

## FÚTBOL: IDENTIDAD, PASIÓN, DOLOR Y LESIÓN DEPORTIVA

*Nancy Janneth Molano Tobar<sup>1</sup>*

*Dolly Ximena Molano Tobar<sup>2</sup>*

*Fecha de Recepción: 10/11/2015*

*Fecha de Aceptación: 15/12/2015*

**Citar como:** Molano, N. Molano, D. (2015). Fútbol: Identidad, pasión, dolor y lesión deportiva. Rev Mov Cient. 9(2): 23-32.

**Citar como:** Molano, N. Molano, D. Fútbol: Identidad, pasión, dolor y lesión deportiva. Rev Mov Cient. [en línea] 2015, [fecha de consulta: dd/mm/aaaa]; 9(2): 23-32. Disponible desde: <http://revistas.iberamericana.edu.co/index.php/Rmcientifico/issue/archive>.

### RESUMEN

**Introducción:** El fútbol es el deporte más popular del mundo, que alberga numerosas emociones tanto por parte del espectador como del jugador. El objetivo es evidenciar la percepción acerca del fútbol, el dolor de origen osteomuscular e identificar las lesiones deportivas más frecuentes de los jugadores de Fútbol de la Universidad del Cauca.

**Método:** Estudio cuantitativo de tipo descriptivo y cualitativo de diseño etnográfico, evidenciado a través de entrevista guiada en profundidad y conversatorios, realizado con 15 deportistas hombres de la Selección de Fútbol de la Universidad del Cauca, durante todo el 2014 y primer semestre de 2015, con edad promedio de 47,7 años $\pm$ 1.2.

**Resultados:** Dentro de los aspectos cualitativos el fútbol se concibe como un proceso de reconocimiento e identidad, que brinda procesos de socialización y al enfrentarse ante una lesión deportiva se manifiesta una tensión entre miedo y frustración, pero es la pasión la que mitiga y hace que se supere el dolor para continuar jugando; los resultados cuantitativos permitieron identificar que la tasa de lesión se presenta en miembros inferiores especialmente el tobillo (56%), con lesión más frecuente de esguince en primer grado (43,4%) y desgarró muscular (38%); desde los parámetros antropométricos se consideran en riesgo incrementado para enfermedades metabólicas asociado al sobrepeso y obesidad.

**Conclusiones:** Se evidenció que el fútbol es una herramienta de vital importancia para los procesos de socialización, identidad y diversión, donde puede más la pasión del deporte que el dolor, siendo éste un proceso subjetivo mediado por la experiencia, pero a la hora de su recuperación, confían en su equipo rehabilitador para restablecer su funcionalidad física, nivel deportivo y confianza para afrontar de nuevo el juego.

**Palabras Clave:** Fútbol, Identidad, Dolor, Lesión.

1 Fisioterapeuta *Universidad Autónoma de Manizales*. Magíster en Educación con énfasis en Fisiología del Deporte *Universidad del Valle*. Directora Grupo de Investigación Salud y Motricidad Humana. Docente Titular *Universidad del Cauca*. Correo de correspondencia: [najamoto@unicauca.edu.co](mailto:najamoto@unicauca.edu.co).

2 Economista Fundación *Universitaria de Popayán*. Especialista en Finanzas *Universidad del Valle*. Docente de tiempo completo *Fundación Universitaria Católica Lumen Gentium*.

## FOOTBALL: IDENTITY, PASSION, PAIN AND SPORTS INJURY

### ABSTRACT

**Background:** Football is the most popular sport in the world, which houses many emotions from both the viewer and the player. The aim is demonstrate the perception of football, the pain of musculoskeletal origin and identify the most frequent Soccer Players University of Cauca sports injuries.

**Method:** Quantitative study of descriptive and qualitative ethnographic design, evidenced through guided interview in depth and talks conducted with 15 athletes Men Soccer Team Universidad del Cauca, throughout 2014 and the first half of 2015, with age average  $47.7 \text{ years} \pm 1.2$ .

**Results:** Within the qualitative aspects football is conceived as a process of recognition and identity, providing socialization processes and when facing a sports injury is a tension between fear and frustration manifests, but it is the passion that mitigates and makes it exceeds the pain to continue playing; quantitative results helped identify the rate of injury occurs in the lower limbs especially the ankle (56%), with most frequent injury of first-degree sprain (43.4%) and muscle tear (38%); from anthropometric parameters are considered at increased risk for metabolic diseases associated with overweight and obesity.

**Conclusions:** It was evident that football is a vital tool for the processes of socialization, identity and fun, where you can more passion sport pain, this being a subjective process mediated by experience, but at the time of recovery, they rely on your rehabilitation team to restore physical functionality, fitness level and confidence to face the game again.

**Keywords:** Football, Identity, Pain, Injury.

### INTRODUCCIÓN

“El fútbol es el deporte más popular del mundo, con la participación superior a 265 millones de personas” (Lazarus, 2013), es un deporte que alberga numerosas emociones tanto por parte del espectador como del jugador, hablar de fútbol “es un componente muy importante de la vida cotidiana ... es uno de los modos en los cuales se expresa el afecto, la pasión y los vínculos” (Tajer, 1998).

De acuerdo a la dinámica del futbol, demanda diversas exigencias tanto técnicas, físicas como emocionales, pues requiere que el deportista esté en constante movimiento durante su práctica, lo que conlleva en ocasiones a presentar colisiones y lesiones durante su práctica; (Olmedilla, Andreu, Ortín, & Blas, 2008), indican que las lesiones producidas pueden ser por factores ajenos al contacto con otros y la proporción está entre el 26 y el 59% del total, lo más común es que se presenten, durante la carrera o en cambios de dirección; (Manning & Levy, 2006), realizan una aproximación “de 10 a 15 lesiones por cada 1000 horas de juego”, y el segmento más vulnerable en el fútbol es el miembro inferior, evidenciando que

de todas las lesiones de pie y tobillo, el “esguince de tobillo es la más común (80%), a continuación, contusiones (9-49%) y lesiones tendinosas (23.2%)” (Valderrabano, Barg, Paul, Pagenstert, & Wiewiorski, 2014).

“La lesión puede ser considerada como un hecho inherente al mismo, con su carácter negativo para el deportista por múltiples motivos” (Olmedilla, Garcia, & Martinez, 2006), ya que desemboca en sintomatologías como el dolor, inflamación e incapacidad funcional que diferencia la gravedad de la lesión, por consiguiente dependiendo el modo de afrontamiento ante una lesión deportiva depende en gran medida su recuperación y continuidad con la práctica deportiva.

Visto desde otra perspectiva el fútbol también implica la interrupción de la actividad deportiva, pérdida del estatus en el equipo y en los casos profesionales, la reducción de los recursos económicos (Abenza, Olmedilla, & Ortega, 2010).

Abenza et al., (2010), plantean que hay factores psicológicos que inciden en que un deportista sufra

una lesión, presentando el modelo de Andersen y Williams (1988):

“un deportista ante una situación estresante, emite una respuesta (denominada de estrés) producto de la valoración cognitiva que hace de aquélla, provocando cambios fisiológicos (incremento de la tensión muscular) y atencionales (focalización inadecuada de la atención) que aumentan la probabilidad de lesionarse”.

Otro factor importante que se tiene en cuenta en los procesos lesionales es la edad de los jugadores, donde los deportistas de mayor edad se lesionan más y con mayor gravedad, (Olmedilla, Garcia & Martínez, 2006), pues entran en juego unas variables psicológicas sin desconocer las fisiológicas como son el nivel de ansiedad, la percepción del éxito y la responsabilidad ante sus iguales, situaciones que en algunos casos pueden conllevar hasta el abandono del deporte.

De la misma manera se ha establecido que uno de los parámetros lesivos en el deporte es el sobrepeso y más la obesidad, pues conlleva a una sobrecarga en los segmentos corporales como los miembros inferiores y ello demanda a un aumento de las lesiones deportivas (Santos, Detanico, Graup, & Cunha, 2007).

Lo anterior justifica la necesidad de plantear esta investigación; pero son realmente los factores emocionales y la motivación los que influyen positiva o negativamente en la rehabilitación de la lesión deportiva, llevando al deportista en el transcurso de la rehabilitación a respuestas variadas, complejas y fluctuante con el proceso de rehabilitación y su retrocesos (Podlog, Heil, & Schulte, 2014).

Dentro de los factores, que se evidencian generan adhesión al proceso de rehabilitación incluyen el dolor, la tolerancia, la auto-motivación, la gravedad de la lesión, mientras que la perturbación del ánimo y el miedo son factores que limitan el proceso.

Se presenta en la clínica que se encasilla en un solo ítem el sentimiento de dolor, pero con este proceso

se buscó identificar y entender cuál era el sentir del futbolista y de acuerdo a las revisiones bibliográficas, el dolor es una experiencia subjetiva que definida por (Villar, 2006) es “Una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño tisular verdadero o potencial” (p.251), pero indudablemente tiene unos matices que difieren de un ser humano a otro, adicionando que la experiencia dolorosa dependa de factores neurofisiológicos, hormonales, culturales, contextuales y psicológicos, en las palabras de (Villar, 2006).

La importancia de identificar la percepción que presentan los futbolistas ante el dolor, permite obtener al equipo rehabilitador más orientaciones a la hora de iniciar y reacondicionar al deportista lesionado.

## MÉTODO

**Tipo de Estudio.** El estudio contiene las metodologías cuantitativa y cualitativa; la metodología cuantitativa tuvo un diseño descriptivo de corte trasversal y la parte cuantitativa y cualitativa, se trabajó desde el método etnográfico presentado por Murcia & Jaramillo, (2000), que permite estudiar lo que en la comunidad ocurre, las distintas interacciones, actividades, valores, ideologías y expectativas de los participantes.

**Población.** Conformada por los futbolistas de la selección de la Universidad del Cauca, cuya muestra intencional correspondió a 15 deportistas, teniendo en cuenta los criterios de inclusión consistentes que fueran jugadores con un recorrido mayor de dos años en la selección, que presentaran una lesión en miembros inferiores de carácter osteomuscular durante su práctica deportiva, asistirán regularmente a los entrenamientos y decidirán por voluntad propia firmar el consentimiento informado.

**Técnicas de Recolección.** Bajo la metodología cualitativa se emplearon fuentes primarias con un muestreo a juicio o discrecional, donde los sujetos se seleccionaron con base al conocimiento y juicio del investigador, aplicando las técnicas como la observación mixta, posteriormente se llevó a cabo una serie de entrevistas en profundidad de tipología semies-

estructurada, en la cual se determinaron las categorías emergentes y diario de campo, en la que se realizó un registro diario de las observaciones y hechos relevantes; el trabajo de campo estuvo inmerso entre el segundo período de 2014 y el primero de 2015.

Para la parte cuantitativa se utilizó una encuesta aplicada por el personal médico en la que se registró información general (identificación, edad, estrato socioeconómico, escolaridad).

Para la evaluación de los parámetros antropométricos se utilizaron los estándares de la sociedad Internacional para el avance de la Kineantropometría (Pérez, Landaeta-Jiménez, Arroyo Barahona, & Marrodán, 2012), los que consisten para la medición de la talla en un estadiómetro con escala métrica de 1mm de precisión y para el peso corporal total con una balanza marca Detecto con precisión cercana a 100 g.

Además, fueron evaluados los perímetros de la cintura y de la cadera, para lo que se utilizó una cinta métrica flexible e inextensible, cuya precisión era de 1 mm. La circunferencia de cintura se tomó entre la última costilla y la cresta ilíaca, con el sujeto de pie y con respiración normal. La circunferencia de la cadera se tomó midiendo a nivel de los trocánteres mayores coincidiendo con la sínfisis pubiana; para ello, el sujeto debía estar de pie, con los glúteos relajados y los pies juntos (González-Jiménez, Montero-Alonso, & Schmidt-Riovalle, 2013).

Después de tener estas mediciones se procedió a realizar las formular para establecer el Índice de Masa corporal (IMC), con la clasificación establecida por la OMS de corte recomendados por la OMS: <18,5 Desnutrición, 18,5 a 24,99 Normal, 25 a 29,99 Sobrepeso,  $\geq 30$  Obesidad (Bencomo, Dugartez, Berrios, & Blanco, 2011).

La circunferencia de cintura bajo los criterios de la OMS como riesgo para desarrollar complicaciones metabólicas, (Lopez, Monrecal, Ochoa, & Vega, 2007), donde el riesgo incrementado para los hombres es mayor de 94 cm y el riesgo sustancialmente incrementado es mayor a 102 cm.

Los datos relacionados con los procesos de intervención se tomaron teniendo en cuenta la zona de lesión, diagnóstico de la patología y evidencia de la intensidad del dolor según la propuesta de Sousa, Pereira, Cardoso, & Hortense, (2010).

**Procesamiento de la información.** Para los parámetros cualitativos se llevaron a cabo los procesos descritos por (Murcia & Jaramillo, 2000), que definen el primer momento (preconfiguración), donde se hace una acercamiento a la realidad social y cultural, segundo momento (plan de configuración), etapa en la cual se realiza el trabajo de campo propiamente dicho y el tercer momento que consistió en la reconfiguración donde se exponen los hallazgos de la investigación; las entrevistas se codificaron teniendo en cuenta primero el número del entrevistado, seguido del número que diferencia el encuentro.

Con relación con los datos cuantitativos se procedió a llenar una base de datos de la historia clínica, con variables sociodemográficas (estrato social, escolaridad) y variables antropométricas (peso, talla, perímetros de cintura y cadera) en el programa estadístico SPSS versión 20.0, obteniendo medidas de tendencia central y de dispersión.

**Aspectos Ético-legales.** Se tuvo en cuenta lo dispuesto en la resolución 8430 (Ministerio de Salud y Protección social, 1993) de Colombia para investigación con personas, se presentó el proyecto a los futbolistas y una vez explicando y comprendido, se diligenció el consentimiento informado, donde se garantiza la protección a la intimidad de los datos suministrados como de las entrevistas, considerando el estudio con riesgo mínimo de lesión para los participantes.

## RESULTADOS

Del grupo de futbolistas de la selección que practican constantemente se pudo determinar que la población presentó una edad promedio de 47,7 años  $\pm 1.2$ .

El análisis sociodemográfico muestra que la población tiene un nivel académico de maestría (80%) y

doctorado en un 20%, el nivel socioeconómico se ubica en estrato 4 y 5 de la ciudad de Popayán.

De los datos antropométricos se encontró, que esta población tiene un índice de masa corporal de 48% en sobrepeso y el 22% en obesidad.

Se pudo evidenciar que dentro de la población de futbolistas con relación al perímetro de cintura establecido por la OMS, no presentan riesgo (59,3%), y el 32,7% de la población registran un riesgo incrementado.

La incidencia de lesión se presentó con mayor predominio en la región del tobillo (56%), donde el tipo de lesión correspondió a esguinces de primer grado (43,4%) y desgarros musculares del tríceps sural tipo dos (38%).

La evaluación del dolor basados en la escala de intensidad numérica del dolor (Sousa et al., 2010), los futbolistas precisaron el dolor inicial con un promedio de ocho puntos pero que cede con la actividad física a cuatro puntos en promedio.

Con relación a los hallazgos cualitativos se diferenciaron cuatro categorías.

### 1. El fútbol vehículo de reconocimiento e identidad

Desde la antigüedad el deporte ha sido considerado como una actividad básica y fundamental para el desarrollo humano del individuo, pero en definitiva es una estrategia donde interactúan componentes corporales, de integración social y cultural, que en el caso del fútbol se aprecia en mayor proporción esta combinación, es así como este deporte se ha convertido en el sueño de cada niño y cada padre, pues lleva articulado el reconocimiento y el reto constante de ser mejor cada día con el objetivo de sobresalir.

*“Es chévere cuando se está jugando y jugando bien, que la gente que uno nunca ha conocido lo alienta y después en la calle lo reconoce (...) me he encontrado en la calle personas que me dicen que me han visto jugar y me invitan algo” (10E:11).*

El fútbol se ha convertido en un proceso socializador, donde el individuo a través del juego conoce las reglas, genera amistades y afirma su existencia como parte de algo, de un grupo, que le da identidad.

*“Yo en el colegio era muy tímido, a mi mamá le recomendaron que me llevara a fútbol, que ahí se me quitaba lo miedoso y conocía más niños de mi edad, que eso me daría más soltura (...) con el fútbol me sentí parte de algo, no sólo contra el mundo” (7E:3).*

*“Me motiva más que ir a jugar fútbol, el gusto de compartir afinidades de tipo humano con mis compañeros” (9E:1).*

*“Me gusta jugar fútbol porque es un espacio donde puedo reírme y expresar muchas cosas, liberar tensiones y es una pasión que me ha permitido encontrar muchas amistades” (4E:1).*

En general se puede identificar como la práctica del deporte (Fútbol), cobra significado importante para sus vidas, optimizando sus relaciones interpersonales y afianzando valores individuales como familiares.

### 2. El fútbol es una condición que media entre la pasión y el dolor

Para el grupo de futbolistas, el fútbol desborda el dolor, la experiencia dolorosa no conlleva imposibilidad ni finalización del juego, puede más la pasión por anotar un gol, realizar un buen pase que el dolor que se sienta, esas emociones son más poderosas que cualquier dolor.

*“Me dañé el empeine y seguí jugando a pesar del dolor porque estábamos empatados” (12E:3).*

*“Seguí jugando y valía la pena aguantarme el dolor porque era la final” (3E:8).*

*La pasión por jugar, por ser parte de ese equipo, por sobresalir y ganar, son emociones que propician en los deportistas situaciones que los llevan al límite sin importar las complicaciones posteriores. “Para mi es una emoción tremenda jugar fútbol, me afecta ver que no puedo*

*rendir al 100% por la lesión, es chévere jugar así sea lesionado” (5E:5).*

*“La pasión que se siente por el fútbol hace que uno no pierda las ganas de jugar inclusive arriesgando su salud por la lesión” (6E:7).*

Las emociones que despierta el juego, son indudablemente más poderosas que cualquier dolor, y los deportistas a pesar de ser conscientes de ello, asumen sus complicaciones.

### 3. El dolor una sensación inespecífica que limita

En las entrevistas se pudo notar que el dolor es una condición propia de su desarrollo deportivo, es así como lo consideran un aliado y en otras un contra-tiempo.

*“Es dolor es una sensación que podría definir como rico en ocasiones pero que al jugar y tironearme es completamente molesto” (13E:3).*

*“Es un indicador, pues cuando más me duele me dice que más grave estoy y ahí es donde debo parar porque si no, la limitación y el tiempo sin jugar será mayor” (14E:6).*

### 4. Las lesiones son gajes del oficio pero tienen solución

El fútbol considerado un deporte de contacto que vincula un alto requerimiento físico por los cambios de ritmo y velocidad, es considerado el deporte que más lesiones aporta, pero los futbolistas consideran que son resultados propios de su práctica.

*“Los golpes, choques y torceduras son comunes entre nosotros, pero para todo hay remedio” (1E:4).*

*“Uno puede decir que le ha ido bien y fue un muy buen partido cuando le gana al contrario y no se quebró un hueso” (5E:3).*

Es indudable que los deportistas ven su deporte como riesgoso, pero confían que los procesos de rehabilitación y otras técnicas que puedan ayudar a su mejoría.

*“Cuando me lesiono busco ayuda profesional para no perder ese contacto con el grupo de amigos” (2E:1).*

*“Usaba pastillas, pomadas, agua caliente o esperaba unos días para solucionar el problema del dolor y continuar jugando” (8E:2).*

Así mismo, las experiencias ante una lesión deportiva generan sentimientos de frustración, miedo e irritabilidad.

*“Cuando me lesiono es muy jarto, pues aparte del dolor no puedo volver a jugar y eso me pone de mal humor” (11E:6).*

*“Sé que cuando me lesiono, tengo algo de culpa pues algo hice mal, y en mi casa saben que me vuelvo otro, ya que me estreso más de lo usual y no me aguantan en la casa” (2E:4).*

De la misma manera se pudo evidenciar que los futbolistas después de la lesión, tienen en cuenta las recomendaciones que en rehabilitación se les da.

*“Cuando veo la mejoría, vuelvo a la cancha, pero me toca tener en cuenta las indicaciones de las fisios con relación al estiramiento” (7E:10).*

*“En rehabilitación me han dicho que siempre antes de jugar tengo que hacer estiramiento para evitar lesiones y eso es lo que me hace llegar más temprano” (11E:8).*

## DISCUSIÓN

En el estudio se evidenció que los futbolistas presentan un alto nivel de lesión, esto es confirmado por Olmedilla, Andreu, Lucia, Ortin, & Blas, (2006), quienes enuncian que “la mayoría de las lesiones están causadas por traumatismos, contactos con otros jugadores, en los que en muchas ocasiones son infringidas las reglas de juego”.

De la misma manera, informan que el tren inferior es el que sufre frecuentemente lesiones caracterizándose por esguinces, tendinitis y contusiones, debido a que se requieren de maniobras que invo-

lucran el trote y salto, situación que no difiere para este estudio.

Osorio, Clavijo, Arango, Patiño, & Gallego, (2007) indican que “existe un amplio espectro de lesiones de los tejidos blandos”, pero es la edad uno de los factores que incide en la prevalencia de lesiones, ya que son los factores como el desacondicionamiento físico y las enfermedades degenerativas como la osteoporosis, que aportan a este proceso, entendiendo que el grupo de futbolistas de la Universidad del Cauca por su edad, puede considerarse que están en mejores condiciones físicas que el promedio de los hombres que se relacionan con los 47 años.

Realizando la asociación con los parámetros antropométricos se encontró que la población tiende al sobrepeso y obesidad en primer grado, situación confirmada por Lopez et al., (2007) y Alayón, Alvear, Matson, Osorio, & Rivera, (2007), en este sentido Figueroa, Cerón, & Plaza, (2009) indican que el hecho que los docentes practique una actividad deportiva es un factor protector para la salud y una medida que equilibra las numerosas horas que el docente pasa sentado; así mismo Bencomo et al., (2011) concluyen que “los conocimientos y prácticas acerca del manejo de alimentos, son deficientes por parte de los docentes y pueden representar un riesgo potencial para la salud”.

Es indudable que el fútbol es el deporte que tiene mayor número de seguidores y como uno de los más practicados, ello ha conllevado a que los que lo practican de acuerdo al estudio, lo consideren como un factor importante para ser reconocidos, pues desde la perspectiva de Meneses, (2008), el fútbol es un imaginario colectivo que da reconocimiento e identidad debido a que los futbolistas se les “homogeneiza por héroes y símbolos nacionales tanto en un sentido patriótico como en el futbolístico”. Como se presenta en los resultados, los deportistas consideran al fútbol como vehículo de reconocimiento e identidad, que en coherencia con Meneses, (2008), “la identidad es un complejo mundo subjetivo que posiciona al individuo en algún imaginario dentro de una sociedad”, y a la vez permite afianzar su identidad masculina

o conformar nuevas identidades Martín & Garcia, (2011). Desde esta misma categoría se apreció como el fútbol es un vehículo para socializar y canalizador de amistades, esto es reafirmado por Guerrero, Pérez, & Díaz, (2007), quienes ven que el fútbol es un campo socio-cultural en el que es posible encontrar identidades y donde se actualiza el sentido de pertenencia a una cultura deportiva, sin límites, ni fronteras, convirtiéndolo en una posibilidad de conocerse y conocer al otro, a tal punto de generar lazos fraternos como de hermandad.

Para la categoría, “el fútbol es una condición que media entre la pasión y el dolor”, se evidenció que a pesar de presentar una molestia o dolor, los jugadores mantienen su rutina deportiva, donde el fútbol se torna más en una actividad de juego, de disfrute y como lo comenta Ramírez, (2011), “la mejor prueba de ello es que se puede prescindir del árbitro”, infiriendo que la competencia se pondera más desde el parámetro del disfrute, apuntando al “homo ludens”; es así como el fútbol, levanta pasiones y aflora sentimientos, más aún cuando se encuentra aquella figura mítica del futbolista que antes de ser competidor hace del fútbol un arte estético, que a pesar de lesionarse lo da todo por no solo generar el gol, más bien es el despliegue de jugadas fantásticas para llegar a canalizar el balón en el arco, sin importar si en el desempeño del mismo, se lesione; Gil, (2006), evidenció que en el fútbol sobresale la ley del aguante, al jugar sin importar la lesión, ya que se disputa entre la lucha y la resistencia al dolor, en otro concepto es la forma de probar y “reclamar el atributo de ser macho”, que para los países de América Latina “constituye este mosaico de identificaciones que precipitan en la construcción de una subjetividad masculina” Tajer, (1998).

Es importante mencionar como los deportistas en el momento de la lesión registraron en la escala funcional del dolor una calificación de 8, pero ya para jugar minimizaron la calificación inicial, esto indica que el dolor puede considerarse como algo subjetivo y explicado por Jaramillo & Aguirre, (2012), “el dolor es intensamente privado, es decir, es radicalmente mío”, demostrando que la vivencia y las

experiencias median el tipo y la calificación que en parámetros objetivos podemos dar al dolor, para esta situación entonces, se puede decir que la pasión por el fútbol sobrepasa los límites del dolor, síntoma del cual es consciente el futbolista como de las posibles complicaciones, pero a pesar de ello, el hecho de estar ahí en la cancha y participando de su juego infringen cualquier advertencia.

Por otra parte, la manera de afrontar el dolor depende en alguna medida del tipo o categoría de juego que tengan, pues si es de entreno, suelen cuidarse y restringirse, situación contraria se presenta cuando se encuentran en algún campeonato, donde el dolor es condicionado y sin importar salen a la cancha a dar su máximo, lo importante es no fallarle al equipo (Larrauri, 2009).

Con lo anterior, se evidencia que el futbolista es consciente de las lesiones que acarrea su deporte, especialmente porque afecta su función física y rendimiento, lo que desemboca en limitación de su práctica deportiva, pero también asocian su lesión con otros sentimientos y de acuerdo a Covassin, Beidler, Ostrowski, & Wallace, (2015), las lesiones pueden ser fuente imponente de estrés, donde se sienten aislados y alejados de su equipo y su deporte, en ello radica la importancia que el equipo rehabilitador vincule al protocolo de manejo un modelo integrador ante la respuesta psicológica, que interrelacione los procesos cognitivos, afecto y comportamiento, con el fin de dar buen término al proceso de curación y así el deportista vuelva al terreno de juego.

La vinculación de los deportistas lesionados al proceso de rehabilitación es clave, ya que el logro de los objetivos y las perspectivas de la recuperación pueden generar respuestas emocionales positivas que están influenciadas por una gama de factores personales como “la identidad deportiva, experiencia de lesiones previas, gravedad y tipo de la lesión” (Podlog et al., 2014), por tanto, el equipo rehabilitador tiene la responsabilidad de sopesar todas las características propias del futbolista para devolver al jugador a su deporte.

En el estudio se observó que los deportistas tienen confianza en su equipo tratante para regresarlo a la cancha, hecho que indica (Podlog et al., 2014), como punto importante en la mejoría de la capacidad de recuperación del atleta lesionado, puesto que ese apoyo social, da garantías, mantiene las perspectivas y se centra en futuras oportunidades como la adherencia al programa de rehabilitación, de ahí la importancia, que tanto entrenadores como personal clínico de apoyo, continúen su asesoría en el campo de juego, vinculando al deportista, al proceso de periodización del entrenamiento y no se restrinja su actuar solamente en el consultorio (Hoover, Van-Wye, & Judge, 2015).

## CONCLUSIONES

El fútbol es el medio de socialización, reconocimiento, identidad, donde media la diversión con la pasión de ser parte de algo.

El dolor es un proceso subjetivo que está relacionado con las experiencias previas del individuo, y medidor de la gravedad de la lesión.

Las lesiones deportivas más frecuentes se presentan en miembros inferiores y pueden asociarse para esta población a la edad, actividad laboral y aspectos como el sobrepeso y la obesidad.

Es indudable que la población manifiesta un grado de sobrepeso y obesidad y sumado a un riesgo de enfermedades metabólicas identificado por su perímetro de cintura, presume la necesidad de combinar su entrenamiento con mejores hábitos alimenticios.

En el proceso de rehabilitación se debe incluir aspectos no solo de índole física y técnica sino también combinar la interacción entre la emoción y el sentir de quien se atiende.

La rehabilitación no sólo se debe suscribir al consultorio, es de vital importancia el apoyo en el campo de juego para los procesos de prevención y promoción de la salud.

## AGRADECIMIENTOS

A los deportistas por permitirnos interactuar y confiarnos sus sentires frente al juego y su rehabilitación, al grupo de estudiantes que nos acompañaron en el campo como en las jornadas de trabajo y a los docentes del Departamento de Educación Física de la Universidad del Cauca, y compañeros de la Fundación Universitaria Católica Lvmen Gentium, por sus valiosos aportes al proceso.

## REFERENCIAS

- Abenza, L., Olmedilla, A., & Ortega, E. (2010). Efectos de las lesiones sobre las variables psicológicas en futbolistas juveniles. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 42(2), 265–277.
- Alayón, A., Alvear, C., Matson, E., Osorio, V. & Rivera, K. (2007). Obesidad, hiperinsulinemia y riesgo cardiovascular en docentes del área de la salud. Cartagena de Indias, Colombia, 2007. *Revista Ciencia Actual*, 8–14.
- Bencomo, M., Dugartez, N., Berríos, A., & Blanco, M. (2011). Factores de riesgo de obesidad y sobrepeso en el personal docente universitario. Barquisimeto. *Salud, Arte Y Cuidado*, 4(2), 20–31.
- Covassin, T., Beidler, E., Ostrowski, J., & Wallace, J. (2015). Psychosocial Aspects of Rehabilitation in Sports Psychosocial skills Rehabilitation Injury Psychological recovery. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*, 34, 199–212.
- Figueroa, A., Cerón, N., & Plaza, A. Y. (2009). Prevalencia de Factores de riesgo cardiovascular y presencia de factores protectores en la población docente de escuelas públicas de Neiva, 2007. *Revista Entornos*, 22, 105–112.
- Gil, J. (2006). “Te sigo a todas partes”. Pasión y aguante en una hinchada de fútbol de un club del interior. *Intersecciones en Antropología*, 7, 333–348.
- González-Jiménez, E., Montero-Alonso, M., & Schmidt-Riovalle, J. (2013). Estudio de la utilidad del índice de cintura-cadera como predictor del riesgo de hipertensión arterial en niños y adolescentes. *Nutrición Hospitalaria*, 28(6), 1993–1998.
- Guerrero, B., Pérez, J., & Díaz, J. (2007). Indios tras la pelota: fútbol e identidad aymara en alto hospicio. *Revista de Ciencias Sociales*, 18, 103–123.
- Hoover, D. L., VanWye, W., & Judge, L. (2015). Periodization and Physical Therapy: Bridging the Gap Between Training and Rehabilitation. *Physical Therapy in Sports*. 18, 1-20.
- Jaramillo, L., & Aguirre, J. C. (2012). Una mirada al mundo ético de la vida a partir de la Experiencia del Dolor Clínico. *Revista UDCA Actualidad y Divulgacion Científica*, 15, 9–17.
- Larrauri, G. El fútbol reflexionando y (con)jugando desde el psicoanálisis. *Razón y Palabra* [en línea], 2009, 14(69). Disponible desde: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=199520330013>.
- Lazarus, M. L. (2013). Imaging of Football Injuries to the Upper Extremity. *Radiol Clin N Am*, 51, 313–330.
- López, J., Monrecal, L., Ochoa, P. Y., & Vega, J. L. (2007). Nivel de actividad física, estado nutricional y obesidad abdominal en docentes de la escuela superior de Educación Física-UAS. *Ciencia, Deporte Y Cultura Física*, 1(3), 12–15.
- Manning, M. R., & Levy, R. S. (2006). Soccer. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*, 17(3), 677–695.
- Martín, A., & Garcia, A. (2011). Contruyendo la masculinidad: fútbol, violencia e identidad. *Revista de Investigaciones Políticas y Sociológicas*, 10, 73–95.
- Meneses, J. A. (2008). El fútbol nos une: socialización, ritual e identidad en torno al fútbol. *Culturales*, 4, 101–140.
- Ministerio de Salud y Protección social. Resolución 8430 (1993).
- Murcia, N., & Jaramillo, L. G. (2000). *Investigación cualitativa. “La complementariedad Etnográfica”*. Una Guía para abordar estudios sociales. (Kinesis, Ed.) (Kinesis). Armenia, Quindío: Kinesis.

- Olmedilla, A., Andreu, M. D., Lucía, A., Ortín, F., & Blas, A. (2006). Lesiones y Factores Deportivos en Futbolistas Jóvenes. *Cultura, Ciencia y Deporte*, 2, 59–66.
- Olmedilla, A., Andreu, M. D., Ortín, F. J., & Blas, A. (2008). Epidemiología lesional en futbolistas jóvenes. (Epidemiological Injury in Young Football Players). *Cultura\_Ciencia\_Deporte*, 3(9), 177–183.
- Olmedilla, A., Garcia, C., & Martínez, F. (2006). Factores Psicológicas y vulnerabilidad a las lesiones deportivas: un estudio en Fútbolistas. *Revista de Psicología del Deporte*, 15, 37–52.
- Osorio, J. A., Clavijo, M. P., Arango, E., Patiño, S., & Gallego, I. C. (2007). Lesiones Deportivas. *Revista IATREIA*, 20, 167–177.
- Pérez, B. M., Landaeta-Jiménez, M., Arroyo Barahona, E., & Marrodán, M. D. (2012). Patrón de actividad física, composición corporal y distribución de la adiposidad en adolescentes venezolanos. *Revista Anales Venezuela Nutrición*, 25(1), 5–15.
- Podlog, L., Heil, J., & Schulte, S. (2014). Psychosocial Factors in Sports Injury Rehabilitation and Return to Play. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*, 25(4), 915–930.
- Ramírez, J. R. (2011). Lineamientos para un análisis de las identidades sociodeportivas en el fútbol. *Sociología*, 26, 153–181.
- Santos, S. G. dos, Detanico, D., Graup, S., & Cunha, D. (2007). Relación entre alteraciones posturales, prevalencia de lesiones y magnitudes de impacto en los miembros inferiores en atletas de balonmano. *Fitness & Performance Journal*, 6(6), 388–393.
- Sousa, F., Pereira, L. V., Cardoso, R., & Hortense, P. (2010). Escala Multidimensional de Evaluación del Dolor ( EMEDOR ). *Latino-Am. Enfermagem*, 18, 03–10.
- Tajer, D. (1998). El Fútbol como organizador de la Masculinidad. *Revista de Estudios de Género . La Ventana*, 8, 248–268.
- Valderrabano, V., Barg, A., Paul, J., Pagenstert, G., & Wiewiorski, M. (2014). Foot and Ankle Injuries in Professional Soccer Players. *Sport-Orthopädie - Sport-Traumatologie - Sports Orthopaedics and Traumatology*, 30(2), 98–105.
- Villar, J. (2006). Como investigar en algo tan subjetivo como el dolor. *Revista de La Sociedad Española Del Dolor*, 13(4), 250–253.