

Adherencia a la rehabilitación: barreras y procesos psicológicos

La adherencia a la rehabilitación describe la participación en comportamientos acordados dentro de un proceso de recuperación. Incluye actividades, asistencia y restricciones específicas; no equivale al resultado clínico, a obedecer sin comprender ni a realizar una cantidad creciente de ejercicio. Su estudio relaciona condiciones personales, sociales y de atención con conductas observables y experiencias de participación.

Autoría: EDUFISICA

Publicación: 2026-10-13

Versión del contenido: 2026-10-13

Módulo: Lesiones y rehabilitación

Nivel propuesto: Intermedio

Lectura estimada: 25 min · 5362 palabras de cuerpo

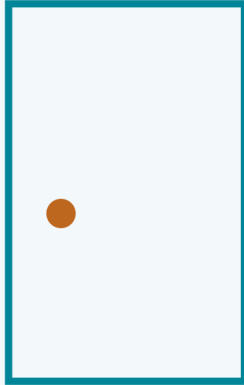
Resumen

Asistir a una consulta, completar una actividad y respetar una restricción describen conductas diferentes. Granquist y Brewer explican cómo se estudia esa participación durante una rehabilitación y por qué el resultado de recuperación no sirve como medida directa de adherencia. Waumsley y Katz sitúan la relación de ayuda, la escucha y los límites profesionales; Ntoumanis y Moller aportan un contraste general sobre motivación y cambio de comportamientos de salud. La monografía examina barreras, instrumentos, sobreparticipación, alianza de trabajo, calidad del apoyo y diferencias entre intención y conducta. Conserva las poblaciones y fechas de los resultados descritos, distingue propuestas de pruebas y utiliza ejemplos hipotéticos con cinco diagramas originales. Las decisiones sobre ejercicios, restricciones y regreso corresponden a la evaluación sanitaria individual, no a una regla de esfuerzo o a una puntuación general.

Palabras clave: Adherencia a la rehabilitación; Psicología de la rehabilitación deportiva; Barreras psicológicas; Motivación autónoma; SIRAS; RAdMAT; Alianza de trabajo

<https://edufisica.com/enciclopedia/psicologia-deportiva/adherencia-a-la-rehabilitacion-barreras-y-procesos-psicologicos.html>

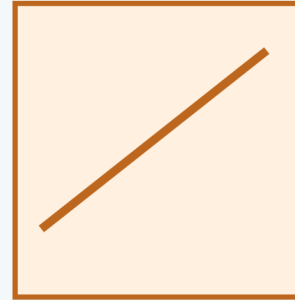
Participar implica conductas diferentes



Asistir
Presencia en encuentros



Realizar
Actividades acordadas



Respetar límites
Acciones no previstas

Tres objetos de observación; no una única cifra de compromiso.

[Inferencia] Composición original de tres objetos de adherencia. Las formas son hipotéticas y no representan un programa real, intensidad ni puntuaciones.

Esquema didáctico original de EDUFISICA. Bases conceptuales: Megan D. Granquist y Britton W. Brewer (2013).

1. Adherencia: participar en un proceso acordado

Granquist y Brewer distinguen adherencia de cumplimiento entendido como disposición a seguir lo indicado. Su capítulo presenta la adherencia como una participación activa y voluntaria, vinculada a una relación de colaboración. La diferencia cambia la pregunta: interesa comprender qué hace una persona, cómo entiende el programa y en qué condiciones puede realizarlo. Una descripción centrada únicamente en obedecer deja fuera razones, dificultades y negociación. Tampoco permite reconocer que la participación puede expresar acuerdo informado, dudas o una necesidad de modificar lo previsto con el profesional responsable.^{[1][3]}

La rehabilitación comparte elementos con la participación en ejercicio, aunque no persigue necesariamente el mismo horizonte. Granquist y Brewer señalan que el ejercicio puede mantenerse durante la vida, mientras una rehabilitación suele orientarse a recuperar funciones y participación después de una lesión. El proceso requiere comportamientos definidos para una situación concreta. Por ello, una persona habitualmente activa no tiene asegurada la participación en todas las tareas

de recuperación; practicar con entusiasmo no informa por sí mismo sobre seguir restricciones, acudir a consultas o comunicar dificultades.^{[1][3]}

Ntoumanis y Moller, desde una revisión general de conductas de salud de 2023, explican que la calidad de la motivación aporta una dimensión adicional. Una conducta puede tener sentido personal aunque resulte poco agradable. La participación autónoma no exige disfrutar cada tarea, ni significa decidir sin conocimientos profesionales. Este contraste permite pensar por qué comprender la finalidad de un comportamiento difiere de realizarlo para evitar desaprobación. El capítulo general aporta conceptos de motivación; no constituye una prueba de que cada estrategia descrita funcione en rehabilitación deportiva.^{[1][3]}

[Inferencia] Una participante hipotética explica que desea recuperar una actividad valiosa, pero no entiende una restricción acordada durante su atención. Preguntar por esa dificultad aportaría información distinta de etiquetarla como poco comprometida. El ejemplo no autoriza a cambiar la restricción: muestra que la adherencia puede estudiarse junto con comprensión y colaboración. El acuerdo debe conservar el conocimiento clínico necesario y permitir que la persona comunique sus circunstancias. Una decisión compartida no convierte todos los deseos en tareas adecuadas ni toda discrepancia en falta de motivación.^{[1][3]}

2. Asistencia, actividades y restricciones no son la misma conducta

El capítulo de Granquist y Brewer diferencia formas de participación que suelen reunirse bajo una sola palabra. Asistir a una sesión informa sobre presencia. Realizar actividades prescritas informa sobre un conjunto de tareas. Respetar restricciones informa sobre comportamientos que no deben añadirse o anticiparse. Estas dimensiones pueden variar de manera independiente. Una persona presente en todas las consultas puede tener dificultades para realizar actividades en casa, mientras otra puede completar esas actividades y perder una cita por condiciones de acceso.^[1]

También cambia el lugar donde se observa la conducta. En una consulta, el profesional puede presenciar una actividad y valorar aspectos de la participación. En el domicilio, esa información suele depender de registros y del relato de la persona. Granquist y Brewer describen procedimientos retrospectivos, diarios y medios electrónicos. Cada procedimiento tiene alcances y limitaciones propios; no basta poner una misma cifra a datos obtenidos mediante presencia, recuerdo o registro. Precisar cómo se obtuvo la información forma parte de su interpretación.^[1]

Las restricciones tienen especial relevancia cuando el deseo de regresar conduce a añadir práctica. El caso didáctico del capítulo plantea el problema de realizar acciones no previstas por el programa, aun cuando la persona ya no perciba dolor. El

libro utiliza ese caso para razonar sobre adherencia, motivación y actuación profesional. No es una muestra clínica representativa ni una demostración de que la ausencia de dolor siempre implique el mismo riesgo. Su aporte es separar la sensación de estar preparado de las condiciones de participación acordadas.^[1]

[Inferencia] Un registro educativo hipotético puede separar tres preguntas: qué encuentros estaban previstos y cuáles ocurrieron, qué actividades se acordaron y qué se realizó, y qué límites se establecieron y cómo se respetaron. Añadiría después la explicación de las dificultades, sin sumar todo en una nota de compromiso. Esta organización no prescribe rehabilitación ni califica a una persona real. Ayuda a ver que dos registros de asistencia idénticos pueden acompañar experiencias diferentes. Para interpretar una conducta se necesita conocer su definición y el contexto en que ocurrió.^[1]

3. Recuperarse no es una medida directa de adherencia

Granquist y Brewer advierten que utilizar la velocidad de recuperación como indicador de adherencia confunde un resultado con la conducta que se pretende medir. La recuperación depende de condiciones diversas, incluidas características de la lesión y factores biológicos, psicológicos y sociales. Una evolución rápida no demuestra que todas las tareas se realizaron como se acordaron. Una evolución lenta tampoco prueba que la persona participó de forma insuficiente. El resultado clínico puede relacionarse con la conducta, pero esa relación necesita ser examinada.^[1]

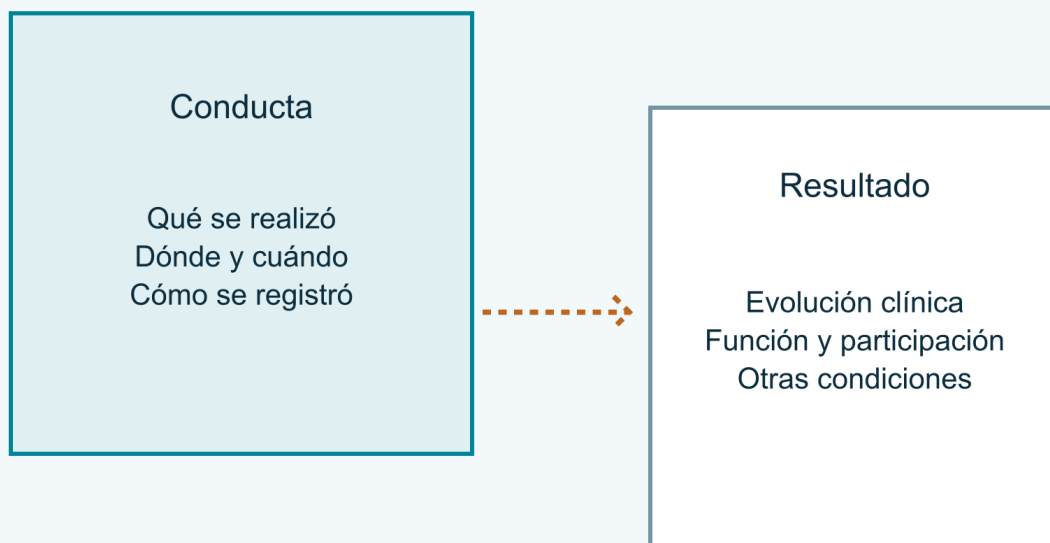
El esquema de rehabilitación reseñado por los autores propone que variables personales y situacionales, mediadas por procesos psicológicos, pueden influir en conductas de adherencia y resultados. La propuesta organiza relaciones posibles. El capítulo reconoce que la evidencia concluyente sobre esa mediación era limitada. Leer el esquema como un mecanismo establecido para cada persona excedería su respaldo. Además, una conducta observable no ofrece por sí sola la valoración o emoción que la precede; esas dimensiones necesitan procedimientos específicos y una interpretación situada.^[1]

El modelo biopsicosocial amplía la atención hacia relaciones entre condiciones biológicas, psicológicas y sociales. Granquist y Brewer mencionan tipo y gravedad de lesión, estado de salud, nutrición y condiciones de participación, entre otros elementos. Su inclusión no implica que todos tengan el mismo peso ni que puedan sumarse en una fórmula general. El valor del marco consiste en evitar explicaciones únicas y plantear qué variables conviene examinar. Para comparar resultados habría que conservar diferencias entre personas, programas, lesiones y tiempos de observación.^[1]

[Inferencia] Dos personas hipotéticas realizan con regularidad sus actividades acordadas y presentan evoluciones distintas. Con esos datos no puede concluirse que

una colaboró mejor. Habría que revisar las condiciones de la lesión, el programa, su medición y otros factores pertinentes. El ejemplo separa descripción conductual de juicio causal. También muestra una dificultad de investigación: si se llama adherencia a recuperarse pronto y luego se afirma que la adherencia produce recuperación rápida, la explicación se vuelve circular. Medir cada elemento por separado permite formular una pregunta comprobable.^[1]

Medir una conducta y evaluar una evolución



La relación es una pregunta de investigación; una medida no sustituye a otra.

[Inferencia] Diagrama conceptual original. La conexión representa una relación por investigar, no una mediación demostrada ni una predicción individual.

Esquema didáctico original de EDUFISICA. Bases conceptuales: Megan D. Granquist y Britton W. Brewer (2013).

4. Más actividad no significa mejor participación

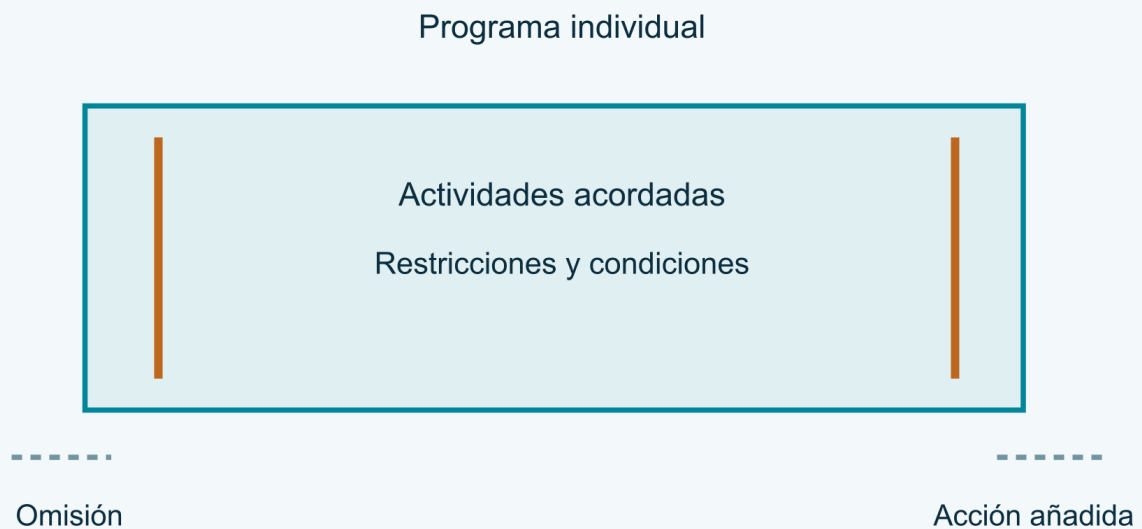
El balance de Granquist y Brewer describe relaciones positivas, nulas y negativas entre adherencia y resultados en distintos estudios. Señala que la dosis óptima de participación no estaba establecida de forma general. Por tanto, no permite convertir una cantidad creciente de actividad en criterio universal de buena recuperación. La participación se entiende respecto de un programa individual: puede incluir realizar una tarea, respetar una pausa o evitar una acción todavía no indicada. Una cifra de repeticiones fuera de ese contexto pierde significado.^[1]

Los autores consideran que una participación insuficiente puede ralentizar procesos y que un exceso de actividad puede producir dificultades o nuevas lesiones. Estas posibilidades dependen del programa y la situación, no describen un efecto idéntico en todas las personas. La tensión conceptual es relevante: tanto hacer menos de lo acordado como añadir acciones no previstas pueden apartarse del plan. Sin embargo, esa observación no ofrece una dosis clínica alternativa ni permite decidir desde un artículo qué cantidad debe hacer una persona lesionada.^[1]

La experiencia subjetiva tampoco equivale a una comprobación completa de recuperación. El caso educativo del capítulo presenta a un deportista que desea anticipar acciones relacionadas con su regreso. La ausencia de dolor participa en su interpretación, pero el proceso sigue teniendo condiciones establecidas por la atención profesional. El caso ayuda a estudiar diferencias entre objetivos personales, sensaciones y restricciones. No constituye un argumento para desconfiar sistemáticamente del relato del paciente: ese relato es información relevante que debe relacionarse con otros datos y con el plan individual.^[1]

[Inferencia] Un deportista hipotético piensa que duplicar una actividad expresa mayor compromiso. Antes de valorarlo como positivo, sería necesario conocer lo acordado y comunicar la modificación al profesional responsable. La pregunta educativa no sería cuántas acciones demuestran voluntad, sino si la conducta responde al programa y a sus condiciones. El ejemplo es hipotético y no identifica una cantidad segura. Permite explicar por qué la adherencia incluye límites: dejar de hacer algo puede formar parte de una participación activa, aunque no produzca una imagen visible de esfuerzo.^[1]

La participación se interpreta dentro de lo acordado



La franja no representa dosis: el contenido requiere evaluación profesional.

[Inferencia] Organizador original sin dosis ni escala. El contenido clínico depende de evaluación individual; la figura no fija cantidades seguras ni autoriza cambios.

Esquema didáctico original de EDUFISICA. Bases conceptuales: Megan D. Granquist y Britton W. Brewer (2013).

5. Las barreras se investigan, no se deducen del carácter

Granquist y Brewer reúnen factores asociados con la adherencia, incluidos percepciones del programa, dolor, sentirse desbordado, atribuciones de control y confianza en la atención. El balance muestra una diversidad de relaciones y contextos, no un perfil único de persona adherente. Llamar a alguien disciplinado o poco constante no sustituye esa información. Para comprender una dificultad hay que definir qué comportamiento cambió, cuándo ocurrió y qué condiciones lo acompañaron. El mismo comportamiento puede tener razones distintas y las mismas razones pueden expresarse de modos diferentes.^{[1][3]}

El capítulo señala la función de variables personales y situacionales. La asistencia, por ejemplo, puede depender de condiciones del encuentro además de disposiciones individuales. Los relatos sobre tareas en casa pueden involucrar comprensión, recursos y organización cotidiana. Estas condiciones no deben suponerse a partir de una ausencia o un resultado. La investigación necesita distinguir una barrera observada de una explicación propuesta, así como separar factores asociados de

mecanismos demostrados. Conservar esa diferencia evita transformar una lista de posibles dificultades en un diagnóstico personal.^{[1][3]}

Ntoumanis y Moller recuerdan, en su capítulo general, que motivación y autorregulación no agotan la explicación de conductas de salud. Olvido, metas en competencia, experiencias desagradables y circunstancias sociales pueden intervenir entre intención y acción. Las técnicas de planificación pueden complementar el apoyo motivacional, pero un plan impuesto externamente también puede experimentarse como presión. Este contraste no prueba que todas esas condiciones expliquen la rehabilitación deportiva; ofrece una forma de plantear preguntas adicionales, manteniendo visible el ámbito general del que proceden.^{[1][3]}

[Inferencia] Una persona hipotética afirma que desea participar y, aun así, omite una actividad acordada. Una conversación podría aclarar si recuerda la tarea, comprende su finalidad y encuentra posibilidades de realizarla, sin anticipar cuál es la dificultad. El ejemplo no exige responder todas esas preguntas en cada caso ni pretende realizar una evaluación clínica. Presenta hipótesis que necesitan contrastarse con la persona. Distinguir una razón expresada de una razón atribuida permite evitar juicios que confundan condiciones de participación con defectos personales.^{[1][3]}

6. Qué permite observar cada forma de medición

La asistencia puede documentarse mediante registros relativamente directos, pero su facilidad de recuento no amplía su alcance. Granquist y Brewer explican que informa sobre acudir a encuentros, sin describir necesariamente la actividad dentro de ellos. Los registros de tareas domiciliarias aportan otra dimensión, aunque dependen de cómo y cuándo se completa el relato. Un recuerdo global de varias semanas no equivale a un registro cotidiano. Tampoco debe confundirse información procedente del profesional con observación directa de acciones que no presencié.^[1]

Los autores consideran que los profesionales pueden estimar conductas realizadas en casa, pero esas estimaciones no poseen automáticamente la precisión de observaciones en consulta. La diferencia requiere claridad sobre la fuente del dato. La persona puede informar de dificultades que no aparecen en un registro de asistencia; el profesional puede observar aspectos que la persona no identifica al narrar su experiencia. Relacionar ambas fuentes no significa tratarlas como intercambiables ni convertir discrepancias en engaño. La medición exige definir qué se pregunta y qué puede responder cada procedimiento.^[1]

Una evaluación también necesita un marco temporal. Valorar la participación en una sesión no equivale a valorar un periodo completo. Las puntuaciones de instrumentos pueden resumir momentos o intervalos distintos, lo que cambia la comparación. Granquist y Brewer subrayan que la adherencia debe diferenciarse de resultados como recuperación o función. Es posible investigar relaciones entre esas variables si

cada una conserva su definición. Usar un resultado para llenar un dato conductual ausente produce una precisión aparente, aunque falte observación del comportamiento.^[1]

[Inferencia] Para analizar un registro hipotético, un estudiante puede anotar la conducta medida, el lugar, el periodo y quién aporta la información. Después revisaría qué queda fuera. Un registro de asistencia no mostraría por sí solo calidad de una actividad, experiencia emocional ni cumplimiento de restricciones. Esta revisión es una propuesta didáctica, no un nuevo instrumento validado. Su finalidad es conservar límites de medición y evitar comparaciones entre cifras que tienen nombres semejantes, pero representan comportamientos, observadores o tiempos diferentes.^[1]

7. SIRAS y RAdMAT: instrumentos con objetos diferentes

La Sport Injury Rehabilitation Adherence Scale, o SIRAS, se describe en Granquist y Brewer como una valoración realizada por el profesional en el contexto clínico. Incluye tres ítems relacionados con intensidad, seguimiento de instrucciones y receptividad a cambios. Cada ítem utiliza cinco posiciones y la suma oscila entre 3 y 15. Esa estructura define un objeto acotado. No mide por sí sola todo lo que sucede en casa ni proporciona una puntuación general de salud mental, motivación o preparación para regresar al deporte.^[1]

El capítulo reseña datos de fiabilidad y acuerdo obtenidos en contextos clínicos y análogos, incluidos trabajos de Australia, Nueva Zelanda y Estados Unidos. Tales datos pertenecen a usos y poblaciones determinados. No bastan para afirmar que el instrumento tenga la misma validez en cualquier contexto lingüístico o programa. Además, evaluar una sesión o varias sesiones requiere precisar el periodo. Una puntuación necesita interpretarse conforme al propósito y las condiciones del instrumento, sin establecer desde esta monografía puntos de corte que el capítulo no proporciona.^[1]

La Rehabilitation Adherence Measure for Athletic Training, o RAdMAT, reúne 16 ítems con cuatro posiciones y un rango total de 16 a 64. Sus dimensiones incluyen asistencia y participación, comunicación, y actitud y esfuerzo. Granquist y Brewer describen rangos diferentes para cada dimensión y resultados de relación con SIRAS que requieren una lectura específica. Su mayor número de ítems no convierte automáticamente al instrumento en una medida superior para todos los objetivos. Una parte de la diferencia consiste en qué dimensiones incorpora, no únicamente en cuánto pregunta.^[1]

[Inferencia] Una clase de metodología puede comparar ambos instrumentos mediante sus objetos y observadores, sin aplicar sus ítems ni asignar categorías clínicas. Si la pregunta se refiere a conductas domiciliarias, ninguno debe tratarse

como respuesta completa por el hecho de producir una suma. La comparación didáctica distinguiría descripción del instrumento, evidencia de sus propiedades y necesidad del estudio. No se reproducen aquí formularios, traducciones ni escalas modificadas: una versión inventada podría parecer oficial y perder las condiciones de interpretación del instrumento original.^[1]

Aspecto	SIRAS en el capítulo	RAdMAT en el capítulo
Estructura	Tres ítems, cinco posiciones; total 3-15.	Dieciséis ítems, cuatro posiciones; total 16-64.
Objeto	Participación observada en el contexto clínico.	Asistencia/participación, comunicación y actitud/esfuerzo.
Límite	No representa toda la conducta domiciliaria.	No convierte una suma en diagnóstico o autorización de regreso.

8. Intervenciones: diferenciar asociación y prueba experimental

Granquist y Brewer señalan que eran pocos los estudios experimentales dirigidos a promover adherencia en rehabilitación deportiva. Describen trabajos de establecimiento de metas y discuten mecanismos posibles, incluidos autoeficacia, atención y atribuciones de control. Esos mecanismos no deben presentarse como efectos demostrados de toda técnica de metas. Parte de la explicación procede de seguimientos cualitativos y de relaciones observadas. Una propuesta plausible puede orientar investigación y práctica reflexiva sin adquirir por ello la fuerza de una comparación experimental.^{[1][3]}

El capítulo también reseña asociaciones de diálogo interno y apoyo social con participación. Una asociación no demuestra que introducir una conversación específica produzca el resultado observado. Las personas que reciben más apoyo pueden diferir en otros aspectos, y la dirección de la relación necesita ser estudiada. Conservar el diseño permite reconocer lo que se conoce y lo que permanece abierto. Tampoco la disponibilidad de apoyo equivale a que ese apoyo resulte satisfactorio para la persona o responda a las dificultades que enfrenta.^{[1][3]}

Algunos antecedentes proceden de otros ámbitos clínicos, como dolor de espalda o protección articular en artritis. Granquist y Brewer los utilizan para discutir intervenciones psicológicas y educación. Esas poblaciones deben mantenerse en la lectura: un resultado en una condición clínica general no prueba el mismo efecto en cualquier deportista lesionado. Ntoumanis y Moller presentan, de forma semejante,

un conjunto amplio de intervenciones en conductas de salud. Comparar marcos puede enriquecer las preguntas, siempre que no se reescriba esa diversidad como un único ensayo deportivo.^{[1][3]}

[Inferencia] Una propuesta hipotética para investigar una intervención de metas necesitaría especificar participantes, conducta objetivo, comparación, procedimiento y tiempo de seguimiento. Evaluar satisfacción con una conversación sería diferente de medir actividades realizadas o resultados de recuperación. Esa separación es una propuesta metodológica, no evidencia de eficacia. Ayuda a evitar que una intervención se describa como exitosa porque cambió una variable que no era la pregunta original. También permite examinar si un efecto se conserva y a qué condiciones del programa puede atribuirse.^{[1][3]}

9. La relación de ayuda: confianza, objetivos y límites

Waumsley y Katz explican que atender una lesión también implica una relación entre personas. Las palabras intercambiadas no agotan lo que la persona está experimentando, y una técnica dirigida al rendimiento puede no responder a una preocupación personal relevante. Su capítulo plantea una alianza de trabajo que permite comprender necesidades y delimitar la actuación. Esto no transforma toda conversación en psicoterapia. La relación requiere un propósito, un ámbito de competencia y claridad sobre qué puede hacer cada profesional dentro del proceso de rehabilitación.^{[1][2]}

La alianza incluye confianza y colaboración, junto con un acuerdo de trabajo. Waumsley y Katz distinguen momentos iniciales, de desarrollo y de cierre, sin convertirlos en una secuencia uniforme de recuperación. En el inicio se precisan finalidad y límites; durante el proceso se revisa lo que ocurre; el cierre también forma parte de la relación. El contrato o acuerdo necesita consentimiento mutuo y no debe reducirse a una exigencia unilateral de obediencia. Los objetivos compartidos permiten abordar dudas sin prometer resultados que no están bajo control.^{[1][2]}

Granquist y Brewer relacionan la actuación de profesionales de medicina deportiva con comunicación clara, información y apoyo socioemocional. El modo de explicar puede facilitar comprensión, mientras el acompañamiento requiere reconocer las condiciones individuales. Sin embargo, una relación satisfactoria no sustituye la pertinencia clínica del programa, ni prueba que todos los comportamientos se realizarán. La alianza ofrece un contexto para identificar dificultades y conversar sobre ellas. Evaluar su contribución implica diferenciar experiencia interpersonal, participación conductual y resultados de recuperación.^{[1][2]}

[Inferencia] Un encuentro hipotético comienza aclarando qué información se revisará y qué decisiones corresponden al profesional responsable. La persona puede expresar que una actividad le preocupa o que una instrucción resulta confusa.

Escuchar esa preocupación no obliga a confirmarla ni a desestimarla. Permite precisar el problema y acordar cómo se abordará dentro de las competencias existentes. El ejemplo muestra una relación colaborativa sin simular una consulta real. No ofrece un guion terapéutico ni supone que todas las dificultades se resuelven mediante una buena conversación.^{[1][2]}

10. Escuchar y observar sin atribuir causas ocultas

Waumsley y Katz describen habilidades de atención, observación, escucha activa, reflexión y preguntas. Observar permite advertir elementos de un encuentro, pero no convierte gestos, apariencia o silencios en pruebas de estados psicológicos ocultos. La interpretación necesita cuidado y contraste con la persona. El capítulo incorpora distintas perspectivas teóricas, de modo que una habilidad no puede separarse por completo de la finalidad y preparación de quien la utiliza. La capacidad de escuchar no acredita por sí sola competencia para tratar cualquier dificultad.^[2]

La reflexión puede tomar formas de reformulación, paráfrasis y síntesis. Su finalidad es trabajar con lo que la persona comunica, no reemplazarlo por una explicación preferida del profesional. Una pregunta abierta puede ayudar a precisar una experiencia, mientras una pregunta que presupone una causa puede dirigir el relato. Waumsley y Katz también consideran habilidades más complejas, como trabajar con lo que ocurre en la propia relación. Ese nivel requiere preparación y autoconocimiento; no debe confundirse con aplicar una lista de frases a cualquier participante.^[2]

Los autores distinguen confianza vinculada a una ejecución de valoración personal más amplia. Una dificultad de rehabilitación puede relacionarse con experiencias que exceden la tarea deportiva, aunque no sea posible deducirlas de una conducta aislada. Sus casos didácticos ilustran esa complejidad y sirven para discutir actuación profesional. No son relatos clínicos que permitan identificar a una persona real ni muestras que establezcan frecuencia. Su lectura necesita mantener esa función educativa y evitar trasladar sus detalles a un caso que no ha sido evaluado.^[2]

[Inferencia] Una participante hipotética guarda silencio después de recibir información sobre su programa. Ese dato no permite decidir si siente miedo, desacuerdo, cansancio o si está intentando comprender. Una invitación a expresar dudas podría aportar información, sin anticipar la respuesta. La propuesta ilustrativa se limita a una interacción respetuosa y no constituye evaluación clínica. Si aparecen necesidades fuera de la competencia de quien acompaña, escuchar también incluye reconocer ese límite y coordinar la atención pertinente, en lugar de convertir una interpretación inicial en diagnóstico.^[2]

11. Perspectivas de orientación y competencias profesionales

El capítulo de Waumsley y Katz presenta perspectivas psicodinámicas, cognitivo-conductuales, humanistas e integrativas. Cada una organiza la comprensión de forma distinta y requiere un marco de trabajo. La presentación de ideas históricas, incluidas propuestas de Freud, no significa que todas sus formulaciones se utilicen aquí como hechos universales establecidos. Los autores las sitúan dentro de una exposición teórica para discutir orientación. Diferenciar el origen de una propuesta de su respaldo empírico evita tratar una tabla histórica como descripción necesaria del desarrollo de cualquier persona.^[2]

La perspectiva cognitivo-conductual descrita relaciona experiencias, creencias, emociones y comportamientos en una colaboración activa. La orientación humanista destaca empatía, congruencia y consideración de la persona. La perspectiva integrativa procura relacionar distintos niveles de experiencia y explicación. Estas descripciones permiten comparar objetos y modos de comprender, pero no proporcionan un tratamiento listo para aplicar desde una página web. Una combinación improvisada de términos no equivale a una intervención integrativa profesional; hace falta preparación, finalidad definida y reconocimiento de límites.^[2]

Waumsley y Katz subrayan formación teórica y aplicada, autoconocimiento y apoyo profesional. Su discusión pertenece al libro de 2013 y no certifica competencias legales actuales en una jurisdicción concreta. Para un docente, estudiante o entrenador, comprender conceptos puede ayudar a conversar y colaborar, pero no convierte su función en atención clínica. La información académica tampoco establece quién está autorizado a realizar una evaluación sanitaria. Las decisiones de rehabilitación necesitan conservar la responsabilidad de profesionales competentes y la coordinación entre áreas.^[2]

[Inferencia] Un docente hipotético puede atender una preocupación expresada por un estudiante lesionado y ajustar condiciones de participación educativa de acuerdo con la información profesional disponible. No tendría que interpretar conflictos inconscientes, aplicar una terapia ni modificar restricciones clínicas. El ejemplo separa apoyo pedagógico y tratamiento. También muestra que colaborar no significa desentenderse: se puede preguntar qué necesita la persona para participar en el entorno educativo, conservar confidencialidad y coordinar lo pertinente sin atribuirse competencias que no corresponden al papel desempeñado.^[2]

12. Autonomía, competencia y relación en conductas de salud

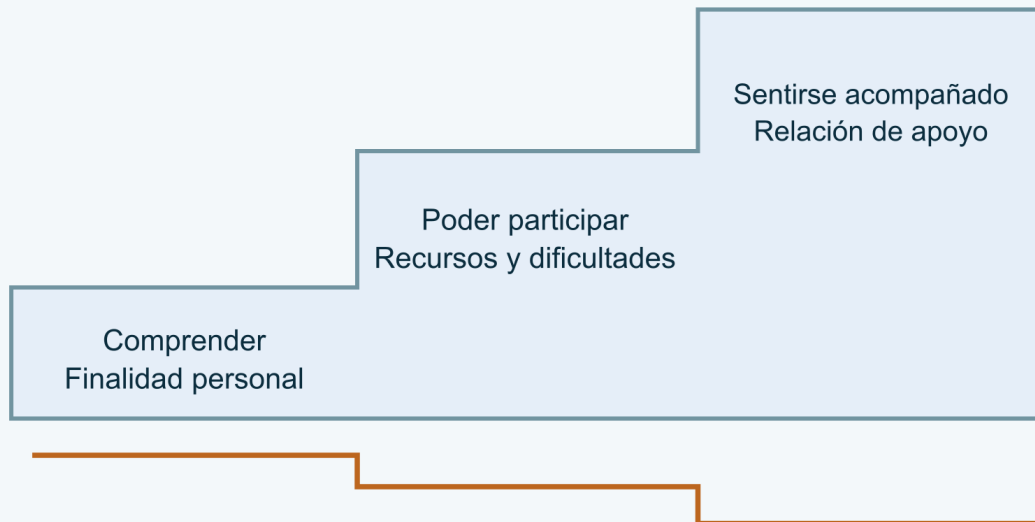
Ntoumanis y Moller revisan intervenciones de salud desde la teoría de la autodeterminación. Distinguen apoyar autonomía, competencia y relación, así como promover razones autónomas para participar. Autonomía no significa que la persona carezca de orientación; competencia no se reduce a producir buenos resultados; relación no equivale a presión social. Un apoyo puede ofrecer información y estructura mientras reconoce la experiencia de la persona. El capítulo general considera estas dimensiones en poblaciones y conductas diversas, que deben conservarse antes de aplicarlas a una pregunta deportiva.^[3]

El significado personal de una conducta puede acompañar actividades que no resultan placenteras. La revisión distingue razones identificadas de disfrutar la actividad por sí misma, y diferencia motivación autónoma de presión externa o interna. Esa distinción permite estudiar la calidad de la participación, además de su intensidad. No demuestra que una persona con motivos autónomos complete todo lo acordado. Ntoumanis y Moller recuerdan que otras condiciones y procesos de autorregulación pueden intervenir entre motivación, intención y comportamiento observable.^[3]

Una intervención reseñada con 115 personas británicas con artritis reumatoide examinó consultas y cambios motivacionales. El capítulo describe cambios en motivación y relaciones entre motivación, actividad y vitalidad, pero no un efecto directo de la intervención sobre actividad física. La población es clínica y específica; no puede reescribirse como un ensayo de rehabilitación de atletas. Este ejemplo ayuda a distinguir una variable cercana a la intervención de un resultado conductual posterior. La relación entre ambas requiere evidencia propia y no se completa mediante plausibilidad.^[3]

[Inferencia] Aplicado como pregunta conceptual a la rehabilitación, el marco permitiría examinar si una persona entiende una finalidad, se siente capaz de participar y percibe una relación de apoyo. Esa transferencia es una propuesta, no un hallazgo deportivo nuevo. Las respuestas podrían orientar conversaciones y futuras investigaciones dentro de un programa profesional. No establecerían por sí solas el ejercicio adecuado ni la causa de una dificultad. La comparación amplía los objetos que pueden observarse sin borrar la diferencia entre literatura general de salud y datos específicos de lesión deportiva.^[3]

Preguntar por significado, recursos y relación



Preguntas conceptuales; no etapas ni requisitos universales de recuperación.

[Inferencia] Organizador editorial original del contraste con autodeterminación general. La escalera no expresa etapas ni prueba que la transferencia a rehabilitación deportiva produzca cambios. Esquema didáctico original de EDUFISICA. Bases conceptuales: Megan D. Granquist y Britton W. Brewer (2013); Nikos Ntoumanis y Arlen C. Moller (2023).

13. Comparar intervenciones sin mezclar poblaciones ni resultados

El capítulo de Ntoumanis y Moller reúne investigaciones de actividad física, dieta, consumo de sustancias, higiene dental y adherencia a medicación. Esa amplitud muestra aplicaciones del marco, pero impide leer todos los resultados como una sola evidencia de rehabilitación deportiva. Cada conducta tiene condiciones, mediciones y poblaciones particulares. Un cambio en razones para participar no equivale a un cambio clínico; un efecto durante una intervención tampoco informa automáticamente sobre mantenimiento. La interpretación comienza por precisar quién participó, qué se modificó y cuándo se midió.^[3]

Una intervención escolar australiana reseñada, con 1.421 estudiantes de octavo grado, describió aproximadamente cuatro minutos adicionales de actividad durante la clase después de la intervención y dos minutos en un seguimiento posterior. El capítulo no atribuye efectos equivalentes fuera de la clase ni cambios motivacionales generales. Esos resultados pertenecen a un contexto educativo específico, con tiempos de medición definidos. Su utilidad aquí es metodológica: muestran que un

efecto situado puede conservar interés aunque no se extienda a todos los entornos o variables.^[3]

El capítulo también reseña una intervención con 115 personas con VIH en China que utilizó registro inalámbrico de medicación. Describió un efecto pequeño de adherencia que no estuvo mediado por los constructos de autodeterminación medidos. Ese resultado no respalda una explicación motivacional automática ni se transfiere directamente al deporte. Además, una participación inicial elevada puede limitar el margen observable de cambio. Leer el mecanismo y las condiciones junto con el resultado evita convertir una intervención etiquetada por una teoría en confirmación de todos sus procesos.^[3]

Los meta-análisis considerados por Ntoumanis y Moller utilizaron criterios distintos: algunos centrados en variables motivacionales, otros en comportamientos o resultados de salud y seguimiento. Sus síntesis no responden exactamente a la misma pregunta. La tabla de resultados y las modificaciones de análisis requieren conservar diferencias de variables y decisiones metodológicas, en lugar de citar una única magnitud para todas las necesidades. La revisión describe efectos modestos y heterogeneidad; ese balance deja abierta la investigación de condiciones de aplicación, fidelidad y mantenimiento.^[3]

14. Técnicas, recompensas y herramientas digitales

Ntoumanis y Moller presentan una clasificación de 21 técnicas de motivación y cambio de conducta, desarrollada mediante consenso de especialistas y organizada en relación con las necesidades psicológicas. La clasificación procura definir componentes observables y replicables. Un componente puede relacionarse con más de una necesidad; clasificarlo no demuestra su eficacia independiente. Cuando una intervención combina varias técnicas, un resultado global tampoco permite atribuir el cambio a cada componente. Esta distinción mantiene separados el lenguaje para describir intervenciones y las pruebas de sus efectos.^[3]

El capítulo discute recompensas y diferencia formas de significado informativo o controlador. No ofrece una regla según la cual toda recompensa tenga el mismo efecto, ni permite concluir que cualquier incentivo mantenga una conducta. Su discusión considera la dificultad de sostener cambios y el contexto de la recompensa. Para estudiar una práctica conviene preguntar qué se ofrece, cómo se comunica y cómo lo interpreta la persona. Esas preguntas no constituyen un sistema de premios para rehabilitación ni justifican presionar para superar restricciones.^[3]

Las herramientas digitales, como aplicaciones, sensores o entornos virtuales, pueden organizar información y participación de formas diferentes. Ntoumanis y Moller señalan que su diseño puede apoyar o dificultar necesidades. La presencia de tecnología no equivale a una intervención de calidad ni a una prueba de mecanismo.

Un recordatorio puede formar parte de apoyo o sentirse como presión según las condiciones. El capítulo general plantea posibilidades y límites, pero no certifica una aplicación concreta para una lesión ni una frecuencia adecuada de mensajes.^[3]

[Inferencia] Una herramienta hipotética de seguimiento podría permitir comunicar una dificultad y revisar información acordada, mientras otra mostraría comparaciones que promueven competir por hacer más. Esta diferencia de diseño es una propuesta ilustrativa, no el resultado de comparar aplicaciones reales. En rehabilitación, cualquier registro tendría que conservar el programa profesional y su finalidad. El objetivo educativo es reconocer que medir, recordar y presionar no son acciones equivalentes. Tampoco los mensajes bien redactados sustituyen la atención necesaria o prueban que el sistema mejore recuperación.^[3]

15. Fidelidad, participación y mantenimiento del cambio

La revisión de Ntoumanis y Moller distingue cantidad de intervención y calidad de entrega. Más encuentros, mensajes o duración no equivalen necesariamente a mayor apoyo de necesidades. La fidelidad requiere conocer qué componentes se pretendían utilizar y cómo se realizaron. Una felicitación genérica, por ejemplo, no representa automáticamente información específica que apoye competencia. Examinar esa diferencia permite estudiar si un resultado se relaciona con la intervención prevista, una ejecución distinta o condiciones que no fueron registradas. La frecuencia sola no explica el proceso.^[3]

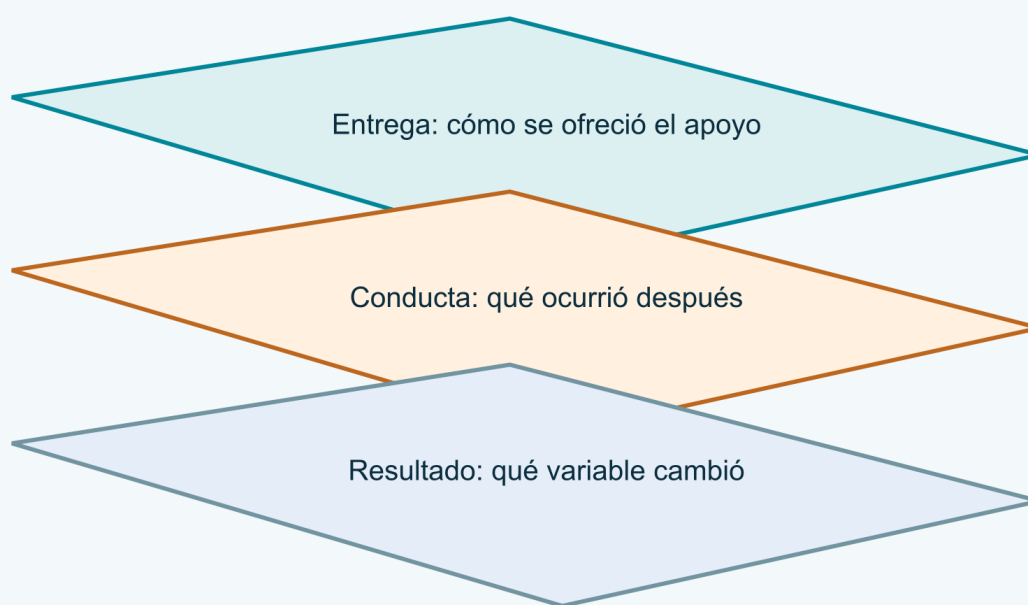
Los autores proponen investigación interdisciplinar, participación comunitaria y una descripción más precisa de técnicas y condiciones. La participación de destinatarios puede incorporarse en distintas fases, no únicamente al evaluar satisfacción final. También consideran diseños para estudiar componentes, costes y posibilidades de aplicación. Estas son orientaciones de investigación del capítulo de 2023, no pruebas de que todos los procedimientos estén establecidos para rehabilitación deportiva. Su interés reside en precisar qué queda por comprobar y qué información haría una intervención más interpretable.^[3]

El mantenimiento añade preguntas propias. Una intención inicial puede encontrarse con metas en competencia, olvido, experiencias poco agradables o cambios de contexto. Ntoumanis y Moller consideran procesos deliberados y automáticos, planificación y pertenencia social, sin atribuir efectos favorables a cualquier grupo o plan. Un procedimiento impuesto puede dificultar autonomía aun cuando busque ordenar tareas. Estudiar continuidad exige diferenciar comenzar, realizar y mantener una conducta; cada momento puede plantear barreras distintas y no queda explicado por una única medida de motivación.^[3]

[Inferencia] Una evaluación hipotética de apoyo durante rehabilitación podría describir cómo se explicó una actividad, qué posibilidad hubo de expresar dificultades

y cómo se revisó el acuerdo. Después separaría esos datos de tareas realizadas y resultados clínicos. La propuesta no valida un instrumento ni exige una forma única de atención. Permite investigar calidad de entrega sin convertirla en número de contactos. Si una persona decide no realizar una acción, comprender y respetar una decisión informada puede coexistir con explicar consecuencias y revisar alternativas dentro de la competencia profesional.^[3]

Calidad de entrega, conducta y resultado



Planos de evaluación separados; la disposición no expresa un efecto causal.

[Inferencia] Composición original de objetos de evaluación. La forma no copia gráficos ni agrega resultados empíricos; separar medidas permite investigar sus relaciones.

Esquema didáctico original de EDUFISICA. Bases conceptuales: Megan D. Granquist y Britton W. Brewer (2013); Nikos Ntoumanis y Arlen C. Moller (2023).

16. Una lectura conjunta de conducta, relación y evidencia

Los tres capítulos utilizados aportan objetos complementarios. Granquist y Brewer delimitan adherencia, formas de medición y relaciones con resultados de rehabilitación. Waumsley y Katz examinan la relación de ayuda, perspectivas teóricas y competencias. Ntoumanis y Moller permiten comparar motivación y cambio en comportamientos generales de salud. La complementariedad no elimina diferencias entre fechas, poblaciones y diseños. El marco deportivo de 2013 y la síntesis general de 2023 conservan su alcance; reunirlos no crea una prueba nueva ni actualiza por sí solo un procedimiento clínico.^{[1][2][3]}

Una pregunta de investigación sobre adherencia requiere especificar el comportamiento. Presencia en consulta, actividad domiciliaria y respeto de restricciones necesitan medidas diferentes. También conviene definir periodo y fuente de información, además de las condiciones del programa. Cuando se examina motivación o alianza, esas variables deben medirse de forma distinta del resultado de recuperación. La relación entre ellas puede ser objeto de estudio, pero no una conclusión incorporada a sus nombres. Mantener esa separación permite comparar explicaciones sin convertir una asociación en destino individual.^{[1][2][3]}

[Inferencia] Para estudiar un caso hipotético en formación académica, el lector puede organizar un mapa con conducta acordada, información disponible, barreras comunicadas y aspectos pendientes de evaluación profesional. Añadiría quién puede responder cada pregunta y qué datos permitirían revisar una explicación. Ese mapa sería un recurso didáctico original, no un programa de rehabilitación ni una escala. Su utilidad consiste en visibilizar lo que se conoce y lo que falta, evitando que el entusiasmo, la asistencia o una sensación favorable se utilicen como respuestas para todas las dimensiones.^{[1][2][3]}

Las cuestiones abiertas del corpus incluyen cómo se relacionan formas de adherencia y resultados, qué mecanismos participan en intervenciones, cómo medir conductas fuera de consulta y cómo valorar calidad y continuidad del apoyo. Granquist y Brewer reconocen límites experimentales; Ntoumanis y Moller piden precisar contenido, fidelidad y aplicación. Estas preguntas mantienen su condición de agenda. La rehabilitación se estudia como participación situada en una atención profesional: comprenderla exige diferenciar conducta, experiencia, relación y resultado, mientras cada interpretación conserva el respaldo de los datos disponibles.^{[1][2][3]}

Referencias bibliográficas

1. Granquist, M. D., & Brewer, B. W. (2013). Psychological aspects of rehabilitation adherence. En M. Arvinen-Barrow & N. Walker (Eds.), *The psychology of sport injury and rehabilitation* (pp. 40–53). Routledge.

4. Psychological aspects of rehabilitation adherence

2. Waumsley, J. A., & Katz, J. (2013). Using a psychological model and counselling skills in sport injury rehabilitation. En M. Arvinen-Barrow & N. Walker (Eds.), *The psychology of sport injury and rehabilitation* (pp. 171–184). Routledge.

12. Using a psychological model and counselling skills in sport injury rehabilitation

3. Ntoumanis, N., & Moller, A. C. (2023). Facilitating health behavior change: A self-determination theory perspective. En R. M. Ryan (Ed.), *The Oxford handbook of self-determination theory* (pp. 777–800). Oxford University Press.

38. Facilitating Health Behavior Change: A Self-Determination Theory Perspective

Fuentes y criterios editoriales: edufisica.com/enciclopedia/psicologia-deportiva/fuentes-y-metodo.html