

- **DIRECTOR: Dr. Andrés López Pell**
- **ALUMNO: Lic. Jorge Dugo**
- **TÍTULO A OBTENER: Especialista en Terapia Cognitiva**
- **FACULTAD EN LA QUE SE PRESENTA: Facultad de Psicología y Relaciones Humanas.**
- **FECHA: Mayo 2022**

Técnicas cognitivas orientadas al mejor manejo de la ansiedad y de las presiones en el rendimiento deportivo.

Índice

Resumen…….. 2

Introducción…….... 3

Psicología del deporte…… 5

¿Qué es la psicología del deporte?..... 5

Rol del psicólogo deportivo…… 5

Las presiones en el deporte…… 7

Ansiedad…… 9

Criterios diagnósticos…… 11

Conceptualización de caso Gastón…… 13

Conceptualización de caso Emiliano…….. 17

Caso Gastón…….. 22

Descripción del caso…….. 22

Tratamiento…….. 23

Caso Emiliano…….. 28

Descripción del caso…….. 28

Tratamiento…….. 29

Conclusiones…….. 33

Técnicas…….. 35

Referencias…….. 39

Resumen

El objetivo de este trabajo es describir las técnicas cognitivo-conductuales aprendidas en la Especialización de terapia cognitiva, cuya orientación apunta a otorgar herramientas para un mejor manejo de la ansiedad y de las presiones en el rendimiento deportivo.

El estado mental denominado “ansiedad”, en mayor o menor grado, es el común denominador de todo deportista. La propuesta de este trabajo es la de realizar una conceptualización y formulación de dos casos clínicos con un diagnóstico presuntivo de ansiedad generalizada. Para ello, se realizará una profundización en las técnicas adquiridas, cuya finalidad será que al implementarlas, los síntomas disminuyan y así lograr un adecuado manejo de la ansiedad y las presiones, dentro del campo de la psicología del deporte. Además se describirá el diagrama de conceptualización, que brinda el mapa del paciente desde el inicio hasta la finalización del tratamiento; un modo de trabajo muy novedoso y efectivo.

Palabras clave: técnicas cognitivo-conductuales, conceptualización y formulación de caso, psicología del deporte.

Introducción

Se propone una forma de trabajo en que la terapia cognitiva brinda herramientas a ser utilizadas en la psicología del deporte. A través de la conceptualización y formulación de casos, se detectan las emociones perturbadoras que inciden en el disfrute del deporte y la actividad física para poder comprender al deportista, cuáles son sus problemas, como se desarrollaron y como persisten. Este diseño explicativo y novedoso ayuda a entender las reacciones ante las diversas situaciones.

Lo que piensa un deportista sobre sí mismo, afecta directamente sus sentimientos, sus conductas y su desempeño. Es sabido que si el sujeto quiere controlar sus acciones y su rendimiento, en primer lugar hay que ayudarlo, orientarlo a que pueda revisar los pensamientos; es decir que pueda reconocer: ¿Cómo son esos pensamientos? ¿Son productivos? De ser así éstos tienden a llevar a sentimientos que facilitan el disfrute y buen desempeño. Se cita a Giesenow (2011):

> Las percepciones de los eventos influyen sobre las emociones y los comportamientos de las personas (…) No es la situación misma la que determina en forma directa lo que una persona puede sentir sino que los sentimientos y las emociones están asociados con su manera de pensar sobre esa situación y de interpretarla. (…) Por ejemplo, cuando se está practicando un deporte la SITUACION el paciente la describe como: “cometo un error”, la persona probablemente pensará: “no me sale una”, sentirá: nervios, enojo, actuará: juego tenso, con dudas, con miedo”. (…)”Siempre algún pensamiento antecede a la acción.”(pp. 75, 76).

Asimismo, ObstCamerini (2008), señala al respecto de las percepciones: “Las percepciones no se alteran por los hechos, sino por lo que piensan acerca de los hechos” (p. 15).

Según Giesenow (2011), estos son los llamados pensamientos automáticos. ¿De dónde surgen? De las creencias.

También existen ciertas distorsiones cognitivas, es decir, errores en el procesamiento de la información que son comunes en deportistas y que resultan perjudiciales para su rendimiento y bienestar; ya que una evaluación realista junto con la consiguiente modificación del pensamiento, producen una mejoría en el estado de ánimo y comportamiento.

Los objetivos principales son: aprender nuevas maneras de superar las dificultades, desarrollar nuevas habilidades como por ejemplo ser más asertivo, disminuir la tensión y los síntomas, como también buscar que el paciente/deportista tenga creencias más funcionales; es pertinente aclarar que dicha tarea que se logra cuando se comienza a desafiar las creencias disfuncionales a través de preguntas abiertas.

Las técnicas cognitivas orientadas al mejor manejo de las presiones son: detención del pensamiento, toma de decisiones, refocalización, establecimiento de objetivos, reestructuración cognitiva, resolución de problemas, técnicas de relajación y visualización.

Psicología del deporte

La psicología del deporte apunta a dos objetivos fundamentales:

1. Conocer los factores psicológicos de influencia en el rendimiento deportivo. Como éstos afectan el desempeño de los deportistas.
2. Comprender como el deporte y la actividad física inciden en el desarrollo y la salud de las personas.

Continuando con lo que señala Giesenow (2007), la psicología del deporte no es solamente para los deportistas que presentan dificultades personales ni para deportistas profesionales de alto rendimiento, sino que es para todas aquellas personas que realizan deporte o actividad física, con la finalidad de la obtención de un bienestar psicológico por ejemplo a través de la actividad física y la mejora del rendimiento deportivo. Abarca desde la iniciación deportiva hasta el alto rendimiento.

¿Qué no es la Psicología del deporte?

La psicología del deporte, tal como la describe Giesenow (2007):

> (…) no es Psicología clínica, ni Psicoanálisis, ni tampoco un tratamiento o una terapia para personas que tienen alguna enfermedad. En el deporte el Psicólogo trabaja buscando la mejora en el rendimiento, aunque sin descuidar los aspectos relacionados con la salud mental del deportista (p. 280).

Rol del Psicólogo deportivo:

Como señala el Dr. Marcelo Roffé (1999):

> Nos encontramos en el campo de la salud mental y no de la psicopatología:

> Esta diferencia es clave, ya que a los deportistas no se los considera pacientes. Son personas que no pueden rendir su máximo potencial debido a las presiones internas y/o externas propias del ámbito deportivo.

Según Roffé (1999), (…) cuatro son "las patas" de la mesa del rendimiento deportivo en el aspecto psíquico: motivación, concentración, confianza y control de las presiones.

Por otro lado, de acuerdo con Giesenow (2007), pedagógicamente es muy útil realizar la distinción entre el rol del psicólogo deportivo y el clínico, pero en la práctica esta distinción no es tan clara, ya que es un continuo y no una división tajante en términos de blanco y negro. Además la psicología del deporte se sirve de técnicas cognitivo-conductuales del ámbito clínico, alguna de ellas con adaptaciones al ámbito deportivo y otras no.

Figura 1

Accionar de la psicología del deporte en relación a la psicología clínica.

Diferencias entre el rol del psicólogo deportivo y el clínico

DEPORTE	CLINICA
• Se ocupa de la asistencia a deportistas y equipos así como asesoramiento a entrenadores.	• Se ocupa de la atención de pacientes.
• Existe un predominio del marco teórico cognitivo-conductual.	• Existen cientos de enfoques.
• La asistencia es enfocada a optimizar los recursos personales asociados al rendimiento deportivo.	• La asistencia se orienta a las consultas por padecimientos psíquicos. S/ el marco teórico denominados síntomas, conflictos etc.
• Se realizan perfiles psicodeportológicos, para identificar las variables mentales a potenciar.	• Se pueden realizar evaluaciones psicodiagnósticas y/o de personalidad para identificar cuadros clínicos, etc.
• El ámbito de trabajo es ampliado (consultorio grande)	• Los tratamientos se realizan en consultorios y el encuadre es relativamente estable.
• Los plazos temporales para obtener objetivos fijados se corresponden con los tiempos del deporte.	• Los tiempos están en función de los casos y de la perspectiva teórica del profesional.
• El psicólogo comparte un N° de situaciones con los deportistas ej. Concentraciones, pretemporadas.	• El psicólogo presenta una menor exposición.

Nota: Adaptado de Psicología de los equipos deportivos. Claves para formar equipos exitosos, Giesenow (2007).

Las presiones en el deporte

Pensando en la palabra presión tal como señalan Pécora y Sosa (2014), se puede considerar que la misma se encuentra en diferentes ámbitos de la vida de las personas. En el ámbito del deporte se espera que el deportista pueda reconocerlas con la ayuda del psicólogo y a partir de allí pueda controlarlas, que no sean obstáculo en su rendimiento. Por otro lado las presiones tienen un aspecto positivo, sirven para estar alerta, le permite al deportista en varias ocasiones crecer y enfrentar nuevos desafíos. Es sabido que hay deportistas que rinden mejor bajo presión. En cambio para otros es un aspecto negativo, perjudicando al deportista, manifestándose como un incremento de la ansiedad y un aumento de las distorsiones cognitivas. La mayoría de las veces se considera que estar presionado y estresado está relacionado con tener muchas cosas importantes que hacer. Todos los deportistas de alto rendimiento se estresan o sienten presión en diferentes momentos de la vida deportiva.

Cuando un deportista siente presión, éstas se observan a través de conductas que indican ese estado mental como ser: su desorganización a través de dudas en la toma de decisiones, sus pensamientos comienzan a ser negativos, se detiene en lo que hace mal, por ejemplo dar un pase con la pelota y que ésta no llegue a destino, se enoja ante situaciones que no están bajo su control como ser un determinado fallo arbitral, el mal estado del campo de juego, todas atribuciones causales externas. Los deportistas que pueden sobresalir bajo presión son los que piensan en el presente, en cómo mejorar, enfocados en el aquí y ahora, sin quejarse, confiados en lo que pueden lograr. El deportista que sabe lo que tiene que hacer, que se siente seguro, se independiza más del entorno y mira más hacia adentro, a sí mismo.

En ocasiones el deportista se genera una presión que también es interior, y se refiere al hecho de la aparición del miedo a ser juzgado, llegando incluso esta tensión a oprimir al jugador. Por lo tanto y acudiendo al significado de la palabra presión, desde el punto en que se trata de una acción de apretar o comprimir algo que se puede romper; en el campo del deporte, se relaciona con que también se pueden romper muchas cosas: la concentración, la

confianza, los golpes comienzan a fallar. La gran mayoría no está preparado para soportar esta presión, por lo cual muchas veces se buscan excusas externas ante los fracasos (Pécora y Sosa 2014).

Cuando un deportista carece de autocontrol emocional, los pensamientos negativos aparecen con mayor frecuencia e intensidad. El sistema de creencias de cada deportista se pone en juego a través de los siguientes pensamientos automáticos, tal como señala Pécora y Sosa (2014), por ejemplo "Si doy tres pases mal con la pelota o que éstos no llegan a destino, el entrenador me va a sacar" (p. 35).

Para poder lograr el máximo rendimiento, se requiere de una "desaceleración mental", es decir que se debe intentar lograr menos pensamiento, menos cálculo, menos juicio, menos preocupación, menos miedo, menos expectativa, menos lamentación, menos distracción por parte del deportista. En la misma línea de lo mencionado, para poder tener más control de sí mismo, se requiere mayor relajación y concentración. La mente deberá estar en calma y en silencio y esto se logrará solo cuando resida totalmente en el aquí y ahora en una perfecta sincronía entre la acción ejecutada y el ejecutor de esa acción. "Hay que dejar hacer al que sabe: nuestro cuerpo que aprendió en las miles de repeticiones de una ejecución consciente" (Pécora y Sosa 2014, p. 36).

Las distorsiones cognitivas ejercen un impacto tan determinante en la conducta del deportista que a veces pareciera que en esas circunstancias el deportista jugara para el equipo contrario. Hay una relación muy estrecha entre los pensamientos automáticos y las acciones que se ejecutan. Por ejemplo "en ésta cancha juego mal" "con éste rival, siempre me va mal", de ésta manera, la probabilidad de tener un mal desempeño o perder aumenta (Pécora y Sosa 2014, p. 36).

Ansiedad

La ansiedad se produce cuando aumentan los niveles de incertidumbre, cuando el individuo se encuentra en medio de una situación que le resulta ajena, desconocida, novedosa, o simplemente que le resulte amenazante. Frente a esto se activa un estado mental de ansiedad para dar una respuesta que lo proteja de alguna manera.
Está presente en todos los sujetos, es por eso que podemos evocar alguna situación que haga pensar en cómo se siente una persona ansiosa, como procesa la misma (C. Ortiz, comunicación personal, 31 de Octubre de 2020).

Las fases de la ansiedad y el miedo tienen que ver con la preservación de la vida, con la supervivencia. También la ansiedad se enlaza con situaciones donde el sujeto se ve amenazado por el temor de perder el cariño de alguien o algún tipo de prestigio, es allí donde se activan este tipo de respuestas, ya que se ve amenazada la posibilidad de pertenencia, de reconocimiento (C. Ortiz, comunicación personal, 31 de Octubre de 2020).

Este tipo de procesamiento donde abundan los estímulos amenazantes, puede convertirse en un tipo de proceso disfuncional. La ansiedad, es un mecanismo que se puede describir como adaptativo, ya que todos los seres humanos la poseen para enfrentar escenarios inciertos y peligrosos. Sus componentes son:

- Un sesgo atencional que concentra la atención sobre ciertos eventos a los que atribuye una fuerte carga amenazante. Va a desconocer todas las señales de resguardo, de protección.
- La percepción del peligro activa un patrón de memoria de situaciones evocadas todos aquellos sucesos pasados que me refuerzan la creencia de peligro.
- Un modelo mental que organiza la amenaza percibida y predispone a huir de la situación y buscar seguridad (patrón conductual). Me percibo carente de recursos para

hacerle frente a la amenaza. Este balance es el que determina mayor o menor grado de ansiedad (C. Ortiz, comunicación personal, 31 de Octubre de 2020).

La ansiedad en sí misma es una emoción compleja, por tal razón es más adecuado llamarla "estado mental", debido a que da cuenta de la complejidad respecto al nivel de procesamiento. Tiene que ver a su vez con otras emociones: miedo, temor, terror, pánico, aprensión, nerviosismo, pavor, preocupación, inquietud, impaciencia, inseguridad, desconfianza, tensión, vergüenza. Todas conforman experiencias emocionales que acompañan muchas veces las reacciones de ansiedad.

Existen dos reacciones características que se relacionan con el miedo y la ansiedad. En relación al miedo, siempre se encuentra ligado a algo, y está presente en todas las especies, se trata de la sensación de miedo por algo puntual y tiene una fuerte carga biológica, ligado a la supervivencia (C. Ortiz, comunicación personal, 31 de Octubre de 2020).

La ansiedades más difusa, más compleja y tiene que ver con la anticipación, es decir anticiparse a la situación temida. Esto se debe a que genera un nivel de activación o de alerta, debido a que está mucho más vinculado a procesamientos cognitivos más complejos.

Reacciones funcionales de la ansiedad

¿De qué se trata la ansiedad denominada normal? En primer lugar se la puede describir como el nivel de activación disponible para resolver la incertidumbre; la amenaza que muchas veces lleva a resolver problemas. Sirve como una forma de enfoque, y permite concentración y desarrollo de estrategias de afrontamiento para una situación que se vive con cierta amenaza como también permite al individuo estar preparado para sobrellevar esas situaciones amenazantes. El nivel de activación es algo útil para resolver escenarios inciertos, novedosos (C. Ortiz, comunicación personal, 31 de Octubre de 2020).

Cierto grado de ansiedad es positivo, sin embargo, este nivel se torna peligroso cuando se encuentra ausente, es decir no aparece en lo absoluto. El punto óptimo se trata de

moderar las respuestas y que las mismas no incapaciten, como también que no sean desmedidas, extremas.

La pregunta que subyace es ¿cuándo es disfuncional la ansiedad? Para comenzar a describir la respuesta se puede pensar en las reacciones que no responden a una causa apropiada. Asimismo, cuando se trata de reacciones excesivas frente a una amenaza que no posea gran tenor. También cuando se trata, por el contario, de un monto de reacción insuficiente. Es por tanto fundamental discriminar que lo patológico va a tener que ver con lo cuantitativo, y no con lo cualitativo como también con el nivel de interferencia en la vida (C. Ortiz, comunicación personal, 31 de Octubre de 2020).

Por otra parte, las reacciones disfuncionales de la ansiedad son las siguientes: fobia específica, fobia social, trastorno de pánico con o sin agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada (C. Ortiz, comunicación personal, 31 de Octubre de 2020).

Criterios diagnósticos según el DSM-5

A continuación, se detallan los siguientes criterios diagnósticos para describir el cuadro de ansiedad, según la American Psychiatric Association, APA (2014), en su Manual DSM-5:

A. Ansiedad y preocupación excesiva que se producen durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades.
B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.
C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas.

1. Tensión muscular.
2. Problemas del sueño.

D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo, o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento (p.222).

Trastorno mental: Es un concepto muy abarcativo, es por eso que no hay una definición que señale los límites de manera precisa. Hay diferentes definiciones según el aspecto en que nos enfoquemos como ser, su etiología, el malestar que produce, la irritabilidad etc. Es un síndrome que aparece asociado a un malestar.

Evaluación multiaxial: Si solo nos enfocamos en el motivo de consulta, habría otros aspectos relevantes que dejaríamos de lado y que son importantes como ser, enfermedades médicas, problemas psicosociales y el nivel general de las personas (López Pell, Kasanzew, 2004).

Para atender estos aspectos que contribuyen a ayudar al psicólogo en el plan terapéutico utilizamos el sistema de evaluación multiaxial que cubre otras áreas a través de los siguientes ejes, citados por López Pell, Kasanzew, (2004):

EJE I: TRASTORNOS CLINICOS

OTROS PROBLEMAS QUE PUEDEN SER OBJETO DE ATENCION CLINICA

EJE II: TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

RETRASO MENTAL

EJE III: ENFERMEDADES MEDICAS

EJE IV: PROBLEMAS PSICOSOCIALES Y AMBIENTALES

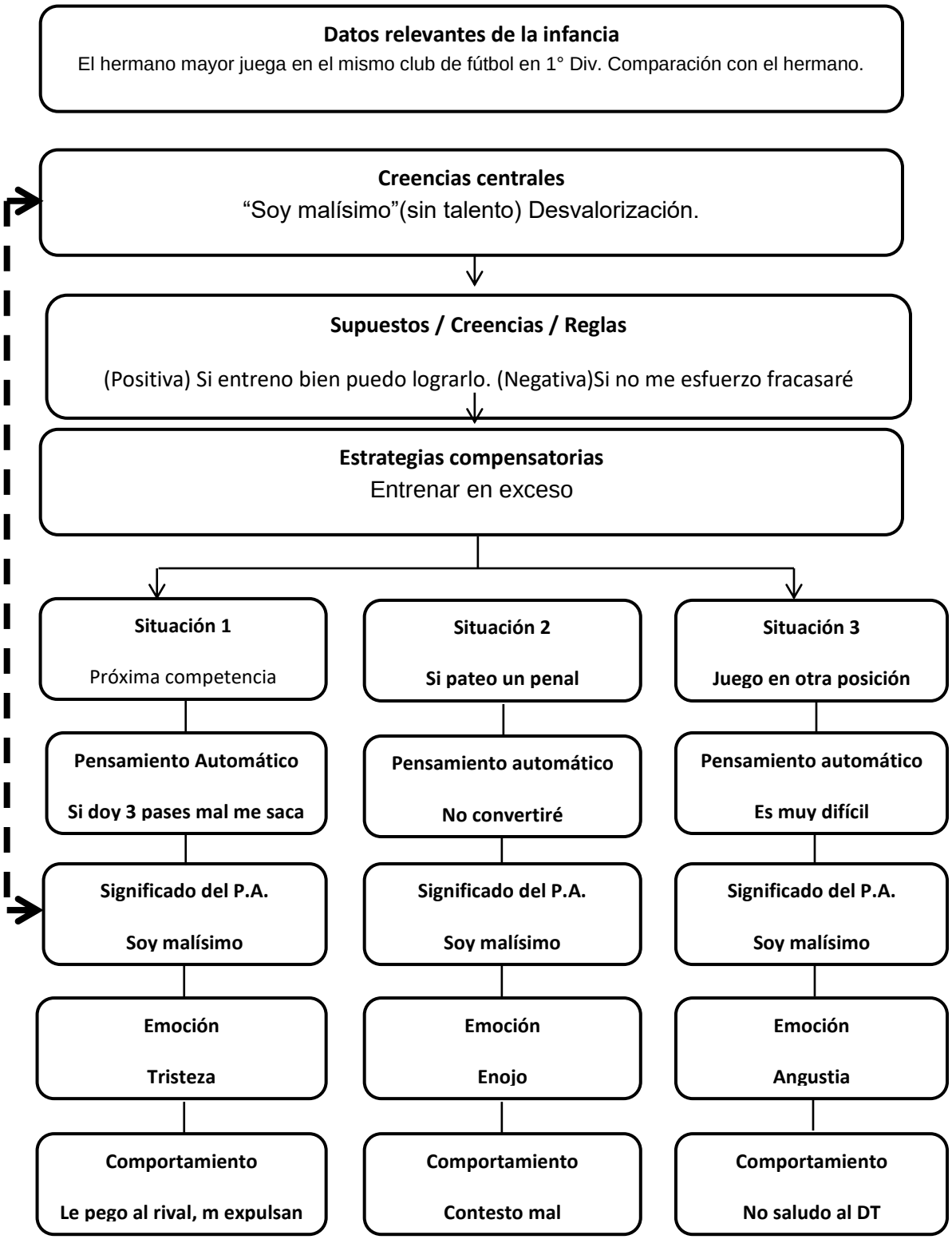
EJE V: EVALUACION DE LA ACTIVIDAD GLOBAL

EJE I: TRASTORNOS CLINICOS Y OTROS PROBLEMAS QUE PUEDEN SER OBJETO DE ATENCION CLINICA.

Generalmente, vamos a ubicar en este eje I el diagnóstico principal o el motivo de la consulta, y por eso lo colocamos en primer lugar (…)" (pp. 6, 9).

Conceptualización y formulación de caso clínico Lic. Jorge Dugo

Nombre: Gastón Edad: 18 años



Conceptualización y formulación de caso clínico **Lic. Jorge Dugo**

A) **Lista de problemas**

1) Mejorar la confianza

2) Me “bajoneo” seguido

3) Controlarme más. Se me sale “la cadena”

B) **Diagnóstico presuntivo:**

Trastorno de ansiedad generalizada (F 41.1)

C) Hipótesis de trabajo:

a) Modificando sus pensamientos automáticos irá incrementando su nivel de autoconfianza y por ende una mejora en la toma de decisiones.

b) Reconociendo las emociones y pensamientos asociados podrá reducir su nivel de ansiedad, posibilitando un mayor autocontrol.

c) Modificando su forma conductual de reaccionar podrá sostener relaciones interpersonales más saludables, principalmente con su entrenador.

C1) **Creencias intermedias:**

- Si entreno bien puedo lograrlo.
- Si no me esfuerzo fracasaré.
- Si las cosas no salen es por mi culpa.

C2**) Creencias nucleares con respecto a:**

a) Si mismo: “Soy malísimo”

b) Los otros: Me critican.

c) La vida: No hago las cosas bien.

d) El futuro: Incierto.

C3**) Orígenes de estas creencias:**

Su hermano juega al fútbol y se destaca en 1° división. Sus padres marcaron la diferencia desde la niñez en todos los aspectos. Esta es una de las razones donde la competencia con su hermano se torna un obstáculo y una dificultad para desarrollar una vida plena.

C4) **Precipitantes:** Desde que su hermano fue convocado a jugar en primera división su nivel de ansiedad y sus dificultades se incrementaron.

C5**) Situaciones activadoras:** Cada vez que compite, las presiones y ese estado mental de ansiedad lo alejan de sus objetivos y ponen más en evidencia sus dificultades.

C6) **Resumen de la hipótesis de trabajo:**

Brindarle las herramientas necesarias para que pueda tener un manejo más adecuado de sus emociones. Que sus pensamientos sean más funcionales con un incremento de su autoconfianza que le permita resolver los problemas de manera más eficiente.

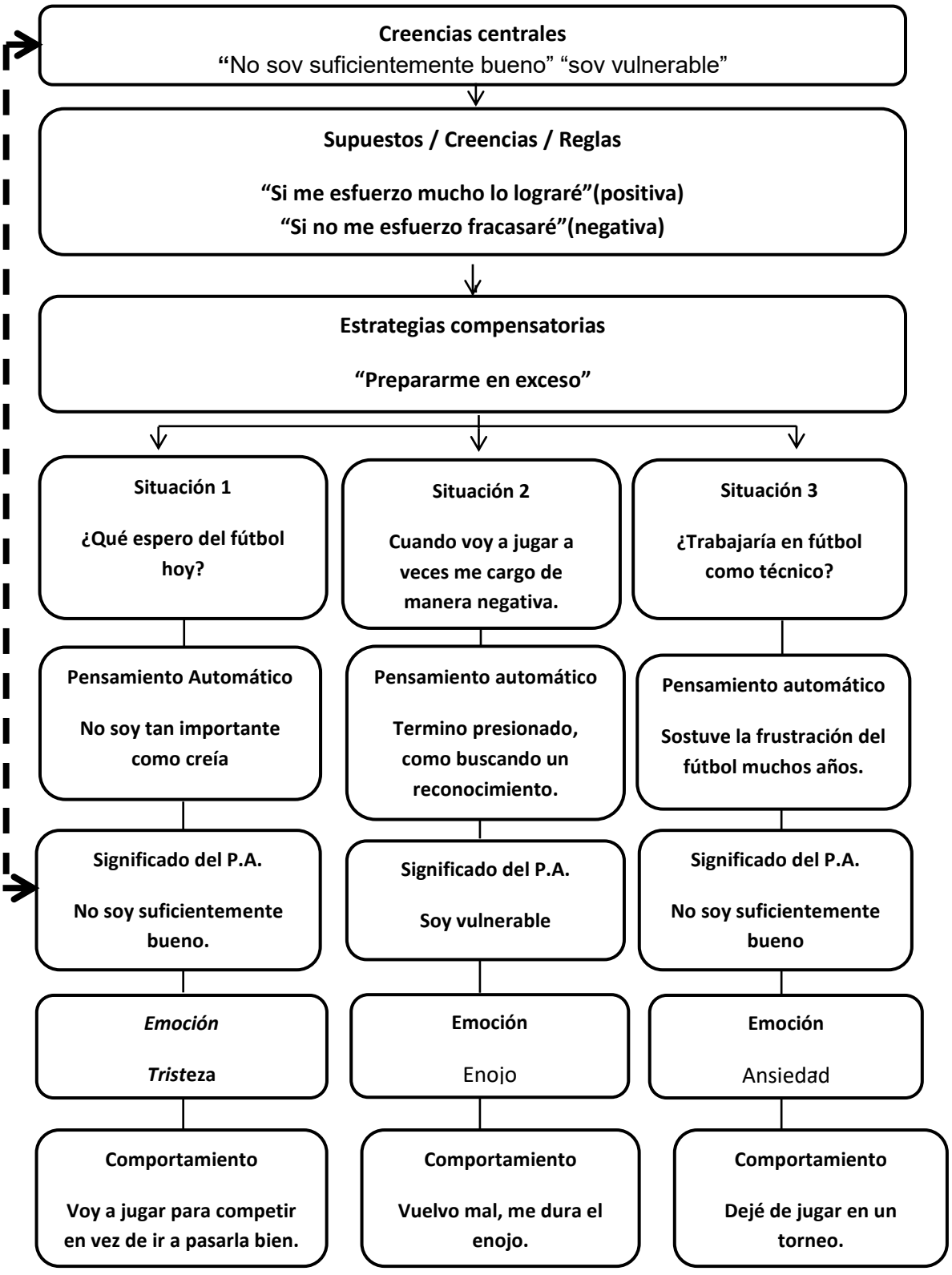
A. Fortalezas y ventajas:

La actitud de querer modificar sus pensamientos automáticos, tener un mayor autocontrol de sus emociones y que su conducta sea más funcional es una de las ventajas más salientes.

Una fortaleza a destacar es la apertura para el cambio, tener una actitud receptiva para reconocer, evaluar y modificar sus pensamientos para así lograr un alivio en su problemática.

Conceptualización y formulación de caso clínico Lic. Jorge Dugo

Emiliano tiene 34 años es empleado y su sueño fue ser futbolista. Es el mayor de 3 hermanos. Su padre era violento, cuando se enojaba pateaba y rompía todo. Después de esos episodios se comportaba como si nada hubiera pasado. Su madre transmitió siempre mensajes catastróficos y sostenía a ese padre. La dinámica familiar era caótica y no había espacio para el diálogo. El fútbol para Emiliano además de ser una pasión fue un refugio que lo ayudaba a tomar distancia de su familia.



Conceptualización y formulación de caso clínico Lic. Jorge Dugo

Nombre: Emiliano (empleado) 34 años

A. Lista de problemas

1) No quisiera repetir lo que me sucedió anteriormente, estar muy ilusionado con algo, que alguien me ofrezca algo y que detrás de eso no haya nada.
2) Seguir frustrado con el tema del fútbol o pensar que si hubiese pasado otra cosa, hubiese llegado.
3) En ese momento de mi vida lo único que quería era jugar al fútbol y nada más. Eso era una cagada, porque si se caía eso, se caía todo.
4) No tengo más ganas de contar “yo jugaba al fútbol” como un lamento. Tengo otras cosas hoy para estar en un lugar mejor.

B. Diagnóstico presuntivo:

Eje I: Trastorno de ansiedad generalizada (F 41.1)

C. Hipótesis de trabajo:

a) Que pueda disfrutar del deporte desafiando mediante la búsqueda de nuevas alternativas y opciones, un sistema de creencias anteriores basadas en exigencias, presiones que obstaculizaron el bienestar del paciente.
b) Trabajar de manera conjunta a través de la conceptualización del caso la ansiedad y preocupación que trae aparejado el “retiro del deportista” ayudándolo a contactar con sus otras posibilidades y proyecto de vida.
c) Que pueda mejorar su comunicación inter e intra personal, que pueda contactar de manera más asertiva con sus propias emociones y sentimientos y de los demás, y así conocerse más y mejor y pensar y actuar sin ansiedad indebida.

C1. Creencias intermedias:

- Debería seguir exigiéndome para llegar.

- Tengo que ser exitoso.
- Si hoy juego mejor el técnico me va a poner de titular todos los partidos.

C2. Creencias nucleares con respecto a:

a) **Sí mismo**: No soy suficientemente bueno.

b) **De los otros**: No me reconocen

c) **De la vida**: Estado de alerta

d) **Del futuro**: Preocupante.

C3. Orígenes de estas creencias:

Su padre le decía que tenía que ser un futbolista exitoso. A los 9 años lo llevó a River Plate cuando Emiliano solo quería jugar en una escuelita de su barrio y desarrollarse ahí. Nada de lo que hacía era suficiente, nunca estaba a la altura de las circunstancias para su padre.

C4. Precipitantes:

La falta de reconocimiento de su padre y el mensaje de que nunca era suficiente hicieron que la exigencia de Emiliano sea cada vez mayor incrementándose su nivel de ansiedad y su vulnerabilidad ante la situación.

C5. Situaciones activadoras:

El comienzo del tratamiento da inicio a poder identificar la problemática.

C6. Resumen de la hipótesis de trabajo:

Al comenzar a trabajar con la guía de conceptualización se pudo identificar los pensamientos automáticos, su significado, la emoción y su comportamiento ayudando así al paciente a evaluar de manera más realista sus situaciones y el sistema de creencias que dieron origen al padecimiento. Brindándole la posibilidad de buscar diferentes opciones y alternativas.

D. Fortalezas y ventajas del paciente:

El paciente cuenta con sólidos recursos de afrontamiento para reflexionar acerca de sus preocupaciones. Se nota una actitud y predisposición a generar cambios de manera constructiva.

La ventaja más saliente, es una buena alianza terapéutica, motor fundamental en el tratamiento cognitivo.

E. Plan de tratamiento

E.1: Objetivos y como se los medirá

- Cuando cambie el estado de ánimo, preguntarse ¿Qué está pasando por la mente en ese momento?
- Si no puede identificar los pensamientos automáticos anotar la situación.
- Jerarquizar las preocupaciones.
- Se llevará un registro en cada sesión y los objetivos se medirán mensualmente.

E.2: Formato y frecuencia

- El tratamiento es con una frecuencia semanal.

E.3: Intervenciones que se utilizarán

- Psicoeducación
- Reestructuración cognitiva
- Toma de decisiones
- Prevención de recaídas.

E.4: Otros tratamientos que hacen falta

Por el momento no se recomiendan otros tratamientos. Sí, un chequeo médico de rutina.

E.5: Obstáculos que se anticipan en el curso de la terapia

Por el momento no se presentan obstáculos.

CASO GASTON

Antes de hacer la descripción del caso Gastón quiero señalar dos cuestiones importantes. La primera es que ésta conceptualización y formulación de caso fue mi primer experiencia en la especialización de terapia cognitiva con éste diagrama novedoso y desconocido hasta el momento por mí.

La segunda cuestión es que esto sucedió al comienzo de la pandemia, lo cual realicé un estudio retrospectivo en un caso de un jugador de fútbol al cuál hice un seguimiento en mi rol de psicólogo deportivo.

Gastón tiene 18 años, vivió gran parte de su vida en una provincia, es el menor de tres hermanos y junto a su familia hace dos años que vive en Buenos Aires, habiendo ingresado junto a su hermano mayor a un club de fútbol, ambos en divisiones inferiores.
Su hermano mayor hace un año que fue convocado a la 1° división de éste club, y a partir de ese momento Gastón presenta una notable disminución en su rendimiento deportivo y alteraciones emocionales y conductuales según manifestó el cuerpo técnico.

Descripción del caso

El paciente consulta por una serie de dificultades que está atravesando.
Su mayor preocupación es que su rendimiento deportivo no es el mismo, su nivel de confianza está disminuido y también menciona situaciones de juego en donde presenta dificultad en el control de sus impulsos.

Todas estas circunstancias lo tienen muy preocupado y sabe que hay probabilidades que lo dejen libre de dicho club. En los próximos meses los entrenadores de cada categoría presentarán un listado de aproximadamente de diez jugadores que quedan libres por su bajo rendimiento deportivo.

Tratamiento

Cuando Gastón solicita asistencia, una de las cuestiones que se intenta determinar y observar es el grado de disponibilidad para realizar un cambio con respecto a su problemática.

Además se tiene muy en cuenta como nombra lo que le pasa, que tipo de atribuciones hace. Si bien se evidencia un estado de ansiedad, tristeza y preocupación, se lo nota que se implica en sus verbalizaciones, esto da cuenta de un locus de control interno.

A través de las entrevistas se puede observar que el trastorno de ansiedad que presenta es leve. La modalidad de la misma es abierta con la finalidad de fortalecer el vínculo y establecer una sólida alianza terapéutica.

Se comienza por cuestiones bien básicas, es decir sus preocupaciones más salientes: mejorar su nivel de confianza, determinar por qué se "bajonea" tan seguido, y su dificultad en el autocontrol de sus impulsos. A medida que se va trabajando todo es de manera muy gradual. Se utiliza como modo de intervención inicial, la psicoeducación que tiene que ver con brindar información ajustada a lo que la mente del otro puede procesar y para que pueda entender mejor lo que le está pasando.

Al brindarle información generalizada se le explica el modo de trabajo, acerca del secreto profesional y de la importancia de este, que si bien está presente en todos los ámbitos de la psicología, en el ámbito del deporte hay una fantasía que el psicólogo puede "traicionar" al deportista en este aspecto, es por eso que se debe funcionar a modo de péndulo, (como un mediador entre el deportista y el entrenador).

Por un lado, al entrenador se le da información acerca del rendimiento deportivo solamente. Es por esto que es importante desilusionarlo de entrada, diciéndole frases del estilo: "hay cosas que no voy a poder decirte de los deportistas". El terapeuta tiene que ser cuidadoso con la información que se obtiene del deportista, qué se le transmite al entrenador y qué no. En principio los jugadores pondrán a prueba la confidencialidad del terapeuta, para

determinar si es o no, “buchón” del técnico. Se Acuerda la frecuencia, una sesión semanal con la implementación de tareas inter sesiones con la finalidad que lo pueda ir trasladando a la vida cotidiana.

Entre las tareas se realiza el registro de pensamientos automáticos, por ejemplo, cuando se cambia su estado de ánimo, preguntarle: ¿Qué está pasando por tu mente? Y anotar esos pensamientos.

Las tareas para el hogar no son un elemento accesorio, sino que son parte de la terapia. Por medio de las tareas se busca extender las oportunidades de cambios a toda la semana del paciente, entre otras cosas da una sensación de mayor autosuficiencia (Beck, 2011).

Se ha demostrado que los que realizan tareas progresan más que los que no las hacen.

No existe una fórmula para el armado de las tareas. Se adaptan a los pacientes, se fijan en conjunto y se diseñan de acuerdo con los contenidos de la sesión.” ¿Qué crees que deberías hacer ésta semana?”

Su estado de ansiedad parece precipitarse cuando su hermano mayor es convocado a la 1° div. Del club que juegan ambos, como ya se mencionó anteriormente.
Se muestra inseguro en la toma de decisiones, esto trae aparejado una disminución en su nivel de confianza y esto se evidencia en la primera situación descripta, dice en relación al pensamiento automático: “si doy 3 pases, mal me saca (entrenador) “Ante esa situación se utilizó un plan de refocalización: para que evalúe su pensamiento automático en el momento que éste se produce y que pueda modificarlo. ¿Cuál sería el objetivo del plan? Recuperar la concentración, mantener el equilibrio emocional. En éste caso se le señala que es importante que ante esa situación pueda realizar una detención del pensamiento y que pueda apoyarse en una palabra gatillo, como ser “tranquilo”. La situación siguiente tiene las mismas características: “si pateo un penal, no convertiré” también se implementa el diálogo socrático

que tiene que ver con hacer preguntas, para poder ir más allá. ¿Qué hay detrás de su comportamiento, de su pensamiento?

La técnica consiste en no afirmar nada, el terapeuta solo guía al paciente para que él descubra por sí solo sus distorsiones cognitivas a través de preguntas abiertas, de esta manera pueda identificar y modificar creencias firmemente arraigadas, posibilitando de esta manera otras alternativas a sus problemas.

El objetivo es para el paciente aprender a pensar de forma independiente y autónoma.

Utilizo la flecha descendente que tiene que ver con preguntar y re preguntar. Gastón dice “pienso que soy malísimo”, La pregunta y repregunta es: “¿Por qué pensas que sos malísimo?” ¿Qué sería ser malísimo para vos?” entonces vamos a cuestiones más profundas.

La finalidad de la técnica es tomar una creencia subyacente y develarla, identificando los pensamientos automáticos y siguiendo una cadena asociativa hasta llegar a determinar cuál es la creencia central. Ante situaciones de mucha exposición, como ser patear un penal, el pensamiento automático que se instala es “no convertiré”, esto hace que se apresure y ésta anticipación producto de la ansiedad lo lleva a resolver mal, se enoja y contesta mal, ocasionando distorsiones cognitivas. Se utiliza la reestructuración cognitiva que es una técnica cuyo objetivo es descubrir, enfrentar y modificar aquellos patrones de pensamientos disfuncionales.

Su principal objetivo es reemplazar estos pensamientos negativos por otros más adaptativos. Cada vez que compite, las presiones y ese estado mental de ansiedad lo alejan de sus objetivos y ponen más en evidencia sus dificultades.

En las sesiones siguientes relata que si bien está contento de que su hermano llegó a 1° División, ésta situación le genera una presión extra, la cual no le es favorable.

A partir de éste relato, puede hablar de diferentes momentos de su vida en donde la comparación con el hermano está presente en varias oportunidades, y ésta comparación está siempre del lado de sus padres.

Acá intervengo con la técnica del diálogo socrático preguntando y re preguntando produciendo un alivio significativo en Gastón.

Se considera que en ese momento de la sesión se puede producir una activación emocional y para poder generar un cambio esto es fundamental.

Cuando intentamos modificar alguna creencia, no tiene que ser algo teórico, tiene que activarse una emoción, ansiedad, miedo, preocupación. Hay que hacer vivenciar la emoción.

Seguimos avanzando en el tratamiento y uno de los objetivos más importantes es no solo que Gastón pueda encontrar otras opciones y alternativas ante lo que le pasa, sino que pueda mejorar su rendimiento deportivo y el objetivo a corto plazo es que no quede libre del club. Ante su preocupación en una próxima competencia comienza a trabajar en una nueva técnica cognitiva que es la visualización.

La finalidad de ésta técnica es que pueda entrenar primero mentalmente y después en la acción aquellas destrezas que aparecen con dificultad en éste caso en las competencias como ser cuando queda mano a mano con el arquero y aparece el temor a no poder resolver eficazmente la situación.

En esta ocasión, la técnica mencionada y otras, fueron enseñadas a Gastón con la finalidad de que él las pueda realizar independientemente del tratamiento.
Esto se debe a que es muy importante brindarle al paciente las herramientas necesarias y el entrenamiento en las mismas para que sea su propio terapeuta; debido a que uno de los objetivos del trabajo del terapeuta es el de ayudar al paciente a cómo usar las técnicas, para que pueda realizarlas solo en el futuro (Roffé, 1999).

El tratamiento se interrumpió por el comienzo de la pandemia, hasta ese momento los logros fueron satisfactorios, presente de manera sólida el elemento clave, la alianza terapéutica, y una disposición del paciente a participar durante todo el proceso.

Caso Emiliano

Descripción del caso

Emiliano tiene 34 años es empleado en una obra social, está en pareja hace 5 años en una relación estable y tiene una hija de 8 años. En las diferentes áreas de su vida se observa un buen funcionamiento. Llega a la consulta con una preocupación excesiva en relación a su práctica de fútbol que realiza todos los fines de semana de manera recreativa.

Emiliano es el mayor de tres hermanos y manifiesta que la dinámica familiar siempre fue caótica. Una madre que siempre transmitió mensajes catastróficos y con su conducta sostenía a un padre violento que después de sus episodios de violencia actuaba como si nada hubiese ocurrido. Esta fue una de las razones por las que se refugió en el fútbol para así tomar distancia de la familia en donde el diálogo estaba ausente entre otras cosas.

Para él jugar al fútbol en un club de barrio era importante, disfrutaba de la actividad y tenía un grupo de pertenencia. Su padre lo exigía tanto que un día le dijo que lo iba a llevar al club River Plate a realizar una prueba porque Emiliano tenía que ser un futbolista exitoso.

Emiliano manifestó que no tenía un nivel técnico para dicho club y en distintos momentos de su vida cuando parecía estabilizarse su padre le proponía pruebas en clubes importantes y en los cuales él no podía ni quería sostener.

Se preparaba en exceso siempre y ésta situación lo llevaba a sufrir mucho todo ese momento de su vida. De hecho en la lista de problemas lo primero que manifiesta es “No quisiera repetir lo que me sucedió anteriormente. Estar muy ilusionado con algo, que alguien me ofrezca algo y que detrás de eso no haya nada”.

Tratamiento

Emiliano solicita asistencia y en la entrevista relata su excesiva preocupación por cómo se siente y los pensamientos que lo invaden cada vez que vuelve de la práctica de fútbol. Se le propone realizar una sesión semanal y que se va a realizar una lista de problemas

Al comienzo del tratamiento relata su problemática y se observa desde el inicio una muy buena predisposición, lo cual se evidencia un alto grado de disponibilidad al cambio. En esta instancia es importante considerar como rotula el motivo de consulta, el cómo nombra lo que le pasa y se observa en éste punto lo mismo que en el caso anterior, en relación al nivel atribucional, que da cuenta de algo propio que tiene que ver con él (locus de control interno).

Su actitud favorece a que la alianza terapéutica sea sólida, Se le explican los lineamientos generales y se demuestra compromiso por parte del terapeuta, no solo en lo que se le dice y en la escucha, sino también a través de la comunicación no verbal, como ser la expresión facial, postura corporal y el paralenguaje. (Componentes de la voz). Se le Propone que se va a trabajar juntos, que se lo va a ayudar, orientarlo y que fundamentalmente darle las herramientas para ayudarse a sí mismo. En la lista de problemas menciona que no quiere seguir frustrado con el tema del fútbol, o pensar que hubiese podido llegar a primera división.

Por otro lado no quiere repetir esquemas anteriores, estar muy ilusionado con algo y que ese algo se “caiga” es ahí cuando relata la historia con su padre, que siempre espero de él un futbolista exitoso, que todo lo que hacía, nunca era suficiente, que estando contento en su club, su padre le proponía pasar a otro más importante y no poder tener una estabilidad y respetar sus tiempos entre otras cosas.

Se realiza la intervención desde la psicoeducación para brindarle información a lo que puede procesar y pueda entender mejor lo que está pasando.

Se le brinda información generalizada, tratando en todo momento de mantener un tono cálido y empatizar con él. Existe una herramienta que se denomina validez de la experiencia; es decir, devolverle al paciente con esta empatía, con esta posibilidad de decirle

“te entiendo” y “entiendo que desde donde vos estas se siente así”; es decir también, sin juzgar, sin criticar. Por lo tanto lo que se pone en juego el hecho de validar las emociones y las experiencias para que el problema sea menor.

Desde el inicio del tratamiento se destaca la presencia de una sólida alianza terapéutica, ya que es sabido que en terapia cognitiva es un elemento central para poder ayudar. La importancia de ese vínculo positivo, de la confianza y del acuerdo hacia dónde se dirige el tratamiento es a través del diagrama de conceptualización como pilar. En una de las situaciones que plantea, se queda pensando cuando dice que al volver de jugar al fútbol, viene muy presionado, como buscando “un reconocimiento”. Se utiliza la técnica del descubrimiento guiado; que consiste en no afirmar nada, limitarse a preguntar sistemáticamente sobre un pensamiento poniendo de manifiesto distorsiones cognitivas.

El paciente/deportista relata situaciones pasadas con su padre, esperaba siempre de él, su aprobación, su reconocimiento. Relata: “siempre me fue difícil disfrutar del fútbol, ya que lo vivía con una tensión inmensa.”

Se le explica que además de lo que vayamos trabajando en cada una de las sesiones, es muy importante las tareas inter sesión, identificar distorsiones cognitivas.

Se indica también que debe intentar evitar los pensamientos irracionales y reemplazarlos por otros más racionales.

Se le brinda un registro de pensamientos para que pueda consignar emociones y pensamientos en esas circunstancias relatadas para luego trabajarlas en sesión.

En la sesión siguiente se continúa con la técnica de reestructuración cognitiva que se irá viendo en lo sucesivo. Ésta técnica ayuda a identificar y modificar estos patrones de pensamientos automáticos que producen malestar y sostienen esa disfunción. Considerando que en ese momento de la sesión es conveniente producir una activación emocional para poder generar un cambio, ya que esto es fundamental.

Cuando se intenta modificar alguna creencia, tiene que activarse una emoción, ansiedad, miedo, preocupación. Hay que hacer vivenciar la emoción y de hecho se lo trabaja de ese modo.

En un momento dice " viéndolo así, de haber estado tan pendiente de todo lo que me decía mi papá, entiendo por qué viví así y a veces siento tanta presión cuando juego, en vez de disfrutar del deporte" Después de hablar y reflexionar sobre el tema, se lo nota más aliviado.

También manifiesta que se le presentan situaciones de enojo con los compañeros y algunas dificultades en comunicarse eficazmente. Con respecto a esto dice: "También veo que hay momentos en que me cuesta decir que no a mis compañeros" Le propongo trabajar en ese sentido fortaleciendo su comunicación interpersonal y más precisamente la asertividad.

La conducta asertiva nos permite actuar en nuestro beneficio, sin ansiedad indebida, a expresar sentimientos honestamente, con comodidad sin negar ni avasallar los demás.

La asertividad permite a la persona relacionarse efectivamente con otros y lograr un mejor desempeño. Ante la situación mencionada se le explica la técnica de refocalización y se le enseña cómo utilizarla en los momentos en los que considere que se va del partido o siente que el enojo lo desborda. Ante esa situación se le propone que elija una palabra "gatillo" que le permita refocalizar y dirigir la atención a la situación de juego con mayor tranquilidad, ya que en esos momentos se fastidia por demás, eso trae aparejado, una desconcentración y por ende su rendimiento baja.

La tarea a trabajar es sobre la pregunta ¿qué está pasando por mi mente en éste momento? referido a cambios significativos en su estado de ánimo en las situaciones planteadas. En la sesión siguiente se observa lo positivo de lo trabajado hasta el momento y también las cosas a mejorar. Se realiza la tarea de repaso juntos del programa y el diagrama de conceptualización.

En la sesión siguiente se toma en cuenta la posibilidad del cierre y la probabilidad de recaídas y su prevención. El objetivo de la terapia cognitiva es además de que la persona tenga pensamientos y creencias más funcionales y enseñarle a ser su propio terapeuta.

Cuando los síntomas se reducen o desaparecen y tiene las herramientas básicas de la terapia cognitiva se va llegando al final del trabajo terapéutico, aunque podemos brindar sesiones de refuerzo. Hay que preparar al paciente para la finalización del tratamiento y la posibilidad de recaídas.

Emiliano puede disfrutar de ir los fines de semana a jugar fútbol, se relaciona mejor con sus compañeros y con él mismo. La tensión y los síntomas disminuyen y sus creencias son más funcionales.

Conclusión

El objetivo de éste trabajo fue orientar las técnicas cognitivas aprendidas en la Especialización de terapia cognitiva al ámbito del deporte a fin de contar con mayores herramientas en el ejercicio profesional en mi rol de psicólogo deportivo.

La idea central fue la de poder ayudar al deportista orientándolo a que pueda tener un manejo más adecuado de la ansiedad y las presiones que se presentan en el deporte.

No solo la adaptación de las técnicas al ámbito deportivo me resultó relevante, sino también el reflexionar sobre el modo de abordaje en cada uno de los casos clínicos presentados en la cursada, me brindó un panorama mucho más amplio para el trabajo profesional de ahora en más.

El diagrama de conceptualización y formulación de caso fue lo más novedoso, un modo muy práctico y efectivo de ir armando junto al paciente su mapa e ir pensando y avanzando en el tratamiento a partir de ésta eficaz herramienta.

A partir de mi formación en la Especialización en Terapia cognitiva pude ampliar la mirada en el trabajo profesional con los deportistas. Articular los conceptos teóricos con la conceptualización y formulación de casos, ese mapa que permite organizar y elaborar un plan de trabajo siendo un aporte fundamental en la carrera de Especialización. Destaco el seguimiento de los docentes y los señalamientos de mi tutor el Dr. Andrés López Pell en el presente trabajo. Los dos casos clínicos elegidos fueron del ámbito deportivo con un diagnóstico presuntivo de ansiedad, estado mental muy característico en los deportistas como así también la presencia de presiones que suelen obstaculizar el buen desempeño.

Otro factor clave en la terapia cognitiva es el de alianza terapéutica. Siendo un elemento necesario pero no suficiente para obtener buenos resultados. En este sentido pude lograr un vínculo sólido en ambos casos facilitando el trabajo terapéutico.

Un elemento que considero muy importante es lo relacionado al estilo del terapeuta y la repercusión que tiene éste factor en el tratamiento, con algunos aspectos que estuvieron presentes en mi rol de terapeuta, como ser: empatía, calidez, conducta asertiva y la utilización del humor que en muchas ocasiones favorece romper con la resistencia, reducir la tensión y aumentar el nivel de confianza del paciente/deportista.

Todas las técnicas tuvieron su importancia y eficacia, el descubrimiento guiado fue la que generó en ambos casos mayor impacto, un modo de preguntar muy particular, con la posibilidad de generar dudas donde antes había certeza, una técnica que permite al paciente a examinar sus creencias, a reflexionar sobre sus conclusiones erróneas y a descubrir mejores soluciones para sus problemas.

Pude enseñarles en ambos casos presentados la utilización de las técnicas trabajadas con la finalidad que entre sesión puedan ejercitar las mismas a través de las tareas y de esta manera contribuir a que sean su propio terapeuta, que puedan continuar con el trabajo realizado, de una manera autónoma, teniendo muy en cuenta la prevención de recaídas. La finalidad de la terapia cognitiva es que el paciente aprenda nuevas maneras de superar las dificultades, y que pueda aumentar las opciones y alternativas, de manera flexible y adaptativa.

Técnicas

DESCUBRIMIENTO GUIADO

El descubrimiento guiado es una técnica que consiste en no afirmar nada. El terapeuta guía al paciente para que éste descubra por sí mismo sus distorsiones cognitivas. Al preguntar y repreguntar guía al paciente a que pueda comprender que respuestas emocionales y conductuales están asociadas a sus distorsiones cognitivas. Las preguntas del terapeuta tienen como finalidad la reflexión del paciente acerca de su sistema de creencias. El fundamento del descubrimiento guiado se encuentra en el diálogo socrático. Lo relevante de la enseñanza es que el maestro no inculca al alumno el conocimiento, sino que lo guía a través de preguntas abiertas y de esta manera el alumno pueda extraer el conocimiento. De ahí la palabra mayéutica, que significa ayudar a dar a luz el conocimiento. Beck lo considera un pilar de la terapia cognitiva, para la identificación y posterior modificación de los pensamientos automáticos. La utilización eficaz de la técnica generará dudas donde siempre había certeza, de esta manera el paciente produce una re-evaluación de su situación, posibilitando otras alternativas a sus problemas, a cuestionar esos pensamientos. Este método terapéutico es inagotable ya que da lugar a que se abran diferentes ventanas. De esta manera el paciente identifica y modifica creencias firmemente arraigadas, y así lograr que el pensamiento sea más flexible y adaptativo (López Pell, Palumbo, 2013).

FLECHA DESCENDENTE

- La técnica se inicia desde el nivel más superficial de la cognición, o sea de los pensamientos automáticos. Se sigue una cadena de asociaciones hasta llegar a la creencia central.

Desde la infancia las personas desarrollan determinadas creencias sobre ellas mismas, otras personas y el mundo. Estas creencias son estructuras que organizan y filtran la información del entorno dándole un sentido. Las creencias centrales son ideas profundas que no se expresan fácilmente ni ante uno mismo, y para las personas suelen ser verdades absolutas. Estas creencias son el nivel más esencial, suelen ser globales y rígidas que repercuten en un nivel intermedio a través de reglas, actitudes y presunciones, estas son las llamadas creencias intermedias. En el nivel más superficial están los llamados pensamientos automáticos. La técnica busca seguir la cadena de inferencias comenzando por los pensamientos automáticos y con la finalidad de develar creencias centrales. La técnica permite identificar los pensamientos automáticos y en otro momento del tratamiento modificarlos por otros más funcionales. Es fundamental que el paciente tome conciencia de ellos, de esta manera nos permite identificar las creencias centrales básicas, a través de esta técnica se busca la reestructuración cognitiva del paciente (López Pell, Palumbo, 2013).

REESTRUCTURACION COGNITIVA

La reestructuración cognitiva es una técnica que busca descubrir, enfrentar y modificar aquellos patrones de pensamientos disfuncionales para reestructurar la organización de su forma de significación, que incide en nuestras vidas y que pueden ser la base de muchos problemas psicológicos e incide en nuestra forma de afrontar las dificultades.

Busca la identificación de pensamientos negativos, que surgen automáticamente en cualquier momento de la vida de un individuo, distorsionando su forma de ver la realidad y su razonamiento ante esta. Su objetivo principal es reemplazar estos pensamientos negativos que generan ansiedad, por otros más adaptativos y racionales, con la finalidad de ampliar la conciencia, implicando una modificación en la autopercepción de las perturbaciones que presenta el paciente

RESOLUCION DE PROBLEMAS

Los pacientes tienen problemas y situaciones en la vida real, no solo problemas psicológicos. El terapeuta indaga sobre esos problemas y hace una lista y los traduce en objetivos positivos, alentando al paciente a ser más activo en la resolución de problemas.

Algunos pacientes tienen disminuida la capacidad para resolver problemas y necesitan que se les inste a su resolución. Otros poseen una gran capacidad para resolver y solo necesitan ayuda con las creencias disfuncionales que le impiden solucionarlo (Beck, 2011).

TOMA DE DECISIONES

A muchos pacientes se les dificulta la toma de decisiones. Junto con el terapeuta es conveniente realizar una lista de ventajas y desventajas sobre cada una de estas posibles situaciones problemáticas, evaluando y determinando cual es la opción más asertiva (Beck, 2011).

REFOCALIZACION

El paciente evalúa su pensamiento automático en el momento que éste se produce y que pueda modificar allí mismo su pensamiento.

Refocalizar la atención es útil en los casos que se necesita concentración para la tarea que se está haciendo. El terapeuta enseña al paciente a concentrarse en la tarea inmediata.

Enseña a detectar cuáles han sido los recursos que han sido útiles para reenfocarse en el pasado o en una situación futura (Beck, 2011).

RELAJACION

Muchos se benefician con las técnicas de relajación, como por ejemplo la respiración.

Estos ejercicios se deben enseñar y practicar en sesión, ya que de esta manera se pueden resolver problemas y evaluar su eficacia.

Hay deportistas que no respiran adecuadamente. Respirar bien facilita el rendimiento e incrementa el nivel de oxígeno en la sangre, llevando más energía en los músculos (Roffé, 1999).

VISUALIZACION

La visualización es una técnica que permite crear o recrear en la mente una experiencia con ausencia de estímulos externos, involucrando todos los sentidos, esto se llama “EL VER CON LOS OJOS DE LA MENTE”: La teoría psiconeuromuscular indica que impulsos similares ocurren tanto en los músculos como en el cerebro al imaginar movimientos sin ponerlos en práctica, de esta manera se generan imágenes positivas que ocasionan una anticipación, ayudando a controlar la ansiedad, mejorando la toma de decisiones (Roffé, 1999).

Referencias

Beck, J. (2011). *Terapia cognitiva. Conceptos básicos y profundización*. Gedisa S.A.

Giesenow, C. (2007). *Psicología de los equipos deportivos. Claves para formar equipos exitosos.* Ed. Claridad S.A.

Giesenow, C. (2011). *Entrenando tu fortaleza mental para el deporte preparación psicológica para sobresalir bajo presión*. Claridad S.A.

López Pell, A., Kasanzew, A. (2004). *Diagnósticos etiológicos y descriptivos en salud mental.* Funsaled.

López Pell, A., Palumbo, A. (2013). *Material de entrenamiento de la carrera de Especialización en terapia cognitiva. Técnicas cognitivas: Flecha descendente*. Descubrimiento guiado. Claridad S.A.

López Pell, A., Brusca, L. (2013). *Primera entrega de material de entrenamiento de la carrera de Especialización en terapia cognitiva: Conceptualización y formulación de casos clínicos desde los modelos de Judith S. Beck y Jacqueline B. Persons.* Universidad Abierta Interamericana.

ObstCamerini, J. (2008). *La terapia cognitiva integrada y actualizada.* Catrec.

Pécora, P., Sosa, C. (2014). La presión: Ganar en el deporte. Dunken.

Roffé, M. (1999). *Psicología del jugador de fútbol con la cabeza hecha pelota*. Lugar.

American Psychiatric Association - APA. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 (5a. ed.). Editorial Médica Panamericana.