

INSTITUTO NACIONAL DE EDUCACIÓN FÍSICA
Universidad Politécnica de Madrid

II CONGRESO DE CIENCIAS DEL DEPORTE
14 al 16 de marzo de 2002

**Título: ESTRATEGIAS PSICOLÓGICAS DE
CONTRACONDICIONAMIENTO PARA LA RECUPERACIÓN DEL
RENDIMIENTO DEPORTIVO**

Autor: Fernando Gimeno Marco

Institución: Facultad de Ciencias de la Salud y del Deporte; Licenciatura de Ciencias de la Actividad Física y del Deporte (Universidad de Zaragoza).

Localización y contacto: fgimeno@cop.es

Resumen:

La práctica del deporte de competición conlleva múltiples situaciones potencialmente estresantes. En ocasiones, la intensidad y significación de estas situaciones puede originar una deficiente adaptación del deportista desembocando en un patrón de respuesta fóbico asociado tanto a situaciones ambientales como a respuestas cognitivas y fisiológicas. Las consecuencias no sólo se traducen en una rápida y severa disminución del rendimiento deportivo sino en un desajuste emocional que puede afectar seriamente al estado anímico del deportista y favorecer nueva sintomatología ansiosa (ej. respuestas psicósomáticas o agorafobia). En estos casos es determinante la correcta evaluación de la conducta del deportista mediante un minucioso “análisis de los episodios funcionales de conducta” con el fin de diseñar el adecuado entrenamiento psicológico que permita al deportista la recuperación de su actividad deportiva en los niveles de normalidad previos al surgimiento y desarrollo de este trastorno de ansiedad. En este trabajo se presenta el entrenamiento psicológico de “contracondicionamiento” aplicado con diferentes deportistas que ha permitido la recuperación de los mismos a su actividad deportiva habitual en un tiempo inferior a seis meses.

Palabras clave: Trastornos Fóbicos, Ansiedad, Contracondicionamiento, Entrenamiento Psicológico

Tipo de presentación: comunicación
Área: Rendimiento Deportivo

Subárea: Psicología del Deporte

Necesidades de medios: Proyector de vídeo-ordenador

1. Introducción

En nuestros días existe un consenso generalizado tanto en la comunidad científica como en la población, especialmente de sociedades industrializadas, acerca de la positiva relación entre práctica de actividad física-deportiva y salud. Sin embargo, practicar deporte no está exento de posibles consecuencias adversas, tanto de naturaleza física como psicológica. En cuanto a las posibles consecuencias negativas de tipo psicológico, cabe destacar aquellas relacionadas con el incremento del estrés negativo, por ejemplo, en aquellos casos donde la práctica deportiva conlleva objetivos y expectativas, inadecuadas o poco realistas (ej. reducción excesiva de peso, metas deportivas inalcanzables, ...). De esta forma, pueden encontrarse asociados a la práctica deportiva excesos o déficits conductuales (ej. exceso de entrenamiento, trastornos alimentarios – anorexia, bulimia-, ...); trastornos de ansiedad y/o del estado de ánimo.

De forma más específica, las demandas características de la competición deportiva pueden favorecer la vulnerabilidad de las personas que la afrontan a desarrollar trastornos de conducta que requieran una intervención psicológica específica. En este sentido, se han observado fobias específicas a la actuación deportiva, como por ejemplo en tenistas al subir a la red, en jugadores de béisbol al devolver la pelota al lanzador (*pitcher*) después de recibir una pelota (Silva, 1994). El denominador común de las fobias es un miedo irracional ante la presencia o anticipación de estímulos concretos con la consecuente conducta de evitación de estos estímulos, convirtiéndose precisamente esta conducta de evitación en el problema.

La fobia a situaciones de evaluación (ansiedad de evaluación) y más concretamente a la competición deportiva es un trastorno de conducta que puede encontrarse tanto en el ámbito del deporte de competición como en el contexto de la preparación de pruebas físicas para el acceso a un puesto de trabajo (Gimeno, 2000). En ambos casos, las consecuencias para las personas que lo sufren pueden traducirse en una seria limitación o incapacitación para la consecución de objetivos trascendentes para el desarrollo personal y/o profesional. Por otra parte las “fobias específicas” pueden favorecer el desarrollo de otros trastornos de conducta, como la agorafobia, en el caso de no ser abordadas en su etapa inicial de desarrollo y/o cuando no se experimenta una mejoría a través del tratamiento.

La clasificación de los trastornos fóbicos propuesta en las nosologías psiquiátricas de la C.I.E.-10 (O.M.S., 1992) y del D.S.M.-IV (A.P.A., 1994) facilita la unificación del lenguaje al referirnos a los diferentes tipos de trastornos, aunque no es la herramienta más útil para el tratamiento desde una orientación cognitivo-conductual. Para este fin, como se expone más

adelante en este estudio, se utiliza la metodología del “análisis funcional de la conducta” (Fernández-Ballesteros, 1994) que permite establecer con mayor exactitud las variables relacionadas con la aparición y/o mantenimiento de la conducta problema en cada caso concreto y establecer, en base a este análisis, las hipótesis de la intervención psicológica facilitando de esta manera la evaluación del efecto de la intervención. En particular, desde la metodología cognitivo-conductual se evalúan tanto las situaciones ambientales como las respuestas motoras, fisiológicas y cognitivas que funcionan como estímulos antecedentes aversivos asociados a la conducta de evitación posibilitando de esta manera la delimitación exacta del trastorno en cada persona (Levis y Rourke, 1991).

Sin embargo, con el fin de favorecer el acercamiento conceptual al fenómeno conductual de los trastornos fóbicos relacionados con la práctica de actividad física y del deporte se describen a continuación los criterios del D.S.M.-IV para la clasificación de un repertorio conductual como fobia específica:

F40.2 Fobia específica:

- A. Temor acusado y persistente que es excesivo o irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos (p.ej., volar, precipicios, animales, administración de inyecciones, visión de sangre).
- B. La exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación determinada. Nota: En los niños la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición o abrazos.
- C. La persona reconoce que este miedo es excesivo o irracional. Nota: En los niños este reconocimiento puede faltar.
- D. La(s) situación(es) fóbica(s) se evitan o se soportan a costa de una intensa ansiedad o malestar.
- E. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar provocados por la(s) situación(es) temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal de la persona, con las relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien provocan un malestar clínicamente significativo.
- F. En los menores de 18 años la duración de estos síntomas debe haber sido de 6 meses como mínimo.
- G. La ansiedad, las crisis de angustia o los comportamientos de evitación fóbica asociados a objetos o situaciones específicos no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, por ejemplo,

un trastorno obsesivo-compulsivo (p.ej., miedo a la suciedad en un individuo con ideas obsesivas de contaminación), trastorno por estrés postraumático (p.ej., evitación de estímulos relacionados con un acontecimiento altamente estresante), trastorno de ansiedad por separación (p.ej., evitación de ir a la escuela), fobia social (p.ej., evitación de situaciones sociales por miedo a que resulten embarazosas), trastorno de angustia con agorafobia, o agorafobia sin historia de trastorno de angustia.

En base a la argumentación precedente relacionada con las posibles consecuencias negativas de la práctica de actividad física y deporte, parece razonable afirmar que la atención y servicio al deportista requiere la realización de una evaluación inicial y continuada en el tiempo que considere todas aquellas variables de naturaleza tanto física como psicológica involucradas en la consecución de los objetivos que pretende (objetivos deportivos, de salud, profesionales, ...) (Gimeno y Buceta, 1994). En este sentido, la evaluación interdisciplinar entre el médico y el psicólogo, ambos especialistas en este ámbito del deporte, puede ser altamente fructífera, especialmente en aquellos casos como se ha descrito anteriormente en los que las consecuencias de la práctica deportiva resulten de significativa gravedad para el deportista.

En este estudio se presenta la evaluación e intervención conductual consecuente realizada en un caso de fobia al estrés físico, utilizando exposición graduada en vivo, técnicas de control de la activación, y autoinstrucciones. La exposición en vivo es el tratamiento más eficaz en este tipo de trastornos de conducta (Crespo y Cruzado, 2000). Esta eficacia se incrementa si: el proceso de exposición se realiza principalmente sobre los estímulos fóbicos que tienen una mayor carga afectiva o están asociados a una respuesta de evitación más intensa (Levis y Rourke, 1991); y si el proceso de contracondicionamiento que se persigue a través de la exposición en vivo es reforzado con la adquisición de un repertorio conductual alternativo a las conductas de evitación de carácter ansiógeno.

2. Proceso de intervención psicológica

2.1. Sujeto

E.F. es un hombre de 22 años, soltero, ocupado en la ampliación de su formación académica procedente de la Formación Profesional, rama Administrativa. Conserva una amplia y positiva red de apoyo social compuesta por miembros de su entorno familiar, académico y deportivo. Implicado en la práctica de ciclismo desde los 12 años, llega a participar en competiciones de ámbito regional con resultados discretos. Compagina esta actividad deportiva con otro tipo de actividades físicas realizadas en el ámbito de las clases de Educación Física y de un gimnasio al que acude para completar su preparación física. A los 16 años, realizando un test de 1000 metros en una clase de Educación Física, al llegar a meta se encuentra muy mareado, es llevado inmediatamente a un hospital y se le ingresa con taquicardia. El psiquiatra que le atiende le prescribe ansiolíticos durante 3 meses. Pasada esta crisis, continúa practicando ciclismo con una alta dedicación y compromiso, participando en competiciones y mejorando progresivamente su forma física. Consecuencia de esta preparación, reduce su peso en 14 kgs. (de 70 kgs. A 56 kgs.) en tres años (desde los 16 a los 19 años). A esta edad de 19 años, al realizar ejercicio físico intenso, empieza a notar que se mareaba y con una intensa ansiedad. Su médico de cabecera atribuye esta disfunción a un trastorno anoréxico razón por la que es remitido al especialista de psiquiatría donde le vuelven a prescribir ansiolíticos durante los 4 meses siguientes. A los 20 años realiza un reconocimiento médico en un centro de medicina deportiva en el que durante la realización de una prueba de esfuerzo responde con sintomatología ansiosa. El médico deportivo que le atendió le aconsejó que se pusiera en manos de un psicólogo deportivo. A los 22 años, debido a las dificultades para practicar actividad física y para llevar una vida normal, E.F. acude al despacho de un psicólogo deportivo.

2.2. Evaluación conductual

La evaluación se llevó a cabo por medio de una entrevista y una sesión de entrenamiento en un parque.

En el marco de la entrevista, E.F. describe la intensa ansiedad que experimenta cuando realiza cualquier tipo de esfuerzo físico continuado o intenso (ej. correr, ir en bicicleta o trabajo con máquinas o pesas en un gimnasio). En concreto señala:

- Respuestas cognitivas: miedo a la ansiedad consecuente con la realización de esfuerzo físico; pensamientos anticipatorios en esta dirección (“me voy a encontrar mal y no voy a poder respirar, me caeré al suelo, ...”, “seguro que no podré aguantar”, ...).

- Respuestas fisiológicas: incremento de la activación simpática (dolor de estómago, vómitos, tensión muscular tanto durante el día como por la noche, frecuente necesidad imperiosa de ir al baño).
- Respuestas motrices: hiperactividad (realización de tareas variadas que no son imprescindibles en el momento, como limpieza de la cocina; ingesta de alimentos energéticos –chocolate y pastas-), agitación gestual y paralingüística en la comunicación interpersonal.

La semana siguiente a la realización de la entrevista de evaluación, se le acompaña a E.F. a un parque para realizar un entrenamiento consistente en una suave carrera continua (7 min./km.). E.F. comenta que está muy nervioso, y que está preocupado por cómo él y su cuerpo puedan reaccionar. Transcurridos los 50 primeros metros la ansiedad de E.F. aumenta, observándose dificultades para respirar, una expresión facial de preocupación y una conducta verbal de evitación argumentando su malestar y su incapacidad para seguir corriendo. Se le insiste para que continúe corriendo pero sin concluir 200 metros se para, se sienta y sigue respirando agitadamente.

Con la excepción de este problema, no se observa ningún otro trastorno de conducta.

2.3. Programa de intervención

Los objetivos de la intervención y las técnicas utilizadas para su consecución aparecen descritos, de forma general, en la tabla-1. Durante la exposición de este trabajo se ofrecerán datos más específicos sobre el programa de intervención (contenido de cada una de las sesiones y resultados del mismo).

Tabla-1. Objetivos de la intervención y técnicas utilizadas

OBJETIVOS	TÉCNICAS UTILIZADAS
<p>Control de la ansiedad durante la carrera continua. De forma más específica se persigue que E.F. desvíe su atención de las sensaciones de esfuerzo físico y ansiedad consecuentes.</p>	<p>Adquisición de una rutina conductual durante la fase de carrera basada en la focalización de la atención sobre referencias externas y maniobras de adecuación de la activación fisiológica (mediante la respiración y movimientos de adecuación postural) (Morgan, Horstman, Cymerman y Stokes, 1983; Gimeno, 1997)</p>
<p>Control de las respuestas cognitivas. Se pretende, en concreto, que E.F. adquiera un repertorio de respuestas cognitivas que le permitan contrarrestar y sustituir las elaboraciones mentales disfuncionales que aparecen durante la crisis fóbica.</p>	<p>Como estrategias complementarias a la anteriores, entrenamiento para la adquisición y utilización de autoinstrucciones tanto de carácter motivacional (“adelante”, “bien”, “vamos”) como facilitadoras de conductas de control claves (“respira”, “mira”, “codos atrás”). Junto con el entrenamiento en autoinstrucciones, se entrenará a E.F. en la utilización de un enfoque mental funcional para el manejo de las posibles amenazas y falta de control percibidas durante la carrera continua (“sólo me quedan X metros”, “puedo terminar”, “puedo acostumbrarme y resistir el esfuerzo”).</p>
<p>Reducción progresiva de la incidencia de los estímulos presentes en la situación fóbica. Se persigue, en primer lugar, que el deportista se habitúe a la situación, perdiendo ésta su capacidad para evocar ansiedad; y, en segundo lugar, que incremente su eficacia en la utilización de las estrategias de afrontamiento previamente entrenadas con el fin de sustituir la conducta anómala en esta situación por una pauta de conducta alternativa funcional.</p>	<p>Exposición gradual y utilización de las estrategias de afrontamiento descritas anteriormente (Echeburúa y Gargallo, 1993)</p>

*** Conclusión y discusión final.**

Concluido el programa de intervención, realizado durante 3 meses, se observa la ausencia de la respuesta condicionada de ansiedad en presencia de ejercicio físico continuado, tanto en modalidad de carrera continua durante 3000 metros (16'30") con un cambio de ritmo en los 200 últimos metros, como en la modalidad de cicloergómetro con intensidad creciente. Paralelamente se observa el desarrollo de un repertorio conductual de afrontamiento en esta misma situación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association (A.P.A.) (1994): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4ª ed. (DSM-IV)*. Washington, D.C.: A.P.A. (Traducción española, Barcelona: Masson, 1995).
- Carrasco, G. (1993): Terapias racionales y de reestructuración cognitiva. En F.J. Labrador, J.A. Cruzado y M. Muñoz, *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Madrid: Pirámide.
- Crespo, M. Y Cruzado, J. A. (2000): Técnicas de Modificación de Conducta en el Ámbito de la Salud. En J.M. Buceta, A.M. Bueno y B. Mas (eds.) *Intervención Psicológica en Trastornos de la Salud*. Madrid: Dykinson.
- Echeburúa, E. y Gargallo, P. (1993): Técnicas de exposición: variables y aplicaciones. En F.J. Labrador, J.A. Cruzado y M. Muñoz, *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Madrid: Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. (1994): *Evaluación conductual hoy. Un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud*. Madrid: Pirámide.
- Gimeno, F. y Buceta, J.M. (1994): Modelo de atención psicológica en un centro de Medicina del Deporte. *Archivos de Medicina del Deporte, Vol.XI, nº 43*, pp.241-246.
- Gimeno, F. (1997): La Psicología en el Entrenamiento de los Deportes de Resistencia. *Apuntes, 1*, 273-296.
- Gimeno, F. (2000): Intervención cognitivo conductual en un caso de fobia a la competición de atletismo en pista. *Anales, 8(1)*, pp. 161-168.
- Levis, D.J. y Rourke, P.A. (1991): La terapia implosiva (inundación): Una técnica conductual para la extinción de la re-activación de la memoria. En V.E. Caballo (comp.) *Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta*. Madrid: Siglo XXI.
- Morgan, W.P., Horstman, D.H., Cymerman, A. Y Stokes, J. (1983): Facilitation of physical performance by means of a cognitive strategy. *Cognitive Therapy and Research, 7*, 251-264.
- Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) (1992): *Clasificación Internacional de las enfermedades (10ª ed.) (C.I.E. 10)*. Madrid, O.M.S.

Ruiz, M.A. (1993): Control del diálogo interno y autoinstrucciones. En F.J. Labrador, J.A. Cruzado y M. Muñoz, *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Madrid: Pirámide.

Silva, J.M. (1994): Sport Performance Phobias. *International Journal of Sport Psychology*, 25, 1, 100-118.