

LOCUS DE CONTROL Y VULNERABILIDAD A LA LESIÓN EN FÚTBOL SEMIPROFESIONAL Y PROFESIONAL

Francisco J. Ortín Montero*, **Aurelio Olmedilla Zafra****, **Enrique J. Garcés de los Fayos Ruiz*** y **María Dolores Hidalgo Montesinos***

Universidad de Murcia y Universidad Católica San Antonio. Murcia***

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo es analizar la relación entre el locus de control y la vulnerabilidad del futbolista a la lesión. La muestra del estudio está formada por 209 futbolistas semiprofesionales y profesionales. Se lleva a cabo una evaluación sobre el locus de control a través de la Escala de Locus de Control de Rotter (1966), adaptada por Pérez (1984). Además, se lleva a cabo un registro de las lesiones durante una temporada en cuanto al número y gravedad de estas, así como la presencia de lesiones en la temporada anterior. Los resultados indican una ligera tendencia a menor vulnerabilidad en los sujetos con Locus de Control más interno.

PALABRAS CLAVE

Locus de control, lesiones, fútbol, variables psicológicas

LOCUS OF CONTROL AND VULNERABILITY TO THE INJURY IN SEMI-PROFESSIONAL AND PROFESSIONAL FOOTBALL

ABSTRACT

The aim of this study is to analyze the relation between the control locus and the vulnerability of the football player to injuries. The sample of this study consists of 209 professional and semi-professional football players. We have performed an evaluation of the control locus through the Rotter Control Locus Scale (1966), adapted by Perez (1984). Moreover, we have registered the number and the seriousness of injuries observed in a season as well as those occurred in the previous season. Our results point towards a light trend to diminished vulnerability in players with control locus more internal.

KEYWORDS

Locus of control, injuries, soccer, psychological variables

Dirección para correspondencia: Francisco J. Ortín. Facultad de Psicología. Campus de Espinardo. 30100. Espinardo. Murcia. España. ortin@um.es

Fecha de recepción: 01/11/08 Fecha aceptación: 25/01/09

INTRODUCCIÓN

El locus de control se define como la creencia generalizada en la cual los refuerzos que siguen a una acción están directamente relacionados con la conducta del sujeto o, por el contrario, la creencia de que los refuerzos que siguen a la acción están bajo el control de otras personas, están predeterminados o son incontrolables, puesto que dependen de fuerzas como el destino o el azar (Linares, 2001). Rotter (1966), define el locus de control como una característica estable que actúa como modulador de la respuesta de estrés.

El constructo locus de control ha sido uno de los más investigados dentro y fuera del ámbito de la salud. Palenzuela (1984, 1987), afirma que las complejidades del constructo y las dificultades de su conceptualización han originado una gran variedad de resultados difíciles de integrar, por lo que se ha sugerido la necesidad no tanto de depurar el constructo en sí, sino de establecer una perspectiva más amplia que denomina psicología del control.

La influencia del locus de control sobre la salud ha sido estudiada en relación a diferentes aspectos como la afectividad (Averill, 1973; Cohen, Evans, Stokols y Krantz, 1986; Langer, 1977; Saenz-López, Jiménez, Jiménez e Ibáñez, 2007; Shapiro, Sandman, Grossman, y Grossman, 1995), la morbilidad y mortalidad (Alexander, Chandler, Langer, Newman y Davis, 1989; Rodin y Langer, 1977), o el cáncer (Font, 1989; Linares, 2001).

Dentro del ámbito del deporte, el locus de control y las atribuciones causales han sido variables ampliamente estudiadas (Casais y Dosil, 2006; Fonseca, 1996; 2001; Biddle y Hanrahan, 1998; Dosil, 2004, Morán, 2004). Casais y Dosil (2006), en su trabajo sobre atribución causal en el deporte, concluyen que el modo que tienen las personas de caracterizar las causas de sus conductas (si son responsables de ellas) será más importante que las causas en sí mismas.

En el contexto deportivo es complicado encontrar trabajos con resultados estadísticos significativos relacionando la variable locus de control y lesiones deportivas (Andersen y Williams, 1988; Buceta, 1996; Hanson et al, 1992; Kerr y Minden, 1988; Labbe, Weish, Coldmith y Hickman, 1991). Por tanto no podemos afirmar la capacidad predictiva de este constructo respecto a las lesiones deportivas. Díaz (2001) señala la "importancia de desarrollar nuevos estudios que tuvieran en cuenta la interacción del patrón de atribución causal con las características situacionales, para explicar la mayor o menor probabilidad de los deportistas a experimentar una respuesta de estrés y sus consecuencias perjudiciales" (pp. 55).

Passer y Seese (1983), en un estudio con futbolistas universitarios americano, no encuentra ninguna relación, ni directa ni moderadora entre locus de control y lesiones deportivas. Dahlhauser y Thomas (1979), utilizando la escala de Locus de Control interno-externo de Rotter (1966) no encuentran relación entre Locus de control y lesiones, aunque si hallaron relación ente locus de control externo y aparición de lesiones, al emplear una escala de locus de control adaptada al fútbol creada por ellos.

Por último, Labbe et al (1991) evalúan 142 corredores de campo a través encontrando relaciones significativas entre los sujetos con un locus de control interno en relación a aspectos de salud y una menor propensión a informar de las lesiones deportivas. En relación a estos resultados, Díaz (2001) indica que "parece lógico suponer que los

deportistas que tienden a percibir sus estado de bienestar y salud como una consecuencia de su conducta tenderás a mostrar unas pautas de adherencia a medidas preventivas más adecuadas, que aquellos que tienden a percibir una falta de control sobre dichas variables” (pp. 54).

El objetivo de este trabajo es evaluar la relación entre el locus de control y la lesión deportiva en futbolistas semiprofesionales y profesionales, analizando las lesiones en la temporada anterior a la evaluación, y llevando a cabo un estudio prospectivo de las lesiones durante la temporada en la que se realiza la evaluación del constructo. Además, se tiene en cuenta la acción en la que se producen las lesiones registradas al objeto de analizar las posibles diferencias entre las lesiones con y sin contacto con rival o compañero.

METODO

Participantes

La muestra está formada por 209 futbolistas profesionales y semiprofesionales.

La edad de los sujetos oscila entre los 16 y los 37 años, con una media de 24,59 años de edad y una desviación típica de 4,29. En cuanto a la distribución de los sujetos por edad, el 17,62% de la muestra tiene entre 16 y 20 años, el 46,19%, entre 21 y 25, el 25,33% entre 26 y 30, y el 8,57% entre 31 y 37.

Respecto a la experiencia de los sujetos en competición se registraron los años que llevan compitiendo de forma interrumpida con licencia federativa. En este sentido, la experiencia oscila entre 1 y 30 años, con una media de 14,73 años.

La Tabla 1 indica la demarcación táctica que ocupan los sujetos dentro de sus equipos, señalando que, 23 son porteros (10,95%), 76 son defensas (36,20%), 75 centrocampistas (35,71%) y 36 delanteros (17,14%).

Tabla 1. Distribución de la muestra por demarcación táctica.

DEMARCACIÓN	Nº SUJETOS	PORCENTAJE
Portero	23	10,95%
Defensa	76	36,20%
Centrocampista	75	35,71%
Delantero	36	17,14%

Instrumentos

Escala de Locus de Control

Para la evaluación del locus de control de los deportistas, se utilizó la adaptación de Pérez (1984) de la Escala de Locus de Control de Rotter (1966). La versión consta de 29 ítems, 6 de los cuales son incluidos como ítem control. El sujeto escoge entre las dos opciones de cada ítem aquella que se ajusta más a su forma de pensar. Todos los ítems no control cuentan con una opción que indica un estilo atribucional más externo y otra más interno (internalismo versus externalismo). Pérez (1984) realizó un análisis factorial mostrando cuatro factores: control general, control interpersonal, control en situaciones de rendimiento y control político.

Hoja de registro de lesiones

Para el registro y seguimiento de las lesiones deportivas se utiliza una hoja de registro específica (adaptada de Díaz, 2001), en la que se recoge información tanto de factores deportivos como de la evaluación de las lesiones. La acción en que se produce la lesión, aspecto analizado en los resultados, diferencia entre las lesiones sin contacto con otro sujeto, lesiones por contacto con rival en competición y lesiones por contacto con un compañero en entrenamiento (ver Anexo 1). Por otro lado, para la evaluación de la gravedad de la lesión se toma como referencia los días de baja, creando tres intervalos: 0-21 días, 22-59 y 60 días o más.

Cuestionario sociodemográfico

Para la recogida de los datos personales, así como las lesiones de la temporada anterior se utiliza un cuestionario ad hoc, adaptado de Olmedilla (2003). En este sentido se recogen los siguientes aspectos:

- Equipo al que pertenece la presente temporada.
- Edad.
- Años de competición interrumpida
- Demarcación táctica.
- Ocupación actual al margen del fútbol.
- Ocurrencia de lesiones la temporada anterior

Procedimiento

En este apartado señalamos diferentes fases. En primer lugar una toma de contacto con los clubes, de cara a la petición de los permisos pertinentes y explicación de la investigación. Por otro lado, se llevaron a cabo entrevistas con los equipos técnicos al objeto de solicitar la colaboración en el registro de las lesiones así como la explicación de la hoja de registro a utilizar. Posteriormente se realiza la cumplimentación de los cuestionarios por parte de los futbolistas. Finalmente señalamos que los registros de las lesiones se llevaron a cabo durante nueve de los diez meses que dura la temporada regular.

Para el control de los registros, se establecieron reuniones quincenales con los fisioterapeutas encargados del seguimiento de las lesiones

Análisis estadístico

En cuanto al tratamiento estadístico de los datos se han realizado tanto análisis discriminante como análisis de tablas de contingencia. Para el análisis de las frecuencias se han considerado tres grupos, en función del nivel de locus de control, tomando como referencia la media más una desviación típica para el grupo alto y la media menos una desviación típica para el grupo bajo, esta división de los sujetos se ha realizado de manera independiente para la variable locus de control interno y locus de control externo. La distribución de frecuencias se analiza en función de la presencia de lesión la temporada anterior y el número de lesiones, gravedad y acción de las lesiones en la temporada registrada.

RESULTADOS**Lesiones de la temporada anterior**

En primer lugar se realiza un análisis discriminante por pasos para clasificar si el sujeto tuvo lesión la temporada anterior, introduciendo como variables independientes el locus de control interno y externo. De las dos variables introducidas en el modelo, solo se mantuvo el locus de control interno, no resultando significativo estadísticamente (Lambda de Wilks= 0,989; Chi-cuadrado= 1,281; $p= 0,258$). Además, la variable locus de control interno solo clasificó correctamente el 57% de los casos. Los resultados muestran que la media en locus de control interno para los sujetos sin lesión la temporada anterior es de 12,64 (DT= 3,88) frente a 11,42 (DT= 3,34) de los sujetos con lesión.

Aunque los resultados encontrados no resultan estadísticamente significativo, se llevó a cabo un análisis de distribución de frecuencias entre la variable nivel (alto, medio o bajo) de locus de control (interno o externo) y lesión la temporada anterior.

Locus de control interno y lesiones en la temporada anterior

Los datos de la Tabla 2 muestran que el 93.75% de los sujetos con niveles bajos en locus de control interno sufre alguna lesión frente al 75% de los sujetos del grupo alto. En este sentido los datos apuntan ligeramente a que los sujetos con locus de control interno pueden tener menos lesiones. La prueba utilizada para la distribución homogénea de frecuencias no resultó estadísticamente significativa (X^2 -Pearson=4.11 gl=2, $p=0.13$), indicando ausencia de relación entre ambas variables. Además el tamaño de la relación entre dichas variables fue bajo ($\Phi=0.18$).

Tabla 2. Distribución de sujetos en locus de control interno y lesiones la temporada anterior.

	Nº sujetos		Porcentaje respecto al grupo	
	No lesión	Lesión	No lesión	Lesión
Grupo Bajo	1 0.83%	15 12.40%	6.25%	93.75%
Grupo Medio	7 5.78%	86 71.07%	7.53%	92.47%
Grupo Alto	3 2.48%	9 7.44%	25.00%	75.00%
Totales	11 9.09%	110 90.91%		

Locus de control externo y lesiones en la temporada anterior

En la Tabla 3 se muestra la distribución de frecuencias entre el nivel de locus de control externo y lesiones la temporada anterior. Los resultados indican un mayor porcentaje de sujetos sin lesión del grupo de puntuación más bajo. Sin embargo, no aparecen resultados estadísticamente significativos (X^2 -Pearson=1.22 gl=2, $p=0.54$), indicando ausencia de relación entre ambas variables. Además el tamaño de la relación entre dichas variables fue bajo ($\Phi=0.10$).

Tabla 3. Distribución de sujetos en locus de control externo y lesiones la temporada anterior.

	Nº sujetos		Porcentaje respecto al grupo	
	No lesión	Lesión	No lesión	Lesión
Grupo Bajo	3 2.48%	16 13.22%	15.79%	84.21%
Grupo Medio	7 5.78%	82 67.77%	7.86%	92.14%
Grupo Alto	1 0.83%	12 9.92%	7.69%	92.31%
Totales	11 9.09%	110 90.91%		

Acción en que se produce la lesión en la temporada actual

En cuanto a la acción, los resultados indican que el 65,47% de las lesiones se producen sin contacto con otro deportista, el 15,87% en contacto con un rival en competición, el 12,30% en contacto con un compañero en entrenamientos y en el 6,34% de las lesiones no se pudo identificar el momento exacto en que se produjo.

Se realizó un análisis discriminante para predecir la acción en que se produce la lesión, utilizando de nuevo como variables independientes el locus de control interno y externo. Como en el análisis anterior, la variable que se mantiene en el modelo es el locus de control interno, aunque sin resultados estadísticos significativos (Lambda de Wilks= 0,995; Chi-cuadrado= 0,597; p= 0,440). En este caso el locus de control interno clasificó el 46,3% de los casos. Se observa además que la media en locus de control interno para las lesiones sin contacto fue de 11,34 (DT= 3,24) frente a 10,79 (DT= 4,07) para las lesiones con contacto (de rival o compañero).

A fin de profundizar más en las relaciones entre el nivel de locus de control interno y la acción en la que se produce la lesión (con o sin contacto) se llevó a cabo un análisis de distribución de frecuencias entre dichas variables, donde la variable locus de control interno fue codificada en tres niveles (alto, medio o bajo).

Aunque sin diferencias significativas, los resultados de la tabla 4 indican un mayor porcentaje de lesiones sin contacto en el grupo de puntuación más bajo en locus de control interno.

Tabla 4. Distribución de la acción y locus de control interno.

	Frecuencia	Porcentaje
Grupo Bajo	13	14,6%
Grupo Medio	68	76,4%
Grupo Alto	8	9%
Totales	89	100%

La tabla 5 muestra la distribución de frecuencias divariada entre el nivel de locus de control externo y la acción en la que se produce la lesión (con o sin contacto); en este caso la variable locus de control externo fue codificada en tres niveles (alto, medio o bajo). Los resultados encontrados muestran un mayor porcentaje de lesiones sin contacto en el grupo de puntuación más bajo en locus de control externo, siendo estos efectos no significativos estadísticamente.

Tabla 5. Distribución de la acción y locus de control externo.

	Frecuencia	Porcentaje
Grupo Bajo	10	11,2%
Grupo Medio	72	80,9%
Grupo Alto	7	7,9%
Totales	89	100%

Número de lesiones en la temporada actual

Locus de control interno y número de lesiones en la temporada actual.

No se encontró un efecto del nivel de locus de control interno reportado por los futbolistas y el número de lesiones en la temporada registrada. La prueba acerca de la distribución homogénea de frecuencias en la Tabla 6 no resultó estadísticamente significativa (X^2 -Pearson=4.92 gl=6, p=0.55). Tal y como se puede observar en la tabla, el tamaño de la relación entre dichas variables fue bajo (Φ =0.15). No obstante se observan ligeras diferencias entre los grupos en los sujetos con una lesión (40.62% de los sujetos del grupo bajo en locus de control interno frente a un 17.39% de los sujetos del grupo con altos niveles de locus de control interno).

Tabla 6. Distribución de número de lesiones y locus de control interno.

	Nº lesiones				Porcentaje respecto al grupo			
	0	1	2	3 o +	0	1	2	3 o +
Grupo Bajo	11	13	3	5	34.75%	40.62%	9.37%	15.62%
Grupo Medio	63	44	20	26	41.18%	28.76%	13.07%	16.99%
Grupo Alto	11	4	5	3	47.83%	17.39%	21.74%	13.04%
Totales	85	61	28	34	40.86%	29.33%	13.46%	16.35%

Locus de control externo y número de lesiones en la temporada actual.

Aunque sin efecto estadístico significativo (X^2 -Pearson=7.32 gl=6, p=0.29), la Tabla 7 muestra diferencias en cuanto a los sujetos con 1 y dos lesiones, no así entre los sujetos con 0 y 3 o más lesiones. Por otro lado, el tamaño de la relación entre variables fue bajo (Φ =0.19).

Tabla 7. Distribución de número de lesiones y locus de control externo.

	Nº lesiones				Porcentaje respecto al grupo			
	0	1	2	3 o +	0	1	2	3 o +
Grupo Bajo	17 8.17%	4 1.92%	5 2.40%	4 1.92%	56.67%	13.33%	16.67%	13.33%
Grupo Medio	58 27.88%	50 24.04%	22 10.58%	26 12.50%	37.18%	32.05%	14.10%	16.67%
Grupo Alto	10 4.81%	7 3.36%	1 0.48%	4 1.92%	45.45%	31.82%	4.54%	18.18%
Totales	85 40.86%	61 29.33%	28 13.46%	34 16.35%				

Gravedad de las lesiones en la temporada actual

Locus de control interno y gravedad de lesiones en la temporada actual.

El análisis no indica resultados estadísticamente significativos (X^2 -Pearson=2.97 gl=4, p=0.56), mostrando ausencia de relación entre ambas variables. Además el tamaño de la relación entre dichas variables fue bajo (Phi=0.12). La tabla muestra además la ausencia de sujetos del grupo alto en el intervalo de mayor gravedad.

Tabla 8. Distribución de días de baja y locus de control interno.

	Nº días de baja			Porcentaje respecto al grupo		
	0-21	22-59	60 o +	0-21	22-59	60 o +
Grupo Bajo	31 14.90%	0 0.00%	1 0.48%	96.87%	0.00%	3.13%
Grupo Medio	139 66.83%	10 4.81%	4 1.92%	90.85%	6.54%	2.61%
Grupo Alto	22 10.58%	1 0.48%	0 0.00%	95.65%	4.35%	0.00%
Totales	192 92.31%	11 5.29%	5 2.40%			

Locus de control externo y gravedad de lesiones en la temporada actual.

La Tabla 9 muestra porcentajes similares entre los grupos alto y bajo. Los datos indican la ausencia de sujetos del grupo bajo en el intervalo de mayor gravedad. La prueba estadística acerca de la distribución homogénea de frecuencias en la tabla no resultó estadísticamente significativa (X^2 -Pearson=2.53 gl=4, p=0.64), indicando ausencia de relación entre ambas variables. Además el tamaño de la relación entre dichas variables fue bajo (Phi=0.11).

Tabla 9. Distribución de días de baja y locus de control externo.

	Nº días de baja			Porcentaje respecto al grupo		
	0-21	22-59	60 o +	0-21	22-59	60 o +
Grupo Bajo	28 13.46%	2 0.96%	0 0.00%	93.33%	6.67%	0.00%
Grupo Medio	143 68.75%	9 4.33%	4 1.92%	91.67%	5.77%	2.56%
Grupo Alto	21 10.10%	0 0.00%	1 0.48%	95.45%	0.00%	4.54%
Totales	192 92.31%	11 5.29%	5 2.40%			

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El objetivo de este trabajo es evaluar la relación entre el locus de control y la lesión deportiva en futbolistas semiprofesionales y profesionales. Los resultados encontrados indican un menor porcentaje de sujetos con lesión la temporada anterior en el grupo que puntúan más alto en locus de control interno, sin embargo, estos no resultaron estadísticamente significativos. Por otro lado, en cuanto al número y gravedad de las lesiones aparecen porcentajes similares entre grupos tanto en locus de control interno como externo. Además, los resultados indican una media ligeramente más alta en locus de control interno en sujetos con lesión sin contacto con otros sujetos, frente a los sujetos con lesión previo contacto (rival o compañero).

Los resultados de este estudio se encuentran en la línea de otros trabajos como los de Labbe et al (1991) y Díaz (2001) que relacionan locus de control interno con una menor propensión a las lesiones deportivas. Por otro lado Passer y Seese (1983), no encuentran resultados significativos en general al relacionar locus de control con lesiones deportivas Dahlhauser y Thomas (1979), sin embargo, encuentran relación entre locus de control externo y la aparición de lesiones al emplear una escala de locus de control adaptada al fútbol creada por ellos.

A la luz de los resultados obtenidos y teniendo en cuenta la relación del locus de control con aspectos relacionados con la salud (Averill, 1973; Alexander et al. 1989 Cohen et al. 1986; Font, 1989; Langer, 1977; Linares, 2001; Rodin y Langer, 1977; Saenz-López et al. 2007; Shapiro et al. 1995), podemos señalar que estamos ante una variable interesante para continuar el estudio de su relación con la lesión deportiva. Además, desde el punto de vista de la intervención, destacamos el estudio de Rodríguez y Caro (2007), en el que se desarrolla un programa de con quince deportistas femeninas de entre 12 y 16 años, que fueron seleccionadas entre sesenta por sus altas puntuaciones en locus de control externo. Los resultados muestran diferencias significativas entre el pretest y el posttest, es decir, que las deportistas muestran después del programa una mayor tendencia hacia un locus de control interno, considerado en general como más adecuado de cara al rendimiento deportivo.

Dado que el número de investigaciones sobre locus de control y lesiones en comparación con otras variables es escaso, puede ser interesante la profundización de estudios en este sentido. Como ocurre en otras variables psicológicas, la creación de instrumentos específicos en el contexto deportivo puede facilitar el conocimiento de la relación entre este constructo y aspectos como el rendimiento o la vulnerabilidad a la lesión.

Como conclusión final señalamos la ligera tendencia a menor vulnerabilidad en los sujetos con un enfoque interno. Los técnicos que rodean al deportista pueden jugar un papel esencial en la labor preventiva de lesiones en su relación con las variables psicológicas. Estos, deben ser un modelo de análisis de las situaciones lo más alejado posible del aspecto emocional siempre presente en el deporte de competición. Aunque el locus de control y el estilo atribucional del deportista son aspectos muy complicados de modificar, el trabajo con los deportistas debe ir encaminado hacia transmitir un enfoque interno en aquellas situaciones que sea conveniente. La labor del psicólogo del deporte puede resultar esencial para discriminar los aspectos claves en las atribuciones de los deportistas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alexander, C. N., Chandler, H. M., Langer, E. J., Newman, R. I. y Davies, J. L. (1989). Transcendental meditation, mindfulness, and longevity: An experimental study with the elderly. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 950-964.
- Andersen, M. B. y Williams, J. M. (1988). A model of stress and athletic injury: Prediction and prevention. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 10, 294-306.
- Averill, J. R. (1973). Personal control over aversive stimuli and its relationship to stress. *Psychological Bulletin*, 80, 286-303.
- Biddle, S. y Hanrahan, S. (1998). Attributions and attributional style. En S. Biddle y S. Hanrahan (Eds), *Advances in sport and exercise psychology* (7-31). Morgantown, W.V.: Fitness Information Technology.
- Buceta, J. M. (1996). *Psicología y lesiones deportivas*. Madrid: Dykinson.
- Casáis, L. y Dosil, J. (2006). La atribución causal en el ámbito del deporte. En E. J. Garcés de los Fayos, A. Olmedilla y P. Jara (Coords.), *Psicología y Deporte* (pp. 125-140). Murcia: Diego Marín.
- Cherlin, A. y Bourque, L. A. (1974). Dimensionality and reliability of the Rotter I-E scale. *Sociometry*, 37, 565-582.
- Collins, B. E. (1974). Four components of the Rotter internal-external scale: Belief in a difficult world, a just world, a predictable world, and a politically responsive world. *Journal of Personality and Social Psychology*, 29, 381-391.
- Cohen, S., Evans, G. W., Stokols, D. y Krantz, D. S. (1986). *Behavior, health and environmental stress*. New York: Plenum Press.
- Dahlhauser, M. y Thomas, M. D. (1979). Visual disembedding and locus of control as variables associated with high school football injuries. *Perceptual and Motor Skills*, 49, 254.
- Díaz, P. (2001). *Estres y prevención de lesiones*. Tesis Doctoral no publicada. Universidad Nacional de Educación a Distancia. Madrid.

- Dosil, J. (2004). *Psicología de la actividad física y el deporte*. Madrid: McGraw-Hill.
- Fonseca, A. M. (1996). As atribuições causais em contextos desportivos. En J. Cruz (Ed.), *Manual de psicologia do desporto*, (pp. 333-359). Braga: SHO, Sistemas Humanos e Organizacionais. Lda.
- Fonseca, A. M. (2001). *As atribuições causais*. Porto: FCDEF.
- Font, A. (1989). Locus de control en situaciones de indefensión producida por amenaza real. *Psicogemas*, 3, 225-243.
- Gurin, P., et al (1969). Internal-external control in the motivational dynamics of Negro youth. *Journal of Social Issues*, 25, 29-53.
- Hanson, S., McCullagh, P. y Tonymon, P. (1992). The relationship of personality characteristics, life stress, and doping resources to athletic injury. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 14, 262-272.
- Kerr, G. y Minden, H. (1988). Psychological factors related to the occurrence of athletic injuries. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 10, 167-173.
- Labbe, E., Weish, M. C., Coldmith, B. y Hickman, H. (1991). High School cross country runners: Running commitment, health locus decontrol and performance. *Journal of Sport Behavior*, 14(2), 85-91.
- Levenson, H. (1974). Activism and powerful others: Distinctions within the concept of internal-external control. *Journal of Personality Assessment*, 38, 377-383.
- Linares, E.J. (2001). *Los juicios de control sobre los agents de salud: variable moduladora de la calidad de vida de los enfermos de cancer de pulmón avanzado sometidos a tratamiento paliativo*. Tesis Doctoral no publicada. Universidad Autónoma de Barcelona.
- Medina, G. y Garcia, F. E. (2002). Burnout, locus de control y deportistas de alto rendimiento. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 2 (2), 29-42.
- Mirels, H. J. (1970). Dimensions of internal versus external control. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 34, 226-228.
- Morán, A. P. (2004). *Sport and exercise psychology*. Londres: Routledge.
- Palenzuela, D. L. (1984): ÓCritical evaluation of locus of control: Towards a reconceptualization of the construct and its measurementÓ. *Psychological Reports*, 54, 683-709.
- Palenzuela, D. L. (1987): ÒSphere-specific measures of perceived control: Perceived contingency, perceived competence, or what? A critical evaluation of Paulhus and Christie's approach. *Journal of Research in Personality*, 21, 264-286.
- Passer, M. W. y Seese, M. D. (1983). Life stress and athletic injury: Examination of positive versus negative events and three moderator variables. *Journal of Human Stress*, 9, 11-16.
- Pérez, A. M. (1984). Dimensionalidad del constructo locus of control. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 39 (3). 471-488.
- Rodin, J. y Langer, E. (1977). Long-term effects of a control-relevant intervention with the institutionalised aged. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35, 897-902.
- Rodríguez, M. C. y Caro, N. (2007). Diseño y evaluación de un programa de cambio de estilo atribucional en deportistas adolescentes de una Institución Educativa Privada en la ciudad de Bogotá. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 7 (2), 5-26.

- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80, 1-28.
- Sáenz-López, P., Jiménez, A. C., Jiménez, F. J. e Ibáñez, S. J. (2007). La autopercepción de las jugadoras de baloncesto expertas respecto a sus procesos de formación. *Cultura, Ciencia y Deporte*, 7(3), 35-41.
- Sanger, S. P. y Alker, H. A. (1972). Dimensions of internal-external locus of control and the women's liberation movement. *Journal of Social Issues*, 28, 115-129.
- Shapiro, D. H., Sandman, C. A., Grossman, M. y Grossman, B (1995). Aging and sense of control. *Psychological reports*, 77 (2), 616-8.
- Wallston, K. A. y Wallston, B. S. (1981). Helath locus de control scales. En *H.M Lefcourt*, (pp. 189-243).
- Weiner, B. (1984). Principies for a theory for student motivation and their application within attributional framework. En R. Ames y C. Ames (Eds.), *Research on motivation in education (vol. 1.)*. Nueva York: Academic Press.
- Wilson, M. y Stephens, D. (2005). Great expectation: How do athletes of different expectancies attribute their perception of Personal athletic performance?. *Journal of Sport Behavior*, 28(4), 392-406.