

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ
Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

**Uso de la Terapia de Aceptación y Compromiso para reducir síntomas
de depresión y ansiedad en deportistas que se han visto obligados a
abandonar su carrera debido a una lesión.**

Proyecto de Investigación

Daniela Alejandra Olivo Granja

Psicología Clínica

Trabajo de titulación presentado como requisito
para la obtención del título de Psicólogo Clínico

Quito, 1 de mayo de 2019

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ**Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades****Hoja de Calificación
De Trabajo de Titulación****Uso de la Terapia de Aceptación y Compromiso para reducir síntomas de
depresión y ansiedad en deportistas que se han visto obligados a abandonar su
carrera debido a una lesión.****Daniela Alejandra Olivo Granja**

Calificación:

Nombre del profesor, título académico: Jaime Costales, Ph.D.

Firma del Profesor: _____

Quito, 1 de mayo de 2019

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 de estudiante: _____

Nombres y Apellidos: Daniela Alejandra Olivo Granja

Código: 00117878

Cédula de identidad: 1724224314

Lugar y fecha: Quito, 1 de mayo de 2019

RESUMEN

Dentro del estudio de la psicología deportiva, solamente se ha tomado en cuenta el mejorar el rendimiento deportivo, pero parece que no existen modelos de intervención enfocados a deportistas que se retiran del deporte permanentemente debido a una lesión. Existen varios tipos de lesiones que pueden inhabilitar a un deportista, como lo son contusiones, fracturas, lesiones en tendones, lesiones oculares, etc. El presentar una lesión que comprometa la carrera deportiva permanentemente puede generar malestar psicológico, en donde se evidencian síntomas de ansiedad y depresión. La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) es una terapia de tercera ola, la cual incorpora elementos como la aceptación y conciencia plena, para que de esta manera la persona desista del intento de controlar aspectos de su vida que son incontrolables y que no son su responsabilidad. Esta propuesta de investigación propone identificar cómo y hasta qué punto la Terapia de Aceptación y Compromiso puede ser útil para deportistas que se han visto forzados a dejar su carrera debido a una lesión. Se propone realizar de 12 a 16 sesiones de terapia con deportistas retirados y medir sus cambios por medio de inventarios que midan ansiedad, depresión y agresividad. Se espera encontrar una reducción sintomatológica significativa y que se llegue a ampliar el conocimiento que se tiene acerca de ACT en la actualidad. Así mismo, se espera que en estudios futuros se puedan tomar en cuenta diferencias de género y edad como mediadores dentro de la terapia.

Palabras clave: Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), deportistas, lesiones, ansiedad, depresión.

ABSTRACT

Within the study of sports psychology, only improvement of sports performance has been considered, but it seems that there are no intervention models focused on athletes who withdraw from the sport permanently due to an injury. There are several types of injuries that can disable an athlete, such as contusions, fractures, tendon injuries, eye injuries, etc. Presenting an injury that compromises the athletic career permanently can generate psychological distress, where symptoms of anxiety and depression are evident. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) is a third wave therapy, which incorporates elements such as acceptance and mindfulness, so that in this way the person desists from trying to control aspects of their life that are uncontrollable and not their responsibility. This research proposal proposes to identify how and to what extent Acceptance and Commitment Therapy can be useful for athletes who have been forced to leave their careers due to an injury. It is proposed to perform 12 to 16 sessions of therapy with retired athletes and measure their changes through inventories that measure anxiety, depression and aggressiveness. It is expected to find a significant symptomatic reduction and that the knowledge about ACT nowadays is expanded. Likewise, it is expected that future studies may consider gender and age differences as mediators within the therapy.

Key Words: Acceptand and Commitment Therapy (ACT), athletes, injury, depression, anxiety.

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN.....	4
TABLA DE CONTENIDO.....	6
PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN	7
Objetivos y Pregunta de investigación.....	7
Justificación.....	8
Marco Teórico	9
Características psicológicas de deportistas.....	9
Lesiones deportivas.....	12
<i>Tipos de lesiones y lesiones que terminan la carrera deportiva.....</i>	<i>13</i>
Efectos psicológicos causados por lesiones en deportistas.....	14
<i>Efectos psicológicos de la terminación de carrera debido a una lesión.....</i>	<i>15</i>
Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT).....	17
<i>Yo Como Contexto y Difusión Cognitiva.....</i>	<i>17</i>
<i>Aceptación y Acción Comprometida.....</i>	<i>18</i>
<i>Conciencia Plena.....</i>	<i>18</i>
<i>Valores.....</i>	<i>19</i>
Efectividad de la Terapia de Aceptación y Compromiso.....	19
Terapia de Aceptación y Compromiso en deportistas.....	20
Diseño y metodología.....	22
Diseño.....	22
Población.....	22
Instrumentos y materiales.....	23
Procedimiento de recolección de Datos.....	25
Análisis de Datos.....	25
Consideraciones Éticas.....	26
Discusión.....	26
<i>Fortalezas y limitaciones del estudio.....</i>	<i>26</i>
<i>Recomendaciones para futuros estudios.....</i>	<i>27</i>
REFERENCIAS.....	28
Anexo A. Instrumentos	35
<i>Anexo A.1. Inventario de Depresión de Beck II.....</i>	<i>35</i>
<i>Anexo A.2. Inventario de Ansiedad de Beck.....</i>	<i>39</i>
<i>Anexo A.3. Cuestionario de Agresión de Buss y Perry.....</i>	<i>40</i>
<i>Anexo A.4. Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido.....</i>	<i>42</i>
Anexo B: Consentimiento Informado.....	43

PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN

Uso de la Terapia de Aceptación y Compromiso para reducir síntomas de depresión y ansiedad en deportistas que se han visto obligados a abandonar su carrera debido a una lesión.

Planteamiento del Problema.

Podemos decir que la PD se ha visto limitada a mejorar el rendimiento de los atletas y estudiar los efectos que pueden tener diversos factores en su rendimiento. De igual manera, existe literatura con respecto a factores de riesgo en la aparición de lesiones, cómo prevenirlas y cuáles son los efectos psicológicos de estas en la vida de los deportistas. Así mismo, existen estudios con respecto a los efectos psicológicos de terminar una carrera deportiva abruptamente.

De todas formas, existe una carencia de información con respecto a modelos psicoterapéuticos que se podrían utilizar reducir sintomatología depresiva y ansiosa de deportistas que se han visto forzados a terminar su carrera debido a una lesión importante. Entonces, debido a este enfoque de optimización en rendimiento, se ha dejado de lado a los deportistas que ya no pueden continuar con su carrera.

Por eso, se propone la utilización de ACT para ayudar a esta población con las dificultades que puedan encontrar tras haber sufrido una lesión.

Objetivos y Pregunta de investigación.

Se espera analizar cómo las diferentes tareas, conceptos y objetivos de la ACT ayudarían a la población previamente descrita a reducir síntomas de depresión y ansiedad. También se espera encontrar las limitaciones que tendría dicho modelo psicoterapéutico para ayudar a esta población.

En la presente propuesta se plantea la pregunta: ¿Cómo y hasta qué punto la Terapia de Aceptación y Compromiso puede ser útil en reducir síntomas de depresión y ansiedad en de deportistas que se han visto obligados a abandonar su carrera debido a una lesión?

Justificación.

Se espera que este trabajo de titulación contribuya a que se valore la importancia, no solamente del seguimiento y acompañamiento de los deportistas a lo largo de su carrera, sino que también se valore el efecto del apoyo cuando su carrera haya terminado y que de esta manera se ayude a mejorar su calidad de vida. Además, se plantea conocer los alcances de la Terapia de Aceptación y Compromiso, siendo este un modelo terapéutico relativamente nuevo.

Marco Teórico

Características psicológicas de deportistas.

La Real Academia de la Lengua Española define a “deportista” como el que practica un deporte, ya sea por afición o profesión (RAE, 2018). Así mismo, un atleta es aquel que practica algún deporte. De todas formas, más allá de esta definición, se concuerda que un deportista o atleta tiene características psicológicas similares.

Según Ogilvile (1967), un atleta o deportista es una persona que tiende a ser emocionalmente sana y extrovertida. De igual manera, suele tener alta confianza en sí mismo, competitividad y capacidad de manejar bien el estrés. Entre las características psicológicas de atletas olímpicos se ha encontrado que por lo general tienen una gran capacidad para lidiar con la ansiedad y el estrés, además, de que son resilientes, concentrados, competitivos, optimistas y poseen perfeccionismo adaptativo (Gould & Dieffenbach, 2002).

De igual manera, al deportista hay que considerarlo como una interacción de factores cognitivos, emocionales, sociales, físicos y comportamentales los cuales determinarán su éxito en el área en que se desenvuelva (García-Naveira, 2010). Anteriormente se indicó que el campo de estudio de la psicología deportiva se ha enfocado en recopilar características psicológicas propias de un deportista. A continuación, describiremos algunas de estas por medio de estudios realizados en los últimos años.

En el 2004, se realizó un estudio comparativo de 4 años entre deportistas y no deportistas de 4 universidades diferentes. Se encuestaron aproximadamente a 1800 estudiantes con preguntas acerca de calificaciones, habilidades académicas percibidas, habilidades sociales, crecimiento personal y ansiedad. A pesar de que los deportistas reportaron tener habilidades académicas más bajas, sus calificaciones no eran significativamente diferentes a las del grupo de no deportistas. Además, los deportistas

reportaron tener mejores relaciones interpersonales y más crecimiento personal percibido que el grupo de no deportistas (Aries, McCarthy, Salovey & Banaji, 2004).

En el 2007 se realiza una comparación en rasgos de personalidad entre deportistas y no deportistas. Se aplicó el 16PF a una muestra de 278 personas con una edad promedio de 21 años. Se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos, indicando que los deportistas poseen mayores puntuaciones en atrevimiento, sensibilidad, abstracción, apertura al cambio, autosuficiencia, estabilidad emocional y perfeccionismo (Guillén, 2007).

En el 2010, se evaluó a un grupo de jugadores de rugby, baloncesto y fútbol para determinar sus características psicológicas más prominentes por medio del *Cuestionario de Características Psicológicas relacionadas con el Rendimiento Deportivo*. Aquí se encontró que el manejo de estrés era la característica que más sobresalía entre todos estos atletas (Olmedilla, García-Más & Ortega, 2017).

En Brasil en el 2014, se publicó un estudio realizado a jugadores de voley con un promedio de edad de 18 años. Se aplicaron dos cuestionarios; el *Inventario de Habilidades de Afrontamiento en Atletas* y la *Escala de Resiliencia de Connor-Davidson*. Se encontró que los deportistas, al encontrarse en situaciones difíciles durante competencia, necesitan de una gran *resiliencia*, la cual es mediada por sus habilidades de afrontamiento a la adversidad y la confianza y motivación al logro. También se llegó a la conclusión de que debido a la exposición crónica que existe ante estos estímulos, los atletas logran integrar habilidades de afrontamiento, generalizando estas habilidades no solo en el deporte sino en otras áreas de su vida (Belem et al., 2014).

En México en el 2016 se realizó un estudio con el objetivo de encontrar diferencias en la percepción corporal de deportistas y no deportistas. La muestra utilizada fue de 661

hombres de 18 a 33 años de edad y se les aplicó la *Escala Informatizada para la Estimación del Contorno de la Figura*. A partir de esto se demostró que los no deportistas se perciben a sí mismos como una figura más gruesa que el estándar social ideal, además de estar menos conformes con su imagen corporal (Blanco et al., 2016). Esto demuestra que la población de deportistas tiende a tener una mejor percepción acerca de sí mismo en cuanto a figura corporal.

En el 2018, se realizó un estudio en un grupo de 242 futbolistas de entre 14 y 19 años de la Unión Deportiva Las Palmas y 125 más de otros equipos de la isla de Gran Canarias. Se les aplicó una versión abreviada del *Cuestionario de Dureza Mental* de Gucciardi. La *dureza mental* se refiere a cómo un conjunto de características emocionales, habilidades cognitivas, actitudes y valores interactúan entre sí para llevar al individuo a cumplir una meta en específico. De esta manera se encontró que los deportistas pertenecientes a la Unión Deportiva las Palmas, el equipo con el ranking más alto de la región, obtuvieron calificaciones más altas que deportistas de otros equipos en un ranking más bajo (Guillén & Santana, 2018). Gracias a este estudio podemos decir que mientras mejor sea el rendimiento deportivo de una persona, más dureza mental va a tener.

En Chile se aplicaron cuestionarios de regulación emocional, recuperación de estrés, autoeficacia, ansiedad cognitiva, y afecto positivo y negativo a 300 deportistas de entre 11 y 18 años de edad. De toda la muestra, 139 participaban en deportes individuales y 161 en deportes colectivos. Se encontró que existe una buena regulación emocional en ambos grupos de deportistas, a pesar de que siguen transitando por la adolescencia, y que esta variable es la que más predice el éxito en la disciplina que se practica junto con la reevaluación de una situación dentro de la competencia (Molina, Oriol & Mendoza, 2018). Esto indica que los atletas desde jóvenes ya poseen buenas habilidades evaluativas y de inteligencia emocional.

Lesiones deportivas.

Se denomina “lesión deportiva” a todo daño físico que se produzca a través de la práctica de un deporte (Trujillo, 2009). Debido al alto estrés físico y psicológico que se relaciona con la práctica de un deporte, los deportistas se encuentran en constante riesgo de sufrir una lesión (Osorio Ciro *et al.*, 2007). Las lesiones deportivas tienden a variar dependiendo del deporte que se practique, edad, sexo, horas de entrenamiento, composición muscular y vulnerabilidad psicológica (Weinberg & Gould, 2010). De igual manera se toman en cuenta factores como estado físico, factores hormonales, factores farmacológicos, alineamiento corporal, técnica deportiva, nutrición, entre otros (Osorio Ciro *et al.*, 2007).

Según Weinberg & Gould, las principales causas físicas de una lesión deportiva son “desequilibrios musculares, las colisiones a alta velocidad, el exceso de entrenamiento, y la fatiga física” (2010). De todas formas, también encontramos factores psicológicos que contribuyen a la aparición de una lesión como son el estrés y factores de personalidad que ayudan a regularlo. De esta manera, podemos indicar que mientras más estrés experimente un deportista en su vida diaria, más propenso es a sufrir de una lesión (Weinberg & Gould, 2010). Algunos factores que causan estrés en los deportistas son la obtención de buenos resultados, necesidad de mejora, la adherencia a la práctica y la afiliación al club o equipo (Ortín, Garcés de los Fayos & Olmedilla, 2010).

Dentro del área de la psicología deportiva, Anderson y Williams (1988) crearon un modelo que relaciona el estrés con las lesiones deportivas. Este explica que una situación estresante percibida, como puede ser una competencia que se aproxima, produce más tensión muscular y más déficits de atención en la práctica deportiva diaria o competitiva, lo cual aumenta la probabilidad de que exista una lesión (Weinberg & Gould, 2010).

Tipos de lesiones y lesiones que terminan la carrera deportiva.

Existe literatura que hace referencia a varias clasificaciones de lesiones deportivas. En Colombia, una recopilación de literatura realizada en 2007 categorizó a las lesiones basándose en la parte del cuerpo que se veía afectada de esta manera: cabeza, cuello y medula espinal, oftalmológicas, de hombro, de codo, de pie y tobillo, de abdomen, y trauma torácico. Se encuentra que todas estas lesiones suceden con más frecuencia en deportes de contacto como rugby y jockey, en donde las de cabeza, cuello y médula espinal tienden a ser las de más larga recuperación o pueden inhabilitar al deportista permanentemente (Osorio *Ciro et al.*, 2007).

Investigadores en Holanda dan otra clasificación de lesiones deportivas acorde a la opinión médica, estas son esguinces, distensiones, contusiones, dislocaciones, fracturas, abrasiones, dislocaciones, laceraciones, infección o inflamación y concusiones. De estas las lesiones que más comúnmente se ven relacionadas con daño permanente son fracturas, lesiones de tendones, ligamentos, intraarticulares, espinales y oculares. Estas lesiones en específico pueden llegar a dejar síntomas residuales, los cuales si no son tratadas con cuidado pueden inhabilitar completamente a un deportista (Van Melchen, 1997).

Por lo general, las lesiones deportivas tienden a sanar sin causar ninguna repercusión permanente, de todas formas, sí existe un grupo de lesiones que causan inhabilitación permanente para el deportista. En el 2012 se realizó un estudio por medio de encuestas a 574 atletas de alto nivel que incluían nadadores, corredores de larga distancia, futbolistas y esquiadores de fondo. Se encontró que, de la muestra total, el 9% de ellos habían terminado su carrera deportiva y de estos, el 52% la había terminado debido a una lesión. Estas lesiones eran de hombro para los nadadores y para los demás

deportistas eran de rodilla o algún ligamento largo (Ristolainen, Kettunen, Kujala & Heinonen, 2012).

Try Wayne Quinn (2018) indica que, en algunos casos, una lesión deportiva puede terminar la carrera de un atleta debido a que después de la intervención en la parte del cuerpo que se ha visto afecta, esta no vuelve a ser la misma y el rendimiento deportivo disminuye. Gracias a esto, el atleta opta por terminar su carrera deportiva, sobre todo si el deporte es su sustento económico o su buen rendimiento es necesario para mantener una beca escolar o universitaria. Entre las lesiones que menciona este autor, encontramos desgarro de manguito rotador, desgarro de cuádriceps, fracturas y afectaciones a los ligamentos de la rodilla.

Efectos psicológicos causados por lesiones en deportistas.

Los efectos psicológicos que puede causar una lesión en un deportista son similares a los efectos del duelo, el cuál es la reacción normal ante la pérdida de algo importante (Lindeman, 2006). Se espera que un deportista, tras sufrir una lesión, atraviese por procesos emocionales parecidos a las cinco etapas del duelo; negación, ira, negociación, depresión, y aceptación. Es importante mencionar que las etapas de duelo en este caso no se dan en un orden o tiempo específico, sino que su aparición puede variar. De todas formas, se sugiere que a este proceso no solamente se lo categoriza como duelo, más lo que se espera es que el deportista asimile la situación, tenga una reacción emocional, y que finalmente acepte su lesión y busque estrategias de afrontamiento (Weinberg & Gould, 2010).

Un deportista lesionado puede manifestar reacciones emocionales que incluyen miedo, enojo, ánimo deprimido y quejas somáticas como insomnio, pérdida de apetito, tensión muscular y fatiga constante. De todas formas, la aparición de estas reacciones suele ser mediada por factores como las habilidades de afrontamiento que tenga la

persona, la gravedad de la lesión, el tiempo que la lesión inhabilite al deportista, y el nivel de involucramiento que tenga la persona en la práctica del deporte (Evans, 1995).

Weinberg & Gould (2010) indican que la persona inclusive puede experimentar una pérdida de identidad al sufrir de una lesión, debido a que el deporte es una parte importante de su autoimagen, Así mismo los deportistas experimentan pérdida de confianza en sí mismos debido a que ya no pueden realizar una actividad que era natural anteriormente. Esto puede llevar a que los deportistas pierdan la motivación para continuar practicando, y por ende su rendimiento deportivo en el futuro se verá reducido.

Uno de los estudios más mencionados con respecto a efectos psicológicos de la lesión deportiva es de el de Leddy, Lambert & Ogles (1994), en donde describen los efectos de lesiones en atletas universitarios. El estudio consistía de una muestra de 343 deportistas hombres universitarios de alto nivel entre 17 y 26 años que habían experimentado una lesión deportiva recientemente. Se les aplicó el Inventario de Depresión de Beck, el inventario de Ansiedad Rasgo/Estado y la Escala de Autoconcepto de Tennessee. Se encontró que los deportistas que habían sido lesionados experimentaban niveles de depresión y ansiedad más altos que los del grupo control. De igual manera, los jóvenes lesionados presentaban una autoestima más baja que los controles. Así mismo, es importante indicar que estos síntomas llegaban a ser clínicamente significativos.

Efectos psicológicos de la terminación de carrera debido a una lesión.

El sufrir de una lesión que termine la carrera deportiva de manera prematura tiende a llevar consigo varias repercusiones psicológicas, las cuales inclusive pueden llegar a ser de significancia clínica. Brock & Kleiber (1994), por medio de una aproximación de narrativa analítica, encontraron que la autoestima y autoconcepto de un deportista se ve

severamente afectado al retirarse de la práctica. Esto se da cuando la persona construye su identidad a partir de la práctica de un deporte en específico, y al verse forzados a renunciar se tiene que reconstruir su sentido del yo.

Se realizó un estudio con 256 deportistas retirados de nacionalidad alemana, rusa y lituana, con el objetivo de determinar cuáles eran los efectos psicológicos más prominentes al verse obligados a dejar su carrera deportiva. Se les aplicó el Cuestionario de Retiro Atlético, el cual recopila información acerca de las razones de terminación de la carrera, reacciones emocionales presentadas, reacciones de afrontamiento, identidad deportiva y nivel de ajuste a la vida actual. Se determinó que la causa más común para haber terminado la carrera deportiva fue una lesión entre rusos y lituanos, mientras que en alemanes fue la segunda causa más común. Se encontró que los deportistas que más ligaban su identidad a la práctica de un deporte presentaron más emociones negativas frente al evento que los que no construían su identidad a partir del deporte. Al mismo tiempo, mientras más identidad deportiva tenía la persona, más difícil fue ajustarse a su vida actual, y encontrar satisfacción en ella (Alfermann, Stambulova & Zemaityte, 2004).

En el 2012 se realizó un estudio para determinar los efectos psicosociales de la terminación de la carrera deportiva como resultado de una lesión. Se aplicó una entrevista semiestructurada a 7 deportistas universitarios de primera y segunda división que experimentaron una lesión que acabó con su carrera. Se encontró que los primeros 6 a 7 meses de la terminación de carrera, los deportistas sufrían de sentimientos de decepción, devastación, enojo, impotencia y tristeza extrema. De igual manera, se encontró que la falta de apoyo social durante esta transición hacía el proceso más difícil, causando aislamiento (Stoltemburg, Kamphoff & Lindstrom, 2012).

Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT).

La Terapia de Aceptación y Compromiso es un modelo terapéutico desarrollado por Steven Hayes en el año 1999. Este surge como una terapia de “tercera ola”, con esto nos referimos a que es un modelo terapéutico relativamente nuevo que tiene sus bases en modelos cognitivos y conductistas, mas integra la práctica de la conciencia plena y el uso de filosofías orientales (Hayes, 2008). La ACT tiene seis conceptos claves los cuales se utilizan en su intervención: yo como contexto, difusión cognitiva, conciencia plena, aceptación, valores y acción comprometida (Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis, 2006). A continuación, explicaremos estos conceptos.

Yo Como Contexto y Difusión Cognitiva.

Al ser un modelo terapéutico basado en la construcción del lenguaje, se definen a los fenómenos psicológicos que suceden dentro de una persona como construcciones en donde el aprendizaje social tiene un rol importante. Así, las reacciones emocionales o conductuales que tenga una persona ante cierto evento son resultado de condicionamientos. De esta manera, usamos la metáfora en donde una persona es como una vasija, a la cual se la puede llenar de varias cosas; recuerdos, experiencias, emociones, gustos, relaciones interpersonales, etc., pero en sí, la persona no es lo que lleva adentro, sino meramente un contenedor. A esto le llamamos *yo como contexto*, concepto que indica que una persona no es parte de los sentimientos y pensamientos que está teniendo a raíz de una experiencia, mas es solamente un observador. A las personas por lo general les cuesta realizar esta separación entre el *yo como contenido* (el cual viene a ser el contenido de la vasija) y el *yo como contexto*, por lo que la ACT utiliza técnicas que enseñan a la persona a separarse de su propia experiencia y observarla sin juzgar, a esto lo llamamos *difusión cognitiva* (Luciano & Valdivia, 2006).

El objetivo principal de esta terapia es hacer que el cliente reconozca que el control que quiere ejercer sobre algunos eventos de los cuales no tiene responsabilidad o poder es lo que está causándole sufrimiento. A partir de esto, se busca que la persona pueda aceptar su situación actual y reconocer los aspectos de su vida que sí se encuentran bajo su control para de esta manera mejorar su calidad de vida (Hayes, 1999). A este control se lo puede definir como Evitación Experiencial, el cual es la forma en la que las personas tienden a censurar, alejarse y evitar experiencias, sentimientos, recuerdos, acciones, lugares o personas que causan grandes niveles de incomodidad. Esto al final puede generar más ansiedad en la persona debido a que la experiencia temida cobra más fuerza, o su evitación lo lleva a empeorar su calidad de vida (Luciano & Valdivia, 2006).

Aceptación y Acción Comprometida.

Es importante en este punto indicar que el componente de *aceptación* no es lo mismo que resignarse a que la situación dolorosa no va a cambiar, sino que ejercer control sobre ella es innecesario y se pueden utilizar otros recursos para tener una vida más satisfactoria. A este concepto se lo conoce como *acción comprometida*, elemento que se refiere a la voluntad y disposición que la persona tiene que adquirir para vivir su propia experiencia sin dar lugar a la Evitación Experiencial (Hayes, 1999).

Conciencia Plena.

La práctica de la *conciencia plena* es tan antigua como el budismo, la cual es concebida como la clave para cesar el sufrimiento psíquico de un individuo. Esta práctica consiste en que la persona sea consciente del momento presente sin juzgarlo basado en el pasado o contaminarlo con preocupaciones futuras (Hayes, 2006). Las terapias de la tercera ola han adoptado esta práctica y la han integrado en sus modelos terapéuticos de manera que sea beneficiosa para personas que requieren de servicios

psicológicos. La práctica de la conciencia plena es reconocida por sus efectos de reducción en conductas mal adaptativas que se dan en respuesta de procesos mentales desadaptativos (Bishop *et al*, 2006).

Esta práctica consiste en que la persona sea consciente del momento presente sin juzgarlo basado en el pasado o contaminarlo con preocupaciones futuras

Valores.

Otro elemento importante dentro de la Terapia de Aceptación y Compromiso es basarse en los *valores* de la persona, los cuales se refieren a que es particularmente importante para ese individuo en específico. De esta manera, los objetivos dentro de terapia serán encaminados a acercarse lo más posible a los valores que tenga el cliente en cuestión (Luciano & Valdivia, 2006).

La ACT no es un conjunto de técnicas como tal, las cuales podríamos enlistar, sino que por medio de los conceptos ya explicados, se alienta al terapeuta a crear sus propias metáforas y dinámicas que lleven al paciente al objetivo de la terapia, el cuál es reducir el sufrimiento que se da gracias a la evitación experiencial (Hayes, 1999).

Efectividad de la Terapia de Aceptación y Compromiso.

Este modelo terapéutico ha sido probado empíricamente durante la última década y ha demostrado buenos resultados en varios desórdenes psicológicos y problemas de tipo psicosocial. A continuación, realizaremos una compilación de estudios que han demostrado la validez empírica de este enfoque.

En el 2007 se realizó un estudio con 101 pacientes diagnosticados con depresión, ansiedad y desorden de desajuste. A 55 de ellos se les trató con ACT y a los pacientes restantes con terapia cognitiva, ambos grupos completando aproximadamente 16 sesiones de terapia. El objetivo del estudio era comparar la efectividad de ACT con la ya comprobada efectividad de la terapia cognitiva. Se demostró que no había diferencias

significativas entre los efectos de ambas terapias y que los pacientes de ambos grupos demostraron mejoras clínicamente significativas. También se encontró que los mediadores que más se asociaban a resultados positivos dentro de la ACT son la aceptación y actuar con más conciencia (Forman, 2007).

Se utilizó ACT en pacientes con trastornos psicossomáticos en un estudio realizado en el 2018. Se dividió una muestra de 75 pacientes en tres grupos; el primero recibiría ACT combinada con tratamiento farmacológico; el segundo recibiría el tratamiento psicológico usualmente aplicado por la clínica en donde se encontraban, además de cursos de psicoeducación y tratamiento farmacológico; y el tercero recibiría solamente tratamiento farmacológico. Se encontró que los tres grupos fueron efectivos con referencia a mejora de síntomas, pero el grupo de ACT fue el que más efectos tuvo sobre la hipervigilancia de síntomas corporales (Givehki *et al.*, 2018).

En el 2018, se realizó un estudio comparativo entre Terapia Cognitivo-Conductual y ACT para determinar diferencias en efectividad de las dos terapias en personas con trastorno de depresión mayor. Se tomaron a 44 pacientes para aplicar ACT y a 38 pacientes para aplicar Terapia Cognitivo-Conductual, en donde todo el tratamiento constó de 20 sesiones de 45 minutos cada una. Al final, se encontró que los pacientes demostraban mejoras considerables, pero sin diferencias significativas en cada uno de los enfoques terapéuticos (A-Tjak, Morina, Topper & Emmelkamp, 2018).

Terapia de Aceptación y Compromiso en deportistas.

Se han realizado algunos estudios con respecto a intervenciones basadas en ACT con poblaciones de deportistas, así sea para mejorar su rendimiento deportivo o ayudar en la recuperación de alguna lesión. A continuación, describiremos algunos estudios realizados.

Una tesis de la Universidad de Indiana en el 2010 estudió el efecto de una terapia basada en conciencia plena y ACT en el desempeño deportivo. Aquí se evaluó a un grupo de 19 deportistas, en donde se incluían jugadores de golf, fútbol, lacrosse, softball y corredores. Se dividieron a los deportistas en dos grupos; intervención por medio de ACT y el entrenamiento mental habitual utilizado por la universidad. Se concluyó que la habilidad de conciencia plena y la aceptación de estados internos negativos, las cuales son impartidas por medio de ACT, pueden mejorar el desempeño deportivo de los participantes debido a que se reducen los déficits atencionales en la práctica (Hasker, 2010).

Mahoney & Hanrahan (2011) realizaron un estudio con el propósito de encontrar la efectividad de un modelo basado en ACT en 4 casos de deportistas con una lesión de ligamento cruzado anterior. En cada caso se realizó una intervención de 4 sesiones, en donde se educaba al paciente acerca de difusión cognitiva, conciencia plena, valores y aceptación. A pesar de que el tiempo de recuperación de cada deportista llevó sentimientos negativos como aburrimiento, frustración y ansiedad, pudieron reconocer que las sesiones de terapia les ayudaban a tolerar de mejor manera su experiencia emocional. Así mismo, a partir de esta tolerancia a sus sentimientos negativos, los deportistas generaron más adhesión al tratamiento.

En el 2018 se creó un protocolo llamado “Return to ACTion”, para tratar a deportistas lesionados con ACT de modo que puedan comprometerse con acciones que los mantengan involucrados en su práctica deportiva. Este consta de cuatro módulos en donde se imparten técnicas de conciencia plena, se identifican valores, se introduce la idea de yo como contexto y se enseña acerca de acción comprometida. Este protocolo fue basado en compilaciones de literatura con referencia a los efectos psicológicos que tienen las lesiones en deportistas y las intervenciones previamente utilizadas en esta

población. De todas formas, parece que este protocolo todavía no ha sido ejecutado por lo que se espera poderlo probar a futuro (Shortway, Wolanin, Block-Lerner & Marks, 2018).

Diseño y metodología.

Diseño.

Al proponer el uso de una intervención terapéutica en una población específica con el objetivo de medir su mejora en la calidad de vida estaríamos proponiendo un análisis cuantitativo de diseño cuasiexperimental. Esto se refiere a que el estudio obtiene sus resultados por la comparación de medidas dentro de un mismo grupo, donde no se aleatorizan participantes ni se utiliza un grupo control. Las variables dependientes que serían medidas, basadas en la revisión de literatura previamente presentada acerca de los efectos más comunes a partir de una lesión en deportistas son depresión, ansiedad, apoyo social percibido y agresividad. La variable independiente es la aplicación de Terapia de Aceptación y Compromiso. Se propondría medir estas variables antes y después de la intervención para identificar si hubo cambios las variables previamente explicadas.

Población.

Se trabajaría con personas mayores de 18 años, hombres y mujeres, tomando en cuenta los siguientes criterios de inclusión:

1) Haber practicado algún deporte dentro de una institución (universidades, academias, selecciones, federaciones, etc.) de manera constante por un mínimo de 2 años consecutivos. Se sugeriría este criterio debido a que de esta manera se podría identificar con más precisión a una persona que fue deportista.

2) Haber participado en su deporte a nivel competitivo (local o internacional). Se tomaría en cuenta este requisito ya que se relaciona con el involucramiento deportivo de la persona.

3) Haber experimentado algún tipo de lesión que los forzó a retirarse de su carrera deportiva en el último año. Sería indispensable tomar en cuenta este criterio debido a que la intervención va enfocada a la aceptación de esta situación.

3) Presentar actualmente sentimientos negativos con respecto al abandono de su práctica deportiva. Si es que la persona no presenta molestia alguna con respecto a haber experimentado el retiro prematuro de su carrera deportiva, no habría un objetivo claro al realizar la intervención.

No se tomarían en cuenta a personas que actualmente presenten dependencia de sustancias acorde con los criterios diagnósticos del DSM IV-TR. De igual manera, no se tomaría en cuenta a personas que tengan algún tipo de discapacidad intelectual. Esto se debe a estos pueden ser factores mediadores que sesguen los resultados del estudio.

Instrumentos y materiales.

Para realizar el reclutamiento de participantes se utilizaría una entrevista semiestructurada en donde se compilará información demográfica como sexo y edad, y datos con referencia a la vida deportiva como cuál era el deporte que se practicaba, horas semanales dedicadas a la práctica, e información acerca de competencias en las que se participó. También se planearía hacer preguntas abiertas con respecto a cómo se llevó el proceso de lesión y abandono del deporte, cuáles han sido sus principales redes de apoyo y cuáles son las técnicas de afrontamiento que se han utilizado hasta ahora para sobrellevar la situación.

Para medir sintomatología depresiva se propondría utilizar el Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II), el cuál fue adaptado al español en el año 2011. Este

sirve para identificar síntomas de depresión y medir su severidad (Pearson, 2019). Se ha demostrado que este instrumento posee una alta consistencia interna y confiabilidad, siendo uno de los instrumentos más utilizados por psicólogos para evaluar sintomatología depresiva (Dosoiz, Dobson & Ahnberg, 1998). En cuanto a sintomatología ansiosa, se propone utilizar el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), el cual fue adaptado al español en el 2011 e identifica síntomas de ansiedad y su severidad (*Ibidem.*). Ha sido comprobado que este inventario consta de una alta confiabilidad y validez, por lo que es un instrumento apropiado para medir sintomatología ansiosa (Fydrich, Dowdall & Chambless, 1992). Ambos inventarios constan de una escala Likert de 5 niveles.

A pesar de que el propósito de la investigación es medir síntomas de ansiedad y depresión en esta población, se considera importante medir el efecto de las lesiones permanentes en la agresividad de las personas, esto gracias a la información recopilada dentro de la revisión de literatura. El instrumento que se propondría utilizar para medir la variable de agresividad será el Cuestionario de Agresión de Buss y Perry (AQ). Este mide comportamientos de agresividad verbal, física, ira y hostilidad, y ha demostrado tener validez interna y estabilidad a través del tiempo (Buss & Perry, 1992). Para este estudio se propondría utilizar el cuestionario que fue normado en España en el 2002 (Pino *et al.*, 2009).

De igual manera se consideraría tomar en cuenta el apoyo social percibido de los participantes debido a que es una variable importante previamente explicada en la revisión de literatura. Así, se propondría utilizar la Escala de Apoyo Social Percibido (MSPSS), la cual indica la percepción de la persona con respecto al apoyo percibido por amigos, familiares y pareja (Zimet *et al.*, 1988). En caso de que la persona no tenga pareja, se excluirán los elementos que midan esta dimensión.

Se propondría que se realicen de 12 a 16 sesiones de ACT, en donde los terapeutas tengan conocimiento y experiencia con respecto a este enfoque terapéutico.

Procedimiento de recolección de Datos.

Para comenzar con el estudio se realizarían afiches y publicarlos alrededor de instituciones educativas, academias deportivas, y centros de fisioterapia. De igual manera, se harían publicaciones a través de redes sociales solicitando participantes que cumplan con los criterios de inclusión. Una vez que los participantes hicieran contacto, se aplicaría la entrevista semiestructurada para revisar los criterios de inclusión e inclusión del estudio.

Una vez que se asegurase que los participantes sean aptos para el estudio, se les solicitaría que lea un consentimiento informado y lo firmen en caso de estar de acuerdo con el estudio. Ninguna retribución económica se les daría a los participantes, mas se les ofrecerá un servicio de salud mental gratuito.

Una vez acordada la asistencia a las sesiones de terapia, el paciente debería llenar el BDI II, BAI, AQ y MSPSS tomando en cuenta como se ha sentido en los últimos 7 días, en una primera sesión para luego comenzar con la terapia. Una vez terminadas las sesiones de terapia se realizarían todos los inventarios nuevamente y se procedería a analizar los datos.

Análisis de Datos.

Debido a que el diseño del experimento sería comparar medidas de antes y después de la intervención, se utilizaría un T-test pareado para medidas repetidas. Este consiste en comparar diferencias significativas dentro de un mismo grupo, en donde un valor p menor o igual a 0.05 señalaría la presencia de estas diferencias. Se aplicaría el T-test a cada una de las variables cuantitativas, medidas a través de los inventarios y cuestionarios previamente mencionados.

Consideraciones Éticas.

Para comenzar con este estudio se deberían tomar en cuenta algunas consideraciones éticas. Primero, el estudio sería enviado al Comité de Ética de la Universidad San Francisco de Quito para su aprobación a fin de asegurar el bienestar de los participantes. Ninguna de las personas que decida ser parte de este estudio se enfrentaría a ningún tipo de consecuencia laboral o personal si es que decidiera retirarse. La participación en este estudio sería completamente voluntaria y se admitirían a los participantes en el este una vez que hayan firmado el consentimiento informado presentado en el Anexo B. Este documento explicaría detalladamente los objetivos del estudio, el procedimiento y los posibles efectos que cause la participación en este. La confidencialidad de los participantes se vería protegida por medio del uso de códigos en lugar de nombres. Los registros y resultados de cada persona serían almacenados en un lugar seguro al que solamente tendrían acceso los investigadores.

Discusión.

Fortalezas y limitaciones del estudio.

Una de las fortalezas principales de esta propuesta es que trabajaría con una población que al parecer no ha sido tomada en cuenta para este tipo de intervención. Al mismo tiempo, la ACT es una corriente terapéutica relativamente nueva, y por medio de la realización de este estudio, se abrirían oportunidades de estudiar su alcance.

Con respecto a las limitaciones, el estudio no toma en cuenta diferencias con respecto a la edad y sexo de participantes, por lo que no se podrían tomar estos dos factores como mediadores de los resultados de la aplicación de la intervención. Con mediadores nos referimos a una variable, que sin ser una de las variables estudiadas, funciona como potenciador del efecto que puede existir de la variable independiente a la dependiente (Etchebarne, O'Connell & Roussos, 2008). Al mismo tiempo, el estudio

estaría diseñado solamente para medir diferencias dentro de un mismo grupo, lo cuál no asegura que las diferencias que pudieran ser encontradas se deban a la presencia de la intervención.

Recomendaciones para futuros estudios.

Se recomendará que en futuros estudios se tomen en cuenta factores mediadores como serían la edad y el género de los participantes, para de esta manera conseguir un conocimiento más amplio del alcance de ACT en esta problemática. De igual manera, se recomendará que se tome en cuenta la identidad deportiva de la persona, la cual se refiere a qué tanto una persona se identifica con su actividad deportiva (Peiró-Velert *et al.*, 2016). Esta variable se considera un importante factor mediador dentro de los efectos psicológicos que una lesión de repercusiones permanentes podría causar.

REFERENCIAS.

- Alfermann, D., Stambulova, N., & Zemaityte, A. (2004). Reactions to sport career termination: a cross-national comparison of German, Lithuanian, and Russian athletes. *Psychology of Sport and Exercise, 5*(1), 61–75. doi:10.1016/s1469-0292(02)00050-x
- Aries, E., McCarthy, D., Salovey, P., & Banaji, M. R. (2004). A Comparison of Athletes and Non-Athletes at Highly Selective Colleges: Academic Performance and Personal Development. *Research in Higher Education, 45*(6), 577-602. doi:10.1023/b:rihe.0000040264.76846.e
- Arvinen-Barrow, M., Degrave, K., Pack, S., & Hemmings, B. (2018). Transitioning out of Professional Sport: The Psychosocial Impact of Career-ending Non-Musculoskeletal Injuries among Male Cricketers from England and Wales. *Journal of Clinical Sport Psychology, 1*-28. doi:10.1123/jcsp.2017-0040
- A-Tjak, J. G. L., Morina, N., Topper, M., & Emmelkamp, P. M. G. (2018). A Randomized Controlled Trial in Routine Clinical Practice Comparing Acceptance and Commitment Therapy with Cognitive Behavioral Therapy for the Treatment of Major Depressive Disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics, 87*(3), 154–163. doi:10.1159/000486807
- Belem, I., Caruzzo, N., Nascimento, J., Vieira, J., Lopes, J., & Vieira L. (2014). Impact of coping strategies on resilience of elite beach volleyball athletes. *Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano, 16*(4), 447-455. <http://dx.doi.org/10.5007/1980-0037.2014v16n4p447>

- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., ...
Devins, G. (2006). Mindfulness: A Proposed Operational Definition. *Clinical Psychology: Science and Practice, 11*(3), 230–241. doi:10.1093/clipsy.bph077
- Blanco, L., Tristán, J., Mayorga-Vega, D., & Ornelas, M. (2016). Insatisfacción corporal en universitarios mexicanos deportistas y no deportistas. *Retos, 30*.
- Brock, S. C., & Kleiber, D. A. (1994). Narrative in Medicine: The Stories of Elite College Athletes' Career-Ending Injuries. *Qualitative Health Research, 4*(4), 411–430. doi:10.1177/104973239400400405
- Buss, A. H., & Perry, M. (1992). The Aggression Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology, 63*(3), 452–459. doi:10.1037/0022-3514.63.3.452
- Ciarrochi, J. V., & Bailey, A. (2008). *A CBT Practitioner's Guide to ACT. How to Bridge the Gap Between Cognitive Behavioral Therapy and Acceptance and Commitment Therapy*. New Harbinger Publications.
- Dozois, D. J. A., Dobson, K. S., & Ahnberg, J. L. (1998). A psychometric evaluation of the Beck Depression Inventory-II. *Psychological Assessment, 10*(2), 83–89. doi:10.1037/1040-3590.10.2.83
- Etchebarne, I., O'Connell, M., & Roussos, A. (2008). Estudio de mediadores y moderadores en la investigación en Psicoterapia. *Revista Del Instituto De Investigaciones De La Facultad De Psicología, 13*(1), 33-56.
- Evans, L., & Hardy, L. (1995). Sport Injury and Grief Responses: A Review. *Journal of Sport & Exercise Psychology, 17*, 227-245.
- Forman, E. M., Herbert, J. D., Moitra, E., Yeomans, P. D., & Geller, P. A. (2007). A Randomized Controlled Effectiveness Trial of Acceptance and Commitment

- Therapy and Cognitive Therapy for Anxiety and Depression. *Behavior Modification*, 31(6), 772–799. doi:10.1177/0145445507302202
- Fydrich, T., Dowdall, D., & Chambless, D. L. (1992). Reliability and validity of the beck anxiety inventory. *Journal of Anxiety Disorders*, 6(1), 55–61. doi:10.1016/0887-6185(92)90026-4
- García-Naveira, A. (2010). El psicólogo del deporte en el alto rendimiento: aportaciones y retos futuros. *Papeles del Psicólogo*, 31(3), 259-268.
- Givehki, R., Afshar, H., Goli, F., Scheidt, C., Omid, A., & Davuodi, M. (2018). Effect of acceptance and commitment therapy on body image flexibility and body awareness in patients with psychosomatic disorders: A randomized clinical trial. *Electron Physician*, 10(7), 7008-7016.
- Gould, D., & Dieffenbach, K. (2002). Psychological Characteristics and Their Development in Olympic Champions. *Journal of Applied Sport Psychology*, 14(3), 172-204. doi:10.1080/10413200290103482
- Guillén, F. (2007). Diferencias de personalidad entre deportistas y no deportistas, a través del 16 PF. *Revista de Psicología*, 3(6).
- Guillén, F., & Santana, J. (2018). Exploring mental toughness in soccer players of different levels of performance. *Revista iberoamericana de psicología del ejercicio y el deporte*, 13(2), 297-303.
- Hasker, S. M., (2010). Evaluation of the Mindfulness-Acceptance-Commitment (MAC) Approach for Enhancing Athletic Performance (Tesis Doctoral). Indiana University of Pennsylvania.

- Hayes, S.C., Luoma, J.B., Bond, F.W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1–25.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York, NY, US: Guilford Press.
- Kristiansen, E., Halvari, H., & Roberts, G. C. (2011). Organizational and media stress among professional football players: Testing an achievement goal theory model. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 22(4), 569-579.
doi:10.1111/j.1600-0838.2010.01259.x
- Leddy, M. H., Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (1994). Psychological consequences of athletic injury among high-level competitors. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 65(4), 347-354.
- Lindemann, E. (1994). Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, 151(6), 155-160. doi:10.1176/ajp.151.6.155
- López del Pino, M., Sánchez Burón, A., Rodríguez Tapia, L., Fernández Martín, M. (2009). Propiedades psicométricas del cuestionario AQ aplicado a población adolescente. *EduPskhé*, 8(1), 79-94.
- Luciano Soriano, M., & Valdivia Salas, M. (2006). La terapia de aceptación y compromiso (Act). Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 27(2), 79-91.

- Mahoney, J., & Hanrahan, S. J. (2011). A Brief Educational Intervention Using Acceptance and Commitment Therapy: Four Injured Athletes' Experiences. *Journal of Clinical Sport Psychology*, 5(3), 252–273. doi:10.1123/jcsp.5.3.252
- Molina Lopez, V., Oriol Granado, X., Mendoza Lira, M., & Malo Cerrato, S. (2018). Influence of Socio-Emotional Support on the Affectivity Experienced, Self-Confidence and Self-Efficacy in Young Athletes. *Revista De Psicología Del Deporte*, 27(1), 51-58.
- Ortín Montero, F., & Garcés de los Fayos Ruiz, E., & Olmedilla Zafra, A. (2010). Influencia de los factores psicológicos en las lesiones deportivas. *Papeles del Psicólogo*, 31(3), 281-288.
- Ogilvie, B. (1967) What is an Athlete?, *Journal of Health, Physical Education, Recreation*, 38(6), 46-48. doi: 10.1080/00221473.1967.10610424
- Olmedilla, A., García-Mas, A., & Ortega, E. (2017). Características psicológicas para el rendimiento deportivo en jóvenes jugadores de fútbol, rugby y baloncesto. *Acción Psicológica*, 14(1), 7-16. doi:https://doi.org/10.5944/ap.14.1.19249
- Osorio, J., Clavijo, M., Arango, E., Patiño, S. & Gallego, I. (2007). Lesiones deportivas. *Iatreia*. 20(2): 167-177.
- Pearson Clinical. (2011). BAI, Inventario de Ansiedad de Beck. Recuperado de:
<https://www.pearsonclinical.es/producto?producto=51&titulo=bai-inventario-de-ansiedad-de-beck>
- Pearson Clinical. (2011). BDI-II, Inventario de Depresión de Beck - II. Recuperado de:
<https://www.pearsonclinical.es/producto/54/bdi-ii-inventario-de-depresion-de-beck---ii>

- Peiró-Velert, C., Valencia-Peris, A., Fos-Ros, V., & Devís-Devís, J. (2016). Identidad deportiva en adolescentes españoles: propiedades psicométricas de la versión en español de la escala Athletic Identity Measurement Scale-E. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 48(1), 8–17. doi:10.1016/j.rlp.2015.09.008
- Quinn, T. A., Jr. (2018). Athletic Injuries and Their Effects on the Athlete (Tesis de pregrado). Murray State University.
- RAE. (2018). *Deportista*. Recuperado de: <https://dle.rae.es/?id=CFF1Zkz>
- Rice, S. M., Purcell, R., De Silva, S., Mawren, D., McGorry, P. D., & Parker, A. G. (2016). The Mental Health of Elite Athletes: A Narrative Systematic Review. *Sports Medicine*, 46(9), 1333–1353. doi:10.1007/s40279-016-0492-2
- Ristolainen, L., Kettunen, J. A., Kujala, U. M., & Heinonen, A. (2012). Sport injuries as the main cause of sport career termination among Finnish top-level athletes. *European Journal of Sport Science*, 12(3), 274–282. doi:10.1080/17461391.2011.56636
- Shortway, K. M., Wolanin, A., Block-Lerner, J., & Marks, D. (2018). Acceptance and Commitment Therapy for Injured Athletes: Development and Preliminary Feasibility of the Return to ACTion Protocol. *Journal of Clinical Sport Psychology*, 12(1), 4-26. doi:10.1123/jcsp.2017-0033
- Stoltenberg, A., Kamphoff, C., Lindstrom Bremer, K. (2010). Transitioning Out of Sport: The Psychosocial Effects of Collegiate Athletes' Career-Ending Injuries. *Journal of Sport Psychology*, 13(2).

- Trujillo, F., (2009) Lesiones Deportivas: Tipos y Prevención. Recuperado el 9 de abril de 2019, de: <http://www.fmds.es/2009/02/lesiones-deportivas-tipos-y-prevencion/#>
- Van Mechelen, W. (1997). The Severity of Sports Injuries. *Sports Medicine*, 24(3), 176–180. doi:10.2165/00007256-199724030-00006
- Weinberg, R. S., & Gould, D. (2010). *Fundamentos de psicología del deporte y del ejercicio físico*. Madrid, España: Médica Panamericana.
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30–41. doi:10.1207/s15327752jpa5201_2

Anexo A. Instrumentos*Anexo A.1. Inventario de Depresión de Beck II***1)**

- No me siento triste.
- Me siento triste.
- Me siento triste todo el tiempo y no puedo librarme de ello.
- Me siento tan triste o desdichado que no puedo soportarlo.

2)

- No estoy particularmente desanimado con respecto al futuro.
- Me siento desanimado con respecto al futuro.
- Siento que no puedo esperar nada del futuro.
- Siento que el futuro es irremediable y que las cosas no pueden mejorar.

3)

- No me siento fracasado.
- Siento que he fracasado más que la persona normal.
- Cuando miro hacia el pasado lo único que puedo ver en mi vida es un montón de fracasos.
- Siento que como persona soy un fracaso completo.

4)

- Sigo obteniendo tanto placer de las cosas como antes .
- No disfruto de las cosas como solía hacerlo.
- Ya nada me satisface realmente.
- Todo me aburre o me desagrada.

5)

- No siento ninguna culpa particular.
- Me siento culpable buena parte del tiempo.
- Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- Me siento culpable todo el tiempo.

6)

- No siento que esté siendo castigado.

- Siento que puedo estar siendo castigado.
- Espero ser castigado.
- Siento que estoy siendo castigado.

7)

- No me siento decepcionado en mí mismo.
- Estoy decepcionado conmigo.
- Estoy harto de mi mismo.
- Me odio a mi mismo.

8)

- No me siento peor que otros.
- Me critico por mis debilidades o errores.
- Me culpo todo el tiempo por mis faltas.
- Me culpo por todas las cosas malas que suceden.

9)

- No tengo ninguna idea de matarme.
- Tengo ideas de matarme, pero no las llevo a cabo.
- Me gustaría matarme.
- Me mataría si tuviera la oportunidad.

10)

- No lloro más de lo habitual.
- Lloro más que antes.
- Ahora lloro todo el tiempo.
- Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo llorar nunca aunque quisiera.

11)

- No me irrito más ahora que antes.
- Me enojo o irrito más fácilmente ahora que antes.
- Me siento irritado todo el tiempo.
- No me irrito para nada con las cosas que solían irritarme.

12)

- No he perdido interés en otras personas.
- Estoy menos interesado en otras personas de lo que solía estar.
- He perdido la mayor parte de mi interés en los demás.

He perdido todo interés en los demás.

13)

Tomo decisiones como siempre.

Dejo de tomar decisiones más frecuentemente que antes.

Tengo mayor dificultad que antes en tomar decisiones.

Ya no puedo tomar ninguna decisión.

14)

No creo que me vea peor que antes.

Me preocupa que esté pareciendo avejentado (a) o inatractivo (a).

Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen parecer inatractivo (a)..

Creo que me veo horrible.

15)

Puedo trabajar tan bien como antes.

Me cuesta un mayor esfuerzo empezar a hacer algo.

Tengo que hacer un gran esfuerzo para hacer cualquier cosa.

No puedo hacer ningún tipo de trabajo.

16)

Puedo dormir tan bien como antes.

No duermo tan bien como antes.

Me despierto 1 ó 2 horas más temprano de lo habitual y me cuesta volver a dormir.

Me despierto varias horas más temprano de lo habitual y no puedo volver a dormirme

17)

No me canso más de lo habitual.

Me canso más fácilmente de lo que solía cansarme.

Me canso al hacer cualquier cosa.

Estoy demasiado cansado para hacer cualquier cosa.

18)

Mi apetito no ha variado.

Mi apetito no es tan bueno como antes.

- Mi apetito es mucho peor que antes.
- Ya no tengo nada de apetito.

19)

- Últimamente no he perdido mucho peso, si es que perdí algo.
- He perdido más de 2 kilos.
- He perdido más de 4 kilos.
- He perdido más de 6 kilos.

20)

- No estoy más preocupado por mi salud de lo habitual.
- Estoy preocupado por problemas físicos tales como malestares y dolores de estomago o constipación.
- Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en otra cosa.
- Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en nada más.

21)

- No he notado cambio reciente de mi interés por el sexo.
- Estoy interesado por el sexo de lo solía estar.
- Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.
- He perdido por completo mi interés por el sexo.

Anexo A.2. Inventario de Ansiedad de Beck.

En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy:

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1 Torpe o entumecido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Acalorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Con temblor en las piernas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Incapaz de relajarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Con temor a que ocurra lo peor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Mareado, o que se le va la cabeza.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Con latidos del corazón fuertes y acelerados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Inestable.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Atemorizado o asustado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Nervioso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
11 Con sensación de bloqueo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 Con temblores en las manos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 Inquieto, inseguro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 Con miedo a perder el control.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15 Con sensación de ahogo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16 Con temor a morir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17 Con miedo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18 Con problemas digestivos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19 Con desvanecimientos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20 Con rubor facial.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
21 Con sudores, frios o calientes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Anexo A.3. Cuestionario de Agresión de Buss y Perry.

Prueba original AQ de Buss y Perry (1992)

Valorar en qué medida cada afirmación representa tu forma de ser:

1	2	3	4	5
completamente FALSO	bastante FALSO	ni VERDADERO ni FALSO	bastante VERDADERO	completamente VERDADERO

1 De vez en cuando no puedo controlar el impulso de golpear a otra persona (F)	1	2	3	4	5
2 Cuando no estoy de acuerdo con mis amigos, discuto abiertamente con ellos (V)	1	2	3	4	5
3 Me enfado rápidamente, pero se me pasa en seguida (I)	1	2	3	4	5
4 A veces soy bastante envidioso (H)	1	2	3	4	5
5 Si se me provoca lo suficiente, puedo golpear a otra persona (F)	1	2	3	4	5
6 A menudo no estoy de acuerdo con la gente (V)	1	2	3	4	5
7 Cuando estoy frustrado, suelo mostrar mi irritación (I)	1	2	3	4	5
8 En ocasiones siento que la vida me ha tratado injustamente (I)	1	2	3	4	5
9 Si alguien me golpea, le respondo golpeándolo también (F)	1	2	3	4	5
10 Cuando la gente me molesta, discuto con ellos (V)	1	2	3	4	5
11 Algunas veces me siento como un barril de pólvora a punto de estallar (I)	1	2	3	4	5
12 Parece que siempre son otros los que consiguen las oportunidades (H)	1	2	3	4	5
13 Me suelo implicar en las peleas algo más de lo normal (F)	1	2	3	4	5
14 Cuando la gente no está de acuerdo conmigo, no puedo remediar discutir con ellos (V)	1	2	3	4	5
15 Soy una persona apacible (I)	1	2	3	4	5
16 Me pregunto por qué algunas veces me siento tan resentido por algunas cosas (H)	1	2	3	4	5

17 Si tengo que recurrir a la violencia para proteger mis derechos, lo hago (F)	1	2	3	4	5
18 Mis amigos dicen que discuto mucho (V)	1	2	3	4	5
19 Algunos de mis amigos piensan que soy una persona impulsiva (I)	1	2	3	4	5
20 Sé que mis "amigos" me critican a mis espaldas (H)	1	2	3	4	5
21 Hay gente que me incita a tal punto que llegamos a pegarnos (F)	1	2	3	4	5
22 Algunas veces pierdo los estribos sin razón (I)	1	2	3	4	5
23 Desconfío de desconocidos demasiado amigables (H)	1	2	3	4	5
24 No encuentro ninguna buena razón para pegarle a una persona (F)	1	2	3	4	5
25 Tengo dificultades para controlar mi genio (I)	1	2	3	4	5
26 Algunas veces siento que la gente se está riendo de mí a mis espaldas (H)	1	2	3	4	5
27 He amenazado a gente que conozco (F)	1	2	3	4	5
28 Cuando la gente se muestra especialmente amigable, me pregunto qué querrán (H)	1	2	3	4	5
29 He llegado a estar tan furioso que he roto cosas (F)	1	2	3	4	5
30 En ocasiones no puedo controlar las ganas de golpear a alguien	1	2	3	4	5
31 A menudo discuto con los demás	1	2	3	4	5
32 Cuando estoy frustrado, muestro el enfado que tengo	1	2	3	4	5
33 Me pregunto por qué algunas veces me siento tan hostil con lo que me rodea	1	2	3	4	5
34 Hay gente que me molesta tanto que llegamos a pegarnos	1	2	3	4	5
35 Algunas veces me siento tan enfadado como si estuviera a punto de estallar	1	2	3	4	5
36 Sé que mis "amigos" hablan de mí a mis espaldas	1	2	3	4	5
37 He amenazado físicamente a otras personas	1	2	3	4	5
38 Soy una persona que no suele enfadarse mucho	1	2	3	4	5
39 Algunas veces siento que la gente me critica a mis espaldas	1	2	3	4	5
40 Algunos de mis amigos piensan que me enfado fácilmente	1	2	3	4	5
Nota: En negrita aparece la adaptación psicométrica española de 29 ítems					

Anexo A.4. Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido.

Circle the "1" if you **Very Strongly Disagree**
 Circle the "2" if you **Strongly Disagree**
 Circle the "3" if you **Mildly Disagree**
 Circle the "4" if you are **Neutral**
 Circle the "5" if you **Mildly Agree**
 Circle the "6" if you **Strongly Agree**
 Circle the "7" if you **Very Strongly Agree**

1.	There is a special person who is around when I am in need.	1	2	3	4	5	6	7	SO
2.	There is a special person with whom I can share my joys and sorrows.	1	2	3	4	5	6	7	SO
3.	My family really tries to help me.	1	2	3	4	5	6	7	Fam
4.	I get the emotional help and support I need from my family.	1	2	3	4	5	6	7	Fam
5.	I have a special person who is a real source of comfort to me.	1	2	3	4	5	6	7	SO
6.	My friends really try to help me.	1	2	3	4	5	6	7	Fri
7.	I can count on my friends when things go wrong.	1	2	3	4	5	6	7	Fri
8.	I can talk about my problems with my family.	1	2	3	4	5	6	7	Fam
9.	I have friends with whom I can share my joys and sorrows.	1	2	3	4	5	6	7	Fri
10.	There is a special person in my life who cares about my feelings.	1	2	3	4	5	6	7	SO
11.	My family is willing to help me make decisions.	1	2	3	4	5	6	7	Fam
12.	I can talk about my problems with my friends.	1	2	3	4	5	6	7	Fri

The items tended to divide into factor groups relating to the source of the social support, namely family (Fam), friends (Fri) or significant other (SO).

Anexo B: 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: Terapia de Aceptación y Compromiso en Lesiones deportivas

Organización del investigador *Universidad San Francisco de Quito*

Nombre del investigador principal *Daniela Alejandra Olivo Granja*

Datos de localización del investigador principal *xxxxxxxxxx*

Co-investigadores *xxxxxxxxxx*

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

Introducción

El estudio pretende medir el alcance de la Terapia de Aceptación y Compromiso en deportistas que se han visto obligados a dejar su carrera deportiva debido a una lesión. Se pretenden realizar de 12 a 16 semanas de terapia y medir sintomatología antes y después de la terapia. 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 _____ (*describir estudio*) porque _____ (*criterio de inclusión*).

Propósito del estudio

El estudio pretende determinar si es que la Terapia de Aceptación y Compromiso es efectiva en reducir sintomatología ansiosa y depresión, tomando en cuenta así mismo variables como agresividad y apoyo social percibido.

Descripción de los procedimientos

Se le aplicarán 4 cuestionarios antes de comenzar con las 12 a 16 semanas de intervención terapéutica, cada sesión de aproximadamente una hora en una frecuencia de una vez por semana con un psicólogo especializado en Terapia de Aceptación y Compromiso. Una vez terminadas las sesiones, se realizarán los mismos cuestionarios una vez más.

Riesgos y beneficios

No se espera que las personas experimenten ningún riesgo al aplicar los cuestionarios. Dentro de la terapia existe la posibilidad de experimentar emociones fuertes durante la sesión. Los beneficios incluyen haber realizado un proceso terapéutico de manera gratuita, en donde se espera que su afecto negativo reduzca y que llegue a adquirir herramientas necesarias para mejorar su afrontamiento en la vida diaria.

Confidencialidad de los datos

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 _____ tendrán acceso.
- 2) Su nombre no será mencionado en los reportes o publicaciones.
- 3) 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

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 _____ que pertenece a _____, o envíe un correo electrónico a _____

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. Iván Sisa, Presidente del Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la USFQ, al siguiente correo electrónico: comitebioetica@usfq.edu.ec

Consentimiento informado	
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.	
Firma del participante	Fecha
Firma del testigo <i>(si aplica)</i>	Fecha
Nombre del investigador que obtiene el consentimiento informado	
Firma del investigador	Fecha