

Establecimiento de metas en rehabilitación deportiva

El establecimiento de metas en rehabilitación deportiva consiste en identificar objetivos pertinentes, acordar estrategias para perseguirlos y revisar su desarrollo con el deportista y los profesionales que lo atienden.

Autoría: EDUFISICA

Publicación: 2026-10-13

Versión del contenido: 2026-10-13

Módulo: Lesiones y rehabilitación

Nivel propuesto: Intermedio

Lectura estimada: 24 min · 5244 palabras de cuerpo

Resumen

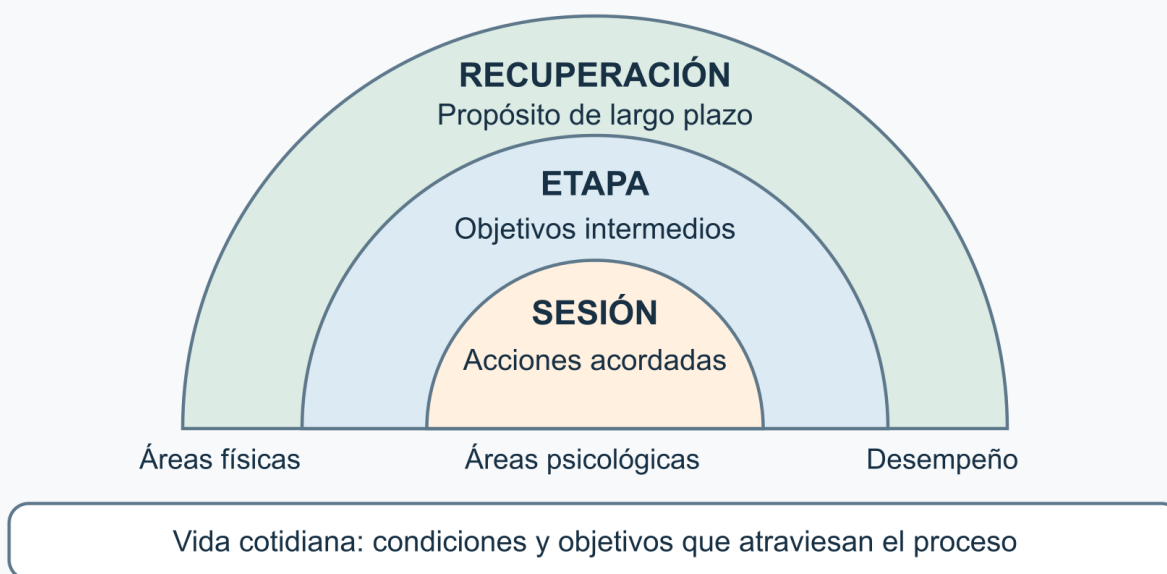
Establecer metas durante rehabilitación implica organizar objetivos, estrategias y seguimiento con el deportista y el equipo de atención. La monografía diferencia resultado, desempeño y proceso, áreas de recuperación y horizontes temporales. Explica las cuatro fases propuestas en la fuente específica: comprender necesidades, formular metas, considerar condiciones e integrar el trabajo. La flexibilidad, comunicación y revisión permiten conservar relación con la situación actual. Se distinguen resultados de adherencia, ánimo y recuperación, con apoyo experimental limitado, asociaciones y perspectivas diferentes. Los casos didácticos de Marika y Michael muestran barreras cotidianas y tensión con aspiraciones competitivas. La exposición utiliza capítulos completos y estudios relatados secundariamente, sin copiar programas de entrenamiento ni formular una pauta clínica para una lesión individual.

Palabras clave: metas de rehabilitación; metas de proceso; flexibilidad de objetivos; adherencia; recuperación deportiva; seguimiento; participación compartida

<https://edufisica.com/enciclopedia/psicologia-deportiva/establecimiento-de-metas-en-rehabilitacion-deportiva.html>

HORIZONTES Y ÁREAS SON PREGUNTAS DIFERENTES

Escalas conceptuales de organización; sin días ni progresión clínica



[Inferencia] Figura original de EDUFISICA. Los semicírculos representan horizontes, sin radios temporales ni etapas biológicas. Las áreas y condiciones cotidianas conservan una pregunta diferente. Base conceptual: niveles y tipos de metas de Taylor y Taylor, expuestos por Arvinen-Barrow y Hemmings (2013), capítulo 5 [1].

Esquema didáctico original de EDUFISICA. Bases conceptuales: Monna Arvinen-Barrow y Brian Hemmings (2013).

1. Una meta abre un proceso de trabajo

El establecimiento de metas en rehabilitación deportiva es un proceso de identificar objetivos pertinentes para la recuperación, acordar formas de alcanzarlos y revisar su desarrollo con el deportista y los profesionales que lo atienden. Monna Arvinen-Barrow y Brian Hemmings lo presentan como una intervención psicológica que debe integrarse en la rehabilitación. David Tod distingue este proceso del simple hecho de tener un deseo: incluye planificación, trabajo hacia los objetivos y evaluación del progreso.^{[1][3]}

La pregunta central es cómo formular y seguir metas que tengan sentido durante la rehabilitación, conservando las necesidades de recuperación y el papel del deportista. Querer volver a competir puede proporcionar dirección, pero no describe todavía qué se necesita conocer, qué acciones corresponden al programa o cómo reconocer avances. El interés del establecimiento de metas reside en conectar esas preguntas, dentro de las condiciones de la lesión y de la atención recibida.^{[1][3]}

Arvinen-Barrow y Hemmings sitúan las metas en un proceso físico y psicológico. La lesión puede alterar movimientos, confianza, ánimo, tareas cotidianas y participación deportiva. Por ello, un programa centrado exclusivamente en una marca competitiva

deja fuera dimensiones que la fuente considera pertinentes. La recuperación ofrece un objeto distinto del entrenamiento habitual, aunque el deportista ya conozca procedimientos para organizar sus objetivos.^[1]

Tod explica que algunos deportistas consiguen objetivos sin desarrollar un proceso sistemático de metas, por otros motivos, como capacidad o entrenamiento adecuado. La coincidencia entre desear un resultado y obtenerlo no identifica qué produjo el cambio. Esa distinción ayuda a valorar intervenciones: interesa conocer qué se hizo con las metas, cómo se acompañó su ejecución y qué resultados se observaron.^[3]

Esta lectura reúne un capítulo específico de metas en rehabilitación, otro de adherencia y una exposición general de habilidades psicológicas. Los estudios originales aparecen relatados por esas fuentes y se citan de forma secundaria. Su combinación permite explicar propuestas y resultados con diferentes objetos. Las fases que se presentan organizan un trabajo profesional; no sustituyen la valoración de una lesión ni fijan un calendario clínico individual.^{[1][2][3]}

2. Qué se propone cambiar mediante las metas

Arvinen-Barrow y Hemmings interpretan el establecimiento de metas mediante el modelo integrado de respuesta psicológica a lesión y rehabilitación. En ese marco, utilizar una estrategia puede relacionarse con la valoración de la lesión y con emociones como frustración o enojo. Las relaciones también se plantean en sentido inverso: emociones y valoraciones pueden influir en la conducta. La meta forma parte de una dinámica, junto con factores personales y situacionales.^[1]

El propósito que proponen es identificar objetivos claros para el proceso de rehabilitación, considerando recuperación física, psicológica y de desempeño. El deportista puede necesitar comprender avances corporales y, al mismo tiempo, reorganizar expectativas o mantener participación en tareas permitidas. El capítulo presenta esos posibles beneficios como parte de un trabajo estructurado. Su amplitud solicita distinguir los resultados concretos que cada estudio o programa evalúa.^[1]

En la exposición general de Tod, las metas pueden orientar atención hacia actividades relevantes, estimular esfuerzo, sostener persistencia y favorecer búsqueda de estrategias ante obstáculos. Son cuatro explicaciones de la teoría que reseña, no cuatro resultados clínicos idénticos. En rehabilitación, dirigir esfuerzo exige saber qué acciones corresponden al programa. Persistir puede significar mantener una conducta acordada o respetar una restricción, según la situación.^{[3][2]}

La distinción entre método y característica psicológica también importa. Tod describe las metas como un método que puede canalizar motivación. Tener un plan escrito no equivale a haber aumentado motivación, confianza o recuperación física: esos cambios son objetos que necesitan observación. Un programa puede incluir metas

para trabajar una dificultad motivacional, pero deberá evaluar si se modificó la experiencia o conducta que pretendía cambiar.^[3]

[Inferencia] Ejemplo hipotético: una deportista expresa que no sabe qué aporta su participación durante una etapa de actividad restringida. El diálogo sobre metas podría hacer visibles objetivos ya contemplados en su programa y cómo se revisarán. La escena representa una función de orientación y comprensión. Para saber si también mejoró adherencia o recuperación se necesitarían registros de esos resultados, con condiciones y tiempos definidos.

Leer las metas como parte de un proceso relacional permite conservar su utilidad sin atribuirles control completo sobre la recuperación. La fuente específica propone incorporarlas al trabajo de atención; Tod recuerda que los métodos psicológicos se combinan con condiciones físicas y sociales. El objeto es organizar acciones y significados pertinentes, con una evaluación que represente esa combinación.^{[1][3]}

3. Resultado, desempeño y proceso: tres objetos distintos

El capítulo de Arvinen-Barrow y Hemmings distingue metas de resultado, desempeño y proceso. Las primeras suelen referirse al desenlace de un evento e incluyen comparación con otras personas, como ganar o conseguir una posición. Las de desempeño se centran en un estándar propio y en comparación con ejecuciones anteriores. Las de proceso especifican acciones o tareas necesarias para perseguir el objetivo. Tod recoge la misma distinción en el contexto deportivo general.^{[1][3]}

Tipo de meta	Objeto descrito por las fuentes	Pregunta para su lectura en rehabilitación
Resultado	Desenlace con comparación interpersonal	¿Qué depende también de decisiones o actuaciones de otros?
Desempeño	Estándar de ejecución respecto de referencias propias	¿Qué estándar resulta pertinente para el programa actual?
Proceso	Acciones y tareas	¿Qué conducta concreta está acordada y cómo se revisa?

Arvinen-Barrow y Hemmings reseñan la propuesta de dar mayor énfasis a metas de proceso, por su relación con el esfuerzo y con acciones más próximas al control de la persona. También proponen vincularlas con objetivos amplios y utilizarlas en distintos horizontes de rehabilitación. Ese énfasis no convierte en irrelevante lo que el deportista espera de su futuro; ayuda a establecer qué puede hacer ahora y bajo qué condiciones.^[1]

Una aspiración competitiva puede conservar valor motivacional mientras se revisa el camino para perseguirla. Tod explica que las metas de desempeño y proceso permiten desarrollar un plan hacia los deseos deportivos. El capítulo específico exige adecuar objetivos a lesión, necesidades y situación. La conexión entre ambos textos está en la organización; los estándares y acciones deben responder al objeto de rehabilitación.^{[1][3]}

[Inferencia] Ejemplo hipotético: aspirar a ser elegido para un equipo no tiene el mismo objeto que describir una mejora funcional acordada o una acción del programa. La selección depende de condiciones adicionales; la mejora y la acción requieren criterios distintos. Separar estos objetos permitiría revisar avances sin reducir toda la experiencia a si se obtuvo una plaza competitiva.

La precisión de la meta permite valorar qué información sirve para observarla. Una conducta descrita puede registrarse como parte del trabajo, mientras una expectativa de selección requiere conocer decisiones externas. Esa separación también evita tratar una tarea completada como prueba suficiente de recuperación. Granquist y Brewer distinguen la conducta de adherencia del resultado del tratamiento; ambas dimensiones pueden estudiarse sin intercambiar sus indicadores.^[2]

4. Áreas físicas, psicológicas y de desempeño

Una segunda clasificación del capítulo se refiere al área de recuperación. Arvinen-Barrow y Hemmings consideran metas físicas, psicológicas y relacionadas con desempeño. Las primeras pueden ocuparse de parámetros como movilidad, fuerza o estabilidad; las psicológicas, de motivación, confianza, concentración y otras experiencias; las de desempeño, de aspectos técnicos, tácticos o de recuperación de la forma deportiva. Son áreas posibles para el diálogo con el equipo de atención.^[1]

Esta clasificación responde a una pregunta diferente de resultado, desempeño y proceso. El término desempeño aparece en ambas, pero con funciones distintas: en la primera taxonomía designa un estándar propio; en la segunda identifica un área de actividad deportiva. Mantener las preguntas separadas permite describir una meta con más precisión, sin suponer que toda meta de una determinada área tenga el mismo tipo de objeto.^{[1][3]}

El capítulo explica que una lesión también puede restringir tareas habituales o afectar ingresos y obligaciones. Por ello recoge propuestas de objetivos relacionados con trabajo, relaciones, actividades sociales, ocio y labores domésticas. La rehabilitación sucede dentro de una vida cotidiana. Esas condiciones pueden facilitar o dificultar la participación y merecen considerarse al identificar necesidades y posibilidades de apoyo.^[1]

Las áreas no imponen una lista idéntica de objetivos a todos los participantes. La fuente propone valorar lo que resulta importante para la persona y para la recuperación. Un parámetro físico necesita criterios profesionales adecuados, mientras un objetivo de comunicación requiere describir una conducta y su contexto. La precisión consiste en conservar qué se espera cambiar y cómo se interpretará ese cambio.^[1]

[Inferencia] Ejemplo hipotético: en una conversación aparecen una dificultad para comprender el programa y una preocupación por reincorporarse a tareas habituales. Podrían representar necesidades distintas, aunque ocurran durante la misma recuperación. Organizar las metas por áreas ayuda a hacer visibles esas diferencias. El ejemplo no selecciona ejercicios ni establece medidas de función: muestra cómo evitar que una sola aspiración absorba todas las preguntas.

El marco de Tod refuerza una lectura integrada: los métodos psicológicos no compensan por sí solos condiciones físicas o sociales inadecuadas. En rehabilitación, Granquist y Brewer proponen un contexto biopsicosocial para comprender conducta y resultados. Las áreas de metas pueden ayudar a organizar ese diálogo, conservando las funciones diferentes de la atención y de la participación del deportista.^{[2][3]}

5. Recuperación, etapa, sesión y vida cotidiana

Arvinen-Barrow y Hemmings reconocen de Taylor y Taylor cuatro niveles de metas: recuperación, etapa, diarias y estilo de vida. Las metas de recuperación expresan el nivel final buscado, con un horizonte largo. Las de etapa describen objetivos para diferentes partes de la rehabilitación. Las diarias se refieren a objetivos de cada sesión. Los tres horizontes permiten conectar acciones próximas con propósitos más amplios.^[1]

Las metas de estilo de vida consideran condiciones como sueño, alimentación, relaciones y obligaciones escolares o laborales. Su papel atraviesa el proceso y no corresponde simplemente a un cuarto momento después de finalizar la recuperación. La fuente presenta esas condiciones como posibles influencias sobre adherencia. Para comprenderlas interesa cómo se relacionan con actividades y recursos de una persona concreta.^[1]

La figura 5.1 del capítulo combina áreas y horizontes. Su texto indica que los objetivos diarios a menudo evolucionan durante la sesión y no siempre se preparan dentro del programa, pero subraya que deberían ser claros y conducir hacia metas de etapa y recuperación. El cuerpo del capítulo también advierte que pueden pasarse por alto. Esa observación señala una necesidad de conexión y claridad, más que una exigencia de fijar cada detalle con anticipación.^[1]

El horizonte temporal tampoco determina una fecha de retorno. El capítulo reconoce que la rehabilitación puede avanzar más rápido o más despacio de lo previsto. Una meta amplia ofrece dirección, mientras las revisiones permiten considerar si los objetivos intermedios mantienen sentido. Distinguir escala temporal y plazo absoluto ayuda a conservar la organización sin convertirla en una secuencia clínica uniforme.^[1]

[Inferencia] Ejemplo hipotético: una meta de etapa se relaciona con acciones de varias sesiones. El registro de cada sesión puede describir lo acordado y qué necesita revisión, sin identificar cada acción con una fase completa de recuperación. Si además existe una dificultad de horarios, ese asunto pertenece al contexto cotidiano. Son niveles y condiciones relacionados, aunque ninguno sustituye al otro.

Tod también propone combinar objetivos próximos y lejanos porque los primeros dividen un propósito amplio en pasos y los segundos proporcionan dirección. La fuente específica añade las condiciones propias de lesión y rehabilitación. La comparación muestra qué conserva la idea de organizar horizontes y qué necesita adaptación: los objetivos actuales deben encajar en el programa y en la situación de recuperación.^{[1][3]}

6. Primera fase: comprender necesidades y percepciones

El capítulo específico organiza el proceso en cuatro fases propuestas. La primera consiste en valorar e identificar necesidades personales y físicas. Antes de formular objetivos, importa conocer cómo vive el deportista la rehabilitación y qué factores considera relevantes. La evaluación proporciona una base para conversar sobre metas, dentro del trabajo del equipo profesional que atiende las dimensiones físicas y psicológicas.^[1]

Arvinen-Barrow y Hemmings presentan el perfil de rehabilitación como una forma de obtener una representación visual de percepciones sobre factores importantes. Lo relacionan con principios del perfil de desempeño. El objeto descrito es la percepción de necesidades y situación actual: hacer visible qué considera relevante la persona puede ayudar a establecer prioridades y comunicar experiencias al equipo.^[1]

El perfil no reemplaza otras valoraciones. Una representación de confianza percibida o de preocupaciones no mide por sí sola el estado de un tejido ni determina si una acción física resulta apropiada. El capítulo propone utilizar las áreas identificadas como base del establecimiento posterior de metas. Granquist y Brewer también distinguen la conducta de adherencia y los resultados de recuperación, dentro de un marco de factores relacionados.^{[1][2]}

Tod describe, en su exposición general de intervención, la exploración de situación actual, situación preferida y formas de actuar. Esas preguntas permiten comprender

la finalidad de una evaluación de necesidades. No es imprescindible que todos los procesos transcurran con el mismo orden o duración: su capítulo señala variación según contexto. En rehabilitación, las condiciones de lesión y del programa dan contenido a ese diálogo.^[3]

[Inferencia] Ejemplo hipotético: una deportista señala que comprende las acciones indicadas pero no cómo se valorarán sus avances. Ese relato podría orientar una conversación sobre información y seguimiento. Un perfil que incluya solo capacidades físicas percibidas dejaría fuera esa necesidad. La ilustración enseña a escuchar qué falta por aclarar; no reproduce un instrumento ni asigna puntuaciones clínicas.

Comprender necesidades permite distinguir una dificultad de conocimiento, una preocupación sobre el futuro y una barrera práctica. Arvinen-Barrow y Hemmings proponen un trabajo individualizado y dinámico. Las metas adquieren utilidad cuando conservan relación con lo que se identificó, y esa relación puede revisarse si cambia la experiencia o la situación de recuperación.^[1]

7. Segunda fase: objetivos claros y exigencia pertinente

La segunda fase propuesta consiste en identificar y formular metas apropiadas. Arvinen-Barrow y Hemmings reúnen principios de especificidad, posibilidad de medida, dificultad realista, atención al grado de logro y formulación positiva. Los criterios forman parte de una propuesta de trabajo con el deportista. Su contenido requiere adecuación a necesidades y condiciones de rehabilitación.^[1]

Especificar significa describir qué se pretende conseguir con suficiente claridad para evaluar progreso. La fuente relaciona las metas vagas con dificultad para reconocer avances y sostener esfuerzo. Una meta medible necesita un indicador pertinente a su objeto. La claridad puede referirse a una conducta de comunicación o a un resultado evaluado por un profesional; no exige transformar toda experiencia en una única suma.^[1]

El criterio de dificultad se combina con realismo y posibilidad de logro. Los autores señalan que objetivos excesivamente fáciles o demasiado difíciles pueden disminuir motivación. En rehabilitación, lo apropiado debe considerar lesión y situación, en vez de asumir que aumentar exigencia tiene el mismo significado que en competición. Granquist y Brewer conservan diferencias entre participación en el programa y actividad añadida fuera de él.^{[1][2]}

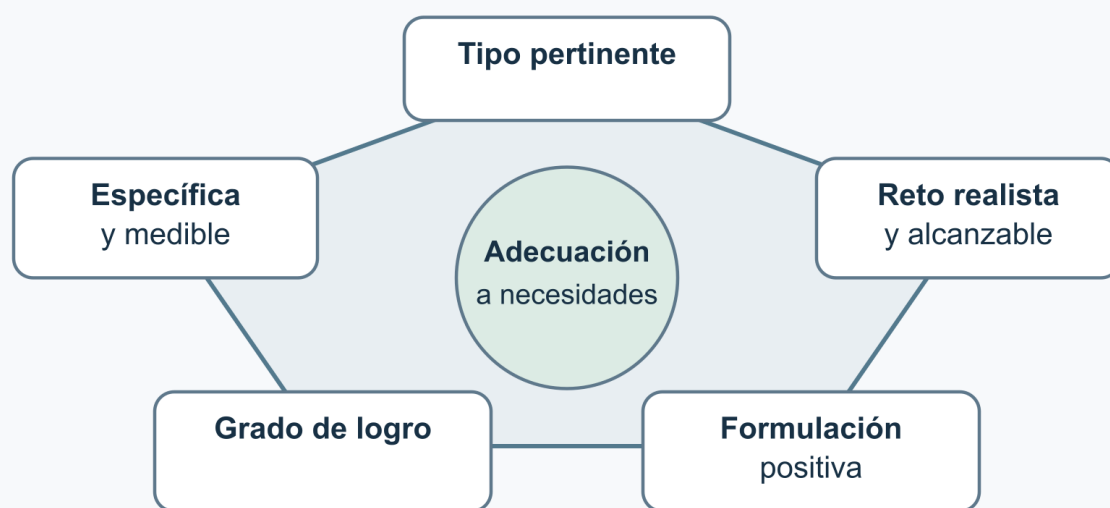
Formular una meta en términos positivos permite expresar qué se busca hacer o desarrollar. Arvinen-Barrow y Hemmings la presentan como una propuesta que puede ayudar ante pensamientos negativos. La descripción no exige ocultar dificultades: el objeto sigue necesitando evaluación. Un objetivo de comprender o comunicar una condición relevante puede convivir con restricciones físicas que deben respetarse.^[1]

Tod recomienda objetivos específicos, difíciles pero alcanzables, junto con estrategias de logro. Su exposición trata desempeño deportivo general. La contribución del capítulo de rehabilitación es concretar ese principio mediante necesidades, valoración física y diálogo con atención profesional. La dificultad relevante se define respecto del propósito actual; una marca competitiva no establece automáticamente qué constituye un reto apropiado durante lesión.^{[1][3]}

[Inferencia] Ejemplo hipotético: pedir que una persona haga más no describe todavía una meta clara. Podría acordarse, dentro del programa, qué información comunicará sobre una tarea y cuándo se revisará. El objeto sería una acción definida y pertinente. La ilustración no fija cantidades de actividad: muestra que precisión y exigencia tienen que conservar el significado de la conducta y sus condiciones.

FORMULAR METAS EN RELACIÓN CON NECESIDADES

Criterios propuestos; sin puntuación ni dificultad universal



Los criterios se concretan mediante valoración y diálogo

[Inferencia] Figura original de EDUFISICA. El pentágono organiza principios de formulación, sin jerarquía, escala ni receta. Base conceptual: características de metas y flexibilidad en Arvinen-Barrow y Hemmings (2013), capítulo 5 [1].

Esquema didáctico original de EDUFISICA. Bases conceptuales: Monna Arvinen-Barrow y Brian Hemmings (2013).

8. Valorar el grado de logro y revisar el rumbo

Arvinen-Barrow y Hemmings advierten que la rehabilitación puede combinar avances rápidos y retrocesos difíciles de prever. Recogen la propuesta de atender al grado de logro, en vez de evaluar únicamente si se alcanzó un objetivo completo en una fecha. Los plazos ayudan a organizar expectativas, mientras la evolución exige revisar si los objetivos siguen siendo pertinentes y alcanzables.^[1]

El capítulo relata un estudio cualitativo de Evans, Hardy y Flemming (2000) en el que la flexibilidad de metas resultó útil ante retrocesos y factores físicos imprevisibles, como inflamación, dolor o molestias. Su bibliografía lo identifica como investigación de acción con deportistas lesionados. Se trata de una experiencia relatada secundariamente: no establece una regla temporal aplicable a cualquier lesión ni demuestra un efecto de tamaño conocido.^[1]

Valorar el grado de logro implica conservar información sobre avances parciales. La fuente utiliza como ejemplo progresos graduales en un parámetro físico. La interpretación y selección de ese parámetro corresponden al programa y a su valoración profesional. Para un objetivo conductual, también importa distinguir qué se realizó, bajo qué condiciones y qué dificultad apareció, en lugar de reducir todo seguimiento a éxito o fracaso.^{[1][2]}

La flexibilidad no elimina claridad. Cambiar un objetivo necesita una razón que pueda describirse y una relación con las necesidades actuales. Arvinen-Barrow y Hemmings presentan las metas como un proceso dinámico e individualizado, afectado por factores personales y situacionales. Revisar permite mantener esa relación cuando cambia la evolución o cuando se descubre una barrera que no había quedado visible al principio.^[1]

[Inferencia] Ejemplo hipotético: un objetivo de etapa estaba asociado a una expectativa temporal y el equipo observa una evolución diferente. La revisión podría reconsiderar indicador, estrategia o plazo, conservando el motivo del cambio. Describirlo permite distinguir un ajuste pertinente de una modificación arbitraria. El registro no convierte el calendario en pronóstico ni asigna a la persona la responsabilidad de cumplir una velocidad de recuperación.

El horizonte largo puede conservar dirección mientras se ajustan las metas próximas. En Tod, la revisión regular forma parte del establecimiento de metas, porque la planificación inicial puede necesitar cambios. En la fuente de rehabilitación, esa revisión se vincula además con variabilidad de la recuperación y con participación compartida. La diferencia de contexto hace relevante documentar qué se revisa y quién aporta la información.^{[1][3]}

9. Tercera fase: condiciones para un proceso compartido

La tercera fase de Arvinen-Barrow y Hemmings examina factores que pueden influir en la utilidad del establecimiento de metas. Entre ellos aparecen integración en rehabilitación, individualización, diálogo, aceptación de objetivos y compromiso del equipo. La meta necesita una relación con el trabajo que se realiza y con quienes participan en él; no basta con añadir una lista a una intervención ya organizada.^[1]

El capítulo señala que las metas se utilizan a menudo de forma poco estructurada y que pueden ser indicadas por profesionales en lugar de construirse mediante diálogo mutuo. También relata que entrenadores reconocen su necesidad, pero no siempre ofrecen ayuda sistemática. Estas observaciones no son una demostración de que toda imposición produce el mismo resultado: describen prácticas y necesidades de organización que las fuentes reseñadas identificaron.^[1]

La propuesta de participación consiste en que el deportista conozca cómo se perseguirán los objetivos, comprenda su finalidad y pueda aportar información. Arvinen-Barrow y Hemmings relacionan comunicación con confianza y comprensión de la lesión. También subrayan compromiso de los profesionales con las metas acordadas. Compartir un objetivo involucra responsabilidades de apoyo y seguimiento, además de participación del deportista.^[1]

Granquist y Brewer describen escucha, explicación clara de actividades y atención a necesidades informativas y socioemocionales como formas de facilitar un entorno de adherencia. Tod presenta la intervención general como trabajo adaptado a necesidades y circunstancias. Estas aportaciones permiten comprender por qué una conversación sobre metas requiere lenguaje claro y conocimiento del contexto, junto con información técnica adecuada.^{[2][3]}

[Inferencia] Ejemplo hipotético: una meta resulta difícil porque el horario previsto coincide con una obligación escolar. Escuchar esa condición permitiría distinguir una barrera práctica de un supuesto desinterés. El diálogo puede hacer visible qué coordinación se necesita y qué responsabilidades corresponden a cada participante. Cambiar una condición del plan requiere el acuerdo pertinente; la explicación no añade una actividad terapéutica.

La participación compartida conserva funciones diferentes. El deportista aporta conocimiento de su experiencia y circunstancias; los profesionales, valoraciones y orientación de su ámbito; el entrenador puede contribuir dentro de la coordinación de rehabilitación. El capítulo incluye a esos participantes y al equipo relevante en el proceso. Su propuesta vincula aceptación de metas con comunicación y sentido de participación, sin convertirlos en una autoridad clínica indistinta.^[1]

DIÁLOGO Y FUNCIONES EN EL PROCESO DE METAS

La participación compartida conserva competencias diferentes



El acuerdo incluye aportes y responsabilidades de apoyo

[Inferencia] Figura original de EDUFISICA. La disposición triangular diferencia contribuciones dentro del diálogo; no es un organigrama clínico ni sustituye coordinación profesional. Base conceptual: participación, comunicación y compromiso en Arvinen-Barrow y Hemmings y Granquist y Brewer (2013), capítulos 5 y 4 [1-2].

Esquema didáctico original de EDUFISICA. Bases conceptuales: Monna Arvinen-Barrow y Brian Hemmings (2013); Megan D. Granquist y Britton W. Brewer (2013).

10. Seguimiento, retroalimentación y acuerdos escritos

Arvinen-Barrow y Hemmings proponen monitorizar, evaluar y ajustar metas regularmente. El seguimiento permite estudiar pertinencia, compromiso y progreso durante diferentes partes de la rehabilitación. La retroalimentación puede ayudar al deportista a reconocer logros y dificultades. El capítulo menciona diarios, reuniones, gráficos y acuerdos como formas posibles de organizar la revisión, sin fijar una frecuencia única para toda situación.^[1]

Registrar un objetivo requiere mantener qué se esperaba y qué información se obtuvo. Si se trata de una conducta, el registro debe representar esa conducta; si se trata de evolución física, necesita su valoración correspondiente. Granquist y Brewer señalan que la tasa de recuperación es un resultado del tratamiento y no una medida apropiada de adherencia por sí misma. Esa distinción conserva lo que puede mostrar cada dato.^[2]

La fuente específica presenta un contrato escrito como propuesta para aclarar expectativas de deportista y profesional. Su figura 5.2 contiene responsabilidades para ambas partes: participación, asistencia y búsqueda de ayuda, junto con diseño individualizado, explicación, coordinación y respuesta a necesidades. Aquí se analiza

el sentido del acuerdo. No se reproduce un formulario ni se presenta ese ejemplo como documento jurídico o procedimiento clínico obligatorio.^[1]

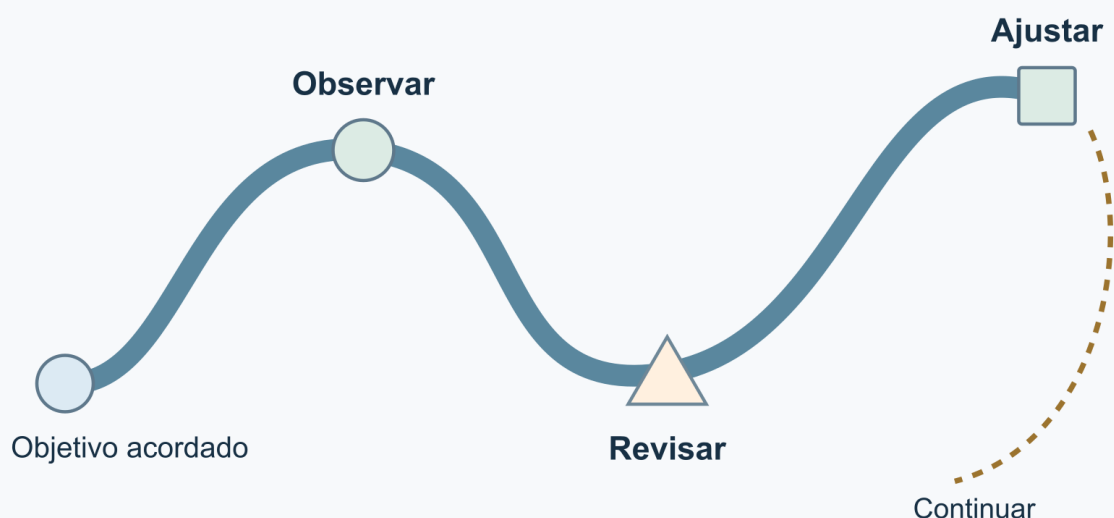
[Inferencia] Un acuerdo sobre acciones no significa control absoluto sobre el ritmo corporal de recuperación. Expresiones de responsabilidad necesitan leerse en relación con participación y con las funciones del equipo. Convertirlas en responsabilidad por cualquier retroceso cambiaría el objeto del acuerdo. La utilidad educativa consiste en hacer explícito qué aporta cada parte y cómo se comunicará una dificultad, sin adjudicar culpa por una evolución no esperada.

Tod destaca el valor de disponer de retroalimentación para comprender capacidades y ajustar estrategias. Su ejemplo deportivo permite reconocer cómo un registro informa planificación, pero la evaluación de rehabilitación necesita sus propios indicadores. Un gráfico de acciones realizadas y otro de evolución física pueden resultar relacionados, manteniendo que describen dimensiones diferentes. El seguimiento es más informativo cuando permite identificarlas.^{[2][3]}

El grado de logro también puede registrarse junto con el contexto del cambio. Una dificultad de horario, una revisión del programa o una evolución física distinta aportan información que una casilla de cumplimiento aislada dejaría fuera. Arvinen-Barrow y Hemmings vinculan revisión con adecuación continua del programa de metas. La organización escrita puede servir a ese propósito cuando conserva significado y participación.^[1]

OBSERVAR, REVISAR Y AJUSTAR

Ruta conceptual de seguimiento; sin curva de recuperación medida



La revisión considera grado de logro, barreras y pertinencia

[Inferencia] Figura original de EDUFISICA. Los cambios de dirección explican revisión, sin representar avances, retrocesos o efectos medidos de una lesión. Base conceptual: grado de logro, flexibilidad y seguimiento de Arvinen-Barrow y Hemmings (2013), capítulo 5; revisión general de Tod (2022), capítulo 8 [1,3].

Esquema didáctico original de EDUFISICA. Bases conceptuales: Monna Arvinen-Barrow y Brian Hemmings (2013); David Tod (2022).

11. Qué evidencia se relata sobre metas y adherencia

Granquist y Brewer describen como muy limitada la literatura de tratamientos empíricamente respaldados para mejorar adherencia en lesión deportiva. Señalan unos pocos estudios en que intervenciones de metas se aplicaron con resultados favorables, citando a Evans y Hardy (2002a) y Penpraze y Mutrie (1999). Su afirmación debe conservar ese contexto: apoyo específico relatado, dentro de un campo de intervención reducido en el balance de 2013.^[2]

Los autores separan ese apoyo experimental de resultados correlacionales, como la asociación entre uso de metas y adherencia relatada en Scherzer y colaboradores (2001). Una relación entre deportistas que utilizan una estrategia y quienes participan más en rehabilitación no contiene el mismo contraste que una intervención. La diferencia de diseño ayuda a interpretar qué aporta cada estudio al argumento sobre utilidad.^[2]

El capítulo de metas recoge posibles beneficios como sensación de logro, motivación, persistencia, autoeficacia y comunicación. También relata resultados de recuperación física y psicológica procedentes de diferentes trabajos. Estas dimensiones amplían las preguntas de evaluación. Mostrar una mejora de adherencia o de confianza no

autoriza a dar por observados todos los resultados que la fuente menciona en su revisión.^[1]

Granquist y Brewer reseñan como posibles explicaciones el incremento de autoeficacia, la atención al programa y la atribución de recuperación a factores personalmente controlables. Arvinen-Barrow y Hemmings añaden la organización de objetivos y percepción de avances. Son explicaciones que pueden guiar un estudio de mecanismos. La evaluación del resultado y la del proceso por el que se produjo conservan funciones distintas.^{[1][2]}

El capítulo de adherencia registra, además, asociaciones positivas, nulas y negativas entre conducta y resultados de rehabilitación, y reconoce que la dosis apropiada no estaba establecida de forma general. Ese balance importa para las metas: un objetivo de participación debe relacionarse con el programa específico. Promover actividad creciente sin conservar restricciones confundiría mayor cantidad con mayor adecuación a la recuperación.^[2]

[Inferencia] Ejemplo hipotético: un programa de metas mejora una conducta registrada de participación. Para valorar si cambió también función física o confianza se necesitarían sus medidas. Un resultado favorable puede ser útil dentro de su objeto y población, mientras otros efectos permanecen por comprobar. Describirlos de forma separada hace más clara la contribución de la intervención.

12. Resultados diferentes y perspectivas distintas

Arvinen-Barrow y Hemmings advierten que el establecimiento de metas no siempre resulta efectivo. Reseñan a Johnson (2000), quien estudió intervenciones psicológicas breves en deportistas lesionados durante un periodo prolongado. El capítulo relata ausencia de efectos significativos sobre ánimo cuando las metas se utilizaron de forma aislada, y potencial favorable cuando se combinaron con otras intervenciones. La bibliografía conserva el contexto de lesión prolongada.^[1]

Ese resultado responde a ánimo, un objeto diferente de adherencia. Además, una combinación de estrategias informa sobre el paquete estudiado y no identifica por sí misma cuál componente produjo un cambio. Leer las dos condiciones permite conservar el resultado nulo aislado junto con el potencial relatado de la combinación. La fuente no ofrece aquí una magnitud numérica ni un calendario de intervención que pudiera aplicarse de forma general.^[1]

Otro contraste del capítulo procede de Francis, Andersen y Maley (2000), sobre perspectivas de fisioterapeutas y deportistas profesionales varones. Los profesionales atribuían valor a metas próximas como técnica de tratamiento y consideraban que quienes establecían metas afrontarían mejor la lesión. Los deportistas también las veían útiles, pero calificaban la importancia de metas de corto plazo más baja que los

profesionales. Se trata de valoraciones de utilidad, no de una comparación clínica de efectos.^[1]

El capítulo propone que un procedimiento sistemático pueda hacer visibles esas diferencias y permitir ajustes. La discrepancia no exige suponer que una parte carezca de comprensión. Puede señalar que las metas cumplen funciones percibidas distintas o que su presentación necesita diálogo. Granquist y Brewer destacan necesidades informativas y socioemocionales, mientras Tod subraya la adaptación de métodos a personas y circunstancias.^{[1][2][3]}

La opinión de un profesional recogida en la fuente, que describe las metas como muy útiles para observar avances cotidianos, añade una perspectiva de práctica. Su función es distinta de un ensayo. También los testimonios del capítulo de adherencia representan experiencias personales, como la de una exgimnasta que valora objetivos de desempeño y expresa que hubiera deseado más apoyo de pares. Son voces que amplían comprensión del contexto sin reemplazar evaluación.^{[1][2]}

Conservar diferencias de resultados y de perspectivas mejora la pregunta de seguimiento. Importa qué objetivo se propuso, quién participó, qué se midió y qué esperaba cada parte. Las metas pueden relacionarse con motivación, conducta, ánimo o evolución física, pero cada efecto necesita la evidencia que le corresponde. La amplitud del método se interpreta mejor mediante esa precisión.^{[1][2]}

13. Cuarta fase: integrar objetivos, estrategias y revisión

La cuarta fase del capítulo específico propone integrar el establecimiento de metas en rehabilitación. Taylor y Taylor, citados por Arvinen-Barrow y Hemmings, sitúan al inicio una conversación sobre aspectos físicos importantes y su explicación. Después se consideran metas de esas áreas y metas psicológicas, se acuerdan estrategias que el deportista necesita conocer y se revisan objetivos regularmente. Es una organización propuesta para trabajo profesional individualizado.^[1]

La relación entre objetivo y estrategia es esencial: una meta expresa qué se busca, mientras la estrategia identifica cómo se trabajará dentro del programa. Tod también distingue tener un objetivo de desarrollar acciones para perseguirlo. Su tabla 8.2 incluye orientación amplia, identificación de atributos pertinentes, planificación, puesta en práctica y revisión. Ambas fuentes coinciden en conectar propósitos, acciones y evaluación, con objetos diferentes.^{[1][3]}

Tod ilustra su marco con el plan de un levantador de potencia joven para competición. El deportista disponía de registros de entrenamiento y competición de los tres años anteriores y revisaba el plan antes y después de entrenar. El ejemplo muestra cómo información previa y revisión se relacionan con planificación deportiva.

Sus cargas y semanas pertenecen al entrenamiento competitivo descrito; no constituyen un programa de rehabilitación.^[3]

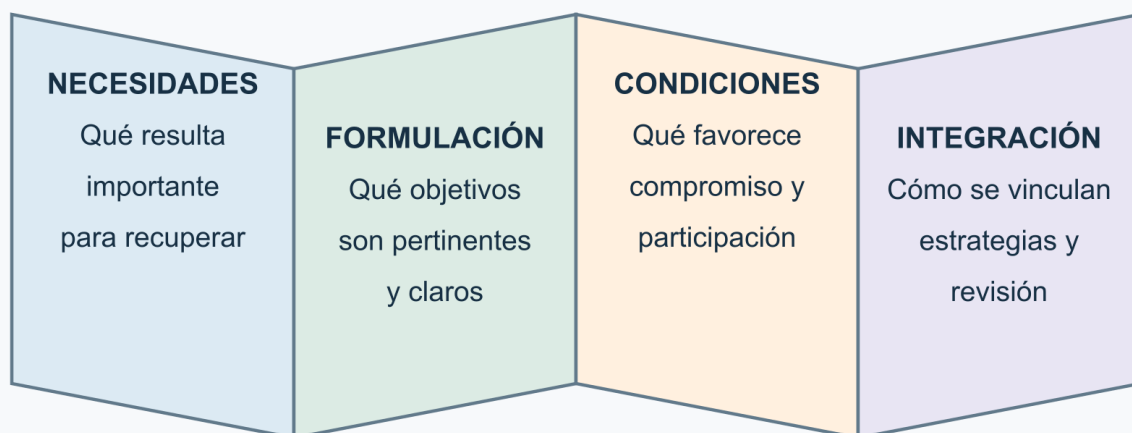
Arvinen-Barrow y Hemmings, en cambio, destacan lesión, necesidades, percepción de progreso y variación de recuperación. La familiaridad del deportista con organizar metas puede aportar un punto de partida. La adaptación consiste en determinar qué objetivos y acciones son pertinentes ahora, con orientación y apoyo. Mantener la forma de un registro y cambiar su contenido exige conservar esa diferencia de contexto.^[1]

[Inferencia] Ejemplo hipotético: una persona acostumbrada a planificar entrenamiento utiliza una hoja para anotar metas acordadas, estrategias del programa y cuestiones que necesita comunicar. La estructura puede ayudar a organizar información. Copiar la progresión de otro deportista añadiría acciones que no han sido valoradas para su situación. La ilustración presenta una forma de registro educativo, sin cantidades ni autorización para modificar actividad.

La integración también requiere aprender a utilizar el método. Tod describe presentación, adquisición y aplicación de técnicas dentro de la vida y el deporte, con revisión de utilidad. En rehabilitación, el diálogo y seguimiento dan contenido a ese aprendizaje. Las cuatro fases del capítulo específico organizan preguntas; su descripción no asegura que el proceso de cada persona avance de manera lineal o con una duración predeterminada.^{[1][3]}

ORGANIZAR UN PROCESO DE TRABAJO

Cuatro fases propuestas; no etapas biológicas ni programa individual



Aplicación individualizada mediante diálogo y seguimiento

[Inferencia] Figura original de EDUFISICA. Los pliegues organizan las cuatro fases que propone la fuente, sin protocolo, dosis ni duración. Base conceptual: proceso de metas e integración en Arvinen-Barrow y Hemmings (2013), capítulo 5 [1].

Esquema didáctico original de EDUFISICA. Bases conceptuales: Monna Arvinen-Barrow y Brian Hemmings (2013).

14. Dos casos para examinar el sentido de las metas

El capítulo de Arvinen-Barrow y Hemmings presenta a Marika, patinadora sincronizada de nivel internacional de 16 años, con una lesión de grado III en la musculatura posterior del muslo izquierdo. En el caso, médico y fisioterapeuta habían indicado una expectativa de recuperación y uso de muletas. Marika explica dificultades escolares para utilizarlas, como pedir ayuda para transportar comida o esperar el ascensor entre clases. Esas circunstancias permiten identificar una barrera concreta, más informativa que etiquetar su conducta como falta de voluntad.^[1]

La narración continúa con recuperación incompleta, inflamación tras ejercicios, frustración, distanciamiento en casa y abandono de actividades de rehabilitación. Marika se preocupa por futuras competiciones, considera que otros dominan mejor el programa y piensa dejar el patinaje. El caso también informa sesiones de fisioterapia a las que no asistió. Su función didáctica es reunir valoraciones, emociones, comportamientos y contexto; no relata un programa de metas con resultados comprobados.^[1]

Las preguntas del capítulo solicitan analizar factores que afectan la valoración y considerar metas de distintos tipos y niveles. [Inferencia] Una lectura educativa

puede separar expectativa competitiva, acciones del programa, necesidades de comunicación y barreras escolares. También puede preguntar qué apoyo ayudaría a comprender y organizar lo acordado. Formular un tratamiento o fijar la fecha de retorno excedería lo que demuestra el caso. Los tiempos narrados corresponden a esa escena, no a una pauta general de lesión.^[1]

Granquist y Brewer presentan otro caso: Michael, lanzador universitario de 22 años, desea una carrera profesional. Cuatro meses después de cirugía de un ligamento del codo no experimenta dolor, pero el programa mantiene restricciones. Él teme perder oportunidades de reclutamiento y contempla añadir lanzamientos por su cuenta. El contraste muestra cómo una meta competitiva puede entrar en tensión con las acciones pertinentes de rehabilitación. La ausencia de dolor es una experiencia narrada, junto con condiciones que siguen formando parte de la atención.^[2]

[Inferencia] Comparar ambos casos permite estudiar qué aporta una meta en cada situación. En Marika aparecen dificultades prácticas, expectativas y desinterés; en Michael, presión por demostrar capacidad y añadir actividad. Una misma consigna de esforzarse más perdería esas diferencias. El diálogo sobre objetivos necesita conservar experiencia, contexto y programa, en vez de convertir compromiso en una cantidad visible de esfuerzo.

Los capítulos permiten comprender el establecimiento de metas como un trabajo de claridad, coordinación y revisión. La evidencia relatada aporta resultados específicos de adherencia y otras experiencias, junto con variabilidad y diferentes perspectivas. Las propuestas de fases y programas orientan cómo organizar preguntas. Su utilidad en una persona concreta se examina mediante metas pertinentes, participación compartida y seguimiento del proceso y de los resultados que realmente se evalúan.^{[1][2][3]}

Referencias bibliográficas

1. Arvinen-Barrow, M., & Hemmings, B. (2013). Goal setting in sport injury rehabilitation. En M. Arvinen-Barrow & N. Walker (Eds.), *The psychology of sport injury and rehabilitation* (pp. 56–70). Routledge.

Capítulo 5. Goal setting in sport injury rehabilitation

2. 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.

Capítulo 4. Psychological aspects of rehabilitation adherence

3. Tod, D. (2022). *Sport psychology: The basics* (2.^a ed.). Routledge.

Capítulo 8. Psychological skills training

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