

Originales

Comunicación en medicina deportiva: estudio de un caso clínico

Communication in sports medicine: a clinical case study

Claudia Azulay-Lara¹, Francisco Ruiz-Ruiz^{1*}

¹ Facultad de Medicina, Universidad de Málaga

Fecha de recepción: 02/10/2015 – Fecha de aceptación: 30/03/2016

Resumen

La Medicina Deportiva es una rama de la medicina que trata las lesiones deportivas. Dependiendo del tipo de lesión que sufra el deportista, del tipo de deporte que practique y de su nivel, la lesión tendrá más o menos consecuencias físicas y psicológicas. Los objetivos son resaltar la importancia del entrenador en las lesiones deportivas, así como de la comunicación del entrenador con el médico y el deportista; y comprobar si los efectos psicológicos de las lesiones pueden perjudicar la recuperación del deportista. Nos servimos del caso de una joven atleta de nivel medio que sufre una fractura de quinto metatarsiano en dos ocasiones para investigar sobre la comunicación en Medicina Deportiva en función de las relaciones interpersonales entre médico-paciente, paciente-entrenador y entrenador-médico, tratando de desvelar aspectos fundamentales de la comunicación ideal en el ámbito de la medicina deportiva. Comparamos la comunicación entre médico y paciente y los efectos psicológicos de ambas fracturas según las circunstancias en las que la deportista se encuentra, y analizamos esta información. Finalmente, proponemos cómo podría mejorar la situación para la exitosa recuperación de la deportista.

Palabras clave: *Comunicación, Medicina deportiva, Entrenador*

Abstract

Sports Medicine is a branch of medicine that treats sports injuries. Depending on the type of injury suffered by the athlete, the type of sport practiced and his or her level, the injury will have more or less physical and psychological consequences. The objectives are to highlight the importance of the coach in sports injuries, as well as coach's communication with the physician and the athlete; and to prove that the injury's psychological effects may help or damage the athlete's recovery. We use the case of a young middle-level athlete who suffers a fifth metatarsal fracture twice to investigate communication in Sports Medicine based on the interpersonal relationships between physician-patient, patient-coach and coach-physician, trying to uncover fundamental aspects of the ideal communication in the field of sports medicine. We compare the communication between the physician and the patient and the psychological effects of both fractures, and we analyze this information. Finally, we suggest how the situation could be improved for the successful recovery of the athlete.

Keywords: *Communication, Sports Medicine, Coach*

* Correspondencia: frd@uma.es

Introducción

A pesar de que hemos encontrado trabajos de investigación relacionados con la comunicación en Medicina Deportiva, no se han encontrado trabajos que estudiaran las relaciones interpersonales en el ámbito de la Medicina Deportiva en función de un caso clínico. Se ha llevado a cabo una búsqueda con el nombre de “comunicación medicina deportiva, casos clínicos” en el periodo de tiempo 2000-2015. Se han empleado varias bases de datos, como *American Journal of Sportsmedicine*, *Athletic Training*, *Journal of Sport and Exercise Psychology*, *Physician and Sportsmedicine*, *Pediatrics* and *Sports Medicine*.

Tal como se deduce de su nombre, la medicina deportiva abarca todo el campo formado por los problemas médicos generados en la participación deportiva. Sin embargo, la Medicina Deportiva es un término tan general que actualmente comprende otras áreas además de las tradicionales. El campo de la medicina deportiva ha aumentado rápidamente durante las dos últimas décadas, tiempo en el cual muchos profesionales se han sumado al equipo de medicina deportiva, como por ejemplo neurocirujanos, médicos, ginecólogos, cardiólogos, podólogos, dermatólogos, quiroprácticos, dentistas y enfermeras (Lawrence, 1983; Rich, 1993).

La disciplina de la Medicina Deportiva incluye los siguientes aspectos (Ryan, 1989):

1. Supervisión médica del deportista
2. Educación física especial (adaptada)
3. Ejercicios terapéuticos
4. Ejercicios destinados a prevenir enfermedades crónicas y/o degenerativas

Cuando un deportista acude a un médico deportivo, suele hacerlo por haber sufrido una lesión deportiva. Las definiciones más corrientes de lesión deportiva consideran el tiempo que el deportista está alejado de la competición como determinante principal (DeLee y Farney, 1992). Esto nos permite diferenciar entre dos tipos de lesiones, agudas y crónicas. Las lesiones agudas son aquellas “caracterizadas por un inicio repentino, como resultado de un hecho traumático” (American Academy of Orthopaedic Surgeons (AAOS)) Estas lesiones se relacionan normalmente con hechos significativamente traumáticos, seguidos inmediatamente por un conjunto de signos y síntomas tales como dolor, hinchazón y pérdida de la capacidad funcional. En el caso de las lesiones agudas, la fuerza crítica se ha definido como la “magnitud de una fuerza única con la cual se daña la estructura anatómica afectada” (Nigg y Bobbert, 1990).

Las lesiones crónicas son aquellas “caracterizadas por un inicio lento e insidioso, que implica un aumento gradual del daño estructural” (American Academy of Family Physicians – AAFP, 1992). Las lesiones crónicas, en contraste con las de carácter agudo, no dependen de un único episodio traumático, sino que se desarrollan progresivamente. En muchos casos, son propias de deportistas que practican actividades que requieren movimientos repetidos y continuos, como correr. En

consecuencia, tales lesiones se llaman a veces lesiones por sobrecarga y presuponen, sencillamente, demasiadas repeticiones de una actividad dada (Hess y otros, 1989).

A pesar de los cambios de reglas, de la supervisión y de las mejoras en los entrenamientos, los expertos advierten que entre el 3 y el 11 % de los niños que practican deportes padecen cada año algún tipo de lesión deportiva (Goldberg, 1989). Estos datos indican que el tipo y la gravedad de estas lesiones son específicas y características de la actividad física. Por otro lado, debido al miedo infundido por ciertos entrenadores y aficionados, algunas personas piensan que las chicas no son suficientemente robustas como para hacer deporte; sin embargo, se han realizado investigaciones que han aportado datos que concluyen que las lesiones de las deportistas son específicas del deporte y no propias de su condición de mujeres (Collins, 1987).

Con respecto a la especificidad de las lesiones, los deportes pueden clasificarse atendiendo al grado de contacto físico que se produce entre los participantes y según la intensidad del ejercicio. Las tres categorías en las que se clasifican son *contacto/colisión* (por ejemplo, boxeo), *contacto/impacto limitados* (atletismo) y *sin contacto* (natación) (American Academy of Pediatrics, 1992).

Al igual que habrá lesiones específicas dependiendo del deporte que se practique, estas lesiones tendrán un mayor o menor efecto en el deportista dependiendo del nivel al que lo practique. Las competencias de la Medicina Deportiva abarcan tanto el nivel profesional como el recreativo, aunque a nivel profesional los servicios médico-deportivos son más sofisticados (incluyen un entrenador, un preparador físico, un fisioterapeuta, un médico deportivo, etc.). Debido al énfasis que se ha puesto en estar en forma en estos últimos años, ha aumentado el número de personas que practican deporte como pasatiempo o por salud; por tanto, estos servicios deberían ser prestados también de forma sofisticada a nivel recreativo.

La recuperación de una lesión radica en que se aplique un correcto tratamiento, así como en el reconocimiento de la lesión. Desde el punto de vista práctico, aprender a reconocer una lesión es una habilidad que el entrenador debe adquirir y llegar a dominar. En términos generales, la salud y la seguridad de un deportista están determinadas por las decisiones y acciones del entrenador cuando aquel se ha lesionado. La mayoría de los entrenadores carecen de conocimientos de atención médica y prevención de lesiones deportivas. La idea de que la mayoría de las lesiones se tratan mejor no prestándoles mucha atención es peligrosa; el entrenador debe tratar toda posible lesión como si supiera que lo es hasta que esté seguro de que no hay lesión (Rowe y Robertson, 1986).

Tal y como se ha explicado previamente, el entrenador posee un papel primordial a la hora de reconocer las lesiones. Sin embargo, el papel del entrenador no se queda ahí, sino que va mucho más allá. Es el encargado de la dirección, la instrucción y el entrenamiento del deportista, pero nada de esto funciona si no se establece una buena comunicación fundamentada en la confianza entre deportista y entrenador (Ley Orgánica de Deporte, Actividad Física y Educación Física de Venezuela,

2011, Artículo 6). El entrenador debe conocer bien a su deportista para saber cuáles son sus limitaciones y cuándo puede haber mayor o menor riesgo de lesión según las condiciones que presente el deportista en un determinado entrenamiento o competición, como las horas de sueño, la dieta o las circunstancias personales en general. Si no existe una buena comunicación entre deportista y entrenador, este último no podrá sugerir a su deportista para lograr el objetivo común que ambos poseen, mejorar.

Al igual que debe haber una buena comunicación entre deportista y entrenador, debe haber una buena comunicación entre médico y deportista. La comunicación del entrenador con el médico es tan relevante como la relación médico-paciente. Por supuesto que el diagnóstico trata sobre el deportista y por tanto es el protagonista, pero es el entrenador quien va a decidir los posteriores actos que va a llevar a cabo el lesionado. Esto se debe a que es el entrenador quien posee los conocimientos sobre el deporte y los pasos necesarios a seguir en este tipo de situaciones. Además, el deportista puede dejarse llevar por el deseo de recuperarse lo antes posible para volver a competir, pero por esa misma razón es el entrenador quien tiene que decidir para no provocar otra lesión. Por tanto, debe existir una armonía entre médico y entrenador; y esta consiste en que ambos posean una visión similar sobre la lesión y sus causas, así como los pasos a seguir, para poder lograr una rápida y exitosa recuperación del deportista.

Las consecuencias que puede tener una lesión deportiva en una persona que lo practica como pasatiempo y en otra persona que se dedica profesionalmente al deporte son diferentes. Mientras que para una persona que lo practica ocasionalmente supone un pequeño cambio en su rutina porque dedica las demás horas del día a llevar a cabo otras, para una persona que lo practica como trabajo supone un mayor efecto.

La Psicología del Deporte analiza los factores psicológicos que se asocian con la participación y el rendimiento en el deporte, el ejercicio y otros tipos de actividad física. Los psicólogos del deporte abordan dos objetivos: 1) ayudar a los deportistas a mejorar su rendimiento usando los principios psicológicos; y 2) comprender cómo la realización de algún deporte, ejercicio o actividad física afecta a la salud, el bienestar y el desarrollo psicológico del individuo a lo largo de su vida (American Psychological Association, 2015).

Si bien el ámbito de actuación profesional en psicología del deporte más conocido por todos es el de la competición de alto nivel, según el Consejo General de Psicología (COP, 2006), se considera que existen cinco ámbitos principales. A los campos tradicionales de intervención como son: el deporte de alto rendimiento, el deporte base, y el de tiempo libre, se han añadido en los últimos años el trabajo con poblaciones especiales y con las organizaciones deportivas.

En los últimos años, la Psicología del Deporte se ha consolidado como una disciplina con entidad propia, tanto en la investigación como en su parte aplicada (Cantón, 2010).

Por desgracia, la mayor parte de los entrenadores y directivos piensan que la rehabilitación de las lesiones deportivas solamente debe ser a nivel anatómico y no valoran las implicaciones psicológicas. Pero el análisis de las lesiones deportivas debe considerar los aspectos físicos y psicológicos, tanto para su etiología como para sus consecuencias en la salud (May, 1999).

Los efectos psicológicos de las lesiones pueden ser muy variados dependiendo de la gravedad de la lesión o del nivel al que practiquemos el deporte; pero hay muchos más factores que influyen. Las variables de la personalidad como el temperamento, los rasgos de ansiedad y el propio concepto de uno mismo pueden influir. Hay pruebas de que los deportistas con mayor capacidad para enfrentarse a situaciones cambiantes sufren menos lesiones (Hanson, McCullugh y Tonyon, 1992). Los deportistas con un mal concepto de sí mismos parecen mostrar una tendencia mayor a sufrir lesiones deportivas (Kerr y Fowler, 1986; Lamb, 1986). Aparentemente, los deportistas con una autoestima baja tienen menor capacidad para aguantar la tensión competitiva, lo que puede provocar un comportamiento que lleve al deportista a lesionarse. Por tanto, estas personas que no tienen un buen concepto de sí mismos y que no son capaces de aguantar las situaciones de estrés que requieren los deportes de competición, tienen una menor probabilidad de superar las lesiones con éxito; incluso pueden desencadenar depresiones, ataques de ansiedad, problemas alimenticios o conductas suicidas. Por ejemplo, en un estudio realizado con jugadores de fútbol americano en colegios, se descubrió cierta relación entre la ansiedad y los días perdidos por culpa de una lesión (Petrie, 1993). Por todo ello, es importante controlar estos aspectos en la recuperación de una lesión para no alargar la espera de la competición o crear otros problemas derivados.

Otro factor importante es la motivación, ya sea intrínseca o extrínseca. La motivación intrínseca es aquella que procede de nuestro interior, de nosotros mismos; las personas con una autoestima alta la suelen desarrollar más. La motivación extrínseca es aquella que procede del exterior, aquella que podemos recibir de los demás. A la hora de practicar un deporte, es importante que haya un equilibrio entre ambas, pues tendremos mayor o menor éxito dependiendo de la motivación que tengamos. Generalmente, se obtiene un mejor resultado en una competición si en ella se encuentra la familia, los amigos o los compañeros de equipo. Esta sería la motivación extrínseca, pero también es necesario poseer esa motivación intrínseca que nos ayuda a concentrarnos y a creer en nosotros mismos, obviando el exterior.

El objetivo de nuestra investigación es el estudio de un caso clínico desde la perspectiva bio-psico-social en el ámbito de la Medicina Deportiva. El caso clínico expuesto representa un modelo donde la teoría y la práctica confluyen de forma decisiva. Resaltamos la importancia biográfica en el contexto social para comprender la enfermedad dentro del curso vital, señalando los síntomas y signos de la patología y considerando la importancia de las relaciones interpersonales.

Material y método

La muestra de estudio la compone una atleta de veinte años. Se trata de una chica cuyo padre y madre practicaban tiempo atrás el mismo deporte que ella, el atletismo. Ambos la introdujeron en ese mundo con ocho años, incluso su padre hace de entrenador desde que ella tenía doce. La prueba en la que se ha especializado ha sido Heptathlon, la cual incluye siete disciplinas distintas llevadas a cabo en dos días (100 metros vallas, salto de altura, lanzamiento de peso, 200 metros lisos, salto de longitud, lanzamiento de jabalina y 800 metros lisos). Dentro de ellas, la disciplina que mejor se le ha dado siempre ha sido el salto de altura.

No se dedica al atletismo a nivel profesional (también se dedica a estudiar), pero tampoco a nivel recreativo, pues entrena seis días en semana (dos o tres horas al día) y lo considera como si fuera un trabajo. Los logros más significativos de la deportista han sido, hasta ahora, los que se expresan a continuación. (*Las disciplinas de Hexathlon y Pentathlon son adaptaciones del Heptathlon a la categoría Cadete y a la pista cubierta, respectivamente*).

- 3ª de España de Hexathlon en la categoría Cadete (2010)
- 2ª de Andalucía de Heptathlon en la categoría Juvenil (2011)
- 3ª de España de Salto de altura en la categoría Juvenil (2012)
- 2ª de España en la categoría Absoluta junto con la Federación Andaluza realizando la prueba de Salto de altura (2012)
- 1ª de Andalucía de Pentathlon en la categoría Absoluta (2013)

El procedimiento seguido en la presente investigación consiste en el seguimiento de esta deportista a lo largo de los años 2013, 2014 y 2015.

En el año 2013, tras finalizar sus estudios de Bachillerato y presentarse a Selectividad, comienza la carrera de Ciencias de la Actividad Física y el Deporte en otra ciudad. Por tanto, debe desplazarse, vivir sola y entrenar sin su entrenador. En julio del año 2014, debido a una fractura en el quinto metatarsiano del pie izquierdo que le impide llevar a cabo el deporte que requiere la carrera universitaria, se cambia de carrera tras finalizar el primer curso (a una que no requiere la práctica deportiva), volviendo a su ciudad con sus padres. En ella, vuelve a sufrir la misma fractura tiempo después.

A continuación, dividiremos el procedimiento en dos fases, primera y segunda fractura, exponiendo la experiencia con los médicos de ambas ciudades y todo lo que conlleva ese cambio de ciudad y carrera.

Resultados

Primera fractura

El curso académico empieza el 23 de septiembre de 2013, por lo que la atleta se traslada a la ciudad donde estudiará la primera carrera universitaria. Debido a que la carrera requiere prácticas deportivas, la deportista las lleva a cabo por la mañana en clase y por la tarde sigue poniendo en marcha el entrenamiento que previamente había acordado con su entrenador. Este consiste en que de lunes a jueves entrenaría sola en la otra ciudad, y de viernes a domingo volvería a su ciudad para prepararse con su entrenador el fin de semana.

El curso avanza y el 10 de mayo de 2014, a un mes de terminar las clases y que den comienzo los exámenes finales, la atleta sufre una fractura en el quinto metatarsiano del pie izquierdo al tropezar bajando una escalera y caer inadecuadamente; por tanto, se trata de una lesión aguda. Inmediatamente, acude a urgencias de la seguridad social, donde le informan del diagnóstico tras hacerle una radiografía y le colocan una escayola. La chica compra las muletas y vuelve a acudir dos semanas y media después a urgencias para una revisión, tal y como le habían indicado. La nueva radiografía muestra que la fractura ha soldado mínimamente, y los médicos deciden sustituir la escayola por una bota de yeso. Una vez seca la bota de yeso, podrá apoyar con cuidado gracias a un zapato ortopédico y a las muletas.

Dos semanas después, el 12 de junio de 2014, acude al hospital, donde le quitan la bota de yeso y comprueban que la fractura sigue igual, aunque la atleta cree que está peor al ver la radiografía. Los médicos le dicen que apoye con las muletas, pero ella no muy convencida en el mismo día busca una segunda opinión, esta vez de un médico deportivo. Este médico deportivo le hace una radiografía y comprueba que la fractura está peor que hace dos semanas. Le habla de la posibilidad de operarse, que es lo que suelen hacer los deportistas de alto nivel, pero también confía en que pueda consolidarse el hueso con éxito debido a la juventud de la chica.

La atleta sigue apoyando con muletas hasta finalizar sus exámenes el 2 de julio de 2014 y vuelve a su ciudad. En ella, pide cita con el traumatólogo para el 17 de julio de 2014. Ese día, tras realizarle una nueva radiografía, el médico le comunica que ya puede andar poco a poco sin muletas y llevar una vida normal, pero sin correr hasta septiembre.

Durante el tiempo que corresponde a esta primera fractura, debido a que la deportista vive sin sus padres en otra ciudad, a pesar de llevar muletas y escayola o bota de yeso, se ve obligada a la realización de las actividades domésticas. Además, dado que el entrenador no está presente, debe acudir a las citas médicas sola y comunicarle la información por teléfono; lo cual significa un menor apoyo psicológico para la paciente. Por otro lado, la chica no puede llevar a cabo las prácticas

deportivas que requiere la carrera universitaria, por lo que sus estudios también se verán afectados. Todo esto supone una serie de cambios que le afectan psicológicamente. Como consecuencia, sufre en determinadas ocasiones trastornos alimenticios (con un aumento significativo del peso corporal), algunos síntomas de depresión y crisis de ansiedad.

Segunda fractura

Durante el verano de 2014, la deportista camina mayores distancias sin las muletas y practica ciclismo. En septiembre, empieza a correr y poco a poco vuelve a entrenar como antes. El 10 de octubre le hacen una nueva radiografía y los médicos le comunican que el hueso ha consolidado adecuadamente, por lo que continúa entrenando. El 22 de diciembre, caminando para ir a entrenar, apoya encima de un pequeño desnivel y su pie sufre una inversión, de modo que acude a urgencias de la seguridad social. Allí, tras hacerle una radiografía le diagnostican una nueva fractura del quinto metatarsiano al mismo nivel que la fractura anterior y le colocan una escayola. Los traumatólogos de urgencias se reúnen para considerar una posible operación, pues lo que en un primer momento fue una lesión aguda puede haberse convertido ahora en crónica; y más teniendo en cuenta que la deportista ha seguido entrenando atletismo, un deporte de contacto/impacto limitados en el que el choque del pie con el suelo ha podido generar unas consecuencias peores debido a la existencia de otra fractura previa. Sin embargo, los médicos deciden optar por el tratamiento conservador y esperar que con la escayola suelde el hueso, debido a que el quinto metatarsiano se localiza en una zona bastante superficial y hay mayor riesgo de que el resultado de la intervención no sea satisfactorio.

A partir de ahora, la paciente decide ir por dos vías, la seguridad social y el seguro deportivo. En ambas vías le harán una radiografía en cada una de las citas a las que acude.

Seguridad social:

- 30/12/14: el médico le comunica que la fractura apenas ha consolidado y que debe seguir con la escayola.
- 13/01/15: un médico diferente al de la última vez le quita la escayola y le indica que apoye con muletas y poco a poco sin ellas.
- 05/02/15: un médico diferente al de las dos últimas veces le indica que apoye con muletas, pero no sin ellas.
- 19/02/15: un médico diferente al de las tres últimas veces le da el alta.

Seguro deportivo:

- 15/01/15: ya sin escayola, el médico le indica que no deberían haberle quitado la escayola tan pronto, por lo que le aconseja no apoyar el pie con las muletas y que siga con ellas.
- 29/01/15: el mismo médico de la última vez le indica que puede apoyar sin muletas.
- 09/04/15: un médico diferente al de la última vez le indica que apenas ha soldado desde la última vez que acudió. Siendo así, si hubiera dolor habría que operar; pero como la paciente

no padece dolor no hay que operar. Decide esperar para correr a un TAC citado para el día 1 de julio de 2015.

Durante el tiempo que corresponde a esta segunda fractura, debido a que la deportista vive con sus padres en la misma ciudad, y al llevar muletas y escayola, no se ve obligada a la realización de las actividades domésticas. Además, dado que el entrenador está presente, puede acudir a las citas médicas con él y este puede hacerle las preguntas pertinentes al médico sobre el posible entrenamiento; lo cual mejora la confianza de la deportista con el entrenador. Por otro lado, la nueva carrera universitaria no requiere prácticas deportivas, por lo que sus estudios no se verán afectados. Todo esto supone una serie de cambios que le afectan psicológicamente, pero en menor medida que en la primera fractura. Como consecuencia de esta segunda fractura, sufre en muchas menos ocasiones trastornos alimenticios (manteniendo el peso corporal) y algunos síntomas de depresión.

Discusión

Con respecto a la primera fractura, debemos tener en cuenta que la deportista estaba viviendo sola en una ciudad diferente a la suya, lo cual dificulta las labores del día a día, cuya ejecución ya se encuentra dificultada por el hecho de llevar escayola y muletas. No obstante, en la segunda fractura, al vivir con los padres, estos podían realizar las tareas de la casa en su lugar y ayudarla llevándola a los sitios. La presencia y el apoyo de los padres le han hecho tener ahora una motivación extrínseca para recuperarse y volver a competir que estando sola no tenía. Además, debemos tener en cuenta que siendo el padre su entrenador, esta motivación va a tener una mayor importancia.

Atendiendo a la motivación intrínseca que tuvo en la primera fractura, esta se vio disminuida por el hecho de que la lesión también le impedía llevar a cabo el estudio (teniendo en cuenta que se trataba de una carrera universitaria que requería la actividad física) y el entrenamiento. En estas circunstancias, el no poder expresar su energía libremente como solía hacer en el entrenamiento influyó en la sintomatología (trastornos alimenticios, algunos síntomas de depresión y algún ataque de ansiedad). Cabe destacar que tanto la anorexia como la bulimia (trastornos alimenticios) son dos serios problemas psicológicos muy corrientes entre los adolescentes y mujeres (Johnson y Tobin, 1991). Por otro lado, en la segunda fractura esta motivación intrínseca se vio disminuida, pero en menor medida, pues sí pudo llevar a cabo su estudio debido al cambio de carrera universitaria. Además, dado que era la segunda vez que le ocurría, ya sabía lo que conllevaba y la paciencia que debía tener hasta recuperarse. De ahí que las consecuencias no sean tan relevantes esta vez.

En ambos casos la deportista ha sufrido una fractura, lesión definida como “fisura o rotura de un hueso” (National Safety Council, 1991). Aunque tal lesión puede producirse realizando cualquier actividad (un ejemplo de ello es la primera fractura), es más corriente en los deportes de contacto en los que se desarrollan grandes fuerzas. La fractura que se produjo la segunda vez se considera una fractura por fatiga; pues se ha producido cuando se ha sometido al hueso a repetidas sesiones de sobrecarga (agotamiento por el entrenamiento tras la primera lesión) que superan su capacidad de

recuperación (la cual ha disminuido al haberse producido ya una fractura previa). Las fracturas por fatiga a menudo suponen para el médico un difícil diagnóstico, pues en la fase inicial las exploraciones radiológicas no descubren la fractura, lo cual se debe a que estas fracturas se desarrollan lentamente y en pocas ocasiones se detectan fisuras visibles en los huesos (O'Donoghue, 1984). Aunque se pueden desarrollar en todo el cuerpo, la mayor parte se producen en extremidades inferiores. Los deportistas que tienen mayor riesgo de sufrir estas fracturas son aquellos cuya condición física es mala o tienen sobrepeso. Sin embargo, incluso los deportistas en buena forma pueden sufrir estas fracturas, en especial cuando han incrementado repentinamente la intensidad de su programa de entrenamiento. Las fracturas por fatiga se pueden deber a la dieta alimenticia; un régimen bajo en calcio puede predisponer a los deportistas, en particular a las mujeres, a que tengan este problema (Nelson, 1989). Por estas razones, no es de extrañar que la segunda fractura sea una fractura por fatiga al haber sufrido trastornos alimenticios; lo que ha desencadenado la pérdida de forma física, un aumento de peso y una posible dieta baja en calcio.

Para analizar la relación médico-paciente que ha tenido lugar en ambas fracturas, debemos considerar lo que cada médico le ha comunicado a la paciente y cómo se ha sentido esta con los distintos médicos. En la primera fractura, podemos comprobar cómo la atleta no se siente convencida con el diagnóstico del médico de la seguridad social y acude a un médico deportivo especializado, que finalmente acaba teniendo razón. Por tanto, la deportista no se ha sentido satisfecha con la labor de estos médicos ni le habrán inspirado la confianza suficiente por las distintas opiniones que presentaban. Tras comunicarle en octubre que el hueso se había soldado correctamente, vuelve a fracturarse en diciembre, por lo que la paciente pierde completamente su confianza en los médicos que la han tratado, diciendo específicamente "yo ya no creo lo que me puedan decir". A continuación, decide ir por las dos vías, la seguridad social y el seguro deportivo. Por la seguridad social, los distintos médicos que la tratan tienen opiniones contradictorias. Esto no ocurre por el seguro deportivo, lo que provoca que los médicos de esta vía le ofrezcan mayor confianza y se sienta más cómoda con ellos. Por tanto, la atleta decide seguir las indicaciones del médico del seguro deportivo y ser conservadora, por lo que pueda ocurrir.

A pesar de que la comunicación del médico con el entrenador es tan relevante como la relación médico-paciente, debemos contemplar que en la primera fractura la paciente estaba en otra ciudad sin su entrenador. Por tanto, la deportista tuvo que hacerse cargo de las cuestiones médicas. En la segunda fractura, el entrenador, implicado en el proceso de comunicación en medicina, estuvo presente en las citas médicas y fue informado por los médicos de los diagnósticos. Al igual que la paciente, escuchó las distintas opiniones y estas le llevaron a la confusión. Como hemos expresado anteriormente, el entrenador ha de tratar toda posible lesión como si supiera a ciencia cierta que lo es hasta que esté seguro de que no hay lesión (y en este caso sí la hay), por tanto debe ser conservador.

En las primeras consultas de la paciente con sus médicos, el entrenador no pudo asistir debido a que la paciente se encontraba en otra parte de España. Sin embargo, posteriormente cuando fue tratada por otro médico obteniéndose éxito en el tratamiento, el entrenador pudo mantener relaciones con el médico de la paciente, pudiendo hacer las preguntas necesarias para la correcta recuperación de la deportista. Asimismo, las relaciones interpersonales que mantuvieron sirvieron para consensuar y aclarar el tipo de relación y las tareas que debían realizar con la paciente. Las recomendaciones del médico al entrenador fueron fundamentales para tener el necesario cuidado en las prácticas de entrenamiento realizadas posteriormente a la lesión.

De la misma forma, la comunicación que estableció el médico y el entrenador sirvió para que el entrenador tuviera una mejor relación con la deportista. Por una parte, la deportista adquirió mayor confianza con el entrenador, ya que sabía que este conocía los aspectos médicos necesarios para un adecuado entrenamiento. El hecho de haber acompañado a la paciente en las distintas visitas no es solamente de esencial relevancia en relación a la información que pueda obtener del médico, sino también al apoyo emocional que le ofreció en el transcurso de la recuperación.

Conclusiones

Atendiendo a las cuestiones psicológicas, sería recomendable que la deportista afectada por la lesión tuviera la ayuda y el apoyo necesarios para una rápida y eficaz recuperación sin derivar a otro tipo de problemas; así como la suficiente confianza en sí misma como para querer salir adelante.

Con respecto a la figura del médico deportivo, este no debe centrarse solamente en recuperar la lesión, sino en tratar al paciente, sin olvidar la relación existente entre el ámbito físico y el psicológico. Ha de ser una persona empática con la capacidad de entender lo que significa el deporte para una persona cuya vida gire en torno a él. En su mayoría, los médicos de medicina deportiva afirman que su conexión con el deporte se debe a un poderoso interés personal. De ahí que la paciente, al menos en este caso, esté más satisfecha con la labor del médico deportivo, que presentará una mayor facilidad para comprender a la deportista que el médico no deportivo. Además, debe ser capaz de generar un ambiente cómodo para ganarse la confianza de la paciente. Esto requiere una adecuada comunicación entre médico y entrenador, pues ambos van a colaborar en la recuperación de la deportista.

Hemos comprobado la importancia de las relaciones interpersonales entre médico-paciente y entrenador-paciente, desvelando la importancia de la seguridad que ofrecen los profesionales y la confianza, como base de la comunicación empática. Por otro lado, también hemos comprobado que es de especial importancia la relación entre el médico y el entrenador, en la cual debe estar clara cuál es la función de cada uno de los profesionales para no llevar a una confusión en el ámbito general de la comunicación en Medicina Deportiva. Hemos tratado de utilizar el estudio de un caso clínico para comprobar estos aspectos, aunque somos conscientes de que sería conveniente el estudio de otros

casos desde esta misma perspectiva bio-psico-social para comprobar la posible coincidencia de las variables que hemos considerado de especial importancia en la comunicación en Medicina Deportiva.

Esta conclusión se establece desde una perspectiva bio-psico-social, en la cual hay que considerar no solamente el órgano afectado, sino los aspectos psicosociales que influyen en la enfermedad.

Referencias

- American Academy of Family Physicians (1992). *Preparticipation Physical Evaluation* (1^a ed.). Chicago: American Academy of Family Physicians.
- American Academy of Orthopaedic surgeons (1991). *Athletic Training and Sports Medicine* (2^a ed.). Park Ridge, Ill.: American Academy of Orthopaedic Surgeons.
- American Academy of Pediatrics, (1988). Committee on Sports Medicine. Recommendations for participation in competitive sports. *Pediatrics*. 81(5), 737-739.
- American Psychological Association. Division 47 (<http://www.apadivisions.org/division-47/about/resources/what-is.aspx>)
- Cantón, E. (2010). La Psicología del Deporte como profesión especializada. *Papeles del Psicólogo*, 31 (3), 237-245.
- Collins, R.K. (1987). Injury patterns in women's intramural flag football. *American Journal of Sports Medicine*. 15(3), 238-242.
- Consejo General de Psicología de España (2006). *INFOCOP*.
- Consejo General de Psicología de España (diciembre 2015). *INFOCOP. La Psicología del Deporte, una disciplina joven pero consolidada*.
- DeLee, J.C.; Faney, W.C. (1992). Incidence of injury in Texas high-school football. *American Journal of Sports Medicine*. 20: 575-580.
- EFDeportes.com (2015). Psicología del deporte. Extraído el 17 de enero de 2013 desde http://m.efdeportes.com/articulo/las_lesiones_deportivas_y_sus_implicancias_psicologicas/41
- Goldberg, B. (1989). Injury patterns in youth sports. *Physician and Sportsmedicine*. 17: 175-186.
- Hanson, S.J.; McCullugh, P.; Tonyon, P. (1992). The relationship of personality characteristics, life stress, and coping resources to athletic injury. *Journal of Sport and Exercise Psychology*. 14: 262-272.
- Hess, G.P. *et al* (1989). Prevention and treatment of overuse tendon injuries. *Sports Medicine*. 8: 371-384.
- Johnson, C., Tobin, D.L. (1991). The diagnosis and treatment of anorexia nervosa and bulimia among athletes. *Athletic Training*. 26(2), 119-128.
- Kerr, G.; Fowler, B. (1988). The relationship between psychological factors and sports injuries. *Sports Medicine*. 6, 127-134.
- Lamb, M. (1986). Self-concept and injury frequency among female collage field-hockey players. *Athletic Training*. 21(3), 220-224.

- Lawrence, R.M. (1983). Foreword. En Appenzeller O, Atkinson R (eds.) *Sports Medicine*. Fitness, Training, Injuries. Baltimore: Urban & Schwarzenberg. XIII-XIV.
- Ley Orgánica de Deporte, Actividad Física y Educación Física. Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela. Gaceta Oficial N° 39.741 del 23 de agosto de 2011. Artículo 6.
- National Safety Council (1991). *First Aid and CPR* (1 st ed.). Boston: Jones and Bartlett.
- Nelson, R.A. (1989). Nutrition for the athlete. En Ryan, A.J.; Allman, F.L. (eds.). *Sports Medicine*. San Diego: Academy Press. 165-182.
- Nigg, B.M.; Bobbert, M. (1990). On the potential of various approaches in load analysis to reduce the frequency of sports injuries. *Journal of Biomechanics*. 23: Suppl. 1, 3-12.
- O'Donoghue, D.H. (1984). *Treatment of Injuries to Athletes*. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Petrie, T. (1993). Coping skills, competitive trait anxiety and playing status: moderating effects on the life stress-injury relationship. *Journal of Sports and Exercise Psychology*.
- Pfeiffer, R. P.; Mangus, B. C. (2000). *Las lesiones deportivas*. Paidotribo.
- Rich, B.S.E. (1993). "All physicians are not created equal": understanding the educational background of the sports-medicine physician. *Athletic Training*. 28(2), 177-179.
- Rowe, P.J.; Robertson, D.M. (1986). Knowledge of care and prevention of athletic injuries in high schools. *Athletic Training*. 21(2), 116-119.
- Ryan, A.J. (1989). Sports medicine in the world today. En Ryan A.J., Almans, F.L. (eds.). *Sports Medicine*. San Diego: Academic Press, 3-20.
- Weiss M.R.; Troxel, R.K. (1986). Psychology of the injured athlete. *Athlete Training*. 21(2), 109-110.