de la explicación del mismo se les presento un ejemplo de cómo realizarlo (ver figura 2).

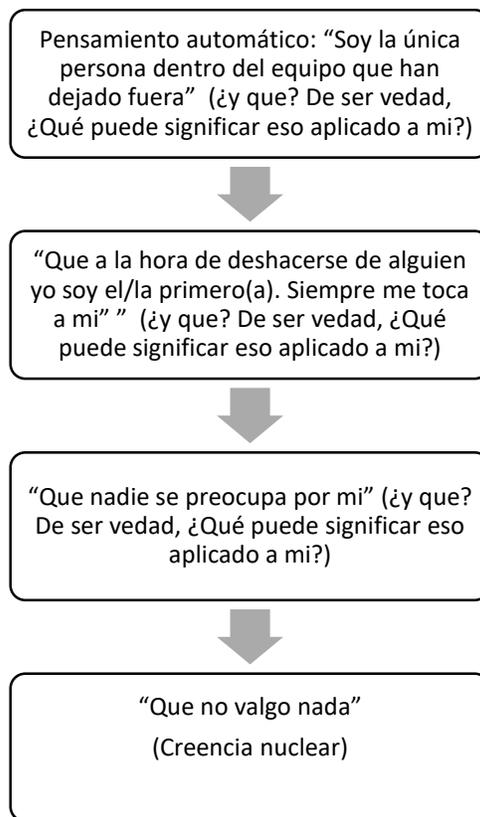


Figura 2. Método “¿y entonces qué?” tomado de Stallard (2007).

Terminado el ejercicio se dio la retroalimentación donde se les ayudó a reconocer como esos nuevos pensamientos les son de utilidad para mejorar la situación por la que están pasando actualmente (que puede o no tener relación con la lesión debido a que también se está trabajando con deportistas no lesionados) y se llenó el formato.

Sesión 5. Apertura a nuevas experiencias y aptitudes personales y sociales

Objetivo 1

Que los deportistas aprendan a ver la adversidad desde diferentes perspectivas y obtengan nuevas herramientas para afrontarla.

Descripción de las actividades

De acuerdo con Stallard (2007) hay 3 razones por las que las personas no pueden solucionar adecuadamente un problema: actuar sin pensar, dejar que las emociones nos dominen y no ser capaces de ver otra solución. Con base a esta premisa se desarrolló la primera dinámica donde cada uno de los deportistas respondió lo siguiente ¿Qué es una adversidad? y ¿Cómo suelo afrontar una adversidad? anotando sus respuestas en una hoja de papel para luego compartir sus respuestas al grupo uno por uno. Después de que cada uno terminó de dar sus respuestas, los demás dieron al menos 2 posibles formas alternativas para afrontar una adversidad y durante el transcurso de la dinámica cada uno fue anotando las opciones brindadas por sus compañeros. *Debido a que se trabajó con un grupo pequeño el psicólogo participó en la dinámica para así obtener un mejor provecho de la actividad.

Posteriormente se les pidió que del cúmulo de opciones que ya tenían eligieran las que consideren podrían servirles y mencionaran el porqué de sus elecciones.

Terminado el ejercicio se comenzó con la retroalimentación de la actividad centrada en 4 puntos claves: 1) los diferentes formas de interpretar la adversidad, 2) las consecuencias de actuar sin pensar, 3) la importancia de no dejar que las emociones los dominen y 4) los beneficios de poder contemplar otras soluciones a un mismo problema y finalmente se llenó el formato correspondiente.

Objetivo 2

Que los deportistas reconozcan las fortalezas y aptitudes personales que han desarrollado a lo largo de los años y puedan usarlas adecuadamente junto con el empleo de

las técnicas psicológicas trabajadas durante la intervención en el afrontamiento a las adversidades.

*Esta variable se trabajó al final de la intervención, a pesar de que el modelo la contempla en el sexto puesto, debido a que, el hecho de considerar las aptitudes personales y sociales aspectos relacionados con estrategias de enfrentamiento o solución a los problemas, puede aprovecharse para hacer una dinámica de integración de las estrategias aprendidas en la intervención y su uso como un nuevo repertorio personal de estrategias de enfrentamiento.

Descripción de las actividades

Se proyectó un cuadro que contenía un bloque para cada deportista (cada bloque tenía escrito un nombre). Cada deportista escribió 5 fortalezas en su correspondiente bloque. Después de que todos pasaron, uno por uno fueron mencionando por qué consideran que tienen dichas fortalezas y cómo estas les han servido para afrontar su proceso de lesión y en general cualquier otro tipo de adversidad dentro y fuera del contexto deportivo.

Posteriormente se realizó un repaso de las técnicas empleadas en sesiones anteriores, pero ahora aplicadas a distintos escenarios “adversos” para la solución eficaz de los problemas. Para ello se les presentó una serie de situaciones las cuales analizaron y con base a los conocimientos adquiridos durante la intervención redactaron una posible forma de enfrentar dicha situación utilizando sus fortalezas y las técnicas psicológicas que mejor se acoplen a la situación que eligieron trabajar en el ejercicio. Para ello tuvieron en todo momento la guía del psicólogo.

Posteriormente se realizó una reflexión grupal para hacerlos conscientes de sus fortalezas como personas, así como de las nuevas herramientas que tienen para hacer frente a las adversidades que en conjunto les harán personas más capaces o preparadas para enfrentar eficazmente un proceso de lesión o cualquier otra adversidad teniendo un aprendizaje de ello.

A modo de conclusión, de manera grupal se realizó una pequeña guía para el afrontamiento de la adversidad considerando todas y cada una de las técnicas psicológicas aprendidas durante las sesiones previas. Concluido lo anterior, se llevó a cabo el llenado del formato dando por concluida la sesión.

Sesión 6. Convivio y retroalimentación final

La última sesión consistió en un pequeño convivio donde se discutieron los puntos que más llamaron la atención de los deportistas respecto a la intervención tomando en cuenta sus anotaciones en los formatos de sesión psicológica. También se recalcó la importancia de la resiliencia en el contexto deportivo en general. Lo anterior se realizó mientras se compartía de una pequeña cena, ya que se pretendía que esta última sesión se diera en un ambiente más ameno y relajado. Finalmente se procedió a la aplicación del post test y se dio formalmente por finalizada la intervención agradeciendo a los deportistas su participación en las sesiones.

2.2.11. Cronograma

A continuación, en la tabla 4 se presentan las actividades realizadas durante todo el proceso de la investigación.

Tabla 4
Cronograma de actividades

| Actividad | Fecha | Descripción |
|--|------------------------------------|--|
| Actividades preliminares | Junio 2017 | Junta con la psicóloga del deporte de la UAIS para contactar a los deportistas y programar las fechas para el diagnóstico. |
| Diagnostico | Agosto 11 – noviembre 30 de 2017 | Aplicación de la batería de pruebas a los deportistas, firma de la carta de consentimiento informado para el diagnóstico e interpretación de las puntuaciones obtenidas por los deportistas. *La aplicación se realizó de acuerdo al calendario de evaluaciones para las selecciones de la UADY que se lleva a cabo cada año en la UAIS. |
| Contacto con los deportistas elegidos para la intervención | 25 al 29 de Enero de 2018 | Se contactó vía telefónica a los deportistas elegidos para la intervención para acordar fechas para la presentación de la misma. |
| Primera sesión | 1 de febrero de 2018 | Presentación del programa de intervención, resolución de dudas respecto al mismo y firma de las cartas de consentimiento informado. |
| Periodo de intervención | 9 de febrero al 2 de marzo de 2018 | Aplicación de las 4 sesiones que corresponden al trabajo de las variables del modelo elegido. Las sesiones fueron semanales y tuvieron una duración de 2 horas lo cual se acordó con la institución para tener un espacio de trabajo. |
| Cierre y evaluación post-test | 5 de marzo de 2018 | Retroalimentación final a los deportistas y segunda aplicación de la batería de pruebas. |

2.2.12. Análisis de datos

El análisis estadístico se llevó a cabo por medio del *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versión 18. Se realizó una correlación Producto Momento de Pearson para establecer los niveles de correlación entre la resiliencia y los factores que la componen tanto en los deportistas lesionados como en los deportistas no lesionados.

Posteriormente, se realizó la prueba U de Mann-Whitney y la prueba W de Wilcoxon para conocer los efectos de la intervención.

2.2.13. Elementos éticos y legales

- Se presentaron 2 cartas de consentimiento informado (ver anexo 3) a los deportistas para que firmen al aceptar contestar la batería de pruebas durante el diagnóstico y al aceptar formar parte del programa de intervención.
- Los deportistas tenían la opción de abandonar el programa si así lo desean.
- Todos los datos personales proporcionados por los deportistas fueron utilizados única y exclusivamente para el proyecto y se manejaron de manera estrictamente confidencial.
- Los resultados de las pruebas fueron de uso exclusivo del psicólogo a cargo del proyecto y fueron proporcionados a los deportistas en caso de solicitarlo.
- Cualquier duda fue atendida a la brevedad por el psicólogo a cargo del proyecto o su supervisor.

Capítulo 3. Resultados

3.1 Etapa de diagnóstico

A continuación, se presentan los resultados obtenidos durante el diagnóstico con base a los objetivos planteados.

3.1.1. Lesión deportiva

En cuanto a la variable lesión, 25.50% de los deportistas se encuentran en un proceso de lesión deportiva y ha pasado por una o más lesiones, 1.45% se encuentra en su primer proceso lesivo mientras que el 74.5% restante no se encuentra en un proceso de lesión, pero ha pasado anteriormente por una o más lesiones. Para más detalles de las características de la variable lesión deportiva obsérvese la figura 3.

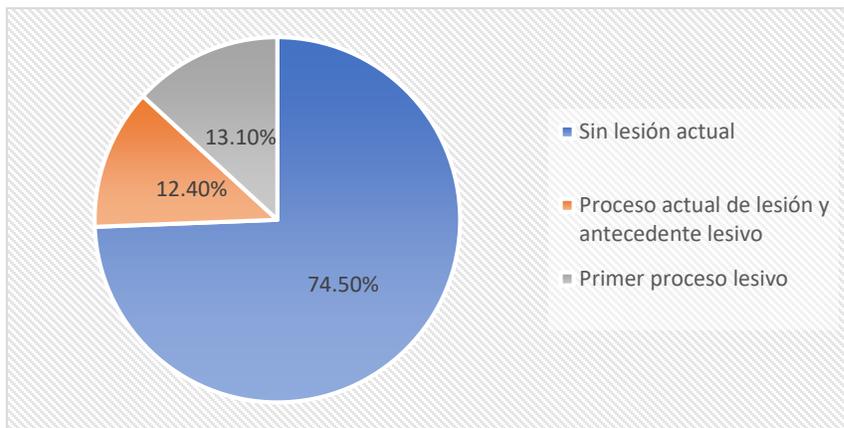


Figura 3. Distribución de deportistas lesionados y no lesionados.

3.1.2. Análisis descriptivo

Respondiendo a los objetivos específicos planteados con anterioridad, se presenta a continuación las puntuaciones obtenidas de los sujetos en las variables medidas.

Resiliencia

Con respecto al factor protector interno de la escala, la calificación mínima fue de 39 y la máxima de 70, con una media de 59.21 y una desviación estándar de 6.79, lo cual, de acuerdo con los niveles de resiliencia por factor, indica que el 86.13% de la muestra obtuvo una calificación alta y el 13.86% obtuvo una puntuación moderada.

Con respecto al factor protector externo de la escala, la calificación mínima fue de 31 y la máxima de 55, con una media de 49.49 y una desviación estándar de 4.25, lo cual, de acuerdo con los niveles de resiliencia por factor, indica que el 96.35% de la muestra obtuvo una calificación alta y el 3.64% una calificación moderada.

Con respecto al factor empatía de la escala, la calificación mínima obtenida fue de 18 y la máxima de 35, con una media de 28.77 y una desviación estándar de 3.87, lo cual, de acuerdo con los niveles de resiliencia por factor, indica que el 75.91% de la muestra obtuvo una puntuación alta y el 24.08% una puntuación moderada.

En cuanto a la puntuación global de la escala, la calificación mínima fue de 97 y la máxima de 160, con una media de 137.48 y una desviación estándar de 12.70, lo cual, de acuerdo con el nivel de resiliencia total propuesto, indica que el 92.7% de la muestra posee un nivel alto de resiliencia y el 7.29% un nivel moderado.

Antes de tomar los resultados como un valor absoluto se tomó en cuenta lo complejo que es evaluar la resiliencia con el uso de una sola prueba debido a todo lo que esta variable implica (González-Arratia, 2011), además, la autora de la escala señala que el uso de la misma brinda un indicador de la resiliencia del sujeto al momento de la aplicación, por lo que es conveniente el uso de otra fuente de información.

Autoestima

Con respecto al factor autoestima positiva, la calificación mínima fue de 7 y la máxima de 20 de un total de 20, con una media absoluta de 17.29, una media teórica dividida de 2.5 y una desviación estándar de 2.28. Comparado con la media teórica dividida, la media obtenida ($17.29/5 = 3.458$) sitúa a la mayor parte de la muestra en un nivel moderado.

Con respecto al factor autoestima negativa de la escala, la calificación mínima fue de 5 y la máxima de 20 de un total de 20, con una media absoluta de 9.22, una media teórica dividida de 2.55 y una desviación estándar de 2.83. Comparado con la media teórica dividida, la media obtenida ($9.22/5 = 1.844$) sitúa a la mayor parte de la muestra en un nivel bajo. *Las puntuaciones bajas en este factor indican un adecuado nivel de autoestima ya que es la contraparte del factor autoestima positiva, en otras palabras, cuando un sujeto obtenga puntuaciones altas en este ultimo las puntuaciones en el factor autoestima negativa deberán de ser bajas.

Enfrentamiento a los problemas

Con respecto al factor directivo-revalorativo de la sub escala, la calificación mínima fue de 22 y la máxima de 49 de un total de 49, con una media absoluta de 40.52, una media teórica dividida de 4 y una desviación estándar de 5.55. Comparado con la media teórica dividida, la media obtenida ($40.52/7 = 5.78$) sitúa a la mayor parte de la muestra en un nivel moderado en el factor.

Con respecto al factor emocional-negativo de la sub escala, la calificación mínima fue de 8 y la máxima de 28 de un total de 28, con una media absoluta de 17.51, una media teórica dividida de 4 y una desviación estándar de 4.25. Comparado con la media teórica dividida, la media obtenida ($17.51/4 = 4.37$) sitúa a la mayor parte de la muestra en un nivel moderado. *Las puntuaciones bajas en este factor son un indicador de una buena forma de enfrentar los problemas.

Con respecto al factor evasivo, la calificación mínima fue de 4 y la máxima de 28 de un total de 28, con una media absoluta de 14.39, una media teórica dividida de 4 y una desviación estándar de 4.46. Comparado con la media teórica dividida, la media obtenida ($14.39/4 = 3.59$) sitúa a la mayor parte de la muestra en un nivel bajo. *Las puntuaciones bajas en este factor son un indicador de una buena forma de enfrentar los problemas.

Con respecto al factor apoyo social de la sub escala, la calificación mínima fue de 3 y la máxima de 20 de un total de 21, con una media absoluta de 13.50, una media teórica dividida de 4 y una desviación estándar de 3.86. Comparado con la media teórica dividida, la media obtenida ($13.50/3 = 4.50$) sitúa a la mayor parte de la muestra en un nivel moderado.

Apoyo social familiar y de amigos

Con respecto al factor apoyo familia de la escala, la calificación mínima fue de 8 y la máxima de 35 de un total de 35, con una media absoluta de 28.31, una media teórica dividida de 3 y una desviación estándar de 5.81. Comparado con la media teórica dividida, la media obtenida ($28.31/7 = 4.04$) sitúa a la mayor parte de la muestra en un nivel alto en el factor.

Con respecto al factor amigos de la escala, la calificación mínima fue de 15 y la máxima de 35 de un total de 35, con una media absoluta de 28.83, una media teórica dividida de 3 y una desviación estándar de 4.90. Comparado con la media teórica dividida, la media obtenida ($28.83/7 = 4.11$) sitúa a la mayor parte de la muestra en un nivel alto en el factor.

3.1.3. Relación entre resiliencia y sus predictores

Respondiendo al objetivo sobre la relación de la resiliencia de los deportistas lesionados y los deportistas no lesionados con los predictores de la resiliencia, en la tabla 5 se pueden observar las correlaciones que indican que la resiliencia de los deportistas lesionados tiende a relacionarse con una autoestima positiva y, por consiguiente, también se relaciona de manera inversa con una autoestima negativa. De igual manera se relaciona con una tendencia a la elección de un estilo de enfrentamiento directivo-revalorativo y a una propensión a recibir el apoyo de sus familiares y amigos ante las dificultades.

También se pueden observar las correlaciones que indican que la resiliencia de los deportistas no lesionados tiende a relacionarse con una autoestima positiva y, por consiguiente, también se relaciona de manera inversa con una autoestima negativa. De igual manera se relaciona con una tendencia a la elección de un estilo de enfrentamiento directivo-revalorativo y a la evitación de los estilos de enfrentamiento emocional-negativo y evasivo. La resiliencia de los deportistas no lesionados también guarda una relación con la tendencia a recibir el apoyo social de familiares y amigos ante las dificultades.

Tabla 5

Correlaciones entre los niveles de resiliencia de los deportistas con los factores que resultaron significativos de las pruebas empleadas (N=137).

| | Resiliencia | |
|------------------------|------------------------|---------------------------|
| | Deportistas lesionados | Deportistas no lesionados |
| Autoestima positiva | .698** | .547** |
| Autoestima negativa | -.511** | -.384** |
| Directivo-revalorativo | .647** | -.644** |
| Emocional-negativo | -.271 | -.328** |
| Evasivo | -.106 | -.389** |
| Apoyo social | .456** | .226* |
| Apoyo social familiar | .571** | .599** |
| Apoyo social amigos | .539** | .509** |

** Significancia 0.01

* Significancia 0.05

Respecto a los resultados obtenidos, un factor importante a tomar en cuenta, es que 98.54% de la muestra (135 deportistas), independientemente si estaban pasando o no por un proceso de lesión o no durante el diagnóstico, tenían antecedentes de lesiones lo cual, de acuerdo con Almeida, Luciano y Buceta (2014) influye positivamente en la manera de enfrentar nuevas lesiones. Aunque, independientemente de ello, es importante que los deportistas mantengan esos niveles de resiliencia para con ello tengan mayores recursos para sobrellevar las adversidades que pudieran presentárseles, incluyendo futuras lesiones.

Con base a los resultados, se obtuvo una muestra tomando a los deportistas que obtuvieron al menos 6 puntuaciones de 11 en el cuartil inferior quedando un total de 29 deportistas. Por razones externas a la investigación, la muestra final fue de 5 deportistas con quienes se trabajó durante las sesiones.

3.2. Etapa de intervención

3.2.1. Análisis de resultados

Se presentan a continuación los resultados de los análisis de los factores de la Escala de Resiliencia antes y después del programa de intervención en resiliencia tanto en el grupo experimental como en el grupo control.

En la tabla 6 se pueden observar las medias esperadas de la escala de resiliencia durante el pre-test, de acuerdo con lo que señala la prueba y los rangos correspondientes, donde los resultados mostraron que las medias más altas tanto en el grupo experimental como en el grupo control se dieron en el factor protector externo y el factor empatía. De igual manera se puede observar que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los factores entre el grupo experimental y el grupo control.

Tabla 6.
Análisis descriptivo e inferencial del grupo experimental y control para cada uno de los factores de la Escala de Resiliencia para el pre-test (N=10).

| | Pre-test experimental | | Pre-test control | | U Mann Whitney | p-valor |
|--------------------------|-----------------------|---------------------|------------------|---------------------|----------------|---------|
| | Media | Desviación estándar | Media | Desviación estándar | | |
| Factor protector interno | 3.65 | 0.62 | 3.70 | 0.21 | 11.000 | 0.75 |
| Factor protector externo | 3.85 | 0.68 | 4.18 | 0.46 | 9.000 | 0.46 |
| Empatía | 3.8 | 0.31 | 4.05 | 0.38 | 8.000 | 0.33 |
| Resiliencia total | 3.75 | 0.46 | 3.94 | 0.26 | 8.500 | 0.40 |

En cuanto al post-test de ambos grupos, se puede observar en la tabla 7 que las medias más altas se dieron en el factor protector interno y en el factor protector externo. Sin embargo, se observa que las medias en todos los factores del grupo experimental son más altas que las del grupo control.

Por otra parte, pese a que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos experimental y control, se puede observar con respecto al tamaño del efecto, que hubo un efecto grande en la resiliencia total.

Tabla 7.
Análisis descriptivo e inferencial del grupo experimental y control para cada uno de los factores de la Escala de Resiliencia para el post-test (N=10).

| | Post-test experimental | | Post-test control | | U Mann Whitney | p-valor | r |
|--------------------------|-------------------------------|---------------------|--------------------------|---------------------|----------------|---------|------|
| | Media | Desviación estándar | Media | Desviación estándar | | | |
| Factor protector interno | 4.17 | 0.21 | 3.94 | 0.41 | 11.000 | 0.75 | 0.47 |
| Factor protector externo | 4.56 | 0.46 | 4.32 | 0.16 | 9.000 | 0.46 | 0.71 |
| Empatía | 4.05 | 0.38 | 3.80 | 0.21 | 8.000 | 0.33 | 0.27 |
| Resiliencia total | 4.28 | 0.26 | 4.04 | 0.19 | 8.500 | 0.40 | 0.65 |

En cuanto a la Escala de Autoestima de Rosenberg, en la tabla 8 se pueden observar en el pre-test que tanto en el grupo experimental como en el grupo control el factor autoestima positiva obtuvo la media más alta. Por otra parte, también se observa que no hubo diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

Tabla 8.

Análisis descriptivo e inferencial del grupo experimental y control para cada uno de los factores de la Escala de Autoestima de Rosenberg para el pre-test (N=10).

| | Pre-test experimental | | Pre-test control | | U Mann Whitney | p-valor |
|---------------------|------------------------------|---------------------|-------------------------|---------------------|----------------|---------|
| | Media | Desviación estándar | Media | Desviación estándar | | |
| Autoestima positiva | 3 | 1.04 | 3.08 | 0.22 | 11.500 | .83 |
| Autoestima negativa | 2.6 | 0.80 | 2.36 | 0.26 | 9.500 | .51 |

En lo que respecta al post-test, se puede observar en la tabla 9 que el factor autoestima positiva nuevamente obtiene la media más alta en ambos grupos mientras. Sin embargo, se observa que la media del grupo experimental en el factor autoestima negativa es más baja en comparación del pre-test.

Por otra parte, pese a que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos experimental y control, se puede observar con respecto al tamaño del efecto, que en el factor autoestima negativa se obtuvo un efecto pequeño.

Tabla 9.

Análisis descriptivo e inferencial de los grupos experimental y control para cada uno de los factores de la Escala de Autoestima de Rosenberg para el post-test (N=10).

| | Post-test experimental | | Post-test control | | U Mann Whitney | p-valor | r |
|---------------------|-------------------------------|---------------------|--------------------------|---------------------|----------------|---------|------|
| | Media | Desviación estándar | Media | Desviación estándar | | | |
| Autoestima positiva | 3.24 | 0.49 | 3.24 | 0.29 | 10.500 | 0.66 | 0.19 |
| Autoestima negativa | 2.16 | 0.57 | 2.36 | 0.32 | 10.000 | 0.59 | 0.23 |

En cuanto a la sub escala de Enfrentamiento a los Problemas de la Vida, en la tabla 10 se puede observar que en el pre-test el grupo experimental obtuvo las medias más altas en los factores emocional-negativo y directivo-revalorativo mientras que el grupo control obtuvo las medias más altas en los factores emocional-negativo y evasivo. Por otra parte, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos experimental y control.

Tabla 10.

Análisis descriptivo e inferencial del grupo experimental y el grupo control para cada uno de los factores de la Sub escala de Enfrentamiento a los Problemas de la Vida para el pre-test (N=10).

| | Pre-test experimental | | Pre-test control | | U Mann Whitney | p-valor |
|------------------------|------------------------------|---------------------|-------------------------|---------------------|----------------|---------|
| | Media | Desviación estándar | Media | Desviación estándar | | |
| Directivo-revalorativo | 4.97 | 0.81 | 4.57 | 0.89 | 7.000 | 0.24 |
| Emocional-negativo | 5 | 1.23 | 4.80 | 1.02 | 12.000 | 0.91 |
| Evasivo | 4.25 | 0.46 | 5.05 | 1.13 | 6.500 | 0.19 |
| Apoyo social | 4.3 | 1.56 | 3.60 | 1.49 | 8.500 | 0.40 |

En lo que respecta a las medias obtenidas en el post-test, si bien todos los factores puntuaron alto, se observa en la tabla 11 una diferencia considerable en las medias de los factores directivo-revalorativo y apoyo social en el grupo experimental. Respecto al grupo control, resalta el hecho que el factor apoyo social obtuviera la media baja.

Por otra parte, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el factor apoyo social entre ambos grupos por lo que, en lo que al tamaño del efecto se refiere, se puede observar que dicho factor presento un efecto grande.

Tabla 11.

Análisis descriptivo de los grupos experimental y control para cada uno de los factores de la Sub escala de Enfrentamiento a los Problemas de la Vida para el post-test (N=10).

| | Post-test experimental | | Post-test control | | U Mann Whitney | p-valor | r |
|------------------------|-------------------------------|---------------------|--------------------------|---------------------|----------------|---------|-----|
| | Media | Desviación estándar | Media | Desviación estándar | | | |
| Directivo-revalorativo | 5.54 | 0.75 | 4.80 | 0.85 | 5.500 | .14 | .65 |
| Emocional-negativo | 4.25 | 0.95 | 4.75 | 1.06 | 8.500 | .38 | .38 |
| Evasivo | 4.45 | 1.23 | 4.40 | 1.87 | 11.000 | .75 | .14 |
| Apoyo social | 5.66 | 1.31 | 3.66 | 1.22 | 2.500 | .03 | .93 |

En cuanto a la Escala de Apoyo Social Familiar y de Amigos se puede observar en la tabla 12 que, en el pre-test el factor amigos obtuvo la media más alta en el grupo experimental mientras que en el grupo control dicho factor obtuvo la media más baja. Por otra parte, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos experimental y control.

Tabla 12.

Análisis descriptivo e inferencial del grupo experimental y control para cada uno de los factores de la Escala de Apoyo Social Familiar y de Amigos para el pre-test (N=10).

| | Pre-test experimental | | Pre-test control | | U Mann Whitney | p-valor |
|---------|------------------------------|---------------------|-------------------------|---------------------|----------------|---------|
| | Media | Desviación estándar | Media | Desviación estándar | | |
| Familia | 2.8 | 1.06 | 3.51 | 0.68 | 8.000 | .34 |
| Amigos | 3.68 | 0.61 | 3.20 | 0.75 | 6.500 | .20 |

En lo que respecta al post-test, se puede observar en la tabla 13 que en el grupo experimental la media más alta se obtuvo en el factor amigos mientras que en el grupo control la media más alta se obtuvo en el factor familia. Sin embargo, llama la atención el

aumento en la media del factor familia del grupo experimental a diferencia del obtenido durante el pre-test.

Por otra parte, pese a que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos experimental y control, con respecto al tamaño del efecto, el factor que tuvo mayor impacto fue el factor amigos con un efecto mediano.

Tabla 13.
Análisis descriptivo del grupo experimental y control para cada uno de los factores de la Escala de Apoyo Social Familiar y de Amigos para el post-test (N=10).

| | Post-test experimental | | Post-test control | | U Mann Whitney | p-valor | r |
|---------|-------------------------------|---------------------|--------------------------|---------------------|----------------|---------|-----|
| | Media | Desviación estándar | Media | Desviación estándar | | | |
| Familia | 3.48 | 0.68 | 3.88 | 0.84 | 9.000 | .46 | .32 |
| Amigos | 4.28 | 0.75 | 3.65 | 0.70 | 5.000 | .11 | .70 |

Para comprobar los efectos de la intervención se utilizó la W de Wilcoxon para muestra relacionadas.

Respecto a la Escala de Resiliencia en la tabla 14 puede observarse que no hubo diferencias estadísticamente significativas entre el pre-test y el post-test. Sin embargo, con respecto al tamaño del efecto, se puede observar que el factor protector externo tuvo un efecto grande mientras que los factores protector interno y empatía presentaron un efecto mediano.

Tabla 14.

Análisis de diferencias en el pre-test y post-test obtenido para cada uno de los factores de la Escala de Resiliencia (N=5).

| | Wilcoxon | p-valor | r |
|--------------------------|----------|---------|-----|
| Factor Interno | -1.761 | .078 | .78 |
| Factor protector externo | -1.826 | .068 | .81 |
| Empatía | -1.219 | .223 | .54 |
| Resiliencia total | -1.761 | .078 | .78 |

Respecto a la Escala de Autoestima de Rosenberg en la tabla 15 puede observarse que no hubo diferencias estadísticamente significativas entre el pre-test y el post-test. Sin embargo, con respecto al tamaño del efecto, se observa que el factor que tuvo un mayor impacto fue la autoestima negativa con un efecto mediano.

Tabla 15.

Análisis de diferencias durante es post-test obtenido para cada uno de los factores de la Escala de Autoestima de Rosenberg (N=5).

| | Wilcoxon | p-valor | r |
|---------------------|----------|---------|-----|
| Autoestima Positiva | -.813 | .416 | .36 |
| Autoestima Negativa | -1.625 | .104 | .72 |

Respecto a la sub escala de Enfrentamiento a los Problemas de la Vida en la tabla 16 puede observarse que no hubo diferencias estadísticamente significativas entre el pre-test y el post-test. Sin embargo, con respecto al tamaño del efecto, se observa que en el factor directivo-revalorativo se dio el mayor impacto con un efecto grande seguido del factor apoyo social con un efecto mediano.

Tabla 16.

Análisis de diferencias durante es post-test obtenido para cada uno de los factores de la Sub escala de Enfrentamiento a los Problemas de la Vida (N=5).

| | Wilcoxon | p-valor | r |
|----------------------------|----------|---------|-----|
| Directivo- Revalorativo | -1.826 | .068 | .81 |
| Emocional- Negativo | -1.095 | .273 | .48 |
| Evasivo | 0 | 1.000 | 0 |
| Apoyo Social | -1.461 | .144 | .65 |

Respecto a la Escala de Apoyo Social Familiar y de Amigos en la tabla 17 puede observarse que no hubo diferencias estadísticamente significativas entre el pre-test y el post-test. Sin embargo, con respecto al tamaño del efecto, se observa que ambos factores presentaron un efecto mediano derivado de la intervención.

Tabla 17.

Análisis de diferencias durante es post-test obtenido para cada uno de los factores de la Escala de Apoyo Social familiar y de Amigos (N=5).

| | Wilcoxon | p-valor | r |
|---------|----------|---------|-----|
| Familia | -1.490 | .136 | .66 |
| Amigos | -1.214 | .225 | .54 |

Capítulo 4. Discusión

En objetivo central de este trabajo fue la evaluación de la intervención en resiliencia en una muestra de deportistas universitarios que estén o hayan pasado por un proceso de lesión deportiva centrado en las variables resiliencia, autoestima, enfrentamiento y apoyo social. Para ello, se realizó, inicialmente, la identificación de los niveles de resiliencia, autoestima y apoyo social, así como la identificación de los estilos de enfrentamiento de los deportistas universitarios. Así, en una segunda fase, se implementó un programa de intervención en resiliencia con el fin de evaluar la influencia de esta variable.

En la primera fase resalta el hecho de que la mayor parte de la población posee niveles altos de resiliencia, así como niveles adecuados en las variables que la componen lo cual podría deberse, de acuerdo con Zurita et al (2017), al hecho de que el 98.55% de la población de deportistas haya pasado anteriormente por al menos un proceso de lesión deportiva ya que los antecedentes lesivos están asociados a un aumento en los niveles de resiliencia en los deportistas.

En cuanto a la relación entre la resiliencia de los deportistas lesionados y no lesionados con los otros factores llama la atención que la única diferencia entre ambos grupos se encuentre en que la resiliencia de los deportistas no lesionados presentó una correlación negativa significativa con los factores emocional-negativo y evasivo de la variable enfrentamiento, lo que podría indicar que la ausencia de lesión es un factor importante para un adecuado estilo de enfrentamiento.

En lo que respecta a la segunda fase, de acuerdo a los resultados obtenidos y a los objetivos planteados en esta investigación se pudo observar que los deportistas, en cuanto a la variable resiliencia, obtuvieron en el pre-test puntajes por arriba de la media esperada en

todos los factores que componen la prueba lo que los ubica en un nivel moderado de la variable.

Asimismo, en el post-test no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Sin embargo, comparado con otras investigaciones (Puerta, 2006; Sánchez, 2016; Cerquera, Pabón y Ruiz, 2017) puede observarse una diferencia en cuanto al número de sesiones dedicadas al fortalecimiento de las variables que componen la resiliencia puesto que en dichos trabajos se dedicó más tiempo al trabajo de dichas variables (entre 6 y 10 sesiones) en comparación con el realizado en el presente estudio (4 sesiones).

Continuando con el análisis de la escala, se puede observar que posterior a la intervención se obtuvo un efecto grande en el factor protector externo que curiosamente en el pre-test obtuvo la media más alta. Lo que indica que la intervención posiblemente haya generado un cambio positivo en la capacidad de búsqueda de apoyo social.

En cuanto a la Escala de Autoestima de Rosenberg, antes de la implementación del programa de intervención se pudo observar que, si bien el factor autoestima positiva puntuaba por arriba de la media teórica, el factor autoestima negativa se encontraba una décima por arriba de la media teórica lo cual indica que los deportistas poseen un nivel aceptable en autoconfianza, pero existen ciertos aspectos de sí mismos con los que no están completamente conformes. En el post-test, al igual que en la escala de resiliencia no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Sin embargo, en cuanto al factor autoestima negativa, después de la intervención se obtuvo un efecto mediano, lo que indica que hubo una disminución en la media del factor puntuándola por debajo de la media teórica resultando en una mejora positiva para los deportistas.

Es importante resaltar lo mencionado en el párrafo anterior, puesto que la autoestima tiene afectaciones en diversos ámbitos de la vida, es un requisito para una vida plena (Fiorentino, 2008) y ayuda a un mejor aprovechamiento de las habilidades de cada persona para enfrentar los problemas (González-Arriata et al., 2010), por lo tanto, puede considerarse como un factor importante ante una situación de lesión.

En cuanto a la escala de enfrentamiento se pudo observar en el pre-test que el factor que puntuó más alto sobre la media teórica es el emocional-negativo, seguido del directivo-revalorativo lo cual indica que los deportistas suelen hacer frente a los problemas. Sin embargo, existe la presencia de sentimientos o emociones que impiden una correcta solución de los mismos. Lo anterior concuerda en parte con los estudios realizados por Góngora y Reyes (1999) respecto a que los yucatecos tienden a enfrentar los problemas, pero es de llamar la atención las altas puntuaciones en el factor emocional-negativo. Si bien después de la implementación del programa de intervención no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, se observó una magnitud de efecto grande en el factor directivo-revalorativo lo cual indica que después del programa de intervención los deportistas tenían un estilo de enfrentamiento a los problemas más positivo.

Con respecto a la Escala de Apoyo Social Familiar y de Amigos la media más alta puntuó en el factor amigos mientras que el apoyo social familiar puntuó por debajo de la media lo que indica que los deportistas, pese a contar con el apoyo suficiente de sus redes secundarias, no cuentan con el apoyo de sus redes primarias. Al respecto, Leiva et al., (2013) señalan que hay una relación entre la autoestima y el apoyo social, debido a que este último actúa como amortiguador del estrés, lo cual puede observarse en las mediciones debido a que ambas pruebas obtuvieron puntajes negativos. A pesar de que no se

encontraron diferencias estadísticamente significativas en el post-test, de acuerdo con la magnitud de efecto hubo un aumento en ambos factores después de la intervención, obteniendo ambos un efecto mediano que puntuó a ambos factores por encima de la media teórica indicando que se obtuvo un resultado positivo en el post-test.

En cuanto a los resultados obtenidos en todas las escalas hay 2 situaciones que se deben tomar en cuenta. El primero, es la discrepancia entre los resultados en la variable resiliencia y los obtenidos en los demás factores durante el pre-test. Esquivel (2008) menciona que las tres variables: autoestima, enfrentamiento y apoyo social se relacionan con la resiliencia. Por lo tanto, se entiende que si los deportistas obtienen un nivel adecuado en la variable resiliencia también deben obtenerlo en las demás variables y viceversa. Sin embargo, se observa que, pese a que obtuvo un nivel adecuado de resiliencia, no fue así en las variables autoestima, enfrentamiento y apoyo social. Lo anterior pudo haberse debido a la naturaleza de la escala utilizada para medir la resiliencia puesto que, el uso de la escala indica la resiliencia con que cuenta el sujeto en el momento de la evaluación (González-Arriata, 2011).

El segundo punto importante a señalar es el número de sesiones realizadas durante la intervención. El programa de intervención en resiliencia que se realizó, tal y como se mencionó con anterioridad constó de tan solo 4 sesiones (debido a las condiciones mencionadas en que se llevó a cabo la intervención) dedicadas al trabajo de las variables de la resiliencia contenidas en el modelo elegido, mientras que en otras intervenciones sobre el tema (Puerta, 2006; Sánchez, 2016; Cerquera, Pabón y Ruiz, 2017) se dedicaron de entre 6 y 10 sesiones al trabajo de las variables que componen la resiliencia. Esta diferencia podría considerarse como una variable importante en los resultados. Sin embargo, existe otro

elemento que debería tomarse en consideración, este es el hecho de que todos los deportistas participantes han sufrido con anterioridad al menos un proceso de lesión deportiva previo al programa de intervención, lo cual, de acuerdo con Almeida, et al., (2014) y Castro (2016) aumenta el factor resiliente de los deportistas.

Por otra parte, pese a todo lo mencionado en los párrafos anteriores, se debe resaltar el hecho de que se cumplieron las metas planteadas en la investigación debido a que las puntuaciones obtenidas en el post-test demuestran que más del 80% de los deportistas obtuvieron puntuaciones más altas en las variables a comparación con las obtenidas en el pre-test.

4.1. Conclusiones

La presente investigación permitió conocer un poco más sobre los efectos de trabajar la resiliencia en diferentes poblaciones y contextos. Con base en los resultados obtenidos se puede concluir lo siguiente:

Dentro de los elementos a destacar por tener relación directa con el enfoque del programa de intervención son aquellos puntajes que incrementaron en los estilos de enfrentamiento de los sujetos especialmente el estilo directivo-revalorativo que consiste en hacer algo para resolver los problemas desde un punto de vista positivo (Góngora y Reyes, 1999) así como el aumento en los niveles de autoconfianza por la disminución de la autoestima negativa (Rosenberg, 1965; como se citó en Atienza et al., 2000).

Las estrategias utilizadas en la intervención tomando como base a las variables que presenta la casita de la resiliencia, permitió a los deportistas identificar sus pensamientos

automáticos más fuertes y trabajar en ellos para lograr una reestructuración cognitiva abarcando aspectos relacionados con las consecuencias psicológicas de las lesiones, así como con otros aspectos dentro y fuera del contexto deportivo.

Otros resultados importantes son los cambios en los puntajes del apoyo social familiar de la escala de apoyo social y familiar, y del factor protector externo de la escala de resiliencia con lo que se podría hipotetizar que los deportistas encontraron una utilidad al programa de intervención y hallaron nuevas estrategias para la búsqueda de apoyo social variable que dentro del contexto deportivo no solo ayuda en el proceso de recuperación de una lesión deportiva sino también al rendimiento y a la prevención de burnout (Pedrosa, et al., 2012).

Por último, en cuanto a los niveles de cada uno de los factores que se midieron en el post-test, si bien no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, la magnitud del efecto encontradas en cada uno de los factores demuestran que la intervención si tuvo un impacto en la población de deportistas con la que se trabajó, lo cual resulta favorable debido a que, la resiliencia también es un factor protector ante lesiones deportivas (Zurita, et al., 2017).

4.2. Limitaciones

Resulta importante señalar que a pesar de las aportaciones que pudo dar esta investigación como lo es comprobar la eficacia del trabajo de la resiliencia dentro del tema de las lesiones deportivas existieron limitaciones, producto de varios factores que deben considerarse para tener un mejor entendimiento de los resultados obtenidos, así como para obtener mejores resultados en futuras investigaciones.

Primeramente, conviene señalar el momento en que se realizó la intervención ya que al estar los deportistas en una etapa competitiva tenían una mayor presión por parte de sus entrenadores, entrenamientos más fuertes y a ello se le sumaba las labores de la escuela, puesto que al ser estudiantes y deportistas tenían una doble responsabilidad, por un lado cumplir con todos sus entrenamientos para tener un mejor rendimiento en las competencias y por otro cumplir con sus trabajos escolares para obtener buenas notas que les permitirían, de pasar a la siguiente etapa, viajar a otro estado para continuar compitiendo en la universiada. Este factor hizo más difícil extender el número de sesiones y fue la razón por la que la intervención propiamente dicha quedara en un total de 4 sesiones de 2 horas más una sesión para el cierre.

Relacionado con lo anterior está el hecho de encontrar un horario para las sesiones en el que coincidan los deportistas. Las sesiones se dieron de 7 a 9 de la noche debido a que al tener en la muestra deportistas universitarios de distintas facultades fue imposible encontrar otro horario en el que pudieran asistir todos. Por lo tanto, los deportistas llegaban a la intervención luego de un día de trabajos escolares, prácticas profesionales, y algunos, luego de haber entrenado. Se recomienda en futuras investigaciones realizar las intervenciones en un periodo del macrociclo donde exista una menor cantidad de presión para los deportistas en cuanto a cargas de entrenamientos.

Otra limitación fue el tamaño de la muestra ya que al ser pequeña no se pueden generalizar los datos obtenidos a otros deportistas. La muestra original constaba de 29 deportistas, pero por las razones presentadas en los párrafos anteriores, esta muestra se

redujo a 5 por lo que nuevamente se sugiere elegir una época del macrociclo distinta a la competitiva para realizar este tipo de investigaciones.

Otro factor que habría que considerar es la falta de medición de todas las variables que componen el modelo elegido. Puesto que solo se midieron 3, no se puede saber si hubo o no variaciones en las 4 variables restantes. Por ello se recomienda el uso de una prueba o pruebas que midan las variables correspondientes a las necesidades básicas, búsqueda de sentido, sentido del humor y apertura a nuevas experiencias en caso de trabajar con el mismo modelo en futuras investigaciones. Sin embargo, pese a las limitaciones antes mencionadas vale la pena resaltar el hecho de que la presente investigación aplicada abre un camino para futuras investigaciones en esta línea, que podría considerarse poco estudiada en el área deportiva, y para nuevos programas de intervención para el bien de los deportistas y de la psicología del deporte.

Referencias

- Abenza, L., Olmedilla, A. y Ortega, E. (2009). Efectos de las lesiones sobre las variables psicológicas en futbolistas juveniles. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 42(2), 265-267.
- Almeida, P. L., Luciano, R., Lameiras, J. y Buceta, J. M. (2014). Beneficios percibidos de las lesiones deportivas: estudio cualitativo en deportistas profesionales y semiprofesionales. *Revista de psicología del deporte*, 23(2), 447-464.
- Almeida, P. L., Olmedilla, A., Rubio, V. J. y Palou, P. (2014). Psychology in the realm of sports injury: what it is all about. *Revista de psicología del deporte*, 23(2), 395-400.
- Atienza, F. L., Moreno, Y., y Balaguer, I. (2000). Análisis de la dimensionalidad de la Escala de Autoestima de Rosenberg en una muestra de adolescentes valencianos. *Universitas Tarraconensis*, 22(1-2), 29-42.
- Belem, I. C., Malheiros, N., Andrade, J. R., Lopes, J. L. y Florese, L. (2014). Impact of coping strategies on resilience of elite beach volleyball athletes. *Revista brasileira de cineantropometria e desempenho humano*, 447-455. Doi: <http://dx.doi.org/10.5007/1980-0037.2014v16n4p447>
- Berengüi, R. (2011). *Personalidad, características psicológicas y lesiones en el deporte de competición: análisis de relaciones e incidencia en jóvenes deportistas*. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Murcia, España.
- Berengüi, R., Garcés de los Fayos, E. J. y Almarcha, J. (2010). Factores psicológicos y lesiones deportivas en lucha olímpica y taekwondo. *E-balonmano.com revista de ciencias del deporte*, 7(Suppl.), 91-98.

- Castro, M., Chacón, R., Zurita F. y Espejo, T. (2016). Niveles de resiliencia en base a modalidad, nivel y lesiones deportivas. *Retos*, 29, 162-165.
- Cerquera, A. M. y Pabón, D. K. (2015). Modelo de intervención psicológica en resiliencia para cuidadores informales de pacientes con Alzheimer. *Diversitas: perspectivas en psicología*, 11(2).
- Cerquera, A. M., Pabón, D. K. y Ruiz, A. L. (2017). Implementación del programa de intervención psicológica en resiliencia para cuidadores informales de pacientes con demencia tipo Alzheimer PIRCA. *Universitas psychologica*, 16(2), 1-12.
- Chacón, R., Castro-Sánchez, M., Espejo-Garcés, T. y Zurita, F. (2016). Estudio de la resiliencia en función de la modalidad deportiva: fútbol, balonmano y esquí. *Retos* 29, pp. 157-161.
- CONADE (2017). *Lesiones deportivas, un obstáculo a vencer*. Recuperado de: <https://www.gob.mx/conade/prensa/lesiones-deportivas-un-obstaculo-a-vencer?idiom=es>
- CONADE (2018). Mentalidad del atleta ante una lesión. Recuperado de: <https://www.gob.mx/conade/articulos/mentalidad-del-atleta-ante-una-lesion-145026?idiom=es>
- Esquivel, L. A. (2008). Resiliencia, factores de riesgo y protección en estudiantes con reprobación recurrente: un enfoque ecosistemico y humanista. *Tesis doctoral no publicada*. Instituto Humanista de Sinaloa. México.
- Estrada, E. (2008). Deportistas “domingueros”: cuidado con las lesiones. Recuperado de: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=33&sid=860cb6d8-7fc0-4818-9ead-097dd5d89c0d%40sessionmgr198&hid=102>

- Fenoy, J. y Campoy, L. (2012). Rendimiento deportivo, estilos de liderazgo y evitación experiencial en jóvenes futbolistas almerienses. *Revista de Psicología del Deporte*, 21(1), 137-142.
- Fiorentino, M. T. (2008). La construcción de la resiliencia en el mejoramiento de la calidad de vida y la salud. *Suma psicológica* 15(1), 95-113.
- Fletcher, D. y Sarkar, M. (2012). A grounded theory of psychological resilience in Olympic champions. *Psychology of Sport and Exercise*, 13, 669-678.
- Fletcher, D., y Sarkar, M. (2013). Psychological resilience: a review and critique of definitions, concepts and theory. *European Psychologist*, 18(1), 12–23.
- Fóres, A. y Grané, J. (2008). *La resiliencia, crecer desde la adversidad*. España: Plataforma
- García, M., Maceira, A. D., Dafonte, S. y López, D. (2003). *El psicólogo del deporte en el tratamiento de lesiones* en Márquez, S. (Coord.) *Psicología de la actividad física y el deporte: Perspectiva latina*. México: Universidad de León paginas 533-539
- García, X., Molinero, O., Ruíz, R., Salguero (2016). Relationship between resilience and coping strategies in competitive sport. *Perceptual and motor skills*, 122 (1), 336-349.
- García, X., Molinero, O., Ruíz, R., Salguero, A., De la Vega, R. y Márquez, S. (2014). La resiliencia en el deporte: fundamentos teóricos, instrumentos de evaluación y revisión de la literatura. *Cuadernos de psicología del deporte*, 14(3), 83-98.
- García-Vesga, M. C. y Domínguez-de la Ossa, E. (2013). Desarrollo teórico de la resiliencia y su aplicación en situaciones adversas: Una revisión analítica. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 11 (1), pp. 63-77.

- Góngora, E. A. (2010). *El enfrentamiento a los problemas vs. el enfrentamiento positivo a la vida*. En, M. M., Flores Galaz, Contribuciones a la Psicología Social y Comunitaria en Yucatán. Universidad Autónoma de Yucatán.
- Góngora, E. A. y Reyes, I. (1999). La estructura de los estilos de enfrentamiento: rasgo y estado en un ecosistema tradicional mexicano. *Revista sonorensis de psicología*, 13(2), 3-14.
- González, A. A. (2016). Biofeedback y técnicas cognitivo conductuales sobre variables psicológicas asociadas a las lesiones deportivas en triatletas. *Tesis de maestría no publicada*. Universidad Autónoma de Yucatán.
- González-Arratia, N. I., Reyes, M., Valdez, J. L. y González, S. (2010). Resiliencia, autoestima y personalidad resistente en niños y adolescentes antecedentes de maltrato. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología Social y de la Salud*, 51-62.
- González, M. T. y Landero, R. (2014). Propiedades psicométricas de la Escala de Apoyo Social Familiar y de Amigos (AFAR-R) en una muestra de estudiantes. *Acta de investigación psicológica*, 4(2), 1469-1480.
- González-Arratia, L.F.N.I. (2011). *Resiliencia y personalidad en niños y adolescente. Cómo desarrollarse en tiempos de Crisis*. Universidad Autónoma del Estado de México.
- Gucciardi, D. F., Jackson, B., Coulter, T. J. y Mallett, C. J. (2011). The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC): Dimensionality and age-related measurement invariance with Australian cricketers. *Psychology of Sport and Exercise*, 12, 423-433.

- Gutiérrez, M. (2014). Relaciones entre el clima motivacional, las experiencias en educación física y la motivación intrínseca de los alumnos. *Retos. Nuevas tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación*, (26), 9-14.
- Guzmán, N. (2012). Enfrentamiento e inteligencia emocional en taekwondoines del estado de Yucatán: efectos de un programa de intervención. *Tesis de maestría no publicada*. Universidad Autónoma de Yucatán, Mérida, México.
- Hägglund, M., Waldén, M. and Ekstrand, J. (2009). Injuries among male and female elite football players. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports*, 19, 819-827. Doi: 10.1111/j.1600-0838.2008.00861.x
- Henderson, E. (2006). ¿Qué entendemos por resiliencia? ¿Cómo promoverla? ¿Cómo utilizarla? En Henderson, E. (Comp.) *La resiliencia en el mundo de hoy* (pp. 17-57). España: gedisa.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. P. (2010). *Metodología de la investigación*. México: McGrawHill
- Hernández-Mendo, A. (2002). La intervención psicológica en las lesiones deportivas. *Efdeportes revista digital*, 8(52). Recuperado de:
<http://www.efdeportes.com/efd52/lesion2.htm>
- Hurtado, S. G. (2014). Nivel de autoestima y éxito deportivo en jóvenes que practican Taekwondo (Estudio realizado con deportistas en área de competencias). *Tesis de licenciatura no publicada*. Universidad Rafael Landívar, Quetzaltenango.
- Kraus, J.F. y Conroy, C. (1984). Mortality and morbidity from injuries in sports and recreation. *Annual Review of Public Health*, 5, 163-192. Doi:
10.1146/annurev.pu.05.050184.001115

- Lawther, J. D. (1987). *Psicología del deporte y del deportista*. España: Paidós.
- Leiva, L., Pineda, M. y Encina, Y. (2013). Autoestima y apoyo social como predictores de la resiliencia en un grupo de adolescentes en vulnerabilidad social. *Revista de psicología de la universidad de Chile*, 22(2), 111-123.
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., y Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for futures work. *Child Development*, 71, 543–562.
- Machida, M., Irwin, B. y Feltz, D. (2013). Resilience in competitive athletes with spinal cord injury: the role of sport participation. *Qualitative health research*, 23(8), 1054-1065. Doi: 10.1177/1049732313493673
- Melillo, A., Estamatti, M. y Cuestas, A. (2008). Algunos fundamentos psicológicos del concepto de resiliencia. En Melillo, A. y Suárez, E. N. (Comp.) *Resiliencia descubriendo las propias fortalezas* (pp. 83-102). Argentina: Paidós.
- Mellalieu, S. D., Neil, R., Hanton, S. y Fletcher, D. (2009). Competition stress in sport performers: stressors experienced in the competition environment. *Journal of Sports Sciences*, 27, 729-744.
- Muñoz, V. y De pedro, F. (2005). Educar para la resiliencia. Un cambio de mirada para la prevención de situaciones de riesgo social. *Revista Complutense de Educación*, 1(16), 107-124.
- Olmedilla, A. García, C. y Martínez, F. (2006). Factores psicológicos y vulnerabilidad en las lesiones deportivas: un estudio en futbolistas. *Revista de psicología del deporte*, 15(1), 37-52.

- Olmedilla, A. y García-Mas, A. (2009). El modelo global psicológico de las lesiones deportivas. *Acción psicológica* 6(2), 77-91.
- Olmedilla, A., Andreu, M. D., Ortín, F. J. y Blas, A. (2009). Lesiones y fútbol base: un análisis en dos clubes de la Región de Murcia. *Retos. Nuevas tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación*, 16, 63-66.
- Olmedilla, A., Ortega, E., Abenza, L. y Boladeras, A. (2011). Lesiones deportivas y psicología: una revisión (2000-2009). *Cuadernos de psicología del deporte*, 11(1), 45-57.
- Ortín, F. J., Garcés de los Fayos, E. J. y Olmedilla, A. (2010). Influencia de los factores psicológicos en las lesiones deportivas. *Papeles del psicólogo*, 31(3), 281-288.
- Ortín, F., Olivares, E. M., Abenza, L., Gonzáles, J. y Jara, P. (2014). Variables psicológicas e intervención en el periodo postlesión en el contexto deportivo: revisión y propuestas de intervención. *Revista de psicología del deporte*, 23(2), 465-471.
- Ortín-Montero, F., De la Vega, R. y Gonsálvez-Botella (2013). Optimismo, ansiedad-estado y autoconfianza en jóvenes jugadores de balón mano. *Anales de psicología*, 29(3) versión online. Doi: <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.3.175751>
- Palmi, J. (2001). Componentes psicológicos de las lesiones deportivas. En Cruz, J. (Ed.). (2001). *Psicología del deporte* (pp. 215-244). España: Síntesis.
- Palmi, J. y Solé, S. (2014). Psicología y lesión deportiva: una breve introducción. *Revista de psicología del deporte* 23(2), 389-393.
- Pedrosa, I., Garcia-Cueto, E. Suarez-Álvarez, J. y Pérez, B. (2012). Adaptación española de una escala de apoyo social percibido para deportistas. *Psicotema*, 4(3), 470-476.
- Pérez, G., Cruz, J y Roca, J. (1995). *Psicología y deporte*. España: Alianza

- Pérez, J. (2009). La resiliencia: superar la adversidad. En García-Alandete, J. y Gallego-Pérez, J. F. (Coords.). *Adversidad, sentido de vida y resiliencia. Logoterapia y afrontamiento en situaciones al límite* (pp. 45-59). España: EDICEP.
- Puerta, P. (2006). Una Experiencia de activación de la resiliencia en familias codependientes. *Theológica Xaveriana*, (159), pp. 469-494.
- Puig, G. y Rubio, J. L. (2011). *Manual de resiliencia aplicada*. España: Gedisa.
- Pujals, C., Rubio, V. J., Marquez, M. O., Sánchez, I. y Ruiz-Barquin, R. (2016). Comparative sport injury epidemiological study on a Spain sample of 25 different sports. *Revista de psicología del deporte*, 25(2), 271-279.
- Reyes Lagunes, I. y Góngora Coronado, E. A. (1998). Escala multidimensional y multisituacional de enfrentamiento a los problemas. Proyecto CONACYT, 1084.PH. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Richardson, G. E. (2002). The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of clinical psychology*, 58(3), 307-321.
- Ridge, T. M., Swanson, J. y Irrgang, J. J. (2008). Principios de la rehabilitación. En P. J. McMahon (Coord.). *Diagnóstico y tratamiento en medicina del deporte* (pp. 263-276). España: McGraw-Hill.
- Ristolainen, L., Heinonen, A., Waller, B., Kujala, U. M. and Kettunen, J. A. (2009). Gender differences in sport injury risk and types of injuries: A retrospective twelve-month study on cross-country skiers, swimmers, long-distance runners and soccer players. *Journal of Sports Science and Medicine*, 8(3), 443-451.

- Robbins, J. y Rosenfelt, L.B. (2001) Athletes' Perceptions of Social Support Provided by Their Head Coach, Assistant Coach, and Athletic Trainer, Pre-Injury and During Rehabilitation. *Journal of sport behavior*, 24(3), 277-297.
- Romero, D. y Tous, J. (2011). Prevención de lesiones en el deporte. Claves para un rendimiento deportivo óptimo. España: Panamericana.
- Rotella, R. J. y Heyman, S. R. (1991). El estrés, las lesiones y la rehabilitación psicológica de los deportistas en J. M. Williams (Coord) *Psicología aplicada al deporte* (493-522). España: Biblioteca Nueva.
- Ruiz-Parraga, G. T. y López-Martínez, A. E. (2012). Resiliencia psicológica y dolor crónico. *Escritos de psicología* 5(2), versión electrónica. Doi: <http://dx.doi.org/10.5231/psy.writ.2012.1001>
- Sánchez, G. (2016). Programa de intervención terapéutica en resiliencia en una institución de educación superior. *Revista de psicología Universidad de Antioquia*, 8(1), 49-64.
- Sarkar, M y D. Fletcher (2014). Psychological resilience in sport performers: a review of stressors and protective factors. *Journal of sports sciences*, 32(15), pp. 1419-1434. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/02640414.2014.901551>
- Solé, S., Carranca, B., Serpa, S. y Palmi, J. (2014). Aplicaciones del mindfulness (conciencia plena) en lesión deportiva. *Revista de psicología del deporte* 23(2), 501-508.
- Stallard, P. (2007). *Pensar bien - sentirse bien. Manual práctico de terapia cognitivo-conductual para niños y adolescentes*. España: Desclée De Brouwer.
- Trip, D. A., Stanish, W., Ebel-Lam, A., Brewer, B. W. y Birchard, J. (2011). Fear of Reinjury, Negative Affect, and Catastrophizing Predicting Return to Sport in

- Recreational Athletes With Anterior Cruciate Ligament Injuries at 1 Year Postsurgery. *Sport, Exercise, and Performance Psychology*, 1 (Supl.), pp. 38-48.
- Vallarino, T. y García, R. (2016). Burnout, resiliencia y optimismo en el hockey sobre hierba femenino. *Cuadernos de psicología del deporte*, 16(3), pp. 73-78.
- Vanistendael, S., Vilar, J. y Pont, E. (2009). Reflexiones en torno a la resiliencia. Una conversación con Stefan Vanistendael. *Educación social*, 43, 93-103.
- Vera, B. (2008). Psicología positiva. Una nueva forma de entender la psicología. España: Calamar ediciones.
- Villalba, C. (2004). *El concepto de resiliencia: Aplicaciones en la intervención social*. Recuperado de: <http://www.documentacion.edex.es/docs/0302VILcon.pdf>
- Walker, B. (2010). *La anatomía de las lesiones deportivas*. España: Paidotribo.
- Wiese-Bjornstal, D. M. (2014). Reflections on a quarter-century of research in sport medicine psychology. *Revista de psicología del deporte*, 23(2), pp. 411-421.
- Yabroudi, M. y Irrgang, J. (2012). Rehabilitation and return to play after anatomic anterior cruciate ligament reconstruction, *Clinics in Sports Medicine*, 32, 165-175. Doi: 10.1016/j.csm.2012.08.016
- Young, J. (2014): La resiliencia del entrenador ¿Qué significa, por qué es importante y cómo desarrollarla? *Coaching and Sport Science Review*, 63(22), Pp. 10-12.
- Yuill, E., Pajackkowsky, J., Jason, A. y Howitt, S. (2012). Conservative care of sport hernias within soccer players: A case series. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 16(4), 540-548. Doi: 10.1016/j.jbmt.2012.04.004
- Zurita, F., Fernández, R., Cepero, M, Zagalaz, M. L., Valverde, M. y Ramírez, P. (2009). The relationship between pain and physical activity in older adults that begin a

program of physical activity. *Journal of Human Sport and Exercise*, 4(3), pp. 248-297.

Zurita, F., Rodríguez, S., Olmo, M., Castro, M., Chacón, R. y Cepero, M. (2017). Análisis de la resiliencia, ansiedad y lesión deportiva en fútbol según el nivel competitivo. *Deporte CCD*, 13(12), pp. 135-142.

ANEXOS

Anexo 1. Control de sesión psicológica

Nombre:

Fecha:

No. de sesión:

Actividades realizadas:

1. Objetivo de la sesión

R=

2. ¿Cómo te sentiste durante la realización de las actividades?

R=

3. Sobre tu desempeño en las actividades, del 1 al 10 ¿qué calificación te pones? ¿Por qué?

R=

4. A tu consideración, ¿qué porcentaje del objetivo se cumplió durante la sesión?

R=

5. ¿Consideras que la sesión te ayudo a mejorar en algún aspecto importante de ti mismo? ¿Cuál y por qué?

R=

6. ¿Para ti que fue lo más significativo de la sesión?

R=

Comentarios y observaciones

¡Gracias! 😊

Anexo 2. Registro de acontecimientos positivos

Durante los días previos a la siguiente sesión escribe 3 situaciones o acontecimientos positivos que te ocurran a lo largo de cada día, así como la manera en que dichas situaciones o acontecimientos te benefician tanto a nivel personal como deportivo.

| Día y Hora | Situación ¿Qué, donde, cuando y con quién? | Beneficios a nivel personal y deportivo |
|-------------------|---|--|
| | | |

Anexo 3. Cartas de consentimiento informado

a) Diagnostico

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Usted ha sido invitado(a) a ser partícipe de un estudio que se llevara a cabo por la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Yucatán (UADY) bajo la supervisión del Mtro. en Psic. Omar Solís Briceño y el Lic. en Psic. Juan Carlos Moo Peña. El objetivo de esta carta es informarle acerca del estudio, antes de que usted confirme su disposición a colaborar con la investigación.

El propósito de esta primera fase del estudio es realizar un diagnóstico sobre los niveles de resiliencia y otras variables psicológicas en deportistas universitarios que hayan o estén pasando por un proceso de lesión. Para ello se le aplicarán una serie de cuestionarios donde se le solicitará información personal, así como información sobre sus relaciones con familiares y amigos. Si usted accede a participar voluntariamente en este estudio, se le informa que la aplicación de los cuestionarios tomará aproximadamente un máximo de **15** minutos de su tiempo.

Es importante que sepa que su anonimato estará garantizado. Los encargados de la investigación mantendrán total confidencialidad con respecto a cualquier información obtenida en el estudio. Los datos obtenidos serán utilizados exclusivamente para los fines de la presente investigación y serán analizados de manera general.

Si tiene alguna pregunta durante su participación, puede acercarse a la persona encargada para aclarar sus dudas, las que serán tratadas en privado. Asimismo, si le surgen preguntas después de la aclaración del estudio no dude en contactar a los responsables del estudio.

HE TENIDO LA OPORTUNIDAD DE LEER ESTA DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO, HACER PREGUNTAS ACERCA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN, Y ACEPTO PARTICIPAR EN ESTE PROYECTO.

Nombre y firma del participante

b) Participación en el programa de intervención

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Usted ha sido invitado(a) a ser partícipe de un estudio que se llevara a cabo por la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Yucatán (UADY) bajo la supervisión del Dr. en Psic. Omar Solís Briceño y el Lic. en Psic. Juan Carlos Moo Peña. El objetivo de esta carta es informarle acerca del estudio, antes de que usted confirme su disposición a colaborar con la investigación.

El propósito de esta segunda fase del estudio es realizar una intervención para aumentar los niveles de resiliencia en deportistas universitarios que estén o hayan pasado por un proceso de lesión. Para ello se llevarán a cabo 10 sesiones donde se realizarán actividades encaminadas a proporcionar a los deportistas herramientas psicológicas que le ayudarán a mejorar su capacidad para hacer frente a las situaciones adversas y aprender de ellas. Si usted accede a participar voluntariamente en este estudio, se le informa que las sesiones se llevarán a cabo 2 veces por semana con una duración aproximada de 1 hora y 15 minutos por sesión.

Es importante que sepa que su anonimato estará garantizado. Los encargados de la investigación mantendrán total confidencialidad con respecto a cualquier información obtenida durante la intervención. Los datos obtenidos serán utilizados exclusivamente para los fines de la presente investigación y serán analizados de manera general.

Si tiene alguna pregunta, puede acercarse a la persona encargada para aclarar sus dudas, las que serán tratadas en privado. Asimismo, si le surgen preguntas después de la aclaración del estudio no dude en contactar a los responsables.

HE TENIDO LA OPORTUNIDAD DE LEER ESTA DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO, HACER PREGUNTAS ACERCA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN, Y ACEPTO PARTICIPAR EN ESTE PROYECTO.

Nombre y firma del participante

Anexo 4. Batería de pruebas

Ficha de identificación

Nombre:

Edad:

Edad deportiva:

Sexo:

Facultad:

Deporte:

1. ¿Eres integrante de alguna selección de la UADY? a) Si b) No
2. Actualmente, ¿te encuentras en un proceso de lesión deportiva? Si tu respuesta es no pasa a la pregunta 6.
a) Si b) No
3. Zona del cuerpo lesionada
a) Miembro superior (de la cintura para arriba)
b) Miembro inferior (de la cadera para abajo)
4. Respecto a tu lesión actual, ¿cuánto tiempo (en días y/o meses) ha pasado desde que ocurrió?
5. Tiempo de incapacidad por el tipo de lesión.
a) Menor (0 – 7 días) b) Moderada (8 - 21 días) c) Grave (más de 21 días)
d) No se
6. ¿Has pasado anteriormente por un proceso de lesión?
a) Si b) No
7. ¿Cuántas veces te has lesionado desde que comenzaste a practicar tu deporte en la UADY?
8. Tiempo transcurrido desde que te recuperaste de la última lesión.
a) Menos de 1 mes b) Entre 1 y 6 meses c) Entre 6 meses y 1 año
d) Más de 1 año

CUESTIONARIO DE RESILIENCIA
(González Arratia, 2011)

A continuación se presentan una serie de preguntas que tienen que ver con tu forma de pensar y actuar ante la vida. Por favor coloca una (X) en el cuadrado que más se acerque a lo que tú eres, pensando en qué medida crees que te sentiste, actuaste o te comportaste en una situación de crisis o cuando hayas tenido algún problema. Siempre ten presente la situación. No dejes ninguna pregunta sin contestar. Por tu colaboración, muchas gracias.

| PREGUNTA | Siempre | La mayoría de as veces | Indeciso | Algunas veces | Nunca |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Yo soy feliz cuando hago algo bueno para los demás. | <input type="checkbox"/> |
| 2. Yo soy respetuoso de mí mismo y de los demás. | <input type="checkbox"/> |
| 3. Soy agradable con mis familiares. | <input type="checkbox"/> |
| 4. soy capaz de hacer lo que quiero. | <input type="checkbox"/> |
| 5. Confío en mí mismo | <input type="checkbox"/> |
| 6. Soy inteligente | <input type="checkbox"/> |
| 7. Yo soy acomedido y cooperador . | <input type="checkbox"/> |
| 8. Soy amable. | <input type="checkbox"/> |
| 9. Soy compartido. | <input type="checkbox"/> |
| 10. Yo tengo personas que me quieren incondicionalmente. | <input type="checkbox"/> |
| 11. Conmigo hay personas que quieren que aprenda a desenvolverme sólo. | <input type="checkbox"/> |

| PREGUNTA | Siempre | La mayoría de las veces | Indeciso | Algunas veces | Nunca |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 12. Hay personas que me ayudan cuando estoy enfermo o en peligro. | <input type="checkbox"/> |
| 13. Cerca de mí hay amigos en quien confiar. | <input type="checkbox"/> |
| 14. Tengo personas que me quieren a pesar de lo que sea o haga. | <input type="checkbox"/> |
| 15. Tengo deseos de triunfar. | <input type="checkbox"/> |
| 16. Tengo metas a futuro. | <input type="checkbox"/> |
| 17. Estoy dispuesto a responsabilizarme de mis actos. | <input type="checkbox"/> |
| 18. Estoy siempre pensando la forma de solucionar mis problemas | <input type="checkbox"/> |
| 19. Estoy siempre tratando de ayudar a los demás. | <input type="checkbox"/> |
| 20. Soy firme en mis decisiones. | <input type="checkbox"/> |
| 21. me siento preparado para resolver mis problemas. | <input type="checkbox"/> |
| 22. Comúnmente pienso en ayudar a los demás | <input type="checkbox"/> |

| PREGUNTA | Siempre | La mayoría de las veces | Indeciso | Algunas veces | Nunca |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 23. Enfrento mis problemas con serenidad. | <input type="checkbox"/> |
| 24. Yo puedo controlar mi vida. | <input type="checkbox"/> |
| 25. Puedo buscar la manera de resolver mis problemas. | <input type="checkbox"/> |
| 26. Puedo imaginar las consecuencias de mis actos. | <input type="checkbox"/> |
| 27. Puedo reconocer lo bueno y lo malo para mi vida. | <input type="checkbox"/> |
| 28. Puedo reconocer mis cualidades y defectos | <input type="checkbox"/> |
| 29. Puedo cambiar cuando me equivoco. | <input type="checkbox"/> |
| 30. Puedo aprender de mis errores. | <input type="checkbox"/> |
| 31. Tengo esperanza en el futuro. | <input type="checkbox"/> |
| 32. Tengo Fe en que las cosas van a mejorar. | <input type="checkbox"/> |

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG (RSE)

Por favor, lee las frases que se te presentan a continuación y señala el nivel de acuerdo o desacuerdo que tienes con cada una de ellas, marcando con una X la alternativa que elijas.

que tienes con cada una de ellas, marcando con un aspa la alternativa elegida.

| | | Muy en desacuerdo | En desacuerdo | De acuerdo | Muy de acuerdo |
|----|--|----------------------|------------------|---------------|-------------------|
| 1 | Me siento una persona tan valiosa como las otras | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2 | Generalmente me inclino a pensar que soy un fracaso | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3 | Creo que tengo algunas cualidades buenas | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4 | Soy capaz de hacer las cosas tan bien como los demás | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5 | Creo que no tengo mucho de lo que estar orgulloso | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6 | Tengo una actitud positiva hacia mí mismo | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7 | En general me siento satisfecho conmigo mismo | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8 | Me gustaría tener más respeto por mí mismo | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9 | Realmente me siento inútil en algunas ocasiones | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10 | A veces pienso que no sirvo para nada | 1 | 2 | 3 | 4 |

(Rosenberg, 1965; Atienza, Balaguer y Moreno, 2000)

Subescala de enfrentamiento a los problemas de la vida

A continuación, encontrarás una serie de afirmaciones que describen cosas que la gente hace cuando tienen problemas. Como puedes ver hay siete cuadros después de la frase en los que deberás marcar con una **X** el cuadro que represente mejor la frecuencia con la que tú haces esas cosas. Ten en cuenta que entre más grande y más cercano esté el cuadro significa que llevas a cabo esa conducta con mayor frecuencia y entre más alejado esté indicará que nunca haces eso. Encuentra el punto que mejor te represente utilizando la diversidad de cuadros.

Ejemplo:

CUANDO TENGO PROBLEMAS CON LA AUTORIDAD. YO...

| | siempre | | | | | | | nunca |
|-----------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------|
| Me asusto | <input type="checkbox"/> | |

Contesta tan rápido como te sea posible, sin ser descuidado. Contesta en todos los renglones, dando una sola respuesta en cada uno de ellos.

Recuerda que tus respuestas son totalmente anónimas y confidenciales.

Gracias por tu cooperación.

CUANDO TENGO PROBLEMAS EN MI VIDA YO...

| | | siempre | | | | | nunca | |
|----|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 | Trato de encontrarles lo positivo. | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Me siento triste. | <input type="checkbox"/> |
| 3 | Le pido a alguien que me ayude a solucionarlos. | <input type="checkbox"/> |
| 4 | Pienso en otra cosa. | <input type="checkbox"/> |
| 5 | Los acepto, porque me ayudan a crecer. | <input type="checkbox"/> |
| 6 | Me preocupo. | <input type="checkbox"/> |
| 7 | Me mantengo ocupado para no pensar en ellos. | <input type="checkbox"/> |
| 8 | Le platico a alguien lo que pienso hacer. | <input type="checkbox"/> |
| 9 | Me molesto. | <input type="checkbox"/> |
| 10 | Les busco una solución. | <input type="checkbox"/> |
| 11 | Me encierro en mí. | <input type="checkbox"/> |
| 12 | Busco a alguien para aclararlos. | <input type="checkbox"/> |
| 13 | No les doy importancia. | <input type="checkbox"/> |
| 14 | Considero un reto solucionarlos. | <input type="checkbox"/> |
| 15 | Me desespero. | <input type="checkbox"/> |
| 16 | Procuro aprender de ellos. | <input type="checkbox"/> |
| 17 | Procuro superarlos. | <input type="checkbox"/> |
| 18 | Los enfrento. | <input type="checkbox"/> |

Escala de Apoyo Social Familiar y de Amigos AFAR-R

(Gonzales y Landero, 2014)

A continuación, encontrarás algunas situaciones relacionadas con tu familia y tus amigos. Indica qué tanto consideras que cuentas con ellos cuando los necesitas, marcando con una **X** el número que mejor describa la frecuencia de su apoyo que va de 1 (nunca) a 5 (siempre).

| ¿Con que frecuencia cuentas con alguien cuando lo necesitas? | Nunca | Muy pocas Veces | Algunas veces | Muchas veces | Siempre |
|---|-------|-----------------|---------------|--------------|---------|
| 1. Cuentas con alguien de tu familia para poder platicar cuando lo necesitas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Cuentas con algún amigo(a) con quien puedas platicar cuando lo necesitas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Cuentas con alguien de tu familia que te ayude a resolver algún problema personal | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Cuentas con algún amigo(a) que te ayude a resolver algún problema personal | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Tus padres te demuestran cariño y/o afecto | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Cuentas con algún amigo(a) que te demuestre afecto | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Confías en tu familia para hablar de las cosas que te preocupan | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Confías en algún amigo(a) para hablar de las cosas que te preocupan | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Alguien de tu familia te apoya cuando tienes problemas en la escuela | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Alguien de tus amigos(as) te ayuda en las tareas de la escuela o trabajo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Alguien de tus amigos(as) te apoya cuando tienes problemas en la escuela | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. En mi familia se habla de los problemas de todos y nos apoyamos todos (papás, hijos y hermanos) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Estás satisfecho(a) con el apoyo que recibes de tu familia | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Estás satisfecho(a) con el apoyo que recibes de tus amigos(as) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |