



INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN UN CASO DE EVITACIÓN INTEROCEPTIVA EN EL DEPORTE

FERNANDO GIMENO¹ y MILAGROS EZQUERRO²

¹Universidad de Zaragoza, Facultad de Ciencias de la Salud y del Deporte

²Universidad de La Coruña, Dpto. Educación Física y Deportes

Resumen: En este trabajo se presenta un estudio de caso de una atleta con un trastorno de evitación interoceptiva. Dicho trastorno se caracterizaba por una respuesta de miedo condicionado a estímulos somáticos que se manifestaba durante la prueba de 1500 metros. En el programa de intervención psicológica se utilizaron técnicas de control de la activación, exposición real y otras estrategias de afrontamiento de naturaleza cognitiva -adecuación del pensamiento y autoinstrucciones. Aunque en casos como este, la intervención del psicólogo deportivo se hace necesaria, hasta el momento, los trastornos psicológicos de los deportistas han tenido escasa presencia en la literatura científica. Por este motivo, este trabajo puede tener un doble interés: describir el procedimiento de intervención utilizado; y observar las posibilidades de generalización a otros casos análogos, en los que las propias características de las actividades de entrenamiento o de competición actúan como desencadenantes del problema, bien por condicionamiento a estímulos externos, bien por condicionamiento a estímulos internos.

Palabras clave: Fobia al estrés físico, evitación interoceptiva, técnica de exposición en vivo, técnica de autoinstrucciones, técnicas de control de la activación, estudio de casos.

Psychological intervention in a case of interoceptive avoidance in a sport setting

Abstract: The present study presents a case of psychological intervention on an athlete with an interoceptive avoidance disorder. This disorder manifested itself through a fear response conditioned to somatic stimuli, occurring during the 1,500 metres run. Techniques of arousal control, exposure and other cognitive approach strategies such as thought adaptation and self-instructions were all used in the psychological intervention. Although in cases like this psychological intervention is necessary, little scientific literature is to be found on psychological disorders of sportspeople. As a result, the present study offers a twofold angle of approach: to describe the intervention procedure used and to consider the possibility of generalising the same to similar cases, in which the properties of the training or the competition act as triggers of the problem on account of conditioning to either external or internal stimuli.

Keywords: Physical stress phobia, interoceptive avoidance, in vivo graduated exposure technique, auto-instructional technique, arousal control techniques, case study.

INTRODUCCIÓN

La evaluación, análisis y tratamiento de los trastornos psicológicos de los deportistas apenas ha recibido atención en la Psicología del Deporte, (p.ej., Brewer y Petrie, 2002; Ezquerro, 2002 y 2006; Marchant y Gibss, 2004; Petrie, 2000 y Silva, 1994), siendo minoritarias las publicaciones sobre estas cuestiones. La creencia generali-

zada sobre los beneficios que comporta la práctica deportiva y el rechazo de un sector importante de la Psicología del Deporte a incluir contenidos vinculados al ámbito clínico podrían explicar esta situación. A pesar de ello, tanto el ámbito del ejercicio físico como el deportivo, no están exentos de riesgos psicológicos. En ambos contextos se observan trastornos de diferente gravedad y naturaleza y, en los últimos años, se han publicado algunos trabajos interesantes, como el capítulo de Brewer y Petrie (2002), sobre psicopatología de los deportistas; los de Ezquerro (2002 y 2006), sobre psicología clínica del deporte, o el estudio de caso de Gimeno (2003).

Recibido 12 marzo 2006; aceptado 19 julio 2006.

Correspondencia: Fernando Gimeno, Universidad de Zaragoza, Departamento de Psicología y Sociología, c/ Dr. Cerrada 1-3, 50005 Zaragoza (España). Correo-e: fgimeno@cop.es.

Entre los problemas clínicos que se observan en el ámbito deportivo (e.g., trastornos de la conducta alimentaria, del sueño, o del estados de ánimo), se encuentran las conductas de evitación, vinculadas con ansiedad o miedo condicionado a estímulos externos o internos (cognitivos o somáticos), característicos de la actividad deportiva. Con frecuencia, estas conductas no son objeto de atención clínica en otros contextos, ya que la evitación elimina el malestar, por lo que quienes las padecen no suelen buscar solución al problema. Sin embargo, en el ámbito deportivo, suelen conllevar un considerable deterioro del rendimiento, llegando, incluso, a inducir el abandono de la actividad.

Bajo la denominación de «fobias a la actuación deportiva», se agrupan un conjunto de trastornos que, en su mayor parte podrían explicarse desde la concepción de Epstein (1972), y de Barlow (1988), como manifestaciones de miedo condicionado, en las que el componente de *drive* motivaría la conducta de evitación o escape ante la percepción de la amenaza de cometer un error. Así por ejemplo, la evitación de la conducta de subir a la red en un tenista; el miedo a fallar un tiro a puerta pasando a otro compañero peor situado o alejándose de la proximidad el área; aguantar la posesión del balón, sin tirar a canasta, excediéndose en el tiempo disponible, etc., ilustran algunos de los casos frecuentes en los que el miedo a fallar induce la conducta de escape/evitación.

Casos similares, suelen ser etiquetados como «miedo al éxito» o *nike phobia* (Silva, 1994), explicándolos como el resultado del temor a perder algo que, actualmente, posee el deportista y que es más importante para él que ganar una competición. Sin embargo, como el propio autor defiende, entre la fobia deportiva y el supuesto miedo al éxito existen diferencias relevantes. Así, por ejemplo: la aparición brusca o aguda de un problema, inexistente hasta el momento; el que afecte específica y significativamente a un solo componente de la actuación deportiva; la presencia de conductas de escape/evitación; o la necesidad de «compensar» el bloqueo motriz, mejorando el rendimiento en otras conductas, serían algunas de las características de la «fobia a la actuación deportiva», que no estarían presentes en el miedo al éxito.

Otras manifestaciones de carácter fóbico, frecuentes en el ámbito deportivo están relacionadas con un miedo natural, como el temor a una caída

en escalada deportiva; los ejercicios en la barra de equilibrios; volcar la piragua en medio del mar, etc. Generalmente, los individuos que han afrontado satisfactoriamente situaciones de esta naturaleza, tras un episodio en que han sufrido un percance doloroso o amenazador, pueden presentar un miedo condicionado de elevada intensidad, induciéndole a evitar o escapar de esa situación. En algunos casos, paradójicamente, el deportista queda paralizado por el miedo, lo que le impide precisamente poder escapar del peligro, como el caso de un piragüista con fobia a las olas, que bloqueaba su conducta, dejando de palear en esa circunstancia, lo que aumentaba el riesgo de volcar y caer al agua.

Un último tipo de fobia, es el que tiene como desencadenante un estímulo interno (propioceptivo o interoceptivo), que el deportista percibe como precursor de una experiencia física desagradable que se presentará inmediatamente después (por ejemplo, agotamiento físico, déficit de oxígeno, etc.), induciendo conductas de evitación.

Estas manifestaciones podrían asociarse al concepto de «miedo interoceptivo», descrito inicialmente por Goldstein y Chambless, (1978) en su teoría del miedo al miedo, según el cual las sensaciones somáticas pueden convertirse en estímulos condicionados y asociarse a respuestas de elevada ansiedad y activación, tal como ocurren en un ataque de pánico. Desde este punto de vista, la agorafobia se explicaba como un trastorno desencadenado por el miedo a los síntomas somáticos (estímulos interoceptivos) y no tanto como miedo asociado a las propias situaciones agorafóbicas (estímulos exteroceptivos). Más recientemente, Sandín (2005) ha desarrollado en este sentido el concepto de «evitación interoceptiva», para referirse a las acciones de evitación vinculadas a dicho tipo de temor (para una exposición amplia de este concepto véase Sandín, 2005). Este autor ha desarrollado recientemente un instrumento de autoinforme, el Cuestionario de Pánico y Agorafobia, a través del cual puede evaluarse específicamente la evitación interoceptiva (Sandín, Chorot, Valiente, Sánchez-Arribas, y Santed, 2004a)

Como describe Sandín (2005), la evitación interoceptiva hace referencia a una evitación a estímulos internos que pueden producirse en diversas situaciones y actividades cuya característica común es su capacidad para producir sensaciones somáticas, muchas veces similares a las que concurren en un trastorno de pánico. Así, actividades

como correr, hacer aeróbic, tomar bebidas excitantes o practicar el sexo, comparten un incremento de la activación fisiológica, induciendo síntomas tales como la hiperventilación, o los de un ataque de pánico. En definitiva, la evitación del miedo interoceptivo se produce ante el temor a los síntomas somáticos, generalmente similares a los relacionados con la ansiedad (p.ej., incremento de la frecuencia cardíaca, mareos, etc.) que se producen de forma natural al realizar determinadas actividades. Por tanto, el individuo, no evita estímulos condicionados, sino conductas asociadas de forma natural a las sensaciones corporales.

Aunque la evitación interoceptiva ha sido considerada como una «forma sutil» de evitación agorafóbica (p.ej. Sandín, 2005; Taylor, 2000), ambas presentan diferencias relevantes. En este sentido Sandín (2005), señala que, mientras la primera se asocia a situaciones, sustancias o actividades que inducen de forma natural los síntomas corporales, la segunda se vincula con objetos o situaciones preparados filogenéticamente. Además, como mostraron Boston, Mineka y Barlow (2001), el condicionamiento interoceptivo es fácil de establecer y muy resistente a la extinción, asimismo, pequeños cambios en las sensaciones corporales pueden «señalar» magnitudes más elevadas, actuando como señales anticipadoras del malestar subsiguiente. Por otra parte, aunque la evitación interoceptiva, parece ir asociada con una elevada sensibilidad a la ansiedad (véase Sandín, Chorot, Valiente, Santed y Lostao, 2004b), no conlleva un alto grado de cogniciones catastrofistas, necesariamente. Finalmente, aunque tanto en la evitación exteroceptiva, como en la interoceptiva se de un incremento de activación fisiológica y de sensaciones somáticas, la inducción de los síntomas, en el primer caso, parece depender de un mecanismo filogenético (*preparedness*) de significado estrictamente psicológico, mientras que en el segundo caso, el mecanismo sería fundamentalmente fisiológico. En suma, estas características de la evitación del miedo interoceptivo, sugieren importantes implicaciones, tanto para la comprensión de los trastornos de ansiedad, ya que podría representar una característica distintiva del pánico, como para el tratamiento de estos trastornos.

Un principio básico de la teoría cognitiva del pánico (Clark, 1996) señala que, en la evitación agorafóbica (exteroceptiva), el pánico es causado por la interpretación errónea de sensaciones corporales ambiguas y benignas, por lo que modifi-

car estas atribuciones constituye un punto nuclear de la intervención. Sin embargo, el individuo con evitación interoceptiva, sabe que la actividad que evita es la que produce los síntomas somáticos y por tanto, no suele realizar atribuciones erróneas, a pesar de lo cual no se extingue el miedo a los síntomas (Sandín, 2005).

De este análisis se desprende que, en el ámbito deportivo y de la práctica del ejercicio físico, así como en otras muchas actividades, pueden presentarse trastornos de esta naturaleza. Un ejemplo ha sido descrito por Gimeno y Sarasa (2003), en un trabajo en el que se detallan todos los aspectos de la evaluación e intervención.

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

En base a la argumentación precedente relacionada con las posibles consecuencias negativas de la práctica de actividad física y deporte, parece razonable afirmar que la atención y servicio al deportista requiere la realización de una evaluación inicial, rigurosa, precisa y continuada en el tiempo, que considere todas aquellas variables de naturaleza tanto física como psicológica involucradas en la consecución de los objetivos que pretende (objetivos deportivos, de salud, profesionales, etc.) (Chambless y Ollendick, 2001; Gimeno y Buceta, 1994).

En este estudio se presenta la intervención psicológica realizada en un caso de evitación interoceptiva a la competición de atletismo en pista, utilizando técnicas de control de la activación, exposición real y otras estrategias de afrontamiento de naturaleza cognitiva (adecuación del pensamiento y autoinstrucciones). La exposición en vivo es una técnica de contrastada eficacia en el tratamiento de respuestas de evitación (Kazdin,

1992; Crespo y Cruzado, 2000). Esta eficacia se incrementa si: el proceso de exposición se realiza principalmente sobre los estímulos fóbicos que tienen una mayor carga afectiva o están asociados a una respuesta de evitación más intensa (Levis y Rourke, 1991); y si el proceso de contracondicionamiento que se persigue a través de la exposición en vivo es reforzado con la adquisición de un repertorio conductual alternativo a las conductas de evitación de carácter ansiógeno. Ambos requisitos son contemplados en la aplicación de esta técnica en siguiente estudio de caso.

MÉTODO

Participante

P.E. es una mujer de 29 años, casada, licenciada en Matemáticas, ocupada en la realización de tareas de administración en un negocio familiar y en la preparación de la oposición para policía local en la ciudad en la que vive. Acude al psicólogo remitida por el entrenador que se encarga de su preparación para la superación de las pruebas físicas que se exigen en la citada oposición. En concreto, tanto P.E. como su entrenador manifiestan su impotencia y su preocupación por la dificultad que encuentran en la preparación de la prueba de 1.500 metros. Para la superación de esta prueba se exige un tiempo de 6,3" a realizar en una pista de atletismo de material sintético con un perímetro interior en la primera calle de 300 metros. Este tiempo es para el entrenador de P.E. una marca «perfectamente asequible» para la atleta teniendo en cuenta su condición física y el nivel de entrenamiento que realiza. Sin embargo, desde hace 9 meses P.E. no ha sido capaz de finalizar ninguno de los controles de esta prueba realizados con su entrenador en la misma pista en la que se le examinará el día de la oposición, retirándose de la pista, al principio cuando ya había realizado 1200 metros, posteriormente al realizar 600 metros hasta que, en la actualidad, no es capaz de completar una vuelta de 300 metros.

Evaluación conductual

La evaluación se llevó a cabo por medio de una entrevista y observación directa de la conducta en

una sesión de entrenamiento en la pista de atletismo. En el marco de la entrevista, P.E. describe la intensa ansiedad que experimenta durante los días previos a la realización del test de 1.500 metros. En concreto señala:

- (1) Respuestas cognitivas: miedo a no ser capaz de aguantar y soportar el esfuerzo y ritmo necesarios para conseguir la marca exigida; pensamientos anticipatorios en esta dirección («seguro que no podré terminar», «no podré aguantar el cansancio»,...).
- (2) Respuestas fisiológicas: incremento de la activación simpática (dolor de estómago, vómitos, tensión muscular tanto durante el día como por la noche, frecuente necesidad imperiosa de ir al baño).
- (3) Respuestas motrices: hiperactividad (realización de tareas variadas que no son imprescindibles en el momento, como limpieza de la cocina; ingesta de alimentos energéticos —chocolate y pastas—), agitación gestual y paralingüística en la comunicación interpersonal.

La semana siguiente a la realización de la entrevista de evaluación, se le acompaña a P.E. a la pista de atletismo para realizar un test de 1500 m. programado por su entrenador. En esta ocasión, el entrenador no estuvo presente y fue únicamente la atleta, en presencia del psicólogo, la que realizó el proceso de calentamiento que habitualmente utilizaba y la que, posteriormente, se dispuso a realizar la prueba. Como ocurriera en el último test tres semanas antes, al completar la primera vuelta de 300 metros, P.E. se detuvo manifestando su agobio por el esfuerzo que estaba realizando, su incapacidad para continuar con el mismo, repitiendo constantemente «no puedo hacerlo», «no puedo hacerlo», sin parar de llorar y necesitando ir al vestuario para vomitar.

Como se ha señalado anteriormente, el problema ha ido incrementándose con el tiempo, ya que, en primer lugar, cada vez es menor la distancia que P.E. puede recorrer a ritmo de competición cuando se dispone a realizar un test de 1500 m. en pista y, en segundo lugar, la respuesta de ansiedad previa a la exposición a esta situación, también se incrementa de forma progresiva. Con la excepción de este problema, no se observa ningún otro trastorno de conducta.

P.E. espera del trabajo con el psicólogo ser capaz de correr la distancia de 1500 metros en

Tabla 1. Objetivos de la intervención y técnicas utilizadas

<i>Objetivos</i>	<i>Técnicas utilizadas</i>
Control de la ansiedad durante los 45 minutos previos a la realización de la prueba de 1500 metros. De forma más específica se pretende que P.E. se habitúe a utilizar un «itinerario atencional» que interfiera eficazmente con los pensamientos automáticos característicos de la anticipación de miedo.	Adquisición de una rutina conductual durante la fase de calentamiento basada en una secuencia de ejercicios sobre los que P.E. entrene la habilidad de enfocar su atención a estímulos adecuados. Los componentes elegidos para este nuevo «itinerario atencional» fueron: sensación de aumento de la temperatura corporal en la fase de acondicionamiento cardiovascular del calentamiento; sensaciones de soltura y elongación muscular al realizar diferentes ejercicios de estiramiento y de autorregulación muscular; sensaciones de desplazamiento al realizar diferentes ejercicios de técnica de carrera y multisaltos).
Control de la ansiedad durante la realización de la prueba de 1500 metros. De forma más específica se persigue que P.E. sea capaz de desviar su atención de las sensaciones físicas de dolor y cansancio propias de un alto esfuerzo físico.	Adquisición de una rutina conductual durante la fase de carrera en pista, a ritmo de competición, basada en: la focalización de la atención sobre estímulos externos; y en maniobras de adecuación de la activación fisiológica (aumento de la amplitud de la respiración y movimientos de adecuación postural) (Morgan, Horstman, Cymerman y Stokes, 1983; Gimeno, 1997).
Control de las respuestas cognitivas. Se pretende que P.E. adquiera un repertorio de respuestas cognitivas que le permitan contrarrestar y sustituir las elaboraciones mentales disfuncionales que aparecen durante la crisis de ansiedad.	Como estrategias complementarias a las anteriores, entrenamiento para la adquisición y utilización de autoinstrucciones tanto de carácter motivacional («adelante», «bien», «vamos») como facilitadoras de conductas de control claves («respira», «mira», «codos atrás»). Junto con el entrenamiento en autoinstrucciones, se entrenará a P.E. en la utilización de un enfoque mental funcional para el afrontamiento de las posibles amenazas y la falta de control percibidas antes o durante la prueba («sólo me quedan dos vueltas», «puedo terminar», «puedo acostumbrarme y resistir el esfuerzo»).
Reducción progresiva de la incidencia de los estímulos presentes en la situación fóbica.	Exposición gradual y utilización de las estrategias de afrontamiento descritas anteriormente (Echeburúa y De Corral, 1993).

Tabla 2. Descripción de la intervención por sesiones

<i>Sesión y lugar</i>	<i>Trabajo realizado y resultados del entrenamiento en exposición</i>	<i>Tareas inter-sesiones</i>
1 despacho	Entrevista de evaluación (descrita en la evaluación del caso).	
2 pista	Entrenamiento en pista: realización de la prueba de 1500 metros, con el objetivo de completar la evaluación (descrito en la evaluación del caso).	
3 pista	Entrenamiento para la adquisición de la rutina de calentamiento. Entrenamiento para la utilización de referencias externas situadas en la prolongación de ambas rectas de la pista. Exposición: Carrera continua en la pista indicando a P.E. que realice 15 vueltas, con apoyo instruccional del psicólogo para la focalización de la atención en las referencias externas elegidas. P.E. sólo es capaz de completar 9 vueltas.	P.E. practica por su cuenta la rutina de calentamiento en el contexto de un entrenamiento realizado en el parque. En otro entrenamiento distinto, P.E. ensaya la utilización de referencias externas durante una sesión de carrera continua en el parque.

Tabla 2. Descripción de la intervención por sesiones (continuación)

Sesión y lugar	Trabajo realizado y resultados del entrenamiento en exposición	Tareas inter-sesiones
4 pista	<p>Práctica de la rutina de calentamiento.</p> <p>Entrenamiento en autoinstrucciones: incorporación de «palabras clave» en la rutina de calentamiento.</p> <p>Exposición: Carrera continua en la pista indicando a P.E. que realice 15 vueltas, con apoyo instruccional del psicólogo para la focalización de la atención en las referencias externas elegidas y la utilización de maniobras de adecuación postural. P.E. es capaz de completar 11 vueltas.</p> <p>Reestructuración cognitiva: valoración de las sensaciones aparecidas y pensamientos utilizados durante las vueltas 10ª y 11ª.</p>	<p>P.E. practica por su cuenta la rutina de calentamiento en el contexto de un entrenamiento realizado en el parque utilizando las «palabras clave» seleccionadas en esta sesión.</p> <p>En otro entrenamiento distinto, P.E. ensaya la utilización de referencias externas durante una sesión de carrera continua en el parque.</p>
Semana sin sesión de trabajo debido a compromisos familiares.		
5 pista	<p>Práctica de la rutina de calentamiento con utilización de las «palabras clave» seleccionadas en la 4ª sesión.</p> <p>Exposición: Carrera continua en la pista indicando a P.E. que realice 15 vueltas, con apoyo instruccional del psicólogo para la focalización de la atención en las referencias externas elegidas y para la utilización de las ideas funcionales utilizadas durante las vueltas 10ª y 11ª de la 4ª sesión. P.E. es capaz de completarlas 15 vueltas.</p> <p>Reestructuración cognitiva: valoración positiva de las sensaciones aparecidas y pensamientos utilizados durante las vueltas 13ª a 15ª.</p>	<p>P.E. practica por su cuenta la rutina de calentamiento en el contexto de un entrenamiento realizado en el parque utilizando las «palabras clave».</p> <p>En otro entrenamiento distinto, P.E. ensaya la utilización de referencias externas durante una sesión de carrera continua en el parque.</p> <p>Ejercicio de «redacción»: P.E. describe por escrito os pensamientos positivos utilizados durante las vueltas 13ª a 15ª.</p>
Semana sin sesión de trabajo debido a vacaciones.		
6 pista	<p>Práctica de la rutina de calentamiento con utilización de las «palabras clave».</p> <p>Exposición: Carrera continua en la pista indicando a P.E. que realice 7 vueltas, con apoyo instruccional del psicólogo para la focalización de la atención en las referencias externas elegidas y para la utilización de las ideas funcionales de manejo del esfuerzo físico durante las 3 últimas vueltas. El tiempo utilizado fue de 7'35" (P.E. desconocía que se le estaba tomando el tiempo) lo que para P.E. supone la confianza de poder hacer el tiempo que le piden en la prueba de 1500 metros (6'30").</p>	<p>P.E. practica por su cuenta la rutina de calentamiento en el contexto de un entrenamiento realizado en el parque utilizando las «palabras clave».</p> <p>En otro entrenamiento distinto, P.E. ensaya la utilización de referencias externas durante una sesión de carrera continua en el parque.</p> <p>Ejercicio de «redacción»: P.E. describe por escrito de los pensamientos positivos utilizados durante las 3 últimas vueltas.</p>
7 pista	<p>Práctica de la rutina de calentamiento con utilización de las «palabras clave».</p> <p>Exposición: Carrera continua en la pista pidiéndole a P.E. que realice 5 vueltas (1500 metros), sin apoyo instruccional del psicólogo, sabiendo que se le estaba tomando tiempo y con la participación de 3 atletas desconocidas para ella y con mejor tiempo en esta prueba). El tiempo utilizado fue de 6'14".</p>	Ejercicio de «redacción»: P.E. describe por escrito «lo que hice y me ayudó» al hacer la prueba.
8 despacho	<p>Entrevista de evaluación del trabajo realizado.</p> <p>Tres meses más tarde, P.E. se presentó a las oposiciones de policía local consiguiendo un tiempo de 6'16" en la prueba de 1500.</p>	

pista sintética de atletismo con el mismo ritmo fuerte que ya es capaz de utilizar corriendo esta distancia y superiores en un parque por camino de tierra. Su motivación es alta ya que, además de la importancia que para ella tiene el poder trabajar como policía local, la superación de este problema constituye para ella un reto personal de la mayor importancia. Esta atleta cuenta con todo el apoyo de su entorno cercano (cónyuge, familia, entrenador).

Programa de intervención

Los objetivos de la intervención y las técnicas utilizadas para su consecución aparecen descritos en la Tabla 1. La descripción de la intervención realizada aparece descrita en la Tabla 2. A excepción de las dos ocasiones que se comentan, las sesiones tuvieron una periodicidad semanal.

CONCLUSIÓN

Una vez finalizadas las 8 sesiones del programa de intervención se observa la ausencia de la respuesta condicionada de ahogo/impotencia motriz en presencia de carrera en pista con ritmo de competición; paralelamente, se observa el desarrollo de un repertorio conductual de afrontamiento en esta misma situación. Estos resultados se mantienen 3 meses más tarde al realizar P.E. la prueba de 1500 m. en pista en el contexto de la oposición para acceder a una plaza de policía local.

Especialmente significativo para las conclusiones de este caso consideramos que es el comentario de P.E. en la última entrevista de evaluación de la intervención: «el que haya sido capaz de enfrentarme con éxito a esta prueba de 1500 metros ha hecho que me sienta mejor valorada y más satisfecha de mí misma y con confianza para no dejar de solucionar otros problemas que puedan bloquearme en la vida».

El trabajo del psicólogo deportivo, en el campo aplicado, está centrado en ayudar a los atletas a lograr sus objetivos de rendimiento. Sin embargo con relativa frecuencia pueden encontrarse con ciertos problemas —clínicos o subclínicos— que obstaculizan el logro de sus metas, tal y como se ha visto en el caso presentado. La alternativa de

remitir al deportista a un psicólogo clínico puede ser adecuada cuando el psicólogo deportivo no está cualificado para intervenir en estos casos, o cuando otras circunstancias específicas, así lo aconsejan (p.ej., Marchant y Gibbs, 2004; Silva, 1994). Por tanto, parece interesante que los psicólogos deportivos conozcan estas cuestiones para que puedan decidir su actuación en función de sus cualificaciones profesionales: remitiendo al atleta a un psicólogo clínico, si no poseen conocimientos o experiencia para tratar un problema de esta índole, o asumiendo la intervención si están capacitados para esta tarea.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV-TR.). Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Barlow, D.H. (1988). *Anxiety and its disorders: the nature and treatment of the anxiety and panic*. New York: Guilford Press.
- Brewer, B.W., y Petrie, T.A. (2002). Psychopathology in sport and exercise. En J.L. Van Raalte y B.W. Brewer (Eds.), *Exploring sport and exercise psychology* (2nd ed., pp. 307-332). Washington D.C.: American Psychological Association.
- Chambless, D.L., y Ollendick, J. (2001). Empirically Supported Psychological Interventions: Controversies and Evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716.
- Clark, D.M. (1996). Panic disorder. From theory to therapy. En P.M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 318-344). New York: Guilford.
- Crespo, M., y Cruzado, J.A. (2000). Técnicas de Modificación de Conducta en el Ámbito de la Salud. En J.M. Buceta, A.M. Bueno y B. Mas (Eds.), *Intervención psicológica en trastornos de la salud*. Madrid: Dykinson.
- Echeburúa, E., y De Corral, P. (1993). Técnicas de exposición: Variables y aplicaciones. En F.J. Labrador, J.A. Cruzado y M. Muñoz (Eds.), *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Madrid: Pirámide.
- Epstein, S. (1972). The nature of anxiety with emphasis upon its relationship to expectancy. En C.D. Spielberger (Ed.), *Current trends in theory and Research* (Vol. 2, pp. 291-337). New York: Academic Press.
- Ezquerro, M. (2002). Psicología clínica del deporte. En J. Dosal (Ed.), *El psicólogo del deporte: Asesoramiento e intervención* (pp. 69-100). Madrid: Síntesis.
- Ezquerro, M. (2006). Psicología Clínica del Deporte. En E.J. Garcés, A. Olmedilla y P. Jara (Eds.), *Psicología y Deporte*. Murcia: Diego Marín.
- Gimeno, F. (1997). La Psicología en el Entrenamiento de los Deportes de Resistencia. *Apuntes*, 1, 273-296.
- Gimeno, F., y Buceta, J.M. (1994). Modelo de atención psicológica en un centro de Medicina del Deporte. *Archivos de Medicina del Deporte*, 11, 241-246.
- Gimeno, F., y Sarasa, F.J. (2003). Evaluación y tratamiento interdisciplinar de trastornos fóbicos en el contexto

- de la actividad física y del deporte: Presentación de un caso de fobia al estrés físico. *Apuntes*, 4, 6-12.
- Goldstein, A. J., y Chambless, D.L. (1978). A reanalysis of agoraphobia. *Behaviour Therapy*, 9, 47-59.
- Kazdin, E. (1992). *Historia de la Modificación de Conducta*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Levis, D.J., y Rourke, P.A. (1991). La terapia implosiva (inundación): Una técnica conductual para la extinción de la re-activación de la memoria. En V.E. Caballo (Ed.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid: Siglo XXI.
- Marchant, D., y Gibss, P. (2004). Ethical considerations in treating borderline personality in sport: a case example. *The Sport Psychologist*, 18, 317-323.
- Morgan, W. P. (1997). *Physical activity & mental health*. Washington, DC: Taylor & Francis.
- Morgan, W.P., Horstman, D.H., Cymerman, A., y Stokes, J. (1983). Facilitation of physical performance by means of a cognitive strategy. *Cognitive Therapy and Research*, 7, 251-264.
- Petrie, T.A. (2000). Counselling athletes with eating disorders: a case example. En M.B. Andersen (Ed.), *Doing Sport Psychology. Process and Practice* (pp. 121-138). Champaign Ill.: Human Kinetics.
- Sandín, B. (2005). Evitación interoceptiva: Nuevo constructo en el campo de los trastornos de ansiedad. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 10, 103-114.
- Sandín, B., Chorot, P., Valiente, R.M., Sánchez-Arribas, C., y Santed, M.A. (2004a). Cuestionario de Pánico y Agorafobia (CPA): Características de los ataques de pánico no clínicos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 9, 139-161.
- Sandín, B., Chorot, P., Valiente, R.M., Santed, M.A., y Lostao, L. (2004b). Dimensiones de sensibilidad a la ansiedad: Evidencia confirmatoria de la estructura jerárquica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 9, 19-33.
- Silva, J.M. (1994). Sport Performance Phobias. *International Journal of Sport Psychology*, 25, 1, 100-118.
- Taylor, S. (2000). *Understanding and treating panic disorder: Cognitive-behavioral approaches*. New York: Wiley.