

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

Efecto de la Terapia Centrada en la Compasión en el Bienestar Psicológico de Deportistas Élite, tras la Retirada Prematura de su Carrera debido a una Lesión

Proyecto de Investigación

Daniela Cristina Guevara Puente

Sicología Clínica

Trabajo de titulación presentado como requisito
para la obtención del título de
Psicóloga Clínica

Quito, 09 de diciembre de 2016

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ
COLEGIO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

**HOJA DE CALIFICACIÓN
DE TRABAJO DE TITULACIÓN**

Efecto de la Terapia Centrada en la Compasión en el Bienestar Psicológico de Deportistas
élite, tras la Retirada Prematura de su Carrera debido a una Lesión

Daniela Cristina Guevara Puente

Calificación:

Nombre del profesor, Título académico

María Sol Garcés, MSc.

Firma del profesor

Quito, 09 de diciembre de 2016

Derechos de Autor

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma del estudiante: _____

Nombres y apellidos: Daniela Cristina Guevara Puente

Código: 00108221

Cédula de Identidad: 1714128368

Lugar y fecha: Quito, 09 de diciembre de 2016

RESUMEN

Antecedentes: Las lesiones en los deportistas constituyen un riesgo profesional que pueden tener distintos niveles de gravedad y consecuencias. La lesión puede generar en el atleta una respuesta psicológica negativa y afectar su bienestar. En el caso de que la lesión sufrida sea severa, esta puede ocasionar la terminación prematura de la carrera. Este evento puede generar desregulación emocional y la aparición de conductas y pensamientos disfuncionales, que le causan dificultad al atleta en la adaptación a los cambios. La Terapia Centrada en la Compasión (CFT), fue creada por Paul Gilbert, con la idea de intervenir a personas que experimentan vergüenza, autocrítica y que sufren problemas crónicos. La CFT fomenta el desarrollo de la autocompasión, ya que esta permite a la persona regularse emocionalmente y motivar cambios por medio de respuestas adaptativas frente a situaciones difíciles. Partiendo de estas premisas este estudio se enfocará en el tratamiento de atletas que se retiraron de manera prematura a causa de una lesión mediante la CFT.

Metodología: Mediante un diseño pre-post se medirá la efectividad de la CFT para el tratamiento de síntomas experimentados en este tipo de situaciones adversas y el incremento del bienestar. Se utilizará una muestra de 20 deportistas a quienes se les aplicará dos herramientas psicométricas (SPWB / FSCRS) antes de la intervención y después de los seis meses recibida la terapia.

Resultados: Los resultados esperados, en base a la literatura revisada, son un incremento en la regulación emocional, la reducción de los niveles de autocrítica y vergüenza, y el desarrollo de la compasión. Esto permitirá que los deportistas que tuvieron que abandonar su carrera deportiva a causa de una lesión afronten su situación e incrementar su bienestar psicológico.

Conclusiones: La Terapia Centrada en la Compasión tiene elementos positivos que pueden ayudar al bienestar psicológico de los deportistas élite que por lesión tuvieron que abandonar su carrera deportiva.

Palabras clave: Terapia Centrada en la Compasión, deportistas élite, terminación de carrera por lesión, compasión, autocrítica, vergüenza y bienestar.

ABSTRACT

Background: Injuries in athletes constitute a professional risk that may have different consequences and levels of severity. An injury can generate a negative psychological response and have an impact in the athlete's well-being. In case the injury suffered is severe, it can cause the premature termination of the athlete's career. This event can generate emotional dysregulation and the appearance of dysfunctional behaviors and thoughts, which may cause difficulty of athlete's adaptation. Compassion-focused Therapy (CFT) was created by Paul Gilbert with the objective of intervening people who experience shame, self-criticism, and chronic problems. CFT encourages the development of self-compassion, since it allows the patient to regulate himself emotionally and motivate changes through adaptive responses to difficult situations. Based on these premises, this study will focus on the treatment of athletes who retired prematurely because of an injury through CFT. **Methodology:** A pre-post design will measure the effectiveness of CFT for the treatment of symptoms experienced in this type of adverse situations and the increase of well-being. A sample of 20 athletes will be assessed with two psychometric tools (SPWB/FSCRS) before the intervention and after six months of therapy. **Results:** The expected results, based on the reviewed literature, are an increase in emotional regulation, reduction of levels of self-criticism and shame, and the development of compassion. This will allow the athletes, who had to leave their sports career because of an injury, to face their situation and increase their psychological well-being. **Conclusions:** Compassion-focused Therapy has positive elements that can help the psychological well-being of elite athletes who, due to injury, had to abandon their sports career.

Keywords: Compassion-focused Therapy, elite athletes, career termination due to injury, compassion, self-criticism, shame and well-being.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN AL PROBLEMA	7
Antecedentes	8
El Problema.....	11
Pregunta de Investigación	12
El Significado del Estudio	12
Resumen.....	13
REVISIÓN DE LA LITERATURA	14
Fuentes	14
METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	40
Diseño	40
Justificación de la Metodología Seleccionada	41
Herramientas de Investigación Utilizadas	41
Descripción de Participantes.....	44
Reclutamiento de los Participantes	44
Procedimiento	45
Consideraciones Éticas	45
RESULTADOS ESPERADOS.....	47
DISCUSIÓN	49
Limitaciones del Estudio.....	51
Recomendaciones para Futuros Estudios.....	52
REFERENCIAS.....	53
ANEXOS	58
Anexo A:.....	59
Formulario de Consentimiento Informado.....	59
Anexo B:	65
Anuncio para Reclutamiento de Participantes y Preguntas Previas.....	65
a la Selección de Participantes	65
Anexo C:	67
Herramientas para Levantamiento de Información.....	67

INTRODUCCIÓN AL PROBLEMA

Un deportista élite es aquel que posee talento en una disciplina deportiva, la cual por lo general ha practicado desde temprana edad y constituye su principal actividad diaria (Sola, 2015). Este tipo de deportistas participan en campeonatos nacionales e internacionales, inclusive pueden llegar a representar a su nación en los juegos olímpicos u otras competencias (Rodríguez & Monroy, 2014). La investigación muestra que el obtener un máximo rendimiento atlético implica grandes exigencias como mejorar tiempos, marcas y realizar movimientos más complejos (García, Cancela, Olveira & Mariño, 2009). Estas exigencias pueden venir acompañadas de un constante estrés físico y psicológico que hacen que los atletas sean más propensos a lesiones (García et al., 2009).

Las lesiones en los deportistas constituyen un riesgo profesional relacionado a factores ambientales y personales, que pueden tener distintos niveles de gravedad y consecuencias (Gordon, 2016). En el caso de ocurrir una lesión severa, esta puede terminar prematuramente con la carrera del atleta. Frente a una situación como esta, es normal que el atleta experimente malestar emocional y pérdida de la motivación, síntomas que normalmente remitirán con el tiempo (Tracey, 2010). Sin embargo, en ocasiones la respuesta psicológica a la lesión puede desencadenar ira, miedo, vergüenza, sentimientos depresivos y de soledad, pérdida de identidad y confianza en sí mismo, autocrítica e inclusive abuso de sustancias y suicidio (Mosewich, Crocker & Kowalski, 2013; Stoltenburg, Kamphoff, & Lindstrom, 2011). Estos síntomas evidencian una desregulación y evitación emocional que impide la recuperación del atleta frente a la situación experimentada (Gilbert, 2015).

La Terapia Centrada en la Compasión (CFT) fue desarrollada con el motivo de tratar personas que presentaban problemas crónicos y difíciles de salud mental, los cuales se relacionaban mucho con la presencia de vergüenza y autocrítica; además de que la mayoría de estas personas procedían de ambientes descuidados, abusivos y conflictivos (Gilbert,

2015). Esta terapia ha demostrado ser efectiva en la reducción de síntomas de ansiedad, vergüenza, depresión y auto-criticismo (Leaviss & Uttley, 2015; Ashworth, Clarke, Jones, Jennings & Longworth, 2015). Adicionalmente, para esta terapia es fundamental la búsqueda de la regulación emocional, usando a la compasión como herramienta principal. La compasión incrementa el bienestar de la persona y genera sensibilidad hacia su propio sufrimiento y el de los demás (Gilbert, 2015; Goss & Allan, 2016). El objetivo de este enfoque terapéutico es implicarse con el dolor y no alejarse o evitarlo, con el compromiso de aliviarlo y aceptarlo (Gilbert, 2015).

Debido a la efectividad y beneficios que ha demostrado la terapia centrada en la compasión, en la recuperación de síntomas de varios problemas de salud mental. Esta, es sin duda, una terapia que podría ser considerada para el tratamiento de los deportistas élite que han tenido que dejar su carrera por una lesión, ya que las implicaciones psicológicas que presentan son similares a los que esta terapia ha tratado.

Antecedentes

Una breve reseña de las lesiones en deportistas élite.

Las lesiones son un mal frecuente al que todos los deportistas élite están expuestos. En el 2013 durante un campeonato nacional multideportivo y de alto rendimiento en Chile, el Hospital Clínico Universidad de Chile, registró que de un total de 1229 atletas, 66 tuvieron que atenderse por lesiones (Letelier & Orizola, 2015). En los juegos olímpicos 2016 en Londres, se registró que el 11% de 10568 deportistas, sufrió de alguna lesión durante las competencias (Schwartz, 2016). Por otro lado, la Federación Internacional de Fútbol registró una media de 2.12 lesiones por cada partido que se jugó en la copa mundial femenina, que tuvo lugar en Canadá en el 2015 (FIFA, 2015).

En el Ecuador en el 2014, la Federación Deportiva del Cañar encontró un 54,9% de deportistas con alguna lesión (Fajardo & Espinoza, 2014). De este porcentaje el 75,4% de estas lesiones ocurrieron durante el entrenamiento; mientras que el 15,2% de estas se dio cuando los deportistas practicaban Judo (Fajardo & Espinoza, 2014). En otro caso a nivel nacional, la Pontificia Universidad Católica del Ecuador registró 29 lesiones en el equipo masculino de fútbol, ocurridas entre los meses de julio y octubre del año 2012 (Muñoz, 2014).

Una breve reseña de la terminación prematura de la carrera por lesión.

En ocasiones las lesiones sufridas por deportistas élite pueden producir la terminación prematura de su carrera deportiva. El retiro prematuro, al ser una situación inesperada, puede tener un impacto significativo en la vida del atleta afectando su bienestar (Kleiber & Block, 1992). Los efectos producidos por esta situación son considerados devastadores para los atletas, ya es posible que experimenten estados depresivos, ira, tensión y disfuncionalidad en las distintas áreas de su vida (Kleiber & Block, 1992). Adicionalmente la identidad y autovalía se ven afectadas, ya la situación representa pérdidas significativas relacionadas a su rol y actividades realizadas dentro de su disciplina (Cepeda, 2012).

En un estudio realizado con tenistas profesionales, se encontró que el 15% tuvieron que retirarse prematuramente de sus carreras debido a una lesión (Allison & Meyer, 1988). Los tenistas que tuvieron que retirarse reportan experimentar ansiedad y depresión (Allison & Meyer, 1988). La vergüenza y culpa son otras emociones que se despliegan en este tipo de casos, ya que las metas y proyectos en los que se veía el atleta se ven truncados, su motivación se ve disminuida y su regulación emocional desbalanceada (Sutherland et al., 2014).

En una investigación de la Universidad de Georgia, se encontró que atletas que habían terminado con su carrera debido a una lesión hace aproximadamente cinco años, presentaban

niveles bajos de satisfacción y bienestar (Kleiber & Block, 1992). En un estudio realizado en la Universidad de Utah, se observó que los deportistas que tuvieron una lesión severa obtuvieron niveles altos de estrés psicológico y niveles bajos en su auto-concepto. Estos resultados se evidenciaban inclusive nueve meses después de ocurrida la lesión (Aline, 2008).

Para mitigar los efectos psicológicos negativos de la terminación prematura de la carrera debido a lesiones se han aplicado varias estrategias. Una de ellas es la terapia narrativa, la cual facilita la narración y expresión de la experiencia vivida y promueve la autoconciencia (Sudano, 2011). Otra estrategia es la reestructuración cognitiva, la cual evalúa los pensamientos distorsionados acerca de sí mismos relacionados con miedo, ira y lástima para poder reemplazarlos (Gordon, 2016). Técnicas de relajación han mostrado también efectos positivos, ya que incrementan la energía del atleta y regulan la activación del sistema nervioso simpático ocasionado por estrés (Gordon, 2016). Por último, la imaginación representa una técnica de apoyo importante para promover la adaptación y disminuir el miedo y la ansiedad relacionados con el evento enfrentado (Gordon, 2016).

Una breve reseña de la terapia centrada en la compasión.

La CFT fue creada por Paul Gilbert, con la intención de ayudar a personas que experimentan vergüenza, autocrítica y que sufren problemas crónicos (Gilbert, 2015). La terapia se centra en el desarrollo de la autocompasión, ya que esta ha demostrado contribuir a la regulación emocional y fomentar el cambio mediante respuestas adaptativas ante situaciones difíciles (Gilbert, 2015). Es importante mencionar que este enfoque proviene del budismo y consiste en la constante búsqueda de la sanación mental, por medio de la compasión y la atención consciente o *mindfulness* (Gilbert, 2015). El término compasión, proviene del latín *compartir*, que significa “sufrir con” y hace referencia a la sensibilidad hacia el sufrimiento personal y el de otras personas (Gilbert, 2015). Esta sensibilidad conlleva un compromiso intenso de aliviar el dolor por medio de la atención consciente y la

motivación (Gilbert, 2015). Por otro lado, la atención consciente o *mindfulness* se define como la total atención de la persona en el presente, la cual juegan un papel importante en la terapia (Gilbert, 2015). Adicionalmente, esta terapia fomenta el desarrollo de las emociones positivas, la motivación y el afrontamiento del dolor (Gilbert, 2015). La CFT pertenece a la tercera generación del enfoque cognitivo conductual (Gilbert, 2015). Se la considera multimodal, ya que utiliza varias intervenciones de tipo conductuales, cognitivas y narrativas; además utiliza el *mindfulness*, la imaginación, entre otras técnicas que ayudan a que la compasión se desarrolle dentro de la terapia (Gilbert, 2015).

Esta terapia ha sido utilizada en distintos tipos de pacientes, mostrando resultados efectivos. En pacientes con lesión cerebral se pudo observar que la terapia ayudó a reducir la autocrítica, ansiedad y depresión; además de incrementar las habilidades de afrontamiento de la persona (Ashworth, Clarke, Jones, Jennings & Longworth, 2015). En el tratamiento de trauma, la CFT ha mostrado reducción de la autocrítica y un incremento de la aceptación de sí mismos. Estos resultados les permitió a los participantes cambiar su forma de vida y sentido de esperanza acerca del futuro (Lawrence & Lee, 2014). En relación al tratamiento de los trastornos alimenticios mediante este enfoque terapéutico, se observó una reducción de los niveles de vergüenza, autocrítica, reporte de los síntomas y un incremento de los niveles de auto-compasión (Goss & Allan, 2016). Considerando los datos expuestos se puede afirmar que la CFT es una terapia prometedora para el tratamiento de varios problemas que impliquen vergüenza, autocrítica y requieran que la persona desarrolle una mejor aceptación de sí mismo.

El Problema

Existe una alta incidencia de lesiones en los atletas elite, por lo que estas son consideradas un riesgo profesional (Aline, 2008; Gordon, 2016). En ocasiones las lesiones

sufridas pueden significar la terminación prematura de la carrera. En estudios, se muestra evidencias de que el 15 % de los atletas terminan su carrera por una lesión (Allison & Meyer, 1988). La interrupción repentina de la carrera implica efectos psicológicos negativos que perjudican el bienestar del deportista. Ya que este experimenta el evento de manera catastrófica, al tener la impresión de que todo su trabajo y esfuerzo les es arrebatado repentinamente (Aline, 2008). Algunos de los síntomas más reportados en este tipo de población son: sentimientos de aislamiento e incompetencia, autocrítica constante, vergüenza, ansiedad, depresión, culpa y la pérdida de identidad (Mosewich, Crocker & Kowalski, 2013; García et al., 2014; Sutherland et al., 2014).

Sin duda, las distintas intervenciones mencionadas son muy relevantes para el tratamiento de deportistas que han debido terminar su carrera de forma prematura debido al sufrimiento de una lesión. Sin embargo, hay aspectos importantes como la autocompasión que no han sido abordadas por estos enfoques y que pueden ser beneficiosos para estos pacientes. Es importante que el deportista acepte su situación, detenga la autocrítica, desarrolle auto-compasión y genere pensamientos alternativos en relación al fracaso. La CFT aborda todos estos aspectos mencionados y contribuye a la regulación emocional, por lo tanto podría tener un impacto positivo en este tipo de pacientes (Gilbert, 2015).

Pregunta de Investigación

¿Cómo y hasta qué punto la Terapia Centrada en la Compasión favorece al bienestar psicológico de deportistas élite, tras la retirada prematura de su carrera debido a una lesión?

El Significado del Estudio

En el Ecuador la cultura deportiva ha crecido en estos últimos años, por lo que la preparación y organización de esta área ha empezado a desarrollarse (Muñoz, 2014). Actualmente, el Ministerio de Deporte busca incentivar a los atletas élite y en general a la

gente para que realice actividad física, debido a los beneficios que proporciona el deporte en el bienestar de las personas (García, Baeza & Fernández, 2010). Por lo tanto, es importante proporcionar recursos nuevos para tratar a deportistas de alto rendimiento que sufren de lesiones y que por su severidad acaban con su carrera deportiva. Ya que estas respuestas negativas causan dificultad en la adaptación de los diversos cambios que los deportistas deben vivir y un bajo nivel de bienestar psicológico (Kleiber & Block, 1992).

Además, en el Ecuador no se registra intervenciones que ayuden a la misma y tampoco existen investigaciones de carácter internacional que se hayan tratado a estas personas con la CFT. La evidencia científica encontrada sobre esta terapia, nos muestra que varias de sus estrategias han sido aplicadas a muchos de los síntomas que los atletas experimentan al retirarse de su carrera por alguna lesión. Por esta razón, la propuesta es novedosa y podría tener ser efectiva para tratar los síntomas que experimenta esta población.

Resumen

El objetivo de este trabajo es proponer la implementación de la CFT Terapia en deportistas élite, que por motivo de una lesión hayan tenido que abandonar su carrera prematuramente. Es posible que la aplicación de esta terapia contribuya positivamente a este tipo de pacientes, debido a que los síntomas psicológicos que estos experimentan se asemejan a los que esta terapia ha tratado en otras poblaciones. A continuación, se realizará la revisión de literatura de los principales conceptos de relevancia para este trabajo. Posteriormente se expondrá la metodología de investigación aplicada, el planteamiento y discusión de los resultados esperados y por último las conclusiones y recomendaciones.

REVISIÓN DE LA LITERATURA

Fuentes

La información que se utilizará para la revisión literaria de este trabajo procederá de revistas psicológicas, libros, proyectos de investigación, tesis y artículos científicos que fueron obtenidos de buscadores como EBSCO y Google Académico. Para la búsqueda de esta información se utilizarán palabras claves como: deportistas élite, carrera terminada por una lesión, tipos de intervención para esta población, terapia centrada en la compasión, síntomas psicológicos de la terminación de la carrera por lesión, vergüenza, autocrítica, compasión, autocompasión y beneficios de la terapia centrada en la compasión.

Formato de la Revisión de la Literatura

A continuación, se realizará una revisión de la literatura de los principales conceptos relacionados al problema planteado como los deportistas élite que por lesión dejaron su carrera, la transición que se da al terminar la carrera, las implicaciones negativas que sufren los deportistas con esta situación y se explicará la terapia centrada en la compasión y sus distintas intervenciones. Para de esta manera poder entender a cabalidad los temas importantes de esta investigación. Y observar si la hipótesis planteada anteriormente se cumple.

Deportistas élite.

Los deportistas élite son personas que poseen talento en alguna disciplina deportiva, participan activamente en esta y por lo general representa su principal actividad diaria (Sola, 2015). Este tipo de deportistas compiten a nivel nacional e internacional, representando a su universidad o equipo nacional (Sola, 2015). Para definir lo que implica ser un deportista élite es importante tomar en cuenta la experiencia y el profesionalismo. La experiencia depende del tiempo invertido en el entrenamiento y está relacionada con la habilidad y el conocimiento de la disciplina practicada (Swann, Moran & Piggott, 2014). El

profesionalismo en cambio está relacionado con el hecho de pertenecer a una liga profesional, lo cual representa el máximo rango dentro de su disciplina (Swann, Moran & Piggott, 2014).

Los deportistas élite están expuestos a altos niveles de exigencia con el objetivo de mejorar su desempeño. Para alcanzar este objetivo el atleta debe exponerse progresivamente a fuertes jornadas de entrenamiento diario (García, Cancela, Olveira, & Mariño, 2009). A pesar del control permanente que los deportista de alto rendimiento tienen sobre su salud, hay que considerar que el someterse a regímenes fuertes de entrenamiento, involucra también aspectos psicológicos (García et al., 2009). Por lo tanto, los atletas pueden llegar a experimentar niveles altos de estrés que crean una mayor predisposición a sufrir lesiones y enfermedades (García et al., 2009).

Lesiones en deportistas de élite.

Las lesiones deportivas se definen como aquellos daños producidos al realizar actividad física que impiden la participación en actividades deportivas (Fajardo, 2014). Las lesiones se pueden producir en las fibras musculares, tejidos conectivos o en la estructura ósea (Fajardo, 2014). Según Williams & Andersen (2013) existen varios factores que influyen la vulnerabilidad al sufrimiento de una lesión y el estrés asociado a este. Estos factores son la personalidad, la historia de estresores y los recursos de afrontamiento disponibles.

La investigación ha demostrado que existen características personales, como la falta de locus de control y la ansiedad competitiva que pueden generar mayor riesgo de lesión en el atleta (Williams & Andersen, 2013). Personas con un locus de control externo pueden experimentar la sensación de pérdida de control sobre sus acciones y se ven más influenciados por los eventos externos (Williams & Andersen, 2013). Otra característica personal que puede también predisponer a una lesión, es la ansiedad competitiva. El

deportista experimenta las competencias como una amenaza y considera no tener los recursos para afrontarla (Williams & Andersen, 2013). Este tipo de ansiedad puede provocar que el atleta presente perturbaciones atencionales y físicas que pueden derivar en una lesión (Williams & Andersen, 2013).

En relación a estresores previos, la experimentación de eventos como rupturas amorosas, la muerte de algún ser querido, accidentes, enfermedades, entre otros; puede incrementar el riesgo de lesión (Williams & Andersen, 2013). En un estudio realizado por la Universidad de Arizona se encontró que en un equipo de fútbol, el 50% de atletas que tenían un alto nivel de estrés en su vida, presentaron ocho lesiones en el transcurso de un año antes de participar en los campeonatos de fútbol (Williams & Andersen, 2013). Mientras que sólo entre un 9 a un 25% de atletas con niveles de estrés bajo o moderado, experimentaron un rango equivalente en lesiones (Williams & Andersen, 2013).

Las capacidades de afrontamiento disponibles en el atleta influyen también en la vulnerabilidad de sufrir una lesión y el pronóstico de la misma (Williams & Andersen, 2013). Estas capacidades incluyen manejo del estrés, apoyo social, hábitos alimenticios y de sueño efectivos (Williams & Andersen, 2013). En estudios relacionados al apoyo social, se evidenció que atletas con niveles altos de apoyo social tenían menor probabilidad de lesionarse. En cambio, los atletas que carecían de este presentan más lesiones (Hardy et al. cit. en Williams & Andersen, 2013).

Tipo de lesiones.

El sufrimiento de una lesión puede tener varias implicaciones y significados para el atleta dependiendo del tipo y gravedad de la misma. Existen lesiones temporales y lesiones permanentes y sin importar cuál de esta se presente el atleta experimentará distintas consecuencias emocionales, conductuales y cognitivas (Aline, 2008). Las lesiones temporales por lo general, pueden representar un episodio más en la vida del atleta, una situación

negativa, una restricción para participar en una competencia o unas vacaciones hasta su recuperación (Olmedilla & García, 2009). Por otro lado, las lesiones permanentes pueden representar un impedimento físico que dificulta la participación activa en las actividades deportivas y en la realización personal del atleta (Olmedilla & García, 2009). Este tipo de lesiones pueden ser consideradas como una situación catastrófica, que altera el sistema de creencias del atleta en relación a su auto-concepto, valores, compromiso, estabilidad emocional, habilidades sociales y ocupacionales (Aline, 2008; Olmedilla & García, 2009). Este tipo de situaciones obligan al atleta a replantearse su propia vida y objetivos (Aline, 2008; Olmedilla & García, 2009).

Periodos de transición y terminación de la carrera.

Una transición es un cambio planificado o inesperado, que genera un ajuste en las creencias acerca de uno mismo y del mundo (Hurley, 2014). Este proceso requiere cambios conductuales y relacionales que contribuyan a la adaptación frente a la nueva situación (Schlossberg, 1981 cit. Hurley, 2014). Las lesiones severas son transiciones inesperadas en la carrera de un deportista. Estas impiden la práctica de su disciplina y los atletas se ven obligados a terminar prematuramente con su carrera (Hurley, 2014).

Es importante mencionar que esta situación presenta un reto emocional para el deportista. Ya que obliga al individuo a usar sus distintas habilidades de afrontamiento que le permitan enfrentar cambios continuos en su vida (Aline, 2008). Este proceso de transición genera en la persona nuevos comportamientos, conexiones y auto-percepciones (Aline, 2008). Por ejemplo, hay quienes tienen la facilidad de empezar a cultivar nuevos intereses y mantenerse activos, mientras que otros experimentan una pérdida de interés y se vuelven inactivos. Esto depende de la habilidad de la persona para adaptarse al cambio (Aline, 2008).

Existen tres componentes que muestran lo complejo que puede ser una transición. El primero hace referencia al cambio en las rutinas, roles y relaciones individuales (Schlossberg, 2004 cit. Aline, 2008). Por ejemplo, en el caso de un atleta que terminó su carrera por una lesión y es incapaz de continuar practicando su disciplina deportiva, ocurre una transición que deriva en: la desaparición de su rol en el ámbito deportivo, cambios radicales en la relación con sus compañeros y entrenadores, y en la modificación de las creencias sobre sí mismo (Schlossberg, 2004 cit. Aline, 2008). Por lo tanto, mientras más grandes son los cambios que tiene que vivir la persona, existe más probabilidad de impacto (Schlossberg, 2004 cit. Aline, 2008). El segundo componente se refiere al tiempo del proceso y al estilo de respuesta de la persona. Para algunos, las transiciones pueden ser rápidas y sencillas, mientras que para otros pueden ser más complejas y la recuperación puede tomarles más tiempo (Schlossberg, 2004 cit. Aline, 2008).

Por último, el tercer componente consiste en cuatro sistemas que son: la situación, el *self*, el apoyo y las estrategias que permiten la detección de déficits o recursos de afrontamiento (Schlossberg, 2004 cit. Aline, 2008). Estos sistemas influyen en el proceso de transición permitiendo que se efectúe de forma positiva para que el deportista comprenda el proceso que debe vivir (Schlossberg, 2004 cit. Aline, 2008). La situación consiste en los distintos acontecimientos que pueden afectar el proceso de transición. El *self* identifica las habilidades de afrontamiento y la fuerza interna del atleta (Schlossberg, 2004 cit. Aline, 2008). El apoyo involucra el soporte que recibe el deportista (Schlossberg, 2004 cit. Aline, 2008). Finalmente, las estrategias que permiten la detección de déficits o recursos de afrontamiento, implican introspección y esfuerzo (Schlossberg, 2004 cit. Aline, 2008). Por lo tanto, la influencia positiva o negativa de estos cuatro sistemas, predecirá el curso de la transición que vivirá el atleta (Aline, 2008).

Otras condiciones, que pueden influir en la adaptación de una transición son: el auto-concepto, identidad, el entorno y variables sociales con las que el deportista se relaciona (Lockhart, 2010 cit. Hurley, 2014). En el caso de los deportistas élite su identidad se ha configurado en gran medida en entorno al deporte que practican. Sus relaciones y metas giran alrededor de su disciplina y carrera (Alfermann, 2004 cit. Hurley, 2014). Por lo que, pueden experimentar una mayor dificultad en el proceso de transición, presentando resistencia para aceptar el final de su carrera deportiva, susceptibilidad a síntomas depresivos, dificultades psicológicas severas y mayores desajustes emocionales y sociales (Alfermann, 2004 cit. Hurley, 2014). En algunos casos, puede darse que el individuo no tiene recursos y habilidades de afrontamiento suficientes para enfrentar un cambio de vida como este, por lo que se pueden observar consecuencias negativas en su salud física y psicológica (Olmedilla & García, 2009; Aline, 2008).

En una investigación realizada en la Universidad de Stirling, a una población de atletas que se encontraban en el proceso de transición, se observó que aproximadamente el 80% experimentó una transición positiva y sana (Lavalley, Nesti, Borkoles, Cockerill, & Edge, 2000 cit. en Hurley, 2014). Mientras que a un 20% les costó adaptarse después de la finalización de su carrera deportiva (Lavalley, Nesti, Borkoles, Cockerill, & Edge, 2000 cit. en Hurley, 2014). En una revisión sistemática de 126 estudios sobre la terminación de la carrera en deportistas se observó que un 16% de los deportistas élite experimentan problemas de transición (Park, Lavalee & Tod, 2013). En otro estudio realizado a 40 esquiadores profesionales de Alemania, se encontró que quienes tuvieron una transición difícil, presentaron dificultad para dormir, consumo de alcohol, valoraciones negativas y evitación de emociones; en comparación con aquellos que sí tuvieron una transición saludable (Wippert & Wippert, 2008 cit. en Hurley, 2014).

Tomando en cuenta las distintas investigaciones, es evidente que las consecuencias de una lesión que acaba con la carrera del atleta, pueden llegar a ser catastróficas. Por lo tanto las situaciones imprevistas, así como las distintas variables que existen en cada individuo pueden producir dificultades para sobrellevar el proceso de transición (Kleiber & Block, 1992).

Lesión que termina con la carrera de un deportista élite.

La lesión que causa el final de una carrera deportiva, involucra una decisión involuntaria por parte del deportista (Aline, 2008). Esta situación termina con las relaciones que el atleta tenía con su equipo y con su plan deportivo (Aline, 2008). Posteriormente, el atleta debe enfrentarse a factores psicosociales relacionados con la lesión como impedimentos físicos, sociales y dificultad para conseguir empleo (Hurley, 2014; Stoltenburg, Kamphoff & Bremer, 2011). En un estudio, se observaron los efectos psicosociales del abandono de la carrera debido a lesión en 16 deportistas élite. En este se encontraron cinco factores importantes que pueden influir en los atletas durante su tipo de transición (Stoltenburg et al., 2011). Estos factores son: las consecuencias de la lesión en el atleta (roles y proceso de ajustes psicosociales), el apoyo social, el impacto de la lesión en la identidad atlética y la planificación previa de la jubilación (Stoltenburg et al., 2011). Todos estos factores influyen en la reacción de los deportistas frente a la situación experimentada (Stoltenburg et al., 2011).

En una investigación realizada con mujeres tenistas, se observó que el 15% tuvo que retirarse de su carrera deportiva debido a una lesión (Allison & Meyer, 1988). Las deportistas que se retiraron debido a esta causa reportaban experimentar ansiedad y depresión (Allison & Meyer, 1988). Debido a los cambios y al sufrimiento que presenta el deportista, esta transición es considerada una de las más difíciles, ya que implica la terminación de carrera (Aline, 2008; Hurley, 2014). Este tipo de experiencias afecta la estabilidad al atleta, ya que

no puede cumplir más con sus metas y le cuesta reconocer sus planes para el futuro (McKnight et al., 2009). Por lo que presentan resistencia y poca preparación en comparación con los deportistas que se retiran de manera voluntaria (McKnight et al., 2009). Según Taylor & Lavallee (2010) los atletas que han tenido que pasar por esta situación, suelen presentar emociones, pensamientos y conductas negativas que afectan significativamente al individuo.

Emociones.

Los atletas que experimentan una terminación prematura de su carrera experimentan emociones dolorosas que están asociadas con el fracaso y los cambios de vida que deben vivir (Sutherland et al., 2014). El tipo de emociones negativas que se observa comúnmente en los atletas son: frustración, ansiedad, miedo, ira, depresión, duelo, pérdida de la identidad y confianza en sí mismo (Hurley, 2014). Suelen sentirse perdidos y a la vez desilusionados, ya que todo por lo que estaban trabajando se perdió de un día a otro (Hurley, 2014). Presentan dificultad para dar crédito a los aprendizajes y habilidades que adquirieron con su carrera, generando creencias de incapacidad y consideran que estas habilidades no les ayudará a tener buenos resultados en otras oportunidades (Hurley, 2014).

Por otro lado, su autoestima e identidad se ven afectadas considerablemente, debido a que estas están formadas por las habilidades adquiridas en su disciplina deportiva (McKnight et al., 2009). También, pueden presentar falta de control, la cual puede estar asociada con un desequilibrio emocional (Aline, 2008). Adicionalmente, la tristeza, los sentimientos de aislamiento y pérdida de motivación son otros de los síntomas psicosociales que se pueden observar cuando un atleta vive el proceso de transición por una lesión (Medicine & Science in Sports & Exercise, 2006).

En un estudio realizado en Estados Unidos en población universitaria se examinó el impacto que tiene la terminación de la carrera por lesión en el ajuste psicosocial y bienestar de los atletas (Kleiber & Block, 1992). Los atletas fueron entrevistados y se identificó en

algunos casos que a pesar de que habían pasado de cinco a diez años del incidente, continuaban presentando niveles bajos de autoestima y bienestar (Kleiber & Block, 1992). Además, en su narrativa, se encontró que seguían sintiéndose confundidos, enojados, culpables, aislados y con problemas en su identidad (Kleiber & Block, 1992).

Pensamientos.

Cuando un deportista sufre una lesión y tiene que abandonar su carrera, es evidente que presente pensamientos abrumadores ya que debe acostumbrarse a nuevos cambios tanto profesionales como personales (Nassi, 2014). Los atletas suelen presentar una percepción de frustración ya que no pueden continuar con sus metas y progresar en su carrera. Piensan que por más que modifiquen sus actividades o se encuentren en rehabilitación no alcanzarán sus objetivos deportivos y futuros propósitos (Mosewich, Crocker & Kowalski, 2013). Por ejemplo, suelen pensar; “Dediqué mucho tiempo y esfuerzo para llegar a donde estoy, y ahora ya no puedo seguir haciéndolo, ¿qué se supone que voy hacer ahora?” (Mosewich et al., 2013). Otro pensamiento que suelen presentar es: “Estar lesionado me hace sentir débil, no sé qué hacer conmigo mismo” (Mosewich et al., 2013).

Cuando el atleta comprende que no puede regresar a su disciplina deportiva presenta pensamientos de desesperanza, confusión e injusticia; sobre todo si la gravedad de la lesión impacta en otras área de su vida (Nassi, 2014). Un ejemplo de este tipo de pensamiento es: “Es muy difícil entender la situación, ¿porque me pasó esto a mí? (Nassi, 2014).

En un estudio de la Universidad of British Columbia, se realizó una encuesta a cinco atletas profesionales sobre su experiencia frente a los contratiempos en su carrera deportiva (Mosewich et al., 2013). Se observó que al hablar acerca de las lesiones se presentaban pensamientos de soledad. Esto se debe a que dejan de pertenecer a su grupo de entrenamiento y se sienten enajenados (Mosewich, Crocker & Kowalski, 2013). Presentaban también creencias de que solo a ellos les ocurren estas cosas. Adicionalmente, se culpan por

no haber hecho nada para evitar la lesión (Mosewich, Crocker & Kowalski, 2013). Como ejemplo, suelen pensar: “porque no hice nada, tal vez si me hubiera detenido antes nada de esto sería tan grave, etc.”... (Mosewich, Crocker & Kowalski, 2013).

Es evidente que la cognición de los deportistas élite que por motivo de lesión tuvieron que abandonar su carrera se ve afectada. Ya que esta debe enfrentar la situación, tratar de entenderla, darle significado y utilizar estrategias para solventar y entender el momento (Aline, 2009). Es importante tomar en cuenta que la mayoría de pensamientos dolorosos y negativos que se da al dejar la carrera deportiva, provienen de sentimientos de vergüenza, autocrítica y culpa (Sutherland et al., 2014).

Conductas.

Las conductas más frecuentes que se pueden observar en los deportistas que tuvieron que abandonar la carrera son el distanciamiento de sus actividades y relaciones cercanas (Nässi, 2014). Estos prefieren permanecer en su casa, evitar ver competencias o hablar de temas relacionados con su disciplina deportiva, ya que siente que están enfermos (Nässi, 2014). Muchas de las conductas que los individuos presentan dependen de los pensamientos, tolerancia al dolor, habilidades de afrontamiento y el tipo de tareas que deba realizar (Aline, 2008).

Para concluir es importante recalcar, que todos los seres humanos reaccionamos de diversas formas frente a las circunstancias de la vida. El problema ocurre cuando los síntomas de las reacciones emocionales frente a la situación; no se resuelven, empeoran con el tiempo o la severidad de los síntomas son excesivos en relación a otros individuos que han vivido lo mismo (Medicine & Science in Sports & Exercise, 2006).

Intervenciones implementadas en atletas.

Terapia narrativa.

Una de las técnicas utilizadas en atletas que han tenido que terminar con su carrera antes de tiempo debido a una lesión es la terapia narrativa. Esta terapia le permite al paciente externalizar las situaciones o problemas que le están afectando por medio de preguntas (Sudano, 2011). La terapia narrativa sostiene que generalmente las personas no puede superar dificultades en su vida debido a que inconscientemente olvidan su propia narrativa, para evitar recordar lo sucedido y asumen la narrativa de otros (Sudano, 2011). Con esta técnica el terapeuta intenta entender el problema como un tema aislado al individuo (como ansiedad, miedo, frustración). Al entender la dificultad, ambos pueden crear la historia y luego reconstruirla nuevamente, de manera que esta sea saludable para superar la situación vivida (Sudano, 2011). El objetivo de esta terapia, es poder romper creencias y pensamientos que pueden hacer daño a la comprensión de lo que están viviendo para así tomar el control y enfrentar la situación (Sudano, 2011).

Reestructuración cognitiva.

Otra de las intervenciones que se utiliza para este tipo de pacientes es la reestructuración cognitiva. Esta terapia ayuda a la persona a evaluar los pensamientos, creencias, sentimientos y conversaciones internas que se dan antes y después de haberse lesionado (Gordon, 2016). Al conocer esta información, se pueden apreciar los temores y dificultades que el deportista élite presenta y no está expresando (Gordon, 2016). Por otro lado, esta terapia fomenta la importancia de explicar al paciente, la importancia de evaluar situaciones pasadas y difíciles, para evitar un retroceso en el proceso de adaptación (Gordon, 2016). Además, esta terapia ayuda al paciente a observar sus sentimientos y reacciones negativas frente a lo que está viviendo, para de esta manera entienda y genere una actitud de cambio y adaptación (Gordon, 2016). Al identificar los pensamientos disfuncionales (mi

mundo, mi vida e imagen está destruidas), esta terapia les propone técnicas que ayudan a detener los pensamientos cuando se están reproduciendo; una de las técnicas es decirse a sí mismo “para”, cada vez que estos se aparecen (Gordon, 2016). Otra técnica es desmentir los pensamientos disfuncionales por medio de evidencias que comprueben si estos son verdaderos o no (Gordon, 2016). Cuando el deportista entiende que estos pensamientos son errados, puede reestructurar sus creencias (Gordon, 2016).

Relajación e imagería.

La relajación y la imagería, son intervenciones efectivas, ya que permiten el desarrollo de estrategias de afrontamiento positivas y la reducción de ansiedad después de una lesión (Schwab, Pittsinger & Yang, 2012). La relajación consiste en crear una reacción moderada en su sistema nervioso simpático, que usualmente se activa con las situaciones estresantes o difíciles de la persona (Schwab, Pittsinger & Yang, 2012). Con la aplicación de esta, se logra que la energía de la persona que está viviendo una situación compleja, sea utilizada para su recuperación y consiga relajar su cuerpo (Schwab et al., 2012). Existen varias técnicas para lograr que el deportista controle y acelere su recuperación. En primer lugar, la relajación muscular progresiva que consiste en reconocer la tensión muscular para liberarla (Schwab et al., 2012). El entrenamiento autógeno se enfoca en la autosugestión de la persona por medio de sensaciones de calor y peso en su cuerpo, lo cual produce relajación (Gordon, 2016).

Por otro lado, la imagería se utiliza para crear imágenes en el paciente, con el objetivo de favorecer al proceso de adaptación (Schwab et al., 2012). Esta técnica reorienta la imaginación para conseguir la disminución del miedo y la ansiedad (Gordon, 2016). Es especialmente útil cuando se experimenta una pérdida de control sobre los pensamientos y una tendencia a culparse de lo que ha pasado (Gordon, 2016).

Existen también técnicas de imaginación que se basan en la estimulación de los distintos sentidos (auditivo, visual, táctil), que permiten recuperar de manera más completa la experiencia vivida o experimentar nuevas creadas por la imaginación (Gordon, 2016). Por ejemplo, la imaginación emotiva, ayuda al deportista a sentirse más positivo e incrementa su nivel de confianza. Usa los recursos (entusiasmo) que reconoce, posee u observa en la gente que lo rodea (Gordon, 2016). Otra de las técnicas que se utiliza es la proyección del tiempo, la cual sirve para que el deportista lesionado se distancie de la frustración y dolor que vive en el presente (Gordon, 2016). Por tanto, el atleta se imagina a sí mismo, después de tres semanas, tres meses y seis meses y así sucesivamente. El objetivo es aliviar el malestar y que este se imagine lo que estaría haciendo en un futuro (Gordon, 2016).

Terapia cognitiva conductual y psicoeducación.

Por último, otras de las intervenciones que se han utilizado es la terapia cognitiva conductual y la psicoeducación. La terapia cognitiva conductual se enfoca en las emociones que sufre el deportista al vivir la transición de su carrera deportiva y el desarrollo de habilidades para lograr una adaptación positiva (McKnight et al., 2009). Para esta terapia, es importante poder crear una alianza terapéutica fuerte para explorar con el atleta sus creencias y sus diferentes roles (McKnight et al., 2009). Adicionalmente, busca incentivar al deportista a la identificación de las habilidades adquiridas con el deporte y la exploración de las emociones que le causa esta transición (McKnight et al., 2009). Es importante darles psicoeducación con el objetivo de que entiendan que las habilidades que han aprendido con el deporte, también son útiles para otras áreas (McKnight et al., 2009). Para lograr que ellos comprendan que son capaces de involucrarse en otras áreas, se empieza a trabajar con la terapia cognitiva conductual para romper pensamientos negativos para que los deportistas puedan acoplarse para una vida después del deporte (McKnight et al., 2009). Posteriormente, el terapeuta busca involucrar al deportista en un entorno social adicional al del deporte, con

amigos y familia, para que le brinden apoyo mientras enfrenta lo vivido. Finalmente, tanto el terapeuta como el paciente examinan el éxito de la terapia (McKnight et al., 2009).

Terapia centrada en la compasión.

La Terapia Centrada en la Compasión (CFT) fue creada por Paul Gilbert e incorpora diversos enfoques, entre ellos la terapia cognitiva conductual, terapias basadas en *mindfulness* y la terapia de aceptación y compromiso (Gilbert, 2015). La CFT se enfoca en la búsqueda constante del bienestar mental por medio de la compasión y la atención consciente o *mindfulness* (Gilbert, 2015).

Bienestar.

La sensación de bienestar en el ser humano se la define como una serie de elementos que generan un propósito, el control de su propia vida, la habilidad para amar y sentirse amado (Gilbert, 2015). Con esta, la persona siente que puede ayudar a los demás, tener gratitud, apreciación por los otros y los pequeños detalles de la vida (Gilbert, 2015). Por otra parte, el bienestar psicológico comprende el desarrollo personal, la forma en que las personas afrontan las situaciones difíciles, su dedicación y motivación por conseguir sus objetivos (Noguera. Martínez. Martí & Mollá, 2007). Los elementos fundamentales para un bienestar psicológico positivo son: la autonomía, relaciones sociales positivas, aceptación hacia uno mismo, tener objetivos personales, habilidad para controlar su entorno y crecimiento personal (Burgos, 2011). Con esto los niveles de felicidad se ven elevados generando un nivel de satisfacción personal (Taggart. Stewart & Parkinson, 2016).

Compasión.

La compasión es la capacidad de sentir el sufrimiento propio y el de los demás, con el compromiso y la motivación para poder aliviarlo (Gilbert, 2015). La CFT se enfoca en el desarrollo de la compasión y la autocompasión, ya que esta permite al propio individuo estar

abierto y consciente de su sufrimiento, ser amable, no condenarse a sí mismo y poder expresar a los demás lo que está viviendo en vez de sentirse avergonzado (Gilbert, 2015). La idea es no alejarse del dolor o evitarlo, sino el implicarse con el mismo (Goss & Allan, 2016). La compasión y la autocompasión ayudan a incrementar el bienestar y también se ha mostrado que actúa en áreas cerebrales las cuales contribuyen a la regulación emocional (Gilbert, 2015).

Autocompasión.

La autocompasión es una actitud positiva que permite la autoprotección de los resultados negativos, que se dan cuando la persona ha sufrido algún fracaso (Mosewich, Crocker & Kowalski, 2013). Algunos de estos resultados son: el juzgarse a uno mismo, las rumiación negativa y el aislamiento (Mosewich, Crocker & Kowalski, 2013). La autocompasión, presenta tres distintos componentes. La propia bondad, la cual permite que la persona sea comprensiva con ella misma en vez de juzgarse o autocriticarse (Fritzsche, 2016). Otro de los componentes, es la humanidad común, la cual se refiere a que las personas deben estar conscientes de que las experiencias vividas, sean buenas o malas, son parte de la vida humana y no hay que verlas aisladas a uno (Fritzsche, 2016). Y por último, está la atención consciente en el presente, la cual permite el equilibrio de pensamientos y sentimientos de dolor, más no identificarse con ellos. Esto permite a la personas ver su experiencia desde una perspectiva más amplia para poder cambiar o salir del proceso difícil que están viviendo (Fritzsche, 2016).

Mindfulness.

Para poder desarrollar la compasión en el ser humano, es importante tomar en cuenta diversos elementos. Una visión correcta, la cual se refiere al entendimiento claro del sufrimiento que la persona está viviendo, tomando en cuenta sus apegos y deseos (Gilbert, 2015). La concentración correcta, toma en cuenta la forma de poner atención, siendo esta

consciente y compasiva (Gilbert, 2015). La intención correcta, permite que la persona sea cautelosa y compasiva (Gilbert, 2015). El habla correcta, ayuda a expresarse de manera amable y dejar de lado las ofensas (Gilbert, 2015). La acción correcta, se refiere a utilizar conductas que promuevan y curen, más no destruyan. La elección de cómo se desea vivir y comportarse en los distintos entornos, se entiende como el esfuerzo y práctica en relación a lo que se desea conseguir (Gilbert, 2015). Al cultivar estos elementos en la mente, por medio del *mindfulness*, se crea una conciencia del presente de manera compasiva (Gilbert, 2015).

La CFT ayuda a identificar si la persona se ha quedado bloqueada con respecto a la forma de entender lo que le ha pasado, evitando hacerle sentir culpable por la forma en la que perciben el problema (Gilbert, 2015). Para esto plantea tres sistemas fundamentales; amenaza, activación y confortamiento (Gilbert, 2015). Estos sistemas, se encargan mediante diferentes funciones, de establecer la percepción de su realidad. La interacción adecuada de estos sistemas proporciona regulación emocional en la persona (Gilbert, 2015). A continuación, se explicará las funciones de cada uno de estos sistemas.

Sistema de amenaza.

El sistema de amenaza es un sistema protector que se encarga de detectar y seleccionar rápidamente la respuesta adecuada frente a situaciones de peligro (Gilbert, 2014). Cuando este sistema está activado todo el cuerpo se involucra en la situación; la atención, el pensamiento y razonamiento, comportamiento, emociones y motivos, imágenes y fantasías se encuentran en estado de amenaza (Gilbert, 2014). Las posibles respuestas son: lucha, huida, parálisis o la presentación de emociones repentinas como ansiedad, ira o disgusto (Goss & Allan, 2016). Estas respuestas emocionales se propagan por el cuerpo generando atención y motivación para que el individuo actúe frente al peligro (Gilbert, 2014). Por lo que, el individuo se ve afectado cuando el problema que detona la amenaza no es un motivo natural.

La duración e intensidad de este estado es exagerado y la frecuencia con la que se activa no es adecuada (Gilbert, 2014).

Sistema de activación.

El sistema de activación busca incentivos y recursos y nos provee la mayoría de sentimientos positivos (Goss & Allan, 2016). Este sistema guía a la persona y le motiva hacia la búsqueda de elementos para poder crecer como personas y sobrevivir (Goss & Allan, 2016). Por tanto, el lograr cosas agradables como ganar competencias, salir con alguien importante o experimentar sentimientos de logro, nos ayudan a sentirnos emocionados y experimentar placer (Goss & Allan, 2016). Lo importante de este sistema es mantenerlo equilibrado, ya que muchas veces la emoción puede estar cargada de tanta energía que impide al individuo concentrarse o descansar (Gilbert, 2015). Por el contrario, si la persona está depresiva, el sistema presentará una activación baja (Gilbert, 2015). Lo ideal es encontrar equilibrio para que el funcionamiento del sistema sea adecuado y guíe a la persona hacia objetivos importantes, de lo contrario puede transformarse en una amenaza y presentarse como ansiedad, frustración e ira (Gilbert, 2015).

Sistema de confortamiento, satisfacción y seguridad.

El tercer sistema, es aquel que permite tener calma y bienestar (Goss & Allan, 2016). Este ayuda a que la persona pueda restablecer su equilibrio, comprendido como un estado donde el individuo no necesita hacer nada ni existe la presencia de amenaza (Goss & Allan, 2016). De modo, que está satisfecho con su vida (Gilbert, 2014). Por medio de este sistema, la compasión puede ser experimentada, ya que el afecto y la bondad crea en la persona sentimientos de tranquilidad y seguridad (Gilbert, 2014). Las relaciones sociales ocupan un lugar importante en este sistema, debido a que cuando una persona se preocupa por otra que está mal, esto la reconforta (Gilbert, 2014).

La CFT fue diseñada especialmente para ayudar a personas que experimentan altos niveles de autocrítica, vergüenza y problemas de identidad. Estos generalmente provienen de ambientes abusivos y difíciles (Sirera & Valencia, 2015). Además, trabaja con pacientes con problemas crónicos y difíciles de salud mental (Sirera & Valencia, 2015).

Autocrítica.

La autocrítica se considera un elemento complejo, ya que posee diversos orígenes y funciones. En general, la autocrítica ayuda a ver los errores cometidos para no volverlos a repetir, manteniendo en alerta a la persona (Gilbert, 2015). Este tipo de autocrítica se conoce como una estrategia de seguridad, ya que ayuda a vigilar la propia conducta (Gilbert, 2015). El problema se da cuando hay altos niveles de autocrítica, ya que se activa el sistema de amenaza en el individuo creando emociones de frustración, ira, desprecio y decepción (Gilbert, 2015; Lawrence & Lee, 2014). Para poder reconocer su presencia, es importante tomar en cuenta las distintas amenazas en las que puede estar inmersa la persona e identificar comentarios críticos, diálogos y sentimientos que se dan de manera interna (Gilbert, 2015). También, se podría identificar pidiéndole a la persona que se imagine en una situación difícil, que se autocritique y exprese las emociones que esto le genera (Gilbert, 2015). El trabajo del individuo empieza cuando esté entienda que debe autocorregirse en su autocrítica, para crear respuestas emocionales congruentes a alternativas más útiles y pensamientos más saludables (Lawrence & Lee, 2014). Para esto, se debe incentivar el sistema de motivación que generar una orientación de corrección saludable, cultivar la compasión hacia los demás y hacia uno mismo (Gilbert, 2015).

Vergüenza.

La vergüenza es importante para la CFT, esta puede estar escondida en distintas emociones como: sentimientos de ansiedad, ira y desprecio (Goss & Allan, 2016). En el caso de las respuestas conductuales se puede encontrar al ver inhibición de la conducta, sumisión y

aislamiento (Goss & Allan, 2016). Existen dos tipos de vergüenza, la interna que se refiere a la atención que cada persona le pone a su propio *self* por medio de la auto-devaluación, experiencias personales e inseguridades existentes (Goss & Allan, 2016). Mientras que la vergüenza externa, se produce cuando la persona pone su atención en la mente de los otros individuos, tratando de saber lo que los demás pueden estar pensando con respecto a uno mismo (Goss & Allan, 2016).

Existen algunas clasificaciones de vergüenza como la causada por exclusión y por los recuerdos vergonzosos (Gilbert, 2015). En el caso de la primera, se puede decir que esta aparece cuando la persona no es tomada en cuenta y como resultado se siente poco interesante, atractiva o que no es lo suficientemente buena (Gilbert, 2015). En estos casos las personas pueden reaccionar de manera competitiva, para conseguir así conectar con los demás, pero se puede generar en ellos sentimientos de ansiedad o vergüenza (Gilbert, 2015). En cuanto a los recuerdos vergonzosos, se puede decir que estos están instalados en nuestra mente, en su mayoría son recuerdos traumáticos, por lo que la persona intenta evitar que aparezcan los sentimientos generados por la vergüenza (Gilbert, 2015). Estos sentimientos tienen grandes repercusiones en la propia estima y en la manera de relacionarse con los demás (Gilbert, 2015).

Las distintas influencias que la vergüenza tiene en las personas suele darse por medio de los sentimientos, fantasías y deseos, personalidad y apariencia y comportamientos pasados de la persona (Gilbert, 2015). Además, esta desempeña un papel importante en el desarrollo del *self*, en las conductas de afrontamiento que proporcionan seguridad, en cómo relacionarse con los otros, en la búsqueda de ayuda y en la apertura hacia los demás (Gilbert, 2015).

Identidad.

El cerebro tiene la posibilidad de generar gran cantidad de emociones complejas antagónicas, así como fantasías y pensamientos que deben ser organizadas para que las

personas puedan crear un entendimiento consistente de ellos mismos (Gilbert, 2015). Cuando una persona siente alguna amenaza del sentido del yo y de su propia identidad, puede sentirse confundida y abrumada por los nuevos contenidos que se encuentran en su mente por medio de pensamientos, sentimientos y fantasías (Gilbert, 2015). Aunque estos quieran generar cambios positivos en las personas, las mismas pueden generar resistencia ya que necesitan crear coherencia, familiaridad y predicción frente a su auto-identidad y no solo querer convertirse en una mejor persona (Gilbert, 2015). Para que este proceso de cambio se efectúe, es importante que la persona entienda los nuevos contenidos, por medio de los ya previos y los de los demás. Con esto, se desarrolla la capacidad de ingresar y salir de los distintos tipos de roles y relaciones sociales que existen (Gilbert, 2014). La idea es que la persona se permita crear imágenes sobre lo que les gustaría ser y explorar distintas habilidades (Gilbert, 2014).

Cuando la persona se permite vivir esta experiencia, comprende que puede modificar su identidad por medio de la práctica de actividades e identificar el modo en las que se pueden utilizar y formar parte de su identidad (Gilbert, 2014). Este proceso se puede dar al sembrar en el individuo la compasión frente a los demás y hacia uno mismo, permitiéndole utilizar los distintos aspectos de su auto-identidad en diferentes contextos y reconocer que tienen el potencial de diferentes perspectivas según la emoción o motivación con la que se están identificando (Gilbert, 2014).

Intervenciones de la terapia centrada en la compasión.

Los mecanismos de cambio que debe tener una persona según la CFT se basa en la liberación de los estimuladores internos como: autocrítica, ira y pensamientos repetitivos que no le permiten salir de la amenaza constante (Gilbert, 2015). En segundo lugar, separarse de modo compasivo de las dificultades interiores (emociones) y observarlas para no quedarse

atrapado en ellas (Gilbert, 2015). Por último, trabajar en memorias traumáticas o en aquellas emociones que han sido evitadas, para afrontarlas por medio de la autocompasión (Gilbert, 2015).

La CFT trabaja también con pensamientos repetitivos por medio de un análisis sobre las metas, para poder comprobar si los pensamientos que se dan de manera constante son reales (Gilbert, 2015). Por ejemplo, el creer que uno ha cometido un error le genera miedo a la persona y esto activa el sistema de amenaza, frente a lo que la persona se considera incompetente y cree que va a ser rechazado por los demás (Gilbert, 2015). Esto produce que los pensamientos repetitivos no puedan encender el sistema de búsqueda y sus recursos (Gilbert, 2015). La CFT se dedica a que la persona afronte de manera positiva los cambios en su vida, acepte las pérdidas, reorganice sus objetivos y su identidad (Gilbert, 2015). Se utilizan distintas técnicas, algunas de las cuales se describen a continuación.

Imaginación.

Una de las intervenciones que esta terapia usa es la imaginación. Ya que por medio de esta se le hace entender al paciente que muchas de nuestras imaginaciones que se presentan en nuestra cabeza producen activaciones y sensaciones en nuestro cuerpo a pesar de no estar viviéndolas en el momento (Gilbert, 2015). Cuando estas son positivas, el paciente se ve beneficiado y emocionalmente equilibrado. Mientras que las imágenes negativas pueden activar el sistema de amenaza, lo cual impide que el individuo cambie su atención hacia soluciones o mejores habilidades de afrontamiento (Gilbert, 2015). Después de que la persona entiende cómo funciona su cuerpo, se le invita a imaginar situaciones o lugares que le generen seguridad y que de cierta manera el lugar esté feliz de tenerlo ahí. Con esto, la persona explora sentimientos de valoración, apreciación y estimación (se activa la compasión). La idea es que con esta intervención la persona aporte confortamiento a su mente (Gilbert, 2015). Otra opción, son imaginaciones donde el paciente recuerde momentos

en los que otras personas fueron amables con él y viceversa. Esta intervención, tiene como objetivo regular a la persona fisiológicamente, ya que al generar sentimientos de seguridad y bienestar, inmediatamente regula el sistema de amenaza. Además, el paciente puede llegar a aceptar los sentimientos reales y no evitarlos, ser compasivo con ellos y comprenderlos (no avergonzarse), reconocer si presenta autocrítica exagerada e identificar pensamientos inútiles y reemplazarlos por algo compasivo (Gilbert, 2015).

Desarrollo del yo compasivo.

Por otro lado, el desarrollo del yo compasivo es otra de las técnicas utilizadas. Se enfoca en identificar las cualidades que tiene la persona y cuáles son los elementos con los que está formada (identidad) (Gilbert, 2015). Al analizarla, es importante explicar a la persona que cada ser humano puede cultivar los aspectos que posee y también adoptar elementos que no están en nosotros, pero que los podemos conseguir por medio de la práctica (Gilbert, 2015). Posteriormente, se trabaja en las cualidades que debería tener una persona autocompasiva, para de esta manera poder diseñar con el paciente quien quiere ser (Gilbert, 2015). En este caso, se utiliza los elementos que el individuo posee y se acoplan los que le faltan (Gilbert, 2015). Las cualidades que se toman en cuenta en una persona compasiva son: sabiduría, ya que esta permite la madurez y comprensión de las distintas situaciones que se presentan en la vida; fuerza, firmeza y valor, permiten a la persona tener autoridad sobre sí misma y confianza; calidez y amabilidad hacia los demás y a uno mismo; por último, no generar juicios hacia los demás ni sobre uno mismo y enfocarse en la responsabilidad de ayudar o cambiar (Gilbert, 2015). El objetivo de esta intervención, es que la persona sea flexible y pueda presentarse tranquila frente a los cambios adoptados (Gilbert, 2015).

Silla de la compasión.

La silla de la compasión, es otra de las intervenciones que usa esta terapia. El objetivo es que la persona pueda expresar sus sentimientos y pensamientos con respecto a las distintas

emociones que presenta al momento de vivir una experiencia difícil (Gilbert, 2015). La idea es que en un lado de la silla, la persona se presente con su emoción (tristeza, ira, autocrítica) dependiendo de lo que se quiera trabajar, para que pueda expresar lo que está sintiendo. Después, se le invita al individuo a que pase a otra silla donde se encuentra su yo compasivo. En esta, él tiene que tranquilizarse, relajarse y responder a los sentimientos de la silla contraria de forma compasiva (Gilbert, 2015). En este diálogo, se cultiva la motivación y el sentimiento del lado compasivo para ayudar al otro (ansioso, enojado, triste) (Gilbert, 2015). Con esta intervención, se puede crear una nueva actitud de cambio y sanación. El logro de la CFT es que la compasión se desarrolle en la persona como un integrante de su identidad (Gilbert, 2015).

Reescritura.

Otra de las técnicas es la reescritura, la cual consiste en que la persona se vuelva a imaginar su problema o experiencia difícil y la escriba, pero esta vez, utilizando el yo compasivo (Gilbert, 2015). La idea es que pueda ir modificando la historia, aumentando o disminuyendo cosas que colaboren a un final alternativo y positivo para el proceso. Es importante, que se avance de acuerdo a cómo el paciente se siente, sin forzarlo (Gilbert, 2015).

El comportamiento compasivo también es una intervención, ya que se le invita al paciente a que cada día haga algo amable hacia otros y realice actos de autocompasión (Gilbert, 2015). Adicionalmente, el imaginarse que una persona fue amable con uno, ayuda a que la memoria del individuo empiece a registrar este tipo de acciones, por ende va aprendiendo a ser compasivo (Gilbert, 2015). Es importante tomar en cuenta, que cuando uno está viviendo alguna situación difícil el sistema de amenaza se activa, provocando que la atención se centre en los pensamientos negativos y no en las cosas amables de la vida (Gilbert, 2015). Por lo que, al realizar los ejercicios, anteriormente dichos, la persona

recupera los detalles de la amabilidad, por medio de las características sensoriales y registrándolas en su memoria (Gilbert, 2015).

Carta compasiva.

Por último, el escribir una carta compasiva es una intervención que ayuda a la persona a que pueda decir lo que piensa de ella misma (Gilbert, 2015). Con esto, ella puede imaginar y entender lo que siente y desarrollar una forma autocompasiva entendiendo los sentimientos y pensamientos de forma abierta y equilibrada (Gilbert, 2015).

Aplicación de la terapia centrada en la compasión.

La CFT ha sido utilizada en distintos tipos de poblaciones mostrando resultados efectivos. La CFT ha mostrado resultados beneficiosos en pacientes con lesiones cerebrales, los cuales presentan dificultades psicológicas como ansiedad, depresión, altos niveles de autocrítica y vergüenza (Ashworth, Clarke, Jones, Jennings & Longworth, 2015). Los resultados obtenidos en esta población fueron que los pacientes presentaron una reducción satisfactoria en su autocrítica, ansiedad y depresión, además se incrementó la habilidad de auto-recuperación (Ashworth et al., 2015). Adicionalmente, no se presentó ningún efecto adverso que pueda dañar a los pacientes y se la reconoció a la terapia como una intervención que puede reducir las dificultades psicológicas después de una lesión cerebral (Ashworth et al., 2015).

En pacientes con trauma, la CFT ha demostrado también resultados prometedores ya que estos pacientes suelen presentar problemas de vergüenza y autocrítica por la experiencia vivida (Lawrence & Lee, 2014). Se realizó un estudio con una muestra de personas diagnosticadas con trastornos de estrés post-traumático (TEPT) cuyo objetivo era entender las experiencias de cada individuo al completar el curso completo de CFT y desarrollo de la autocompasión (Lawrence & Lee, 2014). Se observó que muchos de los participantes creían

que la autocompasión era algo que no se merecían (Lawrence & Lee, 2014). Posteriormente, se observó que quienes lograron aceptarla, redujeron la autocrítica y presentaron una mejor aceptación hacia ellos mismos. Esto les permitió hacer cambios grandes en la forma de vida que llevaban y su sentido de esperanza hacia el futuro mejoró (Lawrence & Lee, 2014).

En el caso de los pacientes con trastornos alimenticios, se realizó una revisión literaria acerca del tratamiento a partir de la CFT para tratamiento de personas con este tipo de trastornos (Goss & Allan, 2016). En este estudio, se tomó en cuenta que estos pacientes suelen presentar problemas como vergüenza, autocrítica y dificultad para generar autocompasión hacia ellos mismos (Goss & Allan, 2016). Como resultado, se encontró que sí reduce los niveles de vergüenza y autocrítica y que los auto-reportes del trastorno disminuyeron, además de que aumentó la autocompasión (Goss & Allan, 2016). Por lo tanto, esta terapia resulta prometedora para tratamientos ambulatorios de pacientes adultos con este tipo de problemas (Goss & Allan, 2016).

Finalmente, en pacientes con psicosis se realizó un estudio 40 adultos con esquizofrenia a los cuales se les aplicó la terapia CFT en modalidad grupal, para ver el efecto que causa en su recuperación. (Braehler et al., 2012). Para este proceso, se incluyeron pruebas semiestructuradas, entrevistas, auto reportes y algunos test. Como resultado, se obtuvo un aumento en la compasión, aceptación y una mejoría clínica (Braehler et al., 2012). Según el estudio, se ha visto que la terapia centrada en la compasión es una intervención que proporciona seguridad, aceptación y promueve la recuperación emocional en pacientes con psicosis (Braehler et al., 2012).

En relación a la aplicación de la CFT en el ámbito deportivo, la autocompasión, por el momento presenta una atención muy limitada como recurso para esta población (Mosewich, Crocker & Kowalski, 2013). Pero, a pesar de los pocos estudios que se encuentran, se ha visto que podría ser positiva para regular los pensamientos y emociones en el contexto del

deporte y ser herramienta de afrontamiento frente a las distintas experiencias que viven los atletas (Sutherland et al., 2014). En un estudio, se exploró las narrativas de experiencias dolorosas y autocompasivas de seis mujeres atletas entre los 15 y 24 años. A estas, se les entrevistó individualmente con preguntas semi-estructuradas para ver sus distintas reflexiones frente a experiencias difíciles y de fracasos en su disciplina, tomando en cuenta el papel de la autocompasión en las mismas (Sutherland et al., 2014). En los resultados se pudo observar que la autocompasión fue beneficiosa para sobrellevar un fracaso, y a la vez, se vio preocupación a presentar demasiada autocompasión ya que esta podría llevar a la mediocridad (Sutherland et al., 2014). Por tanto, el estudio presenta la necesidad de más investigaciones con respecto al tema, debido a que esta puede ser un facilitador potencial y una protección para la salud emocional de los atletas élite (Sutherland et al., 2014).

METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Diseño

Esta investigación tiene como objetivo explorar si la terapia centrada en la compasión favorece al bienestar psicológico de deportistas élite que por motivo de una lesión tuvieron que abandonar su carrera. Para poder comprobar la efectividad de esta terapia se aplicará una metodología experimental de tipo cuantitativa con un diseño pre-post. La metodología cuantitativa se refiere a la obtención de datos por medio de mediciones numéricas, conteo y estadísticas que permitan identificar con exactitud patrones y resultados significativos en una muestra específica de personas (Vega et al., 2014). Adicionalmente, se implementará un diseño pre-post, el cual implica la medición del estado previo y posterior a la intervención para verificar si existió un cambio (Montero & León, 2005).

Variables.

Al ser este un estudio de tipo experimental este incluye variables. El tipo de terapia aplicada, en este caso la CFT, constituye la variable independiente. La variable independiente es aquella propuesta por el investigador, quien la controla y modifica (Hernández, Fernández & Baptista, 2010). La variable dependiente representa los cambios presentados tras la intervención, es decir el efecto en el bienestar de los deportistas (Hernández et al., 2010). Por otro lado, las variables control son todos los factores que deben permanecer constantes desde el inicio del experimento hasta el final (Hernández et al., 2010). En este estudio, las variables controladas serán el tipo de participante, el rango de edad, el tiempo transcurrido desde la lesión, la gravedad de las consecuencias provocadas por la lesión, entre otras.

Justificación de la Metodología Seleccionada

La aplicación de la metodología cuantitativa en esta investigación tiene como beneficio el poder recolectar datos numéricos cuantificables, que ayuden en la comprobación de la pregunta de la investigación e identificar patrones significativos (Hernández et al., 2010). Además, brinda confiabilidad en los resultados, debido al uso de pruebas estandarizadas, las cuales están revisadas por una comunidad científica (Hernández et al., 2010). Por otro lado, las escalas escogidas miden el bienestar y ciertas características que presenta esta población y que se desean trabajar por medio de la terapia centrada en la compasión (Díaz et al., 2006; Bai~ao, Gilbert, McEwan & Carvalho, 2015). Por lo que, al aplicar estas herramientas se podrá observar el antes y después de los participante con el objetivo de responder la hipótesis del estudio.

Herramientas de Investigación Utilizadas

Para la medir la efectividad de la terapia se aplicarán herramientas estandarizadas. La primera es la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (PWBS), la cual medirá el nivel de bienestar psicológico en el atleta. La segunda escala que se utilizará es el *Form Self-Criticising/Attacking & Self-Reassuring Scale*, que examinará el estilo de afrontamiento de las personas frente a la adversidad (Díaz et al., 2006).

Escala de Bienestar Psicológico de Ryff.

Esta herramienta, fue creada por Ryff, quien planteó un modelo multidimensional de bienestar psicológico, el cual estaba compuesto por seis dimensiones (Díaz et al., 2006). Como primera dimensión se encuentra la auto-aceptación, debido a que la persona por lo general intenta sentirse bien con ella misma, aunque sabe que tiene sus propias limitaciones; siendo esta una actitud positiva que genera un funcionamiento psicológico adecuado (Díaz et al., 2006). La dimensión de las relaciones positivas, consiste en presentar relaciones estables,

ya que estas generan la capacidad de amar y esta relacionada al bienestar (Burgos, 2011). Otra dimensión importante es la autonomía, ya que esta permite a la persona tener su propia individualidad en los distintos contextos sociales, para mantener una mejor auto-regulación en comportamientos y afrontamiento de presiones sociales (Burgos, 2011). En el caso del dominio del entorno, la persona presenta la habilidad para crear o escoger lo que le haga feliz y le permita tener un entorno favorable (Burgos, 2011). Esta dimensión, consiste en una sensación de control sobre el mundo y da la capacidad de intervenir en el ambiente que le rodea. (Burgos, 2011). Otra de las dimensión es tener un propósito en la vida, el cual se puede observar por medio las metas y la capacidad de definir las, ya que permite claridad en la persona para saber lo que quiere en su vida (Burgos, 2011). La última dimensión planteada por Ryff que es el crecimiento personal, relacionado con el desarrollo del potencial de uno mismo y la constante superación personal (Burgos, 2011).

Varios colaboradores han realizado modificaciones en la propuesta original de Ryff, quienes evaluaron la ambigüedad y su ajuste al significado de cada dimensión. Van Dierendonck, adaptó la Escala de Bienestar Psicológico a 39 ítems en total (alrededor de 6 y 8 ítems por cada dimensión) y consiguió una consistencia interna entre 0,78 y 0,81 y un CFI de 0,88 en ajuste a cada dimensión (Díaz et al., 2006). Posteriormente, se tradujo y adaptó esta versión al castellano, la cual consiste en 29 ítems para así facilitar su administración y el ajuste de las seis dimensiones. La consistencia interna posee un valor mayor o igual que 0,70. Por lo que, esta presenta una mejora en sus propiedades psicométricas comparada a las versiones en inglés existentes (Díaz et al., 2006). Por último, es importante saber que su forma de medir, se rige a la escala de Likert que va desde 1 (como completamente en desacuerdo) a 6 (completamente de acuerdo) (Liberal et al., 2014).

Form Self-Criticising/Attacking & Self-Reassuring Scale.

El FSCRS, fue desarrollada por Paul Gilbert para poder explorar las diferentes formas en las que los seres humanos reaccionan frente a la adversidad (Bai~ao, Gilbert, McEwan & Carvalho, 2015). Esta herramienta se usa para medir la tendencia a presentar un estilo autocrítico o uno reconfortante, cuando ocurren contratiempos o fracasos en la vida (Bai~ao, Gilbert, McEwan & Carvalho, 2015). Los ítems propuestos se obtuvieron de diferentes prácticas clínicas al observar los pensamientos de los paciente depresivos sobre su propia autocrítica y habilidades de afrontamiento (Bai~ao et al., 2015). Esta escala posee 22 ítems, los cuales se dividen en tres distintas dimensiones que son: Odio a hacia uno mismo, inadecuación y autovalidación. La dimensión que evalúa odio hacia a uno mismo, se refiere a la medida en que la persona desea hacerse daño o se considera a sí mismo de manera negativa (Hutton, Kelly, Lowens, Taylor & Tai, 2013). La dimensión de inadecuación mide los pensamientos de la persona en relación a no sentirse suficiente (Hutton, Kelly, Lowens, Taylor & Tai, 2013). Por último, la dimensión de autovalidación mide el propio fortalecimiento, la capacidad y el deseo de recordarse a sí mismo y las habilidades positivas, a pesar que las cosas no están bien en su vida (Hutton, Kelly, Lowens, Taylor & Tai, 2013).

La consistencia interna del test es de 0,90 (Bai~ao et al., 2015). Por otro lado, la FSCRS se mide por medio del modelo de Likert, con un rango de 5 puntos. El número 0 representa a “no se parece mi “y 4 “se parece a mí”, por lo que los puntajes más altos representan más autocrítica (Ashworth et al., 2015).

Es importante mencionar que en varias investigaciones donde se ha usado esta escala; la autocrítica se ve asociada con depresión, ansiedad, pensamientos negativos hacia el futuro, miedo a la compasión, ira, pensamientos paranoides y perfeccionismo (Bai~ao et al., 2015). Mientras que el propio fortalecimiento, se ve relacionado con buena salud psicológica, apego seguro y pensamientos de seguridad y protección (Bai~ao et al., 2015). Adicionalmente, esta

escala ha sido usada para poblaciones clínicas y no clínicas, presentando un ajuste satisfactorio (Bai~ao et al., 2015). Por lo que, se le solicitará al autor de la escala, la traducción en español de la misma, para poder aplicar en los participantes de este estudio.

Descripción de Participantes

La muestra de esta investigación consiste en 20 participantes de sexo indiscriminado, los cuales, deben cumplir con los criterios de inclusión:

- Deportistas élite que han dejado su carrera deportiva por una lesión.
- La lesión debe haberse dado en los últimos tres años.
- La lesión sufrida continúa afectado su vida, hasta el presente.
- Las edades de los participantes deben estar entre los 18 a 35 años.

Se excluirán a aquellos participantes que:

- Sean deportistas aficionados.
- Ser menor de edad, estar en la adultez media o vejez.
- La terminación de su carrera por lesión se haya dado hace más de tres años.
- Que el participante haya superado el efecto que la lesión ha causado en su vida.

Reclutamiento de los Participantes

Para reclutar a los participantes, se pondrá un anuncio en las carteleras de noticias de distintas Federaciones Deportivas, en el Ministerio de Deporte y en la Concentración Deportiva de Pichincha que se encuentran en Quito y sus alrededores. En estos anuncios, se solicitará deportistas élite que por motivo de una lesión hayan tenido que abandonar su carrera. Una vez contactadas, se les realizará tres preguntas: ¿Qué edad tienen?, ¿hace cuánto tiempo fue su lesión? y ¿La lesión, continúa afectado su vida? Estas ayudarán a seleccionar la muestra necesaria para la investigación, a tomar en cuenta el rango de edad establecido, a

comprobar sí la lesión fue el motivo de interrupción de la disciplina deportiva, y por último que el tiempo desde ocurrida la lesión no sea mayor a tres años y que este evento le siga afectando negativamente en su vida. Aquellos participantes que cumplan con los requisitos, serán incluidos en la muestra, sin exceder las plazas disponibles.

Procedimiento

En primer lugar, el reclutamiento de participantes se realizará mediante un método no probabilístico, aleatorio simple. Este método permitirá la selección de individuos de manera rigurosa (Hernández et al., 2010). A los participantes seleccionados se les aplicará las herramientas psicométricas PWBS y FSCRS, las cuales se utilizarán para obtener una línea base antes de la intervención. Posteriormente, se aplicará a cada individuo la CFT, por un periodo de seis meses. Una vez finalizada la intervención se administrará nuevamente las escalas, para observar si los resultados evidencian algún cambio en los individuos que pueda ser atribuido a la terapia. Finalmente, se analizarán los resultados obtenidos, por medio de métodos estadísticos pertinentes; para así obtener las conclusiones y determinar si fue posible responder a la pregunta de investigación.

Consideraciones Éticas

Con respecto a las consideraciones éticas, en este estudio se tomarán en cuenta las condiciones necesarias que implica la investigación con individuos. En primer lugar, todos los colaboradores seleccionados deberán firmar un consentimiento informado antes de participar, en este se expondrá los objetivos de la investigación y se comunicará que la participación es totalmente voluntaria y que quienes decidan participar pueden abandonar el estudio en cualquier momento. En segundo lugar, se le asignará un código a cada participante, conocido únicamente por el investigador; para que de esta manera se conserve la confidencialidad. Adicionalmente, toda la información que se recolecte en el proceso será

utilizado únicamente con fines investigativos y estos serán eliminados al terminar el estudio. En tercer lugar, se considerará el bienestar de cada participante, y si por alguna razón experimentan malestar se les recomendará asistir a sesiones adicionales. De igual manera, no se le obligará tratar temas que no desee o para los que no esté preparado. Finalmente es importante mencionar que, a pesar de las consideraciones éticas, por la naturaleza del estudio este puede alterar el estado emocional del paciente. Por esta razón, se intentará minimizar cualquier efecto en la medida de lo posible.

RESULTADOS ESPERADOS

Tomando en cuenta la revisión literaria realizada para esta investigación, se esperaría que los deportistas élite que tuvieron que abandonar su carrera deportiva por una lesión y recibieron la CFT, mejoren su bienestar psicológico reduciendo su autocrítica y sentimientos de vergüenza. Se esperaría que los participantes reafirmen su identidad y confianza por medio del desarrollo de las habilidades de compasión que propone la terapia. Estas habilidades han demostrado generar sentido de bondad hacia uno mismo, comprensión de que la vida implica dificultades que se deben afrontar y atención consciente para equilibrar pensamientos, emociones y conductas (Hurley, 2014; Fritzsche, 2016). En un estudio realizado a seis mujeres atletas entre 15 y 24 años, en el que debían reportar sus reflexiones frente a situaciones difíciles y fracasos deportivos; considerando y el papel de la autocompasión en la mismas. Se observó, que la autocompasión ayudó a sobrepasar el fracaso, por lo que la investigación mostró la posibilidad de que la autocompasión sea un factor de protección para la salud emocional de los atletas (Sutherland et al., 2014).

En relación a los tres sistemas de regulación de los afectos (amenaza, activación y confortamiento) que propone CFT; se esperarían varios efectos por medio de la aplicación de esta terapia, descritos continuación. Una reducción en las respuestas emocionales (ansiedad, ira, frustración & miedo) que activan el sistema de amenaza (Goss & Allan, 2016; Gilbert, 2015). El incremento de desarrollen sentimientos positivos en aquellos deportistas que presenten síntomas de depresión, bajos niveles de bienestar y autoestima debido a la retirada de su carrera. El desarrollo de estos sentimientos les permitirá que el sistema de activación se ponga en marcha, provocando la búsqueda de recursos e incentivos que los guíen hacia la consecución de objetivos y el crecimiento personal (Kleiber & Block, 1992; Gilbert, 2015).

La regulación de ambos sistemas, amenaza y activación, genera seguridad y satisfacción en relación a su vida, desarrollando así el sistema de confortamiento (Gilbert, 2015). La terapia centrada en la compasión promueve el buen funcionamiento de estos sistemas, al utilizar a la compasión como herramienta fundamental y al usar sentimiento de bondad y afecto se consigue incrementar en la persona la seguridad y tranquilidad (Gilbert, 2015). Tomando en cuenta que los deportistas élite que tuvieron que dejar su carrera por lesión presentan un desajuste emocional y bajo locus de control, se esperaría que al usar la intervención los tres sistemas se equilibren y con ellos se consiga regular el sistema emocional (Gilbert, 2015; Hurley, 2014).

Los cambios mencionados deberían evidenciarse en los resultados de ambas escalas utilizadas. En los resultados iniciales de la PWBS, se esperan puntajes bajos que representan ausencia de la capacidad de adaptación en distintos ámbitos de la vida. En relación a los puntajes iniciales obtenidos en la FSCRS, se esperan puntajes altos que muestran un juicio severo hacia sí mismos. Después de realizada la intervención mediante la terapia, se espera encontrar diferencias significativas en el puntaje de ambas escalas. Se esperaría que en la PWBS los puntajes incrementen favoreciendo el bienestar en los atletas. Mientras que en la FSCRS, se esperaría observar puntajes más bajos en sus distintas dimensiones. Con estos resultados, se podría ver que la terapia centrada en la compasión es apropiada para disminuir síntomas que se presentan en los deportistas élite que por lesión dejaron prematuramente su carrera deportiva y que está incrementa el bienestar de los individuos de esta población.

Finalmente, al obtener resultados significativos en las escalas después de la intervención, se esperaría que los participantes de esta investigación hayan aceptado los nuevos cambios en su vida, que su identidad tenga nuevas alternativas y que se presente un buen bienestar personal para poder sobrellevar las distintas circunstancias de la vida (Gilbert, 2014; Noguera et al., 2007)

DISCUSIÓN

Al finalizar con este estudio y tomando en cuenta la pregunta planteada ¿Cómo y hasta qué punto la terapia centrada en la compasión favorece al bienestar psicológico de deportistas élite, tras la retirada prematura de su carrera debido a una lesión? Se puede concluir que la terapia CFT podría tener un efecto positivo para el bienestar psicológico de los deportistas élite que por lesión tuvieron que abandonar su carrera deportiva. Estos suelen presentar ansiedad, depresión, frustración, miedo, pérdida de identidad y confianza en sí mismo, autocrítica, vergüenza y culpa (Hurley, 2014). Según estudios realizados en otras poblaciones con síntomas similares, la terapia ha resultado efectiva generando así una predicción positiva para esta población (Ashworth et al., 2015).

En la CFT existen tres sistemas: activación, amenaza y confortamiento. Cada uno tiene una función diferente, pero si estos no están equilibrados entre sí, pueden generar una desregulación emocional (Guilbert, 2015). En los deportistas élite que tuvieron que abandonar su carrera por lesión, suele activarse el sistema de amenaza debido a que esta situación afecta su vida, ya que dejan de pertenecer a su grupo de entrenamiento, sus metas ya no pueden ser cumplidas y su disciplina deportiva pasa a ser parte de su pasado (Aline, 2008).

Estos cambios personales y profesionales pueden generar en el atleta desequilibrio de emociones, pensamientos y conductas que impiden al atleta guiarse y motivarse en la búsqueda de recursos de afrontamiento. (Guilbert, 2014; Goss & Allan, 2016; Schlossberg, 2004 cit. en Aline, 2008). Para esto, la CFT sería de gran ayuda, ya que por medio de la compasión se puede generar en el atleta sentimientos positivos, los cuales despiertan el sistema de activación. Este sistema genera recursos para que la persona pueda aceptar los cambios y tener un crecimiento personal (Goss & Allan, 2016). Por lo tanto con la regulación de ambos sistemas, el sistema de confortamiento puede activarse creando en la persona

seguridad y satisfacción con su vida (Gilbert, 2014; Goss & Allan, 2016). En un estudio realizado por Lawrence & Lee (2014), se encontró que pacientes con trauma a los que se les aplicó CFT, pudieron cambiar la forma de vida que llevaban y lograron tener esperanza hacia el futuro. Esto ocurrió gracias a que los niveles de autocrítica bajaron produciendo una mejor aceptación hacia ellos mismos y al incremento de los niveles de autocompasión (Lawrence & Lee, 2014).

Adicionalmente, la autocompasión es la herramienta fundamental de la CFT, ya que esta es una actitud positiva que protege al individuo de juzgarse a sí mismo, aislarse socialmente y tener rumiaciones negativas cuando han tenido que sufrir fracasos (Guilbert, 2015; Mosewich, Crocker & Kowalski, 2013). En el caso de esta población, se puede decir que al vivir la terminación de su carrera por una lesión, la persona tiende a autocriticarse, presentar vergüenza y sentimientos de pérdida de identidad (Ashworth et al., 2015). Al trabajar con esta terapia, se puede implementar en la persona las características autocompasivas como: la bondad a uno mismo para que no se autocritique, la humanidad para que la persona entienda que las experiencias sean buenas o malas son parte de la vida y la atención consciente del presente con el objetivo de lograr equilibrio de pensamientos y sentimientos (Fritzsche, 2016). Como evidencia, en un estudio con mujeres atletas se encontró que la autocompasión ha sido de gran ayuda para solventar fracasos en el deporte y se estableció como un factor de protección para la salud emocional de los deportistas élite (Sutherland et al., 2014).

Las escalas utilizadas para comprobar la hipótesis de esta investigación miden las dimensiones importantes que se desea observar en la población seleccionada. En el caso de la FSCRS, se enfoca en la observación de la autocrítica o propio confortamiento al experimentar situaciones difíciles, tomando cuenta sus tres dimensiones: Odio a uno mismo, inadecuación y autovalidación (Díaz et al., 2006). Por otro lado, la PWBS mide el bienestar

psicológico de las personas tomando en cuenta seis dimensiones: auto-aceptación, actitud positiva, relaciones positivas, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal (Burgos, 2011; Díaz et al., 2006). Las dimensiones de ambas escalas son adecuadas para esta investigación, ya que implican varias de las reacciones conductuales, emocionales y cognitivas que los deportistas élite presentan al dejar su carrera debido a una lesión (Ashworth et al., 2015; Schlossberg, 2004 cit. Aline, 2008). Con la aplicación de ambos test, se consigue observar la influencia de la CFT en los síntomas característicos que presenta esta población.

Finalmente, y para concluir, se puede decir que la metodología cuantitativa utilizada pretende ser positiva en la investigación, ya que permite la obtención de resultados estandarizados, los mismos que den mayor certeza sobre cómo la terapia centrada en la compasión favorece al bienestar psicológico de los deportistas élite, que por lesión, tuvieron que abandonar su carrera deportiva.

Limitaciones del Estudio.

Las limitaciones identificadas en este estudio se presentan a continuación. En primer lugar, la muestra utilizada consistía en un número reducido de participantes; debido a que se requería la aplicación individual de la intervención terapéutica, representando más horas de trabajo y compromiso. En segundo lugar, no se tomó en cuenta el efecto que pueden haber tenido otras intervenciones terapéuticas previas al estudio en los participantes. En tercer lugar, la muestra del estudio se limitó únicamente a los deportistas élite que provenían del Ministerio del deporte, de la Concentración Deportiva de Pichincha y de las diferentes federaciones deportivas de Quito. Por lo tanto no se consideró a deportistas élite que hayan tenido que vivir el abandono de su carrera debido a una lesión. En cuarto lugar, la literatura relacionada a la terapia centrada en la compasión es escasa, por lo que no se encontraron

fuentes suficientes para explicar las intervenciones que esta terapia aplica. Finalmente, el estudio se vio limitado al no haber tenido la versión en castellano de la prueba psicométrica *Form Self-Criticising/Attacking & Self-Reassuring Scale*.

Recomendaciones para Futuros Estudios

Al concluir la presente investigación, se establecen las siguientes recomendaciones para futuros estudios. Sería conveniente utilizar una muestra de deportistas élite de una disciplina específica, ya que al no tener una muestra homogénea en relación a la disciplina practicada pueden existir factores del tipo de deporte que influyan en los resultados. Asimismo, se podría seleccionar participantes con un rango de edad similar para evitar discrepancias en los resultados debidos a la etapa de desarrollo y a su trayecto profesional y personal presentado antes la lesión. Adicionalmente, sería interesante poder investigar si la CFT puede funcionar como una herramienta de prevención de lesiones en los deportistas; ya que existen factores como el estrés, falta de locus de control y ansiedad competitiva que pueden ser factores de riesgo que predispongan a una lesión. Finalmente, sería bueno utilizar herramientas psicométricas normadas en la población ecuatoriana, ya que estas podrían aportar con resultados más precisos que tomen en cuenta la cultura y educación de la muestra utilizada.

REFERENCIAS

- Ashworth, F., Clarke, A., Jones, L., Jennings, C. & Longworth, C. (2015). An exploration of compassion focused therapy following acquired brain injury. *The British Psychological Society*. 88, 143-162. doi:10.1111/papt.12037.
- Aline, L. (2008). *The Effects of a career ending injury on an elite athlete's self-concept and psychological distress*. (Tesis de maestría, University of a Utah). Obtenido de: <http://content.lib.utah.edu/cdm/ref/collection/etd2/id/638>
- Allison, M. & Meyer, C. (1988). Career problems and retirement among female tennis professionals. *Sociology of Sport Journal*. 5, 212-222. Obtenido de: <http://www.humankinetics.com/acucustom/sitename/Documents/DocumentItem/9490.pdf>
- Burgos, A. (2012). Propiedades psicométricas de la escala de bienestar psicológico y su estructura factorial en universitarios chilenos. *Psicoperspectivas, Individuo y Sociedad*. 11(2), 1-196. Obtenido de: <http://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/view/196/238ç>
- Bai~ao, R., Gilbert, P., McEwan, K. & Carvalho, S. (2015). Forms of self-criticising/attacking & self-reassuring scale: psychometric properties and normative study. *Psychology and Psychotherapy*. 88, 438-452. doi:10.1111/papt.12049
- Braehler, C., Gumley, A., Harper1, J., Wallace, S., Norrie, J. & Gilbert, P. (2012). Exploring change processes in compassion focused therapy in psychosis: results of a feasibility randomized controlled trial. *British Journal of Clinical Psychology*. 52(2), 199-214. doi:10.1111/bjc.12009.
- Cepeda, V. (2012). El aspecto psicológico de la lesión. *The Mental Side of Athletic Injury*. Obtenido de: <http://psicodeporteyrendimientooptimo.blogspot.com/2012/01/el-aspecto-psicologico-de-las-lesiones.html>
- Díaz, D., Rodríguez, E., Blanco, R., Moreno, A., Gallardo, I., Valle, C. & Dierendonc, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de ryff. *Psicothema*. 18(3), 572-577. Obtenido de: <http://www.psicothema.com/pdf/3255.pdf>
- Federación Internacional de Fútbol Asociación. (2015). *Nuevos datos sobre patrones de juego y estadísticas de lesiones en la Copa Mundial Femenina de la FIFA*. Obtenido de: <http://es.fifa.com/fifa-tournaments/news/y=2015/m=11/news=nuevos-datos-sobre-patrones-de-juego-y-estadisticas-de-lesiones-en-la--2732564.html>
- Fritzsche, M. (2016). *The validity of the Forms of SelfCriticizing/Attacking & Self-reassuring Scale in comparison to the Selfcompassion Scale*. (Tesis de maestría, University of Twente). Obtenido de: http://essay.utwente.nl/70550/1/Fritzsche_MA_BMS.pdf
- Fajardo, A. & Espinoza, G. (2014). *Prevalencia de lesiones y factores asociados en deportistas de 13-17 años de la federación deportiva del Cañar 2014*. (Tesis de Pregrado, Universidad de Cuenca). Obtenido de: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21032/1/TESIS.pdf>

- García, O., Cancela, J., Olveira, E. & Mariño, R. (2009). ¿Es compatible el máximo rendimiento deportivo con la consecución y ¿es compatible el máximo rendimiento deportivo con la consecución y mantenimiento de un estado saludable del deportista?. *Revista Internacional de Ciencias y el Deporte*. 14(5), 19-31. Obtenido de: <file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/DialnetCorrelationBetweenBasalSerumIGF1LevelsAndFunctiona-2784972.pdf>
- Vega, G., Ávila, J., Vega, A., Camacho, N., Becerril, A. & Santos, L. (2014). Paradigmas en la investigación: enfoque cuantitativo y cualitativo. *Europen Scientific Journal*. 10(15), 1857–7881. Obtenido de: <file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/3477-10011-1-PB.pdf>
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *The Britihs Psychological Society*. 53(1), 14-41. doi: 10.1111/bjc.12043.
- Gilbert, P. (2015). *Terapia Centrada en la Compasión*. Estados Unidos: Desclée de Brouwer
- Goss, K. & Allan, S. (2016). El desarrollo y la aplicación de la terapia focalizada en la compasión para los trastornos alimentarios (TFC-TA). *Toxicomanía*. 75, 3-14. Obtenido de: http://www.catbarcelona.com/uploads/rets/ret_76_02_trastornos_alimentarios.pdf
- Gordon, S. (2016). La psicología del deporte y el deportista lesionado. *Coaching Assosiation of Canada*. 24, 47-56. Obtenido de: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13104958&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=277&ty=31&accion=L&origen=bronco%20&web=www.apunts.org&lan=es&fichero=277v24n091a13104958pdf001.pdf&anuncioPdf=ERROR_publi_pdf
- Hurley, D. (2014). *The psychosocial impact of career-ending injuries in elite rugby union players: A qualitative study*. (Tesis de Masterado, University of Jyväskylä). Obtenido de: <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/43766/URN:NBN:fi:jyu-201406172068.pdf?sequence=1>
- Hutton. P, Kelly, J, Lowens, I, Taylor, P & Tai, S. (2013). Self-attacking and self-reassurance in persecutory delusions: A comparison of healthy, depressed and paranoid individuals. *Psychiatry Research*. 205(2), 127-136. Obtenido de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178112004428>
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, M. (2010). *Metodología de la investigación*. México D.F.: MacGrawHill
- Jaramillo, J. (2016). Fomentar la actividad física e impulsar a los atletas élite son los ejes de la revolución deportiva ecuatoriana. *Agencia Pública de Noticias del Ecuador y Sudamérica*. Obtenido de: <http://www.andes.info.ec/es/noticias/fomentar-actividad-fisica-e-impulsar-atletas-elite-son-ejes-revolucion-deportiva>
- Kleiber, D. & Block, S. (1992). The effects of career-ending injiries on the subsequent well-being f elite college athletes. *Sociology of Sport Journal*. 9(1), 70-75. doi: <http://dx.doi.org/10.1123/ssj.9.1.70>.

- Letelier, H. & Orizola, A. (2015). Lesiones y enfermedades de los deportistas durante los juegos deportivos nacionales; Chile- 2013. *Hospital Clínico Universidad de Chile*. Obtenido de: <http://g-se.com/es/salud-y-fitness/articulos/lesiones-y-enfermedades-de-los-deportistas-durante-los-i-juegos-deportivos-nacionales-chile-2013-2053>
- Lawrence, V. & Lee, D. (2014). An exploration of people's experiences of compassion-focused therapy for trauma, using interpretative phenomenological analysis. *Clinical Psychology and Assosiation*. 21, 495–507. doi: 10.1002/cpp.1854.
- Leaviss, J. & Uttley, L. (2015). Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: an early systematic review. *Psychological Medicine*. 45, 927–945. doi:10.1017/S0033291714002141.
- Lotysz, G. & Short, S. (2004). “What ever happened To” the effects of career termination from the National Football League. *Journal of Sport Psychology*. 6(3), 47-66. Obtenida de: <http://www.athleticinsight.com/Vol6Iss3/WhatEverHappened.htm>
- Liberal, R., López, A., Pérez, M. & García, A. (2014). Psychological impact of sports injuries and psychological well-being in relation to sports performance in competition gymnasts. *Universidad de las Islas Baleares*. 14(3), 97-103. Obtenido de: http://www.fade.up.pt/rpcd/_arquivo/artigos_soltos/2014-3/06.pdf
- Martínez, P. (2006). El método de estudio de caso estrategia metodológica de la investigación científica. *Pensamiento y gestión*. 20, 1657-6276. Obtenido de: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/pensamiento/article/viewFile/3576/2301>
- Masten, R., Stražar, K., Žilavec, I., Tušak, M. & Kandare, M. (2014). Psychological response of athletes to injury. *Kinesiology*. 46(1), 127-134. Obtenido de: <http://web.a.ebscohost.com.ezbiblio.usfq.edu.ec/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=069cfc30-4777-4de4-98c1-edb9e75ad081%40sessionmgr4010&hid=4101>
- American College of Sports Medicine (2006). Psychological issues related to injury in athletes and the team physician: a consensus statement. *Medicine & Science in Sports & Exercise*. doi:10.1249/MSS.0b013e31802b37a6
- Mosewich, A., Crocker, P. & Kowalski, K. (2013). Managing injury and other setbacks in sport: experiences of (and resources for) high-performance women athletes. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*. 6(2), 182-204. Obtenido de: <http://www.tandfonline.com.scihub.cc/doi/abs/10.1080/2159676X.2013.766810?src=re-csys&journalCode=rqrs21>
- Muñoz, A. (2014). *Efectividad del vendaje elástico adhesivo como parte del tratamiento en las lesiones del equipo masculino de fútbol de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, durante el periodo de julio hasta octubre del año 2012*. (Tesis de pregrado, Pontificia Universidad Católica del Ecuador). Obtenido de: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/7608/8.34.001775.pdf?sequence=4>
- Montero, I. & León, O. (2005). Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 5(1), 115-127. Obtenido de: http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-136.pdf

- McKnight, K., Bernes, K., Gunn, T., Chorney, D., Orr, D. & Bardick, A. (2009). Life After Sport: Athletic Career Transition and Transferable Skills. *Journal of Excellence*. 13, 63-77. Obtenido de: https://www.uleth.ca/dspace/bitstream/handle/10133/1175/Life_After_Sport.pdf?sequence=1
- Nässi, A. (2014). *Psychosocial impact of career-ending injuries in professional ice hockey players: a qualitative study*. (Tesis de Masterado, University of Jyväskylä). Obtenido de: <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/44270/URN:NBN:fi:jyu201409172810.pdf?sequence=1>
- Noguera, J., Martínez, F., Martí, M. & Mollá, R. (2007). Responsabilidad social universitaria: acción aplicada de valoración del bienestar psicológico en personas adultas mayores institucionalizadas. *Revista Latinoamericana*. 18, 1-18. Obtenido de: <file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/polis-4161.pdf>
- Olmedilla, A. & García, A. (2009). El modelo global psicológico de las lesiones deportivas. *Universidad Europea de Madrid*. 6(2), 77-91. Obtenido de: <http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:AccionPsicologica2009-numero2-0008/Documento.pdf>
- Park, S., Lavalee, D. & Tod, D. (2013). Athletes' career transition out of sport: a systematic review. *International Review of Sport and Exercise Psychology*. 6 (1), 22-53. Obtenido de: <http://www.tandfonline.com/sci-hub/cc/doi/abs/10.1080/1750984X.2012.687053>
- Rodríguez, B. & Monroy, A. (2014). El mobbing en el deporte profesional Una cuestión entre derecho y ética. *Revista internacional del derecho y el deporte*. 1(2), 15-25. Obtenido de: [file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/105-338-2-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/105-338-2-PB%20(1).pdf)
- Sola, V. (2015). ¿Qué significa ser un deportista de alto rendimiento?. *Universidad San Sebastián*. Obtenido de: <http://www.uss.cl/newsletter-uss/2015/06/30/que-significa-ser-un-deportista-de-alto-rendimiento/>
- Stoltenburg, A., Kamphoff, C. & Lindstrom, K. (2011). Transitioning out of sport: the psychosocial effects of collegiate athletes' career-ending injuries. *The Online Journal of Sport Psychology*. 3(2), 95-113 Obtenido de: <http://www.athleticinsight.com/Vol13Iss2/Feature.htm>
- Schwartz, L. (2016). ¿Cuál es el riesgo de lesión al participar en los juegos olímpicos?. *Medscape*. Obtenido de: <http://espanol.medscape.com/verarticulo/5900646>
- Schwab, L., Pittsinger, R. & Yang, J. (2012). Effectiveness of a psychological intervention following sport injury. *Journal of sport and health science*. 1(2), 71-79. Obtenido de: http://ac.els-cdn.com/S2095254612000415/1-s2.0-S2095254612000415-main.pdf?_tid=f8760c54-9bf2-11e6-b00c-00000aab0f02&acdnat=1477538033_b11cda1f1985efbee2d6c66fb5100ac1

- Sudano, L. (2011). The use of externalizing perfectionism to assist collegiate student athletes with post-injury recovery. *Journal of Family Psychotherapy*. 22(4), 349-354. doi: 10.1080/08975353.2011.627807.
- Sutherland, L., Kowalski, K., Ferguso, L., Sabiston, C., Sedgwick, W. & Crocker, P. (2014). Narratives of young women athletes experiences of emotional pain and self-compassion. *Qualitative Research in Sport*. 6(4), 499-516. doi:10.1080/2159676X.2014.888587
- Swann, C., Morán, A. & Piggott, D. (2014). Defining elite athletes: issues in the study of expert performance in sport psychology. *Psychology of Sport and Exercise*. 16(1), 3-14. Obtenido de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1469029214000995>
- Sirera, J. (2015). Terapia enfocada en la compasión para las psicosis. *Actas Españolas de Psiquiatría*. 43, 1-13. Obtenido de: <http://www.cpsisalud.com/publicaciones/terapia-enfocada-en-la.pdf>
- Stoltenburg, A., Kamphoff, C. & Bremer, K. (2011). Transitioning out of sport: the psychosocial effects of collegiate athletes' career-ending injuries. *Journal of Sports Psychology*. 13(2). Obtenido de: <http://www.athleticinsight.com/Vol13Iss2/Feature.htm>
- Taggart, F., Stewart, S. & Parkinson, J. (2016). warwick-Edinburgh mental well-being scale (WEMWBS). *Health Scotland*. Obtenido de: <http://www.healthscotland.com/uploads/documents/26787WEMWBS%20User%20Guide%20Version%202%20May%202015.pdf>
- Tracey, J. (2010). The emotional response to the injury and rehabilitation process. *Journal of Applied Sport Psychology*. 15(4), 279-293. Obtenido de: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/714044197?src=recsys>
- Taylor, J. & Lavalley, D. (2010). *Career transition among athletes: Is there life after sports?*. In: Williams JM. Columbus: MacGrawHill
- Vega, G., Ávila, J., Vega, A., Camacho, N., Becerril, A. & Amador, G. (2014). Paradigmas en la investigación: enfoque cuantitativo y cualitativo. *European Scientific Journal*. 10(15). Obtenido de: <file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/3477-10011-1-PB.pdf>
- Williams, A. & Andersen, M. (2013). Psychosocial antecedents of sport injury: Review and critique of the stress and injury model. *Applied Sport Psychology*. 10(1), 5-25. Obtenido de: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10413209808406375?src=recsys>

ANEXOS

ANEXO A:

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos

Universidad San Francisco de Quito

El Comité de Revisión Institucional de la USFQ

The Institutional Review Board of the USFQ

Formulario Consentimiento Informado

Título de la investigación: **Como y Hasta que Punto la Terapia Centrada en la Compasión ayuda a Deportistas Élite en la Retirada Prematura de su Carrera por Motivo de Alguna Lesión.**

Organización del investigador *Universidad San Francisco de Quito*

Nombre del investigador principal *Daniela Cristina Guevara Puente*

Datos de localización del investigador principal *2892808, 0998572758 y danicrisguevara@hotmail.com.*

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

Introducción *(Se incluye un ejemplo de texto. Debe tomarse en cuenta que el lenguaje que se utilice en este documento no puede ser subjetivo; debe ser lo más claro, conciso y sencillo posible; deben evitarse términos técnicos y en lo posible se los debe reemplazar con una explicación)*

Este formulario incluye un resumen del propósito de este estudio. Usted puede hacer todas las preguntas que quiera para entender claramente su participación y despejar sus dudas. Para participar puede tomarse el tiempo que necesite para consultar con su familia y/o amigos si desea

participar o no.

Usted ha sido invitado a participar en un investigación sobre el efecto que tiene la terapia Centrada en la Compasión sobre los síntomas que presentan los deportistas élite cuando abandonan su carrera deportiva por motivo de una lesión porque la misma ha sido utilizada en otras poblaciones con síntomas similares, dando como resultado beneficios positivos.

Propósito del estudio (incluir una breve descripción del estudio, incluyendo el número de participantes, evitando términos técnicos e incluyendo solo información que el participante necesita conocer para decidirse a participar o no en el estudio)

Esta investigación consta de 20 participantes los cuales deben ser deportistas élite que por motivo de una lesión tuvieron que abandonar su carrera deportiva. La misma tiene como propósito analizar cuál es el efecto que tiene la Terapia Centrada en la Compasión en los síntomas de esta población.

Descripción de los procedimientos (breve descripción de los pasos a seguir en cada etapa y el tiempo que tomará cada intervención en que participará el sujeto)

Como primer paso de este estudio, se les aplicará a cada participante la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff y la Escala Form Self-Criticising/Attacking & Self-Reassuring. En segundo lugar, se administrará la Terapia Centrada en la Compasión creada por Paul Gilbert a cada uno de los 20 participantes. Finalmente, al culminar los seis meses de intervención se les volverá a aplicar ambas escalas y se analizarán los resultados obtenidos antes y después de la intervención.

Riesgos y beneficios (explicar los riesgos para los participantes en detalle, aunque sean mínimos, incluyendo riesgos físicos, emocionales y/o psicológicos a corto y/o largo plazo, detallando cómo el investigador minimizará estos riesgos; incluir además los beneficios tanto para los participantes como para la sociedad, siendo explícito en cuanto a cómo y cuándo recibirán estos beneficios)

En la terapia puede ser que los participantes presenten temas que los abrume o les cause ansiedad por lo que se dará apoyo y se concederá sesiones adicionales para trabajar en eso. Por otro lado, puede ser que se presenten temas que los participantes no se sientan preparados para hablar, por lo que se respetará el ritmo de cada participante sin presionarlos.

Este estudio puede ser beneficioso para la sociedad ya que proporcionará nuevos conocimientos de terapias para tratar a deportistas élite que por motivo de una lesión tuvieron que abandonar su carrera deportiva. Adicionalmente, si esta terapia ayuda a estos individuos, puede prevenir la insatisfacción que estos pueden tener después de vivir un contratiempo como este. Eliminar los síntomas y darle bienestar en su vida. Por último, cada uno de los participantes se verán beneficiados ya que la terapia les ayudará a mermar síntomas.

Confidencialidad de los datos (se incluyen algunos ejemplos de texto)

Para nosotros es muy importante mantener su privacidad, por lo cual aplicaremos las medidas necesarias para que nadie conozca su identidad ni tenga acceso a sus datos personales:

1) La información que nos proporcione se identificará con un código que reemplazará su nombre y se guardará en un lugar seguro donde solo el investigador y el testigo del estudio tendrán acceso.

2A) Si se toman muestras de su persona estas muestras serán utilizadas solo para esta investigación y destruidas tan pronto termine el estudio (si aplica) ó

2B) Si usted está de acuerdo, las muestras que se tomen de su persona serán utilizadas para esta investigación y luego se las guardarán para futuras investigaciones removiendo cualquier información que pueda identificarlo (si aplica)

3) Su nombre no será mencionado en los reportes o publicaciones.

4) El Comité de Bioética de la USFQ podrá tener acceso a sus datos en caso de que surgieran problemas en cuando a la seguridad y confidencialidad de la información o de la ética en el estudio.

Derechos y opciones del participante (se incluye un ejemplo de texto)

Usted puede decidir no participar y si decide no participar solo debe decírselo al investigador principal o a la persona que le explica este documento. Además aunque decida participar puede retirarse del estudio cuando lo desee, sin que ello afecte los beneficios de los que goza en este momento.

Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

Información de contacto

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono 0998572758 que pertenece a Daniela Guevara, o envíe un correo electrónico a danicrisguevara@hotmail.com

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. William F. Waters, Presidente del Comité de Bioética de la USFQ, al siguiente correo electrónico: comitebioetica@usfq.edu.ec

<p>Consentimiento informado <i>(Es responsabilidad del investigador verificar que los participantes tengan un nivel de comprensión lectora adecuado para entender este documento. En caso de que no lo tuvieren el documento debe ser leído y explicado frente a un testigo, que corroborará con su firma que lo que se dice de manera oral es lo mismo que dice el documento escrito)</i></p>	
<p>Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.</p>	
Firma del participante	Fecha
Firma del testigo <i>(si aplica)</i>	Fecha
Nombre del investigador que obtiene el consentimiento informado	
Firma del investigador	Fecha

ANEXO B:

ANUNCIO PARA RECLUTAMIENTO DE PARTICIPANTES Y PREGUNTAS PREVIAS

A LA SELECCIÓN DE PARTICIPANTES

Se busca participantes para estudio psicológico

Valor por participar: \$25

Requisitos:

- Deportista élite que por una lesión tuvo que abandonar su carrera deportiva
- Ser mayor de edad

Para más información llamar al: 0998572758

ANEXO C:

HERRAMIENTAS PARA LEVANTAMIENTO DE INFORMACIÓN

Escalas de bienestar psicológico de Riff

1. Cuando repaso la historia de mi vida estoy contento con cómo han resultado las cosas

2. *A menudo me siento solo porque tengo pocos amigos íntimos con quienes compartir mis preocupaciones*

3. No tengo miedo de expresar mis opiniones, incluso cuando son opuestas a las opiniones de la mayoría de la gente

4. *Me preocupa cómo otra gente evalúa las elecciones que he hecho en mi vida*

5. *Me resulta difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga*

6. Disfruto haciendo planes para el futuro y trabajar para hacerlos realidad

7. En general, me siento seguro y positivo conmigo mismo

8. *No tengo muchas personas que quieran escucharme cuando necesito hablar*

9. *Tiendo a preocuparme sobre lo que otra gente piensa de mí*

10. Me juzgo por lo que yo creo que es importante, no por los valores que otros piensan que son importantes

11. He sido capaz de construir un hogar y un modo de vida a mi gusto

12. Soy una persona activa al realizar los proyectos que propuse para mí mismo

13. Si tuviera la oportunidad, hay muchas cosas de mí mismo que cambiaría

14. Siento que mis amistades me aportan muchas cosas

15. *Tiendo a estar influenciado por la gente con fuertes convicciones*

16. En general, siento que soy responsable de la situación en la que vivo

17. Me siento bien cuando pienso en lo que he hecho en el pasado y lo que espero hacer en el futuro

18. Mis objetivos en la vida han sido más una fuente de satisfacción que de frustración para mí

19. Me gusta la mayor parte de los aspectos de mi personalidad

20. Me parece que la mayor parte de las personas tienen más amigos que yo

21. Tengo confianza en mis opiniones incluso si son contrarias al consenso general

22. Las demandas de la vida diaria a menudo me deprimen

23. Tengo clara la dirección y el objetivo de mi vida

24. En general, con el tiempo siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo

25. En muchos aspectos, me siento decepcionado de mis logros en la vida

26. No he experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza

27. Es difícil para mí expresar mis propias opiniones en asuntos polémicos

28. Soy bastante bueno manejando muchas de mis responsabilidades en la vida diaria

29. No tengo claro qué es lo que intento conseguir en la vida

30. Hace mucho tiempo que dejé de intentar hacer grandes mejoras o cambios en mi vida

31. En su mayor parte, me siento orgulloso de quien soy y la vida que llevo

32. Sé que puedo confiar en mis amigos, y ellos saben que pueden confiar en mí

33. A menudo cambio mis decisiones si mis amigos o mi familia están en desacuerdo

34. No quiero intentar nuevas formas de hacer las cosas; mi vida está bien como está

35. Pienso que es importante tener nuevas experiencias que desafíen lo que uno piensa sobre sí mismo y sobre el mundo

36. Cuando pienso en ello, realmente con los años no he mejorado mucho como persona

37. Tengo la sensación de que con el tiempo me he desarrollado mucho como persona

38. Para mí, la vida ha sido un proceso continuo de estudio, cambio y crecimiento

39. Si me sintiera infeliz con mi situación de vida daría los pasos más eficaces para cambiarla

Autoaceptación: Ítems 1, 7, 13, 19, 25, y 31. Relaciones positivas: Ítems 2, 8, 14, 20, 26, y 32. Autonomía: Ítems 3, 4, 9, 10, 15, 21, 27, y 33. Dominio del entorno: Ítems 5, 11, 16, 22, 28, y 39. Crecimiento personal: Ítems 24, 30, 34, 35, 36, 37, y 38. Propósito en la vida: Ítems 6, 12, 17, 18, 23 y 29.

Los ítems inversos se presentan en letra cursiva.

Los ítems seleccionados para la versión de 29 ítems se presentan resaltados en negrita.

THE FORMS OF SELF-CRITICISING/ATTACKING & SELF-REASSURING SCALE (FSCRS)

When things go wrong in our lives or don't work out as we hoped, and we feel we could have done better, we sometimes have negative and self-critical thoughts and feelings. These may take the form of feeling worthless, useless or inferior etc. However, people can also try to be supportive of them selves. Below are a series of thoughts and feelings that people sometimes have. Read each statement carefully and circle the number that best describes how much each statement is true for you.

Please use the scale below.

Not at all like me 0

A little bit like me 1

Moderately like me 2

Quite a bit like me 3

Extremely like me 4

When things go wrong for me:

1. I am easily disappointed with myself.
2. There is a part of me that puts me down.
3. I am able to remind myself of positive things about myself.
4. I find it difficult to control my anger and frustration at myself.
5. I find it easy to forgive myself.
6. There is a part of me that feels I am not good enough.
7. I feel beaten down by my own self-critical thoughts.

8. I still like being me.
9. I have become so angry with myself that I want to hurt or injure myself.
10. I have a sense of disgust with myself.
11. I can still feel lovable and acceptable.
12. I stop caring about myself.
13. I find it easy to like myself.
14. I remember and dwell on my failings.
15. I call myself names.
16. I am gentle and supportive with myself.
17. I can't accept failures and setbacks without feeling inadequate.
18. I think I deserve my self-criticism.
19. I am able to care and look after myself.
20. There is a part of me that wants to get rid of the bits I don't like.
21. I encourage myself for the future.
22. I do not like being me.