

INSTITUTO SUPERIOR
DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE

ISEO®



POSGRADO
TESIS



INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE
DOCTORADO EN SALUD MENTAL

“Detección de síntomas de depresión y ansiedad en jugadores de fútbol de primera división del Club Tijuana”

TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE:
DOCTORADO EN SALUD MENTAL
PRESENTA:

MYRNA MARTÍNEZ GARCÍA
CÓDIGO ORCID: 009-007-8476-1243

DIRECTOR:

DRA NISSA YAING TORRES SOTO
CÓDIGO ORCID: 0000-0003-3646-6649

CODIRECTOR:

DRA BEATRIZ MARTÍNEZ RAMÍREZ
CÓDIGO ORCID: 0000-0001-8617-4279

Tijuana, Baja California México enero 2025.

ACTA DE APROBACIÓN DE TESIS

Nombre del alumno: Myrna Martínez García .

Matrícula: B221096

Programa académico: DOCTORADO EN SALUD MENTAL

Título de la tesis: **Detección de síntomas de depresión y ansiedad en jugadores de fútbol de primera división del Club Tijuana**

Nombre del Director de Tesis: Dra. Nissa Yaing Torres Soto

Nombre del Codirector de Tesis: Dra. Beatriz Martínez Ramírez

Fecha de aprobación: 17 de septiembre del 2025

DECLARACIÓN DE APROBACIÓN

El Comité de Tesis del Instituto Superior de Estudios de Occidente, después de la revisión exhaustiva del presente trabajo de investigación y en virtud de que satisface los requisitos establecidos en el Reglamento General Institucional, certifica que la tesis titulada "Detección de síntomas de depresión y ansiedad en jugadores de fútbol de primera división del Club Tijuana", presentada por el alumno(a) Myrna Martínez García, cumple con los requisitos académicos y metodológicos establecidos para optar al grado de **DOCTOR EN SALUD MENTAL**.

COMITÉ DE TESIS

DIRECTOR DE TESIS



Dra. Nissa Yaing Torres Soto

CODIRECTOR DE TESIS



Dra. Beatriz Martínez Ramírez

DIRECTOR ACADÉMICO Y DE INVESTIGACIÓN



DRA. PAULA CAROLINA ESTRADA AGUILERA



GOBIERNO DEL ESTADO DE SONORA
SECRETARÍA DE
EDUCACIÓN
"INSTITUTO SUPERIOR
DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE"
PARTICULAR

**INSTITUTO SUPERIOR DE
ESTUDIOS DE OCCIDENTE**

INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE®

Nuevos Retos, Nuevas Oportunidades®

Av. Juárez, No. 67, Col. Centro, C.P. 63000. Tepic, Nay. México.

(01 311) 160 51 13, 169 22 18

www.iseo.edu.mx

CONSTANCIA DE DECLARACIÓN DE CESIÓN DE DERECHOS A FAVOR DEL INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE

Por este medio, el que suscribe, **Myrna Martínez García**, en mi calidad de autor legítimo del trabajo titulado "**Detección de síntomas de depresión y ansiedad en jugadores de fútbol de primera división del Club Tijuana**", manifiesto que, como antecedente, he firmado la **CARTA DE DECLARACIÓN DE CESIÓN DE DERECHOS DE LA TESIS** mediante la cual he cedido los derechos patrimoniales sobre mi obra **A FAVOR DEL INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE**.

En este sentido, autorizo al **INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE** a realizar el depósito, preservación, difusión y publicación digital de mi obra en su **Repositorio Institucional** y en plataformas académicas reconocidas, tanto nacionales como internacionales. Esta autorización incluye la reproducción, distribución, comunicación pública, transformación y cualquier otra forma de explotación permitida por la Ley Federal del Derecho de Autor, siempre garantizando el reconocimiento de mi autoría.

Declaro que la obra es original, inédita y no infringe derechos de terceros. Asimismo, me comprometo a colaborar con el **INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE** en las adaptaciones necesarias para su publicación y a respetar los lineamientos establecidos para su divulgación.

El presente documento se incluye como comprobante de la cesión de derechos a favor del **INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE** y forma parte integral de los anexos de "**LA OBRA**".


ATENTAMENTE
Myrna Martínez García

INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE (ISEO)

PUBLICACIÓN DE TESIS DIGITAL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INFORME DE REVISIÓN DE ORIGINALIDAD



Recibo digital

Este recibo confirma que su trabajo ha sido recibido por **Turnitin**. A continuación podrá ver la información del recibo con respecto a su entrega.

La primera página de tus entregas se muestra abajo.

Autor de la entrega:	Myrna Martinez Garcia
Título del ejercicio:	Quick Submit
Título de la entrega:	Detección de síntomas de depresión y ansiedad en jugadores ...
Nombre del archivo:	TESIS_FINAL_Rev_Turnitin_nov_2025.docx
Tamaño del archivo:	5.97M
Total páginas:	197
Total de palabras:	50,178
Total de caracteres:	316,144
Fecha de entrega:	10-dic-2025 01:21 p. m. (UTC-0600)
Identificador de la entrega:	2842588187



DEDICATORIAS

- Dedico este momento a mis seres queridos, ya que ellos de manera directa o indirecta son parte de cada paso de hoy, son pieza clave en mi evolución.
- A mi esposo, José Alberto, por siempre estar, por acompañarme y ser mi soporte. Porque cuando la vida se ha puesto difícil, tu mano y tu hombro han sido mi bastón. Porque respetas y comprendes cada una de mis decisiones, aunque estas me mantengan en ausencias para poder seguir preparándome y actualizándome. Gracias, amor
- A mi madre Alma Rosa, por darme la vida y ser guía constante.
- A mis hermanos David, Diego y Alma, por ser los eslabones de mi vida, esos que me unen y me sostienen.
- A Mía, por ser esa lucecita llena de vida y alegría que ilumina mi camino.
- A mis pacientes, quienes me recuerdan cada día el propósito de mi vocación.
- A mi querido padre Roberto Martínez, que ya no alcanzó a ver esta versión de mí, pero a quien llevo presente en cada logro.

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a ISEO por el camino andado, por los pasos dados y los que parecían retrasados, que hoy me llevan a este punto llamado *doctorado*.

Agradezco profundamente a mis queridas Dra. Nizza y Dra. Beatriz, su empatía, profesionalismo y compañía fueron pieza clave en el desarrollo de este momento, gracias por su tiempo.

Agradezco profundamente al Dr. Gabriel, porque sin su guía, sus horas de atención y seguimiento, esto no hubiera sido posible. Su acompañamiento ha sido clave en este proceso, sin duda alguna.

Al Club Tijuana, por todas las facilidades otorgadas para el desarrollo de esta tesis. ¡Qué etapa tan maravillosa! Fue un honor poder conocerlos, acompañarlos, estar y ser parte de la historia del club.

Al equipo médico y staff, por su apoyo invaluable: la organización, la logística, los horarios, el material... todo. Cada detalle aportado hizo posible que esta investigación se concretara.

Y, por último, a ustedes, los jugadores, seres humanos extraordinarios y maravillosos con quienes tuve el privilegio de coincidir. Gracias, chicos por su entrega, por su confianza, por su "sí".

ÍNDICE GENERAL

Instituto Superior de Estudios de Occidente.....	1
Acta de Aprobación de tesis.....	2
Acta de Exámen Profesional.....	3
Carta de Publicación para el Depósito y Publicación de Contenidos Digitales en Repositorio Institucional de ISEO.....	4
Publicación de Tesis Digital en ISEO- Repositorio Institucional.....	5
Informe de Revisión de Originalidad.....	6
Dedicatorias.....	7
Agradecimientos.....	8
Índice General.....	9
Índice de Tablas.....	15
Resumen.....	17
Abstract.....	18
Introducción.....	19
Capítulo I: Planteamiento del problema.....	21
1.1 Antecedentes.....	21
1.1.1 Contexto de la Actividad Física, la Depresión y los Enfoques Terapéuticos.....	21
1.1.2 La Psicología del Deporte	25
1.1.2.1 Definición y surgimiento.....	26
1.1.2.2 Evolución e importancia de la Psicología del Deporte.....	29
1.1.2.3 Líneas de investigación futuras de la Psicología deportiva.....	31
1.1.2.4 El papel del psicólogo deportivo en el alto desempeño deportivo.....	32
1.2 Contexto.....	35
1.3 Definición del problema de investigación.....	38

1.3.1 Naturaleza e Impacto de los Síntomas Ansioso-Depresivos en el Fútbol Profesional.....	39
1.4 Objetivo General.....	43
1.5 Objetivos específicos.....	43
1.5.1 Hipótesis.....	44
1.6 Justificación.....	44
1.7 Beneficios esperados.....	47
1.8 Limitaciones.....	49
1.9. Alcances.....	50
Capítulo II: Marco Teórico.....	53
2.1 Ansiedad.....	53
2.1.1 Causas y factores de riesgo.....	54
2.1.2 Manifestaciones clínicas.....	55
2.1.4 Clasificación o tipos de ansiedad según el DSM-V.....	55
2.1.4.1 Trastorno de ansiedad por separación.....	55
2.1.4.2 Mutismo selectivo.....	56
2.1.4.3 Fobia específica.....	57
2.1.4.4 Trastorno de ansiedad social.....	57
2.1.4.5 Trastorno de pánico.....	58
2.1.4.6 Agorafobia.....	58
2.1.4.7 Trastorno de ansiedad generalizada.....	58

2.1.4.8 Trastorno de ansiedad inducido por sustancias o medicamentos.....	59
2.1.4.9 Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica.....	59
2.1.4.10 Trastorno de ansiedad especificado.....	60
2.1.4.11 Trastorno de ansiedad no especificado.....	60
2.1.5 Datos de prevalencia.....	61
2.1.6 Repercusiones de la ansiedad no tratada.....	61
2.1.7 Estrategias de intervención Psicológica.....	62
2.1.8 Estrategias de intervención médica.....	62
2.1.9 Estrategias de intervención Psicoeducativa.....	63
2.2 Depresión.....	63
2.2.1 Etiología de la depresión.....	64
2.2.2 Teoría cognitiva de la depresión- Aaron Beck.....	64
2.2.3 Teorías bioquímicas.....	65
2.2.4 Teoría psicodinámica.....	67
2.2.5 Teoría psicosocial.....	68
2.2.6 Modelo de la construcción socio-cultural de la depresión.....	69
2.2.7 Teoría conductual de la depresión.....	69

2.2.8 Datos epidemiológicos.....	70
2.2.9 Fenotipo clínico y gravedad.....	72
2.2.10 Carga de enfermedad.....	73
2.2.11 Factores de riesgo.....	74
2.2.11.1 Factores de Riesgo Psicosocial y Estructurales.....	75
2.2.12 Factores de protección.....	77
2.2.13 Relevancia de los sistemas de información salud mental y depresión en México.....	78
2.3 Ansiedad Precompetitiva.....	79
2.3.1 Definición conceptual de ansiedad precompetitiva.....	79
2.3.2 Naturaleza multidimensional del constructo.....	80
2.3.2.1 Componentes cognitivos (preocupación, anticipación negativa).....	80
2.3.2.2 Componentes somáticos (tensión muscular, taquicardia, sudoración).....	81
2.3.2.3 Componentes motivacionales (autoconfianza, percepción de control).....	81
2.3.3 Modelos teóricos explicativos.....	82
2.3.3.1 Teoría multidimensional de la ansiedad (Martens et al., 1990).....	82
2.3.3.2 Modelo direccional de Jones & Swain (1992): interpretación facilitadora vs. Inhibidora.....	83

2.3.3.3 Hipótesis de la U invertida y teoría del catastrofismo.....	84
2.3.4 Factores predisponentes y moduladores.....	85
2.3.4.1 Tipo de deporte (individual vs. colectivo).....	86
2.3.4.2 Nivel competitivo, edad, género, experiencia previa.....	86
2.3.4.3 Expectativas externas, presión social, clima motivacional.....	87
2.3.5 Impacto sobre el rendimiento deportivo.....	87
2.3.5.1 Relación no lineal entre ansiedad y ejecución.....	88
2.3.5.2 Efectos diferenciales según interpretación subjetiva del estado ansioso...	88
2.3.5.3 Riesgo de interferencia cognitiva y desregulación motora.....	89
2.3.6 Evaluación empírica del constructo.....	89
2.3.6.1 Competitive State Anxiety Inventory-2 (CSAI-2).....	89
2.4 Rendimiento Deportivo.....	90
2.4.1 Condiciones del rendimiento deportivo.....	90
2.4.2 Factores influyentes.....	91
2.5 La psicología y el Deporte.....	93
2.5.1 Evolución de la Psicología del Deporte.....	94
2.5.2 La importancia de la Psicología del Deporte y el futuro de esta disciplina....	95

2.5.3 Funciones y aportes del psicólogo del deporte en la alta competición.....	96
2.5.4 Vinculación teórica entre ansiedad, depresión y rendimiento deportivo.....	98
Capítulo III: Método.....	99
3.1 Línea de Investigación.....	99
3.2 Metodología Utilizada.....	100
3.3 Diseño metodológico.....	102
3.4 Población.....	103
3.5 Procedimiento de selección de la muestra.....	104
3.5.1 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.....	104
3.5.1.1 Criterios de inclusión.....	104
3.5.1.2 Criterios de exclusión.....	104
3.6 Participantes.....	105
3.7 Técnicas e Instrumentos empleados.....	106
3.7.1 El Inventario de Depresión de Beck (BDI).....	106
3.7.2 Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).....	107
3.7.3 Inventario de Ansiedad Precompetitiva (CSAI-2).....	108
3.7.4 Cuestionario de Características Psicológicas Relacionadas con el Rendimiento Deportivo (CPRD).....	109
3.8 Procedimiento de Recolección de Datos.....	110
3.8.1 Procedimientos específicos por técnica e instrumento.....	111
3.9 Desarrollo de Etapas de la Investigación.....	112
3.9.1 Etapa 1. Selección del objeto de estudio.....	112
3.9.2 Etapa 2. Trabajo de campo.....	112

3.9.3 Etapa 3. Análisis de la información.....	114
3.9.4 Etapa 4. Presentación de resultados.....	114
3.9.5 Etapa 5. Análisis de la información y conclusiones.....	115
3.10 Aspectos bioéticos.....	116
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....118	
4.1 Análisis de resultados.....	118
4.1.1 Ansiedad.....	118
4.1.2 Depresión.....	119
4.1.3 Ansiedad Precompetitiva.....	121
4.1.4 Características psicológicas relacionadas con el rendimiento deportivo....	122
4.1.5 Correlación.....	124
4.2 Discusión.....	127
4.2.1 Análisis Correlacional y Factores Amortiguadores.....	132
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES.....134	
5.1 Hallazgos.....	134
5.1.1 Perfil de ansiedad general.....	134
5.1.2 Perfil de depresión leve.....	135
5.1.3 Perfil de ansiedad precompetitiva.....	137
5.1.4 Características psicológicas asociadas al rendimiento deportivo.....	138
5.1.5 Correlaciones entre variables emocionales y características psicológicas asociadas al rendimiento deportivo.....	140

5.1.6 Variables amortiguadoras y factores protectores.....	142
5.1.7 Respuesta a hipótesis y preguntas de investigación.....	144
5.1.8 Limitaciones metodológicas.....	145
5.2 Recomendaciones.....	147
5.3 Investigaciones Futuras.....	149
5.4 Limitaciones.....	152
5.5 Validez de la Investigación.....	154
5.6 Conclusión General y Reflexiones Personales.....	156
Referencias Bibliográficas.....	158

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Estadísticos descriptivos de la escala de ansiedad;**Error! Marcador no definido.**Tabla 2. Estadística descriptiva de la escala de depresión;**Error! Marcador no definido.**119

Tabla 3. Estadística descriptiva de la escala de CSAI-2
121

Tabla 4. Estadísticos descriptivos por dimensión de CPRD;**Error! Marcador no definido.**123

Tabla 5. Correlaciones entre depresión, ansiedad, variables asociadas al rendimiento deportivo y sus dimensiones;**Error! Marcador no definido.**125

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo valorar la posible existencia de una relación entre síntomas de depresión, ansiedad y rendimiento deportivo en jugadores profesionales del Club Tijuana de la primera división del fútbol mexicano. Participaron 22 futbolistas varoniles con edades entre 19 y 35 años. Para la evaluación se aplicaron instrumentos estandarizados y validados: el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II), el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), el Cuestionario de Ansiedad Deportiva Competitiva (CSAI-2) y el Cuestionario de Características Psicológicas Relacionadas al Rendimiento Deportivo (CPRD). Los datos fueron recolectados en condiciones controladas, con consentimiento informado, y analizados mediante correlaciones de Spearman.

Los resultados mostraron una correlación positiva fuerte entre la depresión y la ansiedad general ($r = .636$, $p < .01$), mientras que la autoconfianza se asoció positivamente con las habilidades mentales y el rendimiento deportivo global. En contraste, la ansiedad precompetitiva no presentó una relación significativa con el rendimiento psicológico general ($r = -.041$, $p < .05$).

Estos hallazgos confirman la necesidad de implementar programas de apoyo psicológico en clubes deportivos, con énfasis en enfoques cognitivo-conductuales orientados a la prevención y el acompañamiento emocional. La relevancia del estudio radica en visibilizar la salud mental de los deportistas de alto rendimiento como un factor determinante en su desarrollo profesional, además de aportar evidencia científica que respalda la integración de la psicología del deporte en la planificación institucional de los equipos. Con ello, se busca mejorar el rendimiento deportivo y favorecer el bienestar integral de los jugadores.

ABSTRACT

The present study aimed to assess the possible existence of a relationship between symptoms of depression, anxiety, and athletic performance in professional players of Club Tijuana, a Mexican first division soccer team. Twenty-two male soccer players, aged 19 to 35, participated in the assessment. Standardized and validated instruments were applied: the Beck Depression Inventory-II (BDI-II), the Beck Anxiety Inventory (BAI), the Competitive Sports Anxiety Questionnaire (CSAI-2), and the Performance-Related Psychological Characteristics Questionnaire (CPRD). Data were collected under controlled conditions, with informed consent, and analyzed using Spearman correlations.

The results showed a strong positive correlation between depression and general anxiety ($r = .636$, $p < .01$), while self-confidence was positively associated with mental abilities and overall athletic performance. In contrast, precompetition anxiety did not show a significant relationship with overall psychological performance ($r = -.041$, $p < .05$).

These findings confirm the need to implement psychological support programs in sports clubs, with an emphasis on cognitive-behavioral approaches focused on prevention and emotional support. The study's relevance lies in highlighting the mental health of high-performance athletes as a determining factor in their professional development, in addition to providing scientific evidence supporting the integration of sports psychology into institutional team planning. This seeks to improve athletic performance and promote the overall well-being of players.

INTRODUCCIÓN

Cuando hablamos de salud mental nos referimos a un campo que ha cobrado un interés creciente a nivel global, especialmente en los deportistas de alto rendimiento. Durante décadas, la atención estuvo centrada en el desarrollo físico y técnico de los atletas, dejando en segundo plano los aspectos emocionales y psicológicos que también influyen en su desempeño y en su bienestar integral. En la actualidad, resulta innegable que factores como la ansiedad y la depresión impactan determinadamente en la vida dentro y fuera del campo de los futbolistas de élite, convirtiéndose en uno de los temas de estudio indispensables para la psicología deportiva y la salud mental en general.

El fútbol profesional, además de ser un deporte de gran exigencia física, implica presiones que trascienden el terreno de juego: las expectativas de la afición, el constante escrutinio de los medios de comunicación, la competitividad interna por mantener un lugar en la plantilla y la incertidumbre respecto a la duración de la carrera profesional. Todas estas variables se convierten en potenciales detonadores de síntomas ansiosos y depresivos que, si no son detectados y atendidos de manera oportuna, pueden repercutir en su desempeño en el campo de juego y en su bienestar general.

Este estudio se planteó con el propósito de detectar sintomatología de la depresión y la depresión de los atletas de fútbol profesional, mediante la aplicación de instrumentos validados y confiables. El objetivo general fue identificar de manera temprana la sintomatología que puede comprometer el bienestar emocional de los jugadores, con la intención de generar datos que faciliten la creación de programas de prevención, intervención y acompañamiento psicológico en el entorno deportivo.

Parte de la relevancia de este estudio radica en que contribuye a visibilizar un fenómeno poco explorado en México, donde la salud mental de los futbolistas no siempre recibe la atención adecuada. Al hacerlo, se busca generar conciencia en

los clubes, cuerpos técnicos y personal de salud sobre la necesidad de establecer protocolos de evaluación periódica, que favorezcan tanto el rendimiento como la estabilidad emocional de los deportistas. De esta manera, se ofrece un aporte significativo a la literatura especializada y a la práctica profesional de la psicología deportiva.

Respecto a la estructura del documento, el trabajo se organiza en cinco capítulos interrelacionados. En el primer apartado se aborda la delimitación del problema, los antecedentes teóricos y empíricos que justifican la investigación, así como los objetivos y preguntas que guiaron el estudio. La segunda sección presenta la revisión bibliográfica, en la cual se profundiza en el sustento conceptual como la salud mental, la ansiedad, la depresión y la psicología del deporte, además de revisar investigaciones previas que sustentan la importancia de abordar estos temas en el contexto futbolístico. La tercera sección precisa el enfoque investigativo utilizado, el diseño, la muestra, los instrumentos de evaluación utilizados y los procedimientos para la obtención y el procesamiento de la información. La cuarta sección muestra los resultados, presentados de manera clara y sistemática, destacando los hallazgos más relevantes en concordancia con los objetivos formulados. Por último, la quinta sección interpreta los hallazgos a la luz de la literatura revisada, ofreciendo conclusiones generales y proponiendo recomendaciones tanto para futuras investigaciones como para la práctica profesional dentro del ámbito de la psicología del deporte.

En conjunto, la introducción de este trabajo busca despertar el interés del lector y resaltar la relevancia del tema abordado, al mismo tiempo que ofrece un panorama claro de los objetivos perseguidos y de la estructura general del estudio.

Artículo I.

Capítulo I. Planteamiento del Problema

1.1 Antecedentes

Cuando hablamos de salud mental nos referimos al bienestar ambiental, biológico, estado físico, cognitivo y comunitario de los individuos. La Organización Mundial de la Salud (OMS), considera la salud mental como un bienestar integral que surge de la operación eficiente de las dimensiones cognitiva, afectiva y conductual. Esto se traduce en la plena realización de sus capacidades para la vida social, laboral y recreativa¹.

A pesar de su importancia, la OMS ha manifestado su preocupación por el crecimiento global de los trastornos mentales. Un estudio de 2013 reveló que cerca del 50% de las personas de la población mundial los padecía, con un incremento alarmante que elevó la cifra de afectados de 416 a 615 millones. Estos trastornos afectan aproximadamente al 10% de la población y son responsables del 30% de las enfermedades no mortales. La alta incidencia de emergencias y conflictos agrava la situación, generando una demanda creciente de atención psicológica, donde los casos de ansiedad y depresión representan una de cada cinco intervenciones de emergencia¹.

1.1.1 Contexto de la Actividad Física, la Depresión y los Enfoques Terapéuticos

El Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía (INEGI) llevó a cabo un estudio sobre la actividad física y deportiva en el país, tomando como muestra aleatoria 2,336 viviendas en zonas urbanas. Dentro de los principales resultados se determinó que más de la mitad de la población adulta está físicamente inactiva. Específicamente, el 56.2% de los individuos de 18 años o más reportaron inactividad física, siendo las mujeres las más afectadas (58%) frente a los hombres (42%).

Estas personas sedentarias dedican, en promedio, menos de cuatro horas a la semana (exactamente 3 horas y 57 minutos) a cualquier tipo de actividad física o deportiva. El estudio también concluye que existe una correlación directa entre el rendimiento deportivo de los mexicanos y su preparación académica, se observó que, el segmento de la población que cuenta con al menos un grado de educación superior, la mayoría de practica deporte (57.9%), mientras que el 42.1% restante permanece físicamente inactivo².

Investigaciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) durante el 2017, determinaron que ente 50% a 70% de las personas en América del Sur son sedentarios, pues no realiza actividad física por mas de media hora a diario, durante cinco días de la semana, considerandose sedentarismo. En países como Brasil, Perú, México y Chile, aunque dos tercios de la población cumplen con el mínimo de actividad, se identificaron patrones de desigualdad en la práctica deportiva o de ejercicio físico: esta es menor en mujeres que en hombres, disminuye en personas con mayores ingresos económicos y decae a medida que la edad incrementa. La OPS también advierte que en otras naciones, el 60% de los habitantes enfrenta riesgos de salud como resultado directo de esta inactividad³.

El uso de la palabra depresión se popularizó a mediados del siglo XIX, y para principios del siglo XX ya se empleaba frecuentemente como un término de diagnóstico clínico⁴. Debido a la relevancia de sus síntomas, siempre ha existido

un interés por comprenderlos y “curarlos”. Sin embargo, hoy en día se reconoce que la depresión tiene diversas circunstancias, pudiendo ser un episodio temporal o prolongarse durante años. El cambio fundamental en la conceptualización de la depresión fue impulsado por el psiquiatra alemán Kraepelin a finales del siglo XIX. En la sexta edición de su manual de psiquiatría (1896), Kraepelin agrupó todos los "excesos de afectividad". Esta clasificación temprana incluyó cuadros que, según la terminología actual, se reconocerían como depresión mayor, distimia, trastorno bipolar o ciclotimia⁴.

La Terapia Cognitivo Conductual se consolidó como una fuerza importante a finales de 1980, aunque sus orígenes se remontan a los años 60⁵. Su surgimiento fue impulsado, en gran medida, por la insatisfacción con los resultados del psicoanálisis, que era la forma de terapia psicológica dominante en ese momento. Esta desilusión contrastaba con la percepción pública de la psicología, que a menudo sigue asociando los tratamientos psicológicos con el diván y procesos largos e inciertos.

La TCC se caracteriza por ser una terapia breve y enfocada en el presente. Si bien se centra en el "aquí y ahora", no ignora el pasado, ya que lo utiliza para comprender el historial de aprendizaje del paciente⁶. Esta metodología pone un fuerte énfasis en la evaluación continua y rigurosa del proceso, buscando medir de forma objetiva los avances terapéuticos. Fundamentalmente, la TCC se basa en el principio de que el cambio conductual está mediado por las actividades cognitivas. Esto significa que al identificar y modificar de forma sistemática los patrones de pensamiento desadaptativos (cogniciones), se logran los cambios deseados en la conducta⁵.

Influenciado por la filosofía de los estoicos, quienes sostenían que la perturbación emocional surge de la interpretación subjetiva de las situaciones y no de las situaciones mismas, Albert Ellis desarrolló la Terapia Racional Emotiva (TRE)⁷. Esta terapia postula que los individuos a menudo construyen y defienden

de manera dogmática ciertas "filosofías de vida" irracionales, lo que termina generando sus propias alteraciones emocionales. El objetivo central de la TRE es la comprensión de estas ideas irracionales, ya que su identificación y explicación son cruciales para entender el trastorno del paciente y, consecuentemente, para aplicar acciones correctivas que permitan su eliminación o mitigación⁷.

El proceso de ansiedad radica en una sensación crónica de vulnerabilidad, la cual se caracteriza por la incertidumbre así como la inseguridad experimentada por el individuo. Las personas con ansiedad suelen albergar ideas o creencias fundamentales sobre su propia indefensión, las cuales se activan ante situaciones amenazantes o percibidas como peligrosas⁸. Su característica principal es que subestiman gravemente su propia capacidad para afrontar dichas amenazas.

Como resultado de este proceso de evaluación sesgada, los pacientes que sufren un trastorno de ansiedad experimentan una acentuación de los síntomas ansiosos en sus dimensiones psicológicas, emocionales y cognitivas⁹. Por consiguiente, autores como Clark y Beck¹⁰ afirman que el objetivo primordial de la terapia cognitivo-conductual (TCC) es modificar los patrones cognitivos y comportamentales que originan y perpetúan el estado ansioso.

La extensa evidencia estadística en materia de desempeño deportivo confirma que la práctica de ejercicio físico ha experimentado un auge considerable con un crecimiento sostenido entre 2010 y 2016. A pesar de esto, la OMS¹¹ destaca que la vida sedentaria se sitúa entre los diez principales factores que elevan la tasa de mortalidad a nivel global. Esta inmovilidad es también una causa determinante de afecciones crónicas no transmisibles, tales como el cáncer, la

diabetes y diversas cardiopatías. Los datos revelan que la deficiencia de actividad es marcada: uno de cada cuatro adultos tiene un nivel de ejercicio muy bajo, una cifra que asciende al 80% de la población adolescente¹¹.

La Federación Internacional de Fútbol Asociación (FIFA) autorizó la celebración de la Copa Mundial Femenina en Canadá en el año 2015¹². Dicha competición sirvió para evidenciar un notable ascenso en la preparación y el desempeño físico de las selecciones participantes. El torneo reflejó este crecimiento al incrementar el número de equipos en ocho selecciones, lo que representó un aumento del 33.3% y resultó en la participación total de 24 equipos nacionales. Adicionalmente, el análisis físico realizado durante el evento reveló disparidades significativas en el rendimiento atlético de las jugadoras, las cuales estaban directamente ligadas a la posición específica que ocupaban en el campo de juego¹².

Actualmente, el deporte goza de un amplio reconocimiento como la institución social más influyente. Por su parte, el fútbol se distingue como la disciplina con la mayor cantidad de seguidores a nivel mundial, siendo conocido por su dinamismo y popularidad¹³. Esta condición lo convierte en un ámbito de práctica profesional sumamente exigente, caracterizado por la presencia de elevados estándares de competitividad¹³.

Para evaluar el éxito o el fracaso en el ámbito deportivo, ya sea de un jugador o de un equipo, es esencial considerar una serie de aspectos multifactoriales. Estos proceden de la interacción de diversas capacidades clave, incluyendo las físicas, técnicas, tácticas y cognitivas (como la ansiedad)¹⁴. En el contexto específico del deportista juvenil, existe un proceso de desarrollo en curso que abarca las esferas física, cognitiva y psicológica. Para que este atleta pueda desplegar su máximo potencial, es necesario mantener un equilibrio en su nivel de activación (arousal). No obstante, debido a su limitada experiencia, el deportista

juvenil es propenso a sufrir desequilibrios en esta activación, lo que puede, a su vez, alterar o impactar negativamente su rendimiento en la competición¹⁵.

El campo de la psicología del deporte ha conferido una importancia particular al estudio de la ansiedad y su relación con el rendimiento¹⁶. La ansiedad se define como un estado mental que se manifiesta a través de síntomas físicos y psíquicos, los cuales alteran la estabilidad del individuo. Por su parte, el desempeño deportivo se concibe como una función determinada por la interacción de las habilidades físicas del atleta con su estado mental¹⁶. De esta forma, el estudio de la ansiedad se vuelve crucial, ya que el estado emocional del deportista influye directamente en su ejecución física.

1.1.2 La Psicología del Deporte

1.1.2.1 Definición y surgimiento. La Psicología puede definirse como la disciplina científica dedicada al análisis del comportamiento humano y de los procesos internos de la mente. Su objeto de estudio no solo abarca las actividades internas del individuo (como el pensamiento o la emoción), sino también las influencias externas que provienen tanto del entorno físico como del contexto social¹⁷. Desde esta perspectiva general, la Psicología del Deporte representa una especialidad derivada, orientada específicamente al estudio de los procesos cognitivos involucrados en la actividad física y las prácticas deportivas, así como en los efectos que estas actividades producen en los individuos^{18,19}. Como disciplina emergente, ha desarrollado un campo de interés propio centrado en el análisis de variables cognitivas, emocionales y conductuales que inciden directamente en el desempeño, la plenitud integral (bienestar) y la adaptación psicosocial de los deportistas.

La Psicología deportiva, como área de estudio especializada de la Psicología, presenta desafíos al delimitarla, tanto por la diversidad de definiciones como por las controversias sobre el rol que desempeña el psicólogo en contextos

deportivos. Tomando en cuenta estos desafíos, puede entenderse como una especialidad orientada a intervenir en los procesos psicológicos que afectan directamente a los deportistas y sus entornos²⁰. Al respecto, múltiples autores coinciden en definirla como una subdisciplina centrada en el análisis basado en evidencia del comportamiento humano durante situaciones de práctica física y deportiva²¹⁻²⁶. Esta especialidad no solo analiza los determinantes cognitivos que inciden en el deporte, así como el ejercicio físico, sino también los efectos que dichas actividades producen en la salud mental, el desarrollo individual y las dinámicas de grupo. Asimismo, reconoce que los atletas muestran rasgos mentales distintivos que los diferencian de quienes no practican deporte, lo que justifica la necesidad de enfoques específicos para su evaluación e intervención²⁷.

La Psicología del Deporte ha sido conceptualizada desde diversas perspectivas. Baechle y Earle²¹ la describen como una rama de la ciencia orientada al estudio del efecto de los factores de comportamiento ejercen sobre el desarrollo motriz, enmarcándola incluso como un subdisciplina de la medicina deportiva. Estos autores destacan tres propósitos específicos: la medición de fenómenos psicológicos en el contexto deportivo, la investigación de su relación con el rendimiento y la aplicación del conocimiento teórico para optimizar dicho rendimiento. Desde una óptica más epistemológica, Martens²⁸ advierte la necesidad de que esta especialidad no se limite a adaptar teorías psicológicas generales al deporte, sino que dedique mayor atención a la observación del comportamiento deportivo como base para construir teorías específicas que respondan a sus dinámicas particulares. En cuanto a su posicionamiento institucional, la Asociación Americana de Psicología (APA) ha reconocido oficialmente a la Psicología del Deporte como su división número 47, lo cual representa un avance significativo en su legitimación académica, especialmente considerando que históricamente se ha demeritado el rol de los procesos psicológicos en el desempeño deportivo²⁹.

Esta subdisciplina psicológica ha sido establecida como una rama especializada tanto en países europeos como del continente Americano, sin embargo, su evolución ha seguido trayectorias diferenciadas. En Estados Unidos, se ha integrado predominantemente dentro de las Ciencias del Deporte, concentrándose en la optimización del rendimiento y la aplicación práctica de intervenciones psicológicas^{30,31}. En contraste, en Europa se ha consolidado como un campo autónomo de estudio, con fundamentos teóricos propios y una orientación más académica y psicológica, centrada en el desarrollo de modelos explicativos y en la investigación aplicada desde marcos psicológicos clásicos^{32,33}. Esta divergencia ha influido en los enfoques metodológicos, el tipo de intervención y la conceptualización del rol profesional del psicólogo deportivo en cada región.

El desarrollo de esta disciplina en España ha sido irregular, variando significativamente entre las distintas Comunidades Autónomas. Su mayor presencia e impulso se encuentra en lo que antes eran los Institutos Nacionales de Educación Física (INEF), que actualmente son las Facultades de Ciencias de la Actividad Física y del Deporte. En estas instituciones fue donde la Psicología del Deporte se incorporó formalmente a los planes de estudio³⁴.

Revisando a diversos investigadores, se observa que la Psicología Deportiva constituye un campo amplio y multidimensional, orientado a interpretar, aplicar y expandir el conocimiento psicológico en contextos de actividad física y rendimiento deportivo. Según Balaguer³⁴ y Viadé-Sanzano²⁵, esta disciplina estudia las bases del comportamiento humano dentro del entorno físico-deportivo y contribuye a la resolución de conflictos asociados a la práctica. Reardon así como colaboradores²² y González²⁰ destacan el rol de los procesos cognitivos en el desempeño y el desarrollo psicológico de los practicantes, mientras que Ruiz, Sánchez, Durán y Jiménez³⁸ señalan una creciente atención a la investigación en alto rendimiento y sus implicaciones sobre la salud.

En paralelo, Weinberg y Gould²⁶ enfatizan su compromiso con la formación profesional y la difusión científica aplicada, su intervención con entrenadores y atletas, y su trabajo con población no profesional interesada en mejorar su calidad de vida mediante el ejercicio físico; junto con Ruiz y colaboradores³⁵, abordan también el análisis de dinámicas grupales, la interpretación de fenómenos sociales vinculados al deporte y la colaboración con organizaciones deportivas, ampliando así su alcance más allá del rendimiento competitivo hacia objetivos de bienestar integral. En esta misma línea, Viadé-Sanzano²⁵ postula a la Psicología del Rendimiento Deportivo como una subdisciplina centrada en el estudio del deportista en acción y orientada claramente hacia la mejora de su rendimiento, mientras que el conjunto de autores citados sostiene que uno de los propósitos fundamentales de la Psicología Deportiva reside en el comportamiento atlético, entendida como una conducta regulada por normas, lo cual implica metodologías de trabajo distintas a las utilizadas en la Psicología tradicional. Este tipo de propuestas refleja los múltiples enfoques y la acentuación creciente que caracteriza al campo en la actualidad. Sin perder de vista la relevancia de todos los factores previamente descritos, puede sintetizarse que la importancia atribuida a los factores psicológicos en el deporte constituye el principal motor que ha impulsado el nacimiento de la Psicología Deportiva²⁰.

1.1.2.2 Evolución e importancia de la Psicología del Deporte. Para dominar y comprender exhaustivamente cualquier disciplina, es crucial prestar atención a su trayectoria evolutiva. En este sentido, entender el desarrollo histórico de esta rama de la psicología es fundamental para interpretar su estado actual y anticipar las direcciones futuras que podría tomar. En el caso particular de la Psicología del Deporte, su historia se organiza en grandes periodos temporales. Aunque los bloques difieren ligeramente según la fuente consultada, existe consenso en que su estructuración formal inicia hacia finales del siglo XIX^{20,25,26}.

La transformación y el avance continuos en el ámbito deportivo exigen, cada vez más, una explicación teórica rigurosa que estructure su conocimiento,

junto con una definición precisa de las directrices a seguir en la aplicación práctica. En respuesta a esta necesidad evolutiva, los factores psicológicos han logrado posicionarse como elementos indispensables³⁶.

Hoy en día, la Psicología del Deporte está asumiendo un protagonismo cada vez más relevante, y se prevé que en los próximos años la exploración en esta disciplina aspire a establecer un sustento teórico que supere las limitaciones existentes³⁷. Esta área de la Psicología ha contribuido significativamente a la mejora del rendimiento de los deportistas de élite, gracias a la investigación sistemática, al desarrollo y a la implementación de metodologías y procedimientos variados³⁸.

Se estima que la Psicología del Deporte constituye la mitad de las variables que influyen en el potencial máximo de un atleta²⁰. El impacto de los elementos mentales en la performance atlética ha sido ampliamente comprobado, sin embargo, aún es fundamental establecer con precisión la relevancia que poseen las distintas capacidades psicológicas en las diversas disciplinas deportivas³⁹. Por esta razón, la Psicología Deportiva requiere enfocar un mayor esfuerzo investigativo en esta área.

Un elemento fáctico que respalda la relevancia previamente defendida es la premisa de que ningún atleta es capaz de competir totalmente al margen de sus propias emociones y cogniciones. De igual forma, tampoco es factible que el deportista ignore la influencia de los factores ambientales externos⁴⁰.

La extensa y reciente investigación científica en la esfera de la Psicología del Deporte ha posibilitado la creación de numerosos instrumentos de evaluación. Dichos instrumentos facilitan el análisis y la cuantificación de elementos cruciales para el desempeño del atleta, tales como la influencia directa de los estados afectivos o el impacto del estrés en el organismo. Gracias a estas innovaciones, se ha logrado una mejor comprensión del alcance que tienen los distintos

componentes psicológicos sobre el rendimiento deportivo. Este conocimiento es particularmente valioso en el deporte de élite, dado que, en la actualidad, existe un enfoque de trabajo específico en los aspectos psicológicos y emocionales de los competidores de alto nivel³⁵.

Los coaches atléticos manifiestan un fuerte interés en alcanzar la condición mental óptima en sus atletas. La conexión entre este elemento y el desempeño atlético es, sin duda, un eje de análisis prioritario en la pesquisa de la Psicología Deportiva⁴¹.

La principal razón de ser de esta área es aportar pruebas rigurosas y cifras objetivas acerca de si las distintas variables mentales son o no eficaces. Sumado a esto, la creación de diversas metodologías, resultado del estudio científico en este campo, hace posible actuar directamente sobre el estado emocional del atleta para impulsar al máximo su desempeño atlético²⁰.

En este marco, el atleta es el centro principal de la atención en el ámbito deportivo, pero la Psicología del Deporte extiende su alcance a otras figuras involucradas, tales como los entrenadores, directivos o los jueces^{14,25}. De manera simultánea, esta disciplina es responsable de transferir conocimientos y tácticas psicológicas a todos los agentes que participan en la actividad atlética⁴².

1.1.2.3 Líneas de investigación futuras de la Psicología deportiva. La Psicología deportiva se proyecta hacia un futuro caracterizado por una expansión significativa en sus líneas de investigación, aplicación profesional y compromiso social^{20,18}. Se prevé una atención creciente a las variables cognitivas influyentes en el alto rendimiento deportivo, así como el incremento sostenido en la demanda de especialistas en este ámbito⁴³. Paralelamente, se anticipa un incremento en el número de profesionales formados en esta subdisciplina, incluyendo entrenadores y atletas que buscarán adquirir conocimientos específicos para optimizar su desempeño⁴⁵. Esta tendencia irá acompañada de una orientación más práctica en

las investigaciones científicas, con énfasis en el estudio de variables fisiológicas, psicológicas y sociales que afectan la práctica físico-deportiva⁴⁵. Además, se espera una ampliación del enfoque hacia poblaciones tradicionalmente menos atendidas, como menores, adultos mayores y personas con barreras físicas, psíquicas o sensoriales, consolidando así una perspectiva inclusiva y multidisciplinaria en el desarrollo de la disciplina^{46,43}.

La Psicología deportiva se proyecta como un campo disciplinar con porvenir notable, en el que el rigor científico y la especialización práctica convergen para consolidar su identidad académica y profesional. Su estrecha conexión con las áreas del conocimiento relacionadas con el ejercicio y la actividad deportiva, permite proyectar avances más sólidos y estructurados en la comprensión del comportamiento humano en contextos de rendimiento²⁰. A medida que se intensifica la interacción interdisciplinaria, se fortalece la correlación cuerpo-mente, y disciplinas como la neurociencia comienzan a desempeñar un papel central en la explicación de los procesos psicológicos implicados en el deporte^{37,47}. Esta evolución ha dado lugar a propuestas de diversificación teórica, como la emergencia de “Psicologías Específicas” orientadas a modalidades concretas, entre ellas la Psicología del Fútbol o del Alto Rendimiento^{37,48}.

El impacto de esta disciplina trasciende el ámbito deportivo, extendiéndose hacia sectores como el empresarial, donde se han adaptado técnicas psicológicas propias del deporte para optimizar el rendimiento ejecutivo, la gestión emocional y la resiliencia organizacional^{49,50}. Esta transferencia de conocimiento ha sido respaldada por estudios que demuestran la aplicabilidad de modelos de entrenamiento mental y autorregulación en contextos corporativos, educativos y clínicos⁵¹. En consecuencia, esta subdisciplina no solo es considerada como una rama de la ciencia en expansión, sino que también se posiciona como un agente transformador en múltiples dominios sociales, culturales y económicos.

1.1.2.4 El papel del psicólogo deportivo en el alto desempeño

deportivo. Hoy en día, existe un acuerdo general en cuanto a la necesidad de que este profesional reciba una preparación especializada, además de la base de conocimiento adquirida en la Psicología general^{20,52,53}. Por consiguiente, las responsabilidades de este especialista también se hallan diferenciadas: los psicólogos deportivos, invierten una cantidad considerable de tiempo y energía en tratar de comprender los rasgos mentales distintivos de los atletas con mayor desempeño atlético. A pesar del volumen de trabajo ejecutado en esta dirección, aún no se dispone de evidencia científica concluyente al respecto⁵⁴.

Los entrenadores y los atletas manifiestan la pertinencia de la figura del psicólogo deportivo²⁰, ya que la gestión de variables cognitivas influyentes en el desempeño atlético les resulta crucial. Al respecto, la mayoría de los entrenadores de futbolistas (84.2%) creen que el psicólogo deportivo contribuye a incrementar el rendimiento de un equipo; el 85.4% piensa que este especialista puede beneficiar tanto a entrenadores como futbolistas profesionales; así mismo, el 70.5% piensa que este especialista debe integrarse al cuerpo técnico; y un 94.7% tiene una actitud positiva a colaborar con él⁵⁵. A pesar de esta alta aceptación, en la práctica, la mayoría desconoce el rol específico del psicólogo del deporte³⁴.

El cambio del papel ejercido por el profesional de la psicología deportiva a lo largo del tiempo refleja una transformación profunda en sus funciones, pasando de una labor predominantemente evaluativa y diagnóstica centrada en la aplicación de pruebas psicológicas, hacia una participación más directa en el proceso de entrenamiento y optimización del rendimiento^{20,56}. Esta transición ha sido impulsada por la creciente evidencia de su utilidad práctica en contextos competitivos, donde entrenadores y psicólogos colaboran estrechamente para alcanzar estados psicológicos óptimos que favorezcan el desempeño atlético^{41,57}. Aunque existen diversas opiniones sobre las funciones específicas que debe desempeñar este profesional, se reconoce un consenso general en torno a dos grandes vertientes: la investigadora, orientada a la generación de conocimiento

científico, y la aplicada, centrada en la intervención directa con deportistas^{20,51}. Estudios recientes refuerzan esta dualidad funcional, destacando que el psicólogo del deporte no solo contribuye al bienestar emocional y la resiliencia mental del atleta, sino que también participa activamente en el diseño de estrategias de autorregulación, entrenamiento cognitivo y prevención de lesiones psicológicas^{46,58}. En consecuencia, su rol se ha consolidado como una figura interdisciplinaria que integra conocimientos clínicos, educativos y de rendimiento, adaptándose a las exigencias contemporáneas del deporte profesional.

El profesional de la psicología del deporte ha tenido una relevancia creciente en el ámbito del alto rendimiento, no solo por su capacidad para intervenir directamente en la mejora del desempeño, sino también por su rol estratégico en la formación, supervisión y asesoramiento dentro de equipos multidisciplinares. Ros y colaboradores²⁴ subrayan que este profesional puede colaborar estrechamente con el deportista en el dominio del estrés competitivo, facilitando una reorganización emocional y conductual que impacta positivamente en el rendimiento. Esta intervención no se limita al momento de la competición, sino que se extiende al entrenamiento psicológico, donde se desarrollan habilidades como la autorregulación, la visualización y el control de la activación^{59,60}.

En cuanto a los servicios que ofrece el psicólogo del deporte, se reconocen tres grandes áreas de actuación: la educación, la investigación y la aplicación profesional mediante asesoramiento^{20,26,61}. Esta división permite una articulación coherente entre la generación de conocimiento, la transferencia didáctica y la intervención aplicada, favoreciendo la consolidación de buenas prácticas y la profesionalización del campo. En contextos de alta competición, Viadé-Sanzano²⁵ propone una tipología funcional más específica, que incluye: (a) la formación de especialistas en psicología y de expertos relacionados con el desempeño atlético; (b) el asesoramiento y supervisión dentro de equipos multidisciplinares; y (c) la

actuación directa como factor activo en la preparación mental del deportista de élite.

Estudios recientes refuerzan esta perspectiva, destacando que el psicólogo del deporte no solo contribuye al bienestar emocional del atleta, sino que también participa activamente respecto a la protección contra perjuicios psicológicos, el desarrollo de resiliencia y la optimización de variables como la autoeficacia, la concentración y la confianza^{62,63}. En este sentido, su rol se configura como una pieza clave en la arquitectura del rendimiento sostenible, integrando conocimientos clínicos, educativos y estratégicos en función de las demandas específicas de cada disciplina.

Los cometidos que puede desempeñar un profesional de la psicología deportiva, como la medición, capacitación, orientación o crecimiento individual y en el deporte, son posibles de orientar hacia diversos grupos o colectivos del ámbito deportivo: atletas, instructores, parientes, personal de salud, líderes y árbitros, entre otros¹⁴. Esta versatilidad funcional ha sido reconocida en investigaciones recientes que destacan la necesidad de enfoques adaptativos y contextuales, especialmente en etapas formativas y de alta competición⁶⁴.

Durante los últimos años, ha aumentado la relevancia de los elementos cognitivos que influyen en el desempeño en el deporte, consolidando al psicólogo como una figura clave y cada vez más requerida^{35,65}. Este profesional aporta valor como apoyo técnico para entrenadores y como facilitador de procesos interpersonales entre los distintos actores del deporte^{66,67}.

La cooperación entre instructores y competidores y psicólogos deportivos a partir de las fases más tempranas es considerada fundamental para promover la autorregulación, la resiliencia y el aprendizaje emocional^{36,68}. De hecho, esta interacción precoz puede prevenir bloqueos psicológicos y fomentar trayectorias sostenibles en el deporte de alto rendimiento.

El rechazo histórico hacia el entrenamiento psicológico ha disminuido notablemente, gracias a la mejora en su comprensión metodológica y a su integración progresiva en los planes de entrenamiento estructurados^{61,69}. Es por ello que se recomienda la participación activa del psicólogo en dichos programas^{70,71} aunque otros profesionales también pueden contribuir a su implementación, siempre que se respeten los estándares técnicos y éticos de la disciplina^{14,18,42}.

1.2 Contexto

El estudio se realizará en el equipo de primera división de fútbol liga varonil que pertenece a la Federación Mexicana de Fútbol, nombrado Club Tijuana Xoloitzcuintles de Caliente, ubicado en Boulevard Agua Caliente en Tijuana, Baja California. Cuenta con un estadio con capacidad para 27,333 espectadores, dividido en 8 zonas con 5 accesos. Además, el estadio cuenta con un hotel para que los jugadores en proceso de concentración puedan trabajar con el equipo, un chef personal, gimnasio, sala de rehabilitación, consultorio médico, vestidores, sala de prensa y audiovisual. Es el único campo de juego de la Liga MX con césped artificial, en el cual juega como local el Club Tijuana Varonil y Femenil, que actualmente participa en la Primera División de México.

El Club Tijuana Xoloitzcuintles, creado en 2007, alcanzó la máxima categoría del fútbol mexicano en 2011. Bajo la dirección del Presidente Jorgealberto Hank Inzunza y el Vicepresidente, Gog Murguía, la institución tiene como objetivo consolidar a Tijuana en la Primera División a largo plazo.

El proyecto del club Tijuana estableció bases firmes desde su origen. Esto se evidenció con la creación de las Fuerzas Básicas y la edificación del Estadio Caliente, ya que en sus comienzos la Unidad Deportiva CREA de Tijuana fue el campo de batalla de nuestros Guerreros Rojinegros.

El Club ha experimentado un desarrollo significativo gracias a la inauguración del Centro de Iniciación Xoloitzcuintles (CIX). Actualmente, su

Escuela de Fútbol Infantil alberga a más de 500 alumnos, lo cual ha impulsado la apertura de nuevas sedes en la zona fronteriza, incluyendo las localidades mexicanas de Rosarito y Ensenada, y las estadounidenses de Chula Vista y Temecula (California). Otro eje estratégico del Club Tijuana es la Escuela Nacional de Directores Tecnicos, Campus Xoloitzcuintles. Esta institución ha formado a numerosos nuevos entrenadores, quienes tienen la posibilidad de insertarse en el fútbol profesional mexicano.

El 14 de enero de 2007 fue la fecha que marcó el comienzo de la trayectoria del club, un día domingo en que disputó su partido inicial ante Correcaminos de la UAT en la capital de Tamaulipas, el Estadio Marte R. Gómez. Dicha jornada abrió un punto de partida lleno de éxitos y recuerdos significativos para el Club Tijuana. Los Xoloitzcuintles dieron comienzo a su carrera profesional con el Director Técnico Víctor Rangel. En 9 años, el club de la frontera ha generado un gran sentido de pertenencia en Tijuana. El ascenso a la Primera División se consiguió a los cuatro años de su creación. Apenas un año después del ascenso, los Xolos le brindaron a Tijuana su primer título en el máximo circuito del fútbol mexicano.

El club alcanzó el sueño de competir en torneos continentales, logrando su participación en la Copa Libertadores y la Liga de Campeones de la CONCACAF en 2013. Actualmente, los Xolos siguen expandiéndose, y sus divisiones juveniles presentan un futuro prometedor. Este crecimiento se ve impulsado por la participación constante en Torneos Nacionales en las categorías de Sub 13, Sub 15, Sub17 y Sub 20, además de la Tercera División. Parte de los grupos juveniles del Club Xolos tambien obtienen una experiencia internacional; ejemplos de esto son su presencia en el Torneo Future Champions de Belo Horizonte (Brasil) en 2011, y una gira de partidos por Argentina en ese mismo año. Esta exposición global es parte del proceso de formación para los futuros atletas del club.

La Liga MX (conocida oficialmente como Primera División de México) es la principal competición de grupos y la categoría más alta del fútbol profesional

masculino en el país. Desde el 2012, esta liga opera con autonomía de la Federación Mexicana de Fútbol (FMF). El formato de la competición consta de dos torneos por cada temporada (Apertura y Clausura, cada una con un club ganador). El campeón de cada torneo a través de una fase final nombrada como la “Liguilla”, clasifican los diez mejores equipos de la tabla general al finalizar la fase regular. Esta competición se desarrolla en un grupo único compuesto por 18 clubes del máximo circuito. Durante la fase regular, cada equipo se disputa 17 encuentros, enfrentándose una sola vez a todos los demás (formato: “todos contra todos”). El calendario de partidos se determina mediante un sorteo previo al inicio del torneo. La clasificación final se determina en base a los puntos acumulados por cada club. En este sistema de ligas profesionales, la puntuación se distribuye de la siguiente manera: tres puntos por victoria, un punto por empate y cero puntos por derrota.

Una vez concluidas las 17 jornadas de la fase regular, si dos o más equipos finalizan con la misma cantidad de puntos, su ubicación final general se determinará mediante la aplicación secuencial de los siguientes criterios: (a) diferencia de goles (b) goles anotados; (c) goles de visitante; (d) enfrentamiento directo entre clubes; (e) tabla de cociente; (f) fair play; y (g) sorteo, en caso de persistir el empate. Este mecanismo, análogo al utilizado en competiciones internacionales como la FIFA⁷³ y adaptado por ligas como la Liga MX⁷², tiene como objetivo asegurar la transparencia y la paridad de la competencia.

En la actualidad, el equipo lleva todo el torneo tanto apertura como clausura 2023-2024 en números desfavorables en la tabla porcentual, dejando a los caninos en los últimos números del torneo que los hace acreedores a una sanción económica ante la Federación Mexicana de Fútbol.

La muestra será con los 24 jugadores varones en un rango de edad de 18 a 43 años, del plantel en primera división los cuales participan en la Liga MX, máximo torneo en el fútbol mexicano. El equipo está integrado por las posiciones delanteros, defensas, porteros, medios. El club cuenta con jugadores mexicanos y extranjeros, que cumplen con el reglamento de la Liga MX para ser exponentes del máximo circuito. El equipo cuenta con una Dirección técnica, Preparador físico,

Médico, cuatro auxiliares técnicos y dos kinesiólogos. En el período de levantamiento de datos, el Club Tijuana cerró el torneo de apertura del 2023 en la tabla porcentual en la tabla general con un total de 17 juegos con 6 juegos ganados, 2 juegos empatados y 9 juegos perdidos, con 23 goles a favor y 26 goles en contra y una diferencia porcentual de -3, dando un total de 20 puntos en la tabla general, para dar inicio al evento de clausura 2024, período en el cual se hizo proceso evaluación al club Tijuana.

1.3 Definición del problema de investigación

El deporte de alto rendimiento exige a los atletas un control constante de sus estados físicos, cognitivos y emocionales, particularmente bajo condiciones de competencia intensa, presión institucional y exposición mediática. En este entorno, se ha documentado una elevada presencia de síntomas ansioso-depresivos, los cuales afectan tanto la salud mental como el desempeño estratégico del atleta⁷⁴⁻⁷⁶. De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), el trastorno depresivo se distingue por anhedonia, estado de ánimo bajo, fatiga persistente y deterioro funcional, con impacto directo en el funcionamiento ocupacional y social⁷⁷⁻⁷⁹. En el ámbito deportivo, estos síntomas pueden traducirse en desmotivación, disminución del rendimiento, conflictos interpersonales e inestabilidad profesional.

Por su parte, la Asociación Americana de Psicología (APA) establece que la ansiedad es un sentimiento marcado por la preocupación excesiva, irritabilidad, alteraciones fisiológicas y dificultades en la regulación emocional⁸⁰. En futbolistas profesionales, suele expresarse como hipervigilancia, impulsividad táctica y sobreinterpretación de estímulos sociales, especialmente bajo contextos de evaluación y presión por resultados^{81,82}. Cuando ambos constructos se presentan con persistencia e intensidad, dejan de ser respuestas adaptativas al estrés competitivo y se convierten en indicadores clínicos que interfieren directamente en el rendimiento, la toma de decisiones y el equilibrio emocional del deportista⁸³. Su

presencia en instituciones con alta exposición pública como el Club Tijuana, plantea la necesidad de comprender cómo interactúan los síntomas ansioso-depresivos con los recursos psicológicos del atleta profesional⁸⁴. Y realza la necesidad de intervenciones orientadas al bienestar mental y la estabilidad funcional en contextos deportivos de alto nivel⁸⁵.

1.3.1 Naturaleza e Impacto de los Síntomas Ansioso-Depresivos en el Fútbol Profesional

La manifestación continua de sintomatología ansiosa o depresiva en futbolistas profesionales no solo compromete la estabilidad emocional del individuo, sino que repercute en estructuras más amplias como el rendimiento grupal, la toma de decisiones técnico-tácticas y la cohesión institucional⁸³. Este fenómeno afecta directamente a jugadores, entrenadores, cuerpos médicos, dirigentes y aficionados, al modificar la dinámica competitiva y la percepción de éxito en el deporte profesional⁸².

El deterioro emocional en futbolistas profesionales puede generar alteraciones funcionales en dimensiones directamente vinculadas al rendimiento, como la concentración, la autoconfianza y la capacidad de respuesta bajo presión. Olusoga y colaboradores⁸⁶ documentan cómo el estrés crónico y la ansiedad afectan negativamente la atención sostenida y la toma de decisiones en atletas de élite, comprometiendo su ejecución bajo presión. Estas afectaciones impactan no solo en la ejecución individual, sino también en la dinámica grupal, la comunicación táctica y la regulación emocional en competencia. Breslin y colaboradores⁸⁷ destacan que los síntomas depresivos y de ansiedad en futbolistas se correlacionan con dificultades en la interacción social, la cohesión grupal y la adaptabilidad emocional durante la competencia. En contextos de alta visibilidad y exigencia como el Club Tijuana, estos síntomas pueden amplificarse, comprometiendo la estabilidad psicológica del atleta y su disposición adaptativa ante el entorno profesional. Henriksen y colaboradores⁷⁵ advierten que entornos de alto rendimiento sin soporte psicológico adecuado pueden exacerbar la

vulnerabilidad emocional, afectando la resiliencia y la funcionalidad competitiva del deportista.

En cuanto a la magnitud del fenómeno, estudios recientes han reportado prevalencias significativas de síntomas emocionales en futbolistas profesionales. Olusoga y colaboradores⁸⁶ identificaron que el estrés crónico y la ansiedad afectan entre el 20 % y el 35 % de los atletas de élite, especialmente en contextos de lesión o incertidumbre contractual. Breslin y colaboradores⁸⁷ documentan que estos síntomas se intensifican en clubes de alta exigencia competitiva, donde variables como la edad, la posición en cancha y el tiempo de carrera profesional modulan la expresión y persistencia de los trastornos emocionales.

Haciendo énfasis en el perfil de los futbolistas profesionales, este representa un perfil de alta exigencia física, táctica y emocional, expuesto de manera constante a evaluación pública, presión institucional por resultados, posibles lesiones y una carrera profesional breve e incierta. Estos elementos, lejos de distribuirse de manera equitativa durante la trayectoria deportiva, tienden a concentrarse en etapas de vulnerabilidad competitiva, como el ingreso al primer equipo, los períodos de recuperación física o los momentos de negociación contractual. Estando inmersos en estas condiciones, se incrementa la susceptibilidad a la aparición de síntomas ansioso-depresivos, que pueden interferir directamente en el rendimiento, la regulación emocional y la percepción de competencia individual^{81,88}.

En instituciones como el Club Tijuana, caracterizadas por calendarios intensos, exposición mediática nacional y rotación frecuente en los equipos técnicos, pueden amplificar estos factores, generando una mayor carga psicológica sobre el jugador. Variables como la posición en cancha, la edad, el tiempo de trayectoria profesional y el rol estratégico en el equipo modulan esta vulnerabilidad, afectando el modo en que los atletas enfrentan el estrés competitivo y la presión institucional. Reynoso-Sánchez y colaboradores⁸⁹ identificaron que, en atletas mexicanos, la carga competitiva y el estrés percibido

se relacionan significativamente con alteraciones en el estado de ánimo y la recuperación psicológica, especialmente en disciplinas con alta exposición mediática. Guo y colaboradores⁹⁰ destacan que factores como el rol táctico, la percepción de competencia y la calidad de las relaciones interpersonales influyen en la forma en que los atletas enfrentan el estrés competitivo, modulando su resiliencia y desempeño emocional.

La evaluación empírica de esta problemática resulta factible y necesaria, particularmente a través del análisis correlacional entre los indicadores de sintomatología ansiosa y depresiva, así como las características psicológicas relacionadas con el rendimiento deportivo (CPRD). El modelo CPRD permite captar los ámbitos como la gestión del estrés, el impulso motivacional, la unidad del equipo y el control emocional, las cuales pueden verse afectadas en diferente medida por el deterioro emocional del atleta. Ardura-González y de la Villa Moral-Jiménez⁹¹ validaron el CPRD-F como herramienta diagnóstica eficaz en futbolistas profesionales, demostrando que mayores habilidades psicológicas se asocian con menor ansiedad precompetitiva y mejor rendimiento percibido. De forma complementaria, Pérez-Verduzco y colaboradores⁹² identificaron una correlación inversa entre el malestar emocional (medido con la escala K-10) y dimensiones del CPRD como la gestión de la tensión y como la valoración en el rendimiento, reforzando su utilidad como instrumento de detección temprana.

Por tanto, se vuelve necesario establecer relaciones empíricas entre la sintomatología ansiosa y depresiva, así como los aspectos cognitivos relacionados con el rendimiento deportivo, como las evaluadas por el CPRD. De forma complementaria, Sarmiento y otros⁸¹ validan el uso del CPRD como herramienta diagnóstica eficaz para detectar desequilibrios psicológicos vinculados al rendimiento, especialmente en futbolistas expuestos a presión institucional y alta exigencia competitiva. La medición rigurosa de estas variables permite no solo comprender el impacto funcional del malestar emocional en futbolistas profesionales, sino también generar evidencia trazable que sustente futuras

intervenciones psicológicas adaptadas al contexto competitivo. Esta evidencia representa un insumo esencial para transformar la forma en que los clubes gestionan el bienestar emocional de sus atletas, promoviendo un enfoque que integre la salud mental como componente estructural del rendimiento.

En este sentido, la comprensión empírica de las relaciones entre síntomas emocionales como los estados de tensión y tristeza, y los rasgos psicológicos relacionados al desempeño competitivo representa un punto de partida estratégico para fundamentar futuras intervenciones situadas. Ling y colaboradores⁹⁴ identificaron que la evaluación contextualizada de síntomas emocionales en atletas permite detectar perfiles funcionales diferenciados, especialmente en entornos de alta exigencia como el fútbol profesional. Beisecker y otros⁹⁵ refuerzan esta perspectiva al demostrar que la integración de variables psicológicas específicas, como la autoconfianza, la regulación emocional y la percepción de competencia, mejora la pertinencia de las intervenciones, facilitando decisiones informadas por parte de clubes y cuerpos técnicos. Más allá de diagnósticos clínicos aislados, lo que se propone es una medición rigurosa y contextualizada, capaz de identificar perfiles funcionales relevantes para el entorno profesional del fútbol. Este tipo de aproximación permite no solo detectar riesgos y fortalezas individuales, sino también construir evidencia trazable que dialogue con las necesidades operativas de los clubes, reforzando decisiones informadas y pertinentes en torno al acompañamiento psicológico.

La comprensión de la asociación entre factores psicológicos con factores relacionados al rendimiento deportivo adquiere especial relevancia en contextos donde el bienestar emocional suele quedar subordinado a indicadores físico-técnicos, pese a su impacto directo en el rendimiento y la cohesión grupal. Peris-Delcampo y colaboradores³³ destacan que la inclusión de variables como la autoconfianza, la regulación emocional y la percepción de competencia mejora significativamente la predicción del rendimiento en deportes de alta exigencia. Gómez-López y colaboradores³⁹ refuerzan esta perspectiva al señalar que el

monitoreo estructural de variables psicológicas permite detectar patrones de riesgo y fortalezas funcionales, facilitando intervenciones preventivas y decisiones institucionales más pertinentes. En esta lógica, el rol de la investigación deja de ser periférico y se transforma en una herramienta estratégica: una vía para integrar la salud mental dentro de la cultura deportiva de alto rendimiento, bajo criterios de relevancia, trazabilidad y aplicabilidad real.

Ante la evidencia científica reciente, se confirma que en el fútbol profesional los síntomas de ansiedad y depresión no constituyen episodios aislados ni respuestas esperables al estrés competitivo. Son alteraciones emocionales persistentes que, si no se abordan, disminuyen el rendimiento del jugador, su toma de decisiones, su vínculo con el equipo y su estabilidad fuera del campo^{94,95}. En futbolistas activos, factores como la posición en cancha, los conflictos con el cuerpo técnico y las lesiones se asocian directamente con síntomas depresivos y burnout⁸¹. Además, la presión institucional, los calendarios intensos y la exposición mediática constante como ocurre en clubes de alta visibilidad como el Club Tijuana, se amplifican estos síntomas, convirtiéndolos en un factor silencioso pero crítico que impacta el desempeño y la salud mental del futbolista^{33,90}. Muchos jugadores compiten mientras lidian con emociones que no se reconocen ni gestionan, y sus efectos funcionales en el rendimiento siguen sin ser visibilizados ni comprendidos a profundidad³⁹.

Considerando estos elementos y su posible asociación con los factores cognitivos funcionales que contribuyen al desempeño de los atletas, se plantea la pregunta de investigación: ¿Cuál es la relación entre los niveles de ansiedad y depresión y las características psicológicas relacionadas con el rendimiento deportivo en los futbolistas profesionales del Club Tijuana Xoloitzcuintles?

1.4 Objetivo General

- Determinar la correlación entre la ansiedad, la ansiedad precompetitiva, la depresión y las características psicológicas relacionadas al rendimiento deportivo en futbolistas del Club Tijuana de primera división.

1.5 Objetivos específicos

- Medir los niveles de ansiedad en futbolistas del Club Tijuana de primera división.
- Describir los niveles de depresión en futbolistas del Club Tijuana de primera división.
- Describir los niveles de ansiedad precompetitiva a través de la ansiedad somática, ansiedad cognitiva y autoconfianza, en futbolistas del Club Tijuana de primera división.
- Identificar el nivel de las características psicológicas relacionadas al rendimiento deportivo en las dimensiones: control de estrés, influencia de la evaluación del rendimiento, motivación, habilidad mental y cohesión de equipo, en futbolistas del Club Tijuana de primera división.
- Determinar la relación entre la ansiedad, depresión y las características psicológicas relacionadas al rendimiento deportivo en futbolistas del Club Tijuana de primera división.

1.5.1 Hipótesis

a) Hipótesis General: los niveles de ansiedad, depresión y ansiedad precompetitiva se relacionan significativamente con las características psicológicas vinculadas al rendimiento deportivo en futbolistas profesionales de primera división.

b) Hipótesis Nula (H_0): no existe una relación significativa entre los niveles de ansiedad, depresión y ansiedad precompetitiva con las características psicológicas relacionadas al rendimiento deportivo de jugadores profesionales de primera división del Club Tijuana.

1.6 Justificación

La salud mental en el deporte profesional ha adquirido una relevancia creciente en los últimos años, no solo por su impacto en el bienestar integral de los atletas, sino también por su influencia directa en el rendimiento competitivo. En disciplinas de alta exigencia como el fútbol, los jugadores enfrentan presiones constantes que pueden desencadenar sintomatología emocional persistente, como ansiedad y depresión, con efectos directos sobre funciones cognitivas clave como la atención, la toma de decisiones y la regulación emocional^{94,95}.

A pesar de los avances internacionales en la visibilización de estos fenómenos y en el desarrollo de marcos de intervención preventiva para atletas de élite^{85,96}, en el contexto mexicano persiste una omisión estructural: la salud mental aún no ha sido integrada como eje estratégico en los lineamientos de formación, evaluación y acompañamiento en clubes profesionales. Esta ausencia de políticas públicas consolidadas agrava la vulnerabilidad psicoemocional de los deportistas, especialmente en entornos como el fútbol, donde la exposición mediática y la exigencia competitiva son continuas. En este sentido, la presente investigación se propone contribuir con evidencia situada para fundamentar futuras estrategias institucionales que articulen el bienestar emocional con el rendimiento deportivo, respondiendo al llamado por una cultura más ética, preventiva y científicamente sustentada^{97,98}.

Estudios recientes han demostrado que los atletas de élite presentan una tasa de incidencia de sintomatología ansiosa y depresiva considerablemente superior a la observada en la población común, tanto durante como después de su carrera deportiva⁹⁹. Esta vulnerabilidad se intensifica en contextos de alta rotación, presión mediática y ausencia de acompañamiento psicológico sistemático, como ocurre en clubes de primera división en México. El Club Tijuana Xoloitzcuintles, ubicado en una región fronteriza con dinámicas socioculturales particulares, representa un entorno de alta exposición mediática, exigencias competitivas

inmediatas y cambios frecuentes en la plantilla. Estas condiciones configuran un escenario propicio para el deterioro psicoemocional de los jugadores, especialmente en ausencia de protocolos sistematizados de evaluación y acompañamiento psicológico^{39,90}.

La presente investigación propone analizar la relación entre síntomas emocionales como ansiedad y depresión, y características psicológicas funcionales vinculadas al desempeño deportivo, tales como el afrontamiento de estresores, la motivación y la cohesión grupal. Para ello, se utilizará un diseño correlacional que permite identificar asociaciones relevantes sin intervenir directamente en el entorno competitivo, favoreciendo el respeto por las dinámicas institucionales del Club Tijuana y evitando resistencias operativas. Esta aproximación metodológica resulta especialmente útil en escenarios donde la intervención clínica directa puede distorsionar los vínculos naturales entre factores cognitivos y desempeño deportivo.

El instrumento seleccionado para la evaluación, el CPRD, ha demostrado propiedades de calidad en torno a fiabilidad y validez robustas en contextos hispanohablantes y poblaciones de élite^{91,100}. Su aplicación en futbolistas profesionales del Club Tijuana representa una contribución original, al no existir antecedentes documentados en esta institución bajo este tipo de diseño. Asimismo, investigaciones recientes han evidenciado vínculos significativos entre variables como la autorregulación emocional, la resiliencia y la cohesión grupal con el rendimiento sostenido en fútbol profesional, reafirmando la relevancia del análisis propuesto^{90,98}. En contraste, las investigaciones sobre bienestar psicológico en atletas señalan que la prevalencia de sintomatología emocional persiste incluso tras la etapa profesional, lo que justifica la necesidad de modelos diagnósticos preventivos con potencial longitudinal^{85,99}.

Además, investigaciones recientes han subrayado la importancia de la intervención temprana y del entrenamiento en habilidades psicológicas como la autorregulación emocional, la resiliencia y la autoconfianza, elementos que se

correlacionan positivamente con el rendimiento sostenido en fútbol profesional^{98,101}. El tipo de conocimiento que se estima obtener es situacional y correlacional, con potencial de generalización a clubes que enfrentan presiones similares. Los hallazgos permitirán construir perfiles funcionales que orienten decisiones institucionales sobre prevención, intervención y monitoreo emocional. Asimismo, se espera contribuir a la literatura especializada en psicología del deporte con datos actualizados, contextualizados y técnicamente trazables, fortaleciendo el vínculo entre investigación aplicada y transformación organizacional.

La pertinencia de este estudio se expresa en tres niveles interconectados: (a) científico, al generar hallazgos observacionales respecto a la interconexión entre factores emocionales y funcionales en futbolistas profesionales; (b) institucional, al ofrecer insumos técnicos para el diseño de estrategias de acompañamiento psicológico adaptadas al entorno competitivo del Club Tijuana; y (c) social, al contribuir a desmitificar la imagen del atleta invulnerable, promoviendo una cultura deportiva más ética, humana y basada en evidencia. Aunque el foco empírico se sitúa en el Club Tijuana, sus hallazgos podrán extrapolarse a otras instituciones que comparten dinámicas estructurales similares, como la alta rotación, presión mediática intensificada y ausencia de protocolos sistematizados de salud mental, favoreciendo la construcción de modelos replicables y adaptables en el fútbol profesional mexicano.

La aplicación del CPRD, validado en entornos hispanohablantes y exigentes^{100,91}, fortalece este potencial de transferencia metodológica. En conjunto, esta investigación aspira a redibujar prácticas institucionales a partir de evidencia situada, promoviendo protocolos estandarizados que prioricen el bienestar emocional sin comprometer el rendimiento competitivo. Así, se responde a llamados recientes por un abordaje organizacional más ético, trazable y científicamente sustentado^{97,102}.

1.7 Beneficios esperados

Al identificar de manera temprana la sintomatología depresiva y ansiosa en jugadores profesionales, se pueden crear y aplicar estrategias de apoyo psicológico que promuevan el bienestar emocional, impactando positivamente su salud mental y rendimiento deportivo^{85,101}. Estudios recientes han demostrado que la atención psicológica especializada contribuye a optimizar el rendimiento físico y mental, considerándose incluso como un recurso legítimo de mejora competitiva¹⁰³. La presencia de síntomas afectivos como ansiedad y depresión está estrechamente relacionada con una disminución en el desempeño atlético, por lo que su abordaje puede potenciar significativamente la ejecución deportiva¹⁰⁴. Además, el fortalecimiento emocional individual repercute en la cohesión y competitividad grupal, generando beneficios colectivos dentro del equipo⁹⁸.

La presente investigación puede contribuir a consolidar un entorno institucional donde la salud mental sea reconocida como un componente estructural del rendimiento deportivo. Al fomentar una cultura de apoyo entre jugadores, cuerpo técnico y personal administrativo, se favorece la apertura y la comunicación sobre síntomas emocionales, reduciendo el estigma y facilitando el acceso a recursos especializados. Este tipo de transformación cultural ha demostrado ser clave en equipos de élite que han integrado protocolos de salud mental como parte de sus rutinas operativas, generando entornos más resilientes y cohesionados^{85,105,106}.

Los hallazgos permitirán el diseño de programas de prevención y capacitación dirigidos a jugadores y entrenadores, equipándolos con herramientas para reconocer, abordar y canalizar síntomas de ansiedad y depresión. La evidencia empírica respalda que la formación en habilidades psicológicas como la autorregulación emocional, la identificación de señales de alerta y el manejo del estrés competitivo, mejora no solo el bienestar individual, sino también la dinámica grupal y el rendimiento colectivo^{101,107}.

Asimismo, esta investigación busca sensibilizar a la comunidad futbolística sobre la relevancia del bienestar psicológico en el deporte de élite, fomentando espacios de discusión, reflexión y acción institucional. La visibilización de estos temas contribuye a desmitificar la imagen del atleta invulnerable y a consolidar una cultura deportiva más ética, humana y basada en evidencia^{108,109}.

La aplicación de métodos institucionales enfocados en el cuidado de la salud mental de los jugadores puede fortalecer la imagen pública del club, generando una conexión emocional más profunda con la afición y promoviendo una cultura de apoyo comunitario. Diversos estudios han evidenciado que el compromiso visible con el bienestar psicológico de los atletas no solo mejora la percepción social del equipo, sino que también incrementa la asistencia a los partidos y el respaldo del público, al consolidar una identidad organizacional ética y responsable^{108,109}.

Asimismo, al integrar protocolos de salud mental en la gestión deportiva, el club puede fomentar un entorno que favorezca la retención de talento, disminuyendo la rotación de jugadores y promoviendo una estructura más estable y cohesionada. La literatura especializada ha documentado que los equipos que priorizan el bienestar emocional de sus integrantes presentan menores tasas de abandono, mayor compromiso grupal y una cultura interna más resiliente frente a la presión competitiva^{106,107}.

1.8 Limitaciones

La presente investigación se centrará exclusivamente en jugadores del primer equipo del club, excluyendo las categorías juveniles. Esta delimitación puede afectar la transferibilidad de los descubrimientos a otras ligas o categorías futbolísticas, dado que las dinámicas psicológicas, los niveles de presión competitiva y los recursos institucionales varían significativamente entre divisiones y grupos etarios^{107,108}.

Además, la detección de síntomas de ansiedad y depresión dependerá en gran medida de instrumentos de autoevaluación, lo que introduce posibles sesgos de deseabilidad social y subregistro. La literatura especializada ha documentado que, en contextos deportivos de alta exigencia, los atletas pueden minimizar o negar síntomas emocionales por temor al estigma, a la pérdida de estatus o a represalias internas^{85,109}.

Asimismo, los resultados podrían verse influenciados por factores externos no controlados, como situaciones personales, familiares, lesiones, cambios en la dinámica grupal o presiones mediáticas. Estos elementos, aunque no estén directamente considerados en el diseño del estudio, pueden incidir de forma significativa en el estado emocional de los jugadores y en la interpretación de los datos^{105,106}.

Así mismo, cada jugador puede manifestar síntomas de ansiedad y depresión de forma diferentes, lo que dificulta la construcción de perfiles homogéneos y complica la interpretación agregada de los resultados. La literatura especializada ha documentado que las expresiones clínicas de malestar emocional en atletas pueden variar según el contexto competitivo, la historia personal y el estilo de afrontamiento, lo que exige enfoques de análisis sensibles a la variabilidad individual^{85,109}.

Además, las herramientas psicométricas utilizadas para la detección de síntomas pueden presentar limitaciones en su precisión diagnóstica, sensibilidad o especificidad, especialmente en contextos deportivos donde el estigma y la presión competitiva pueden distorsionar las respuestas. Aunque se han validado instrumentos para poblaciones atléticas, persiste el riesgo de diagnósticos incompletos o subestimación de síntomas clínicamente relevantes^{106,107}.

En caso de identificarse síntomas emocionales, la implementación de intervenciones adecuadas puede verse restringida por la disponibilidad de recursos institucionales, tiempo operativo o personal capacitado. La literatura ha

señalado que la falta de acceso a profesionales especializados, la rotación del cuerpo técnico y la ausencia de protocolos estandarizados pueden limitar la respuesta efectiva ante casos detectados^{105,108}.

Finalmente, la duración del estudio y los cambios en el plantel como transferencias, lesiones o cesiones temporales, pueden afectar la continuidad de la investigación y dificultar el seguimiento longitudinal de los jugadores. Estos factores externos, aunque no controlables, deben ser reconocidos como limitaciones que pueden incidir en la validez interna y externa del estudio^{106,109}.

1.9 Alcances

La presente investigación permitirá realizar una evaluación exhaustiva del estado emocional de los jugadores del primer equipo, identificando la prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión mediante instrumentos psicométricos validados. Este diagnóstico situacional ofrecerá un panorama claro sobre la salud mental colectiva del grupo, permitiendo detectar patrones de riesgo y establecer líneas base para futuras intervenciones. Estudios recientes han demostrado que la prevalencia de sintomatología afectiva en atletas de alto rendimiento puede superar el 30 %, especialmente en contextos de presión institucional y exposición mediática^{110,111}.

Asimismo, se probará la utilización de herramientas de evaluación adaptadas al contexto futbolístico profesional, con propiedades psicométricas específicas para poblaciones deportivas. La aplicación de instrumentos como el CPRD o el BAI permitirá una detección más precisa y contextualizada de síntomas emocionales, contribuyendo al desarrollo de protocolos de evaluación replicables en otros clubes y estudios longitudinales^{112,113}. Esta validación instrumental no solo fortalecerá la calidad metodológica del estudio, sino que también aportará evidencia empírica útil para el diseño de estrategias de monitoreo emocional continuo en deportistas de primera división.

La presente investigación permitirá identificar elementos de peligro multicausales relacionados con la aparición de síntomas de ansiedad y depresión

en futbolistas profesionales, incluyendo la presión competitiva, el estrés por rendimiento, las lesiones recurrentes, el afrontamiento emocional disfuncional y el soporte social limitado. Este análisis contribuirá a un conocimiento más exhaustivo de los trastornos afectivos en contextos deportivos de alta exigencia, en línea con estudios que evidencian una tasa de incidencia notablemente superior de sintomatología ansiosa y depresiva en atletas respecto al conjunto de individuos general^{111,114}.

A partir de los hallazgos, se podrán diseñar e implementar protocolos de intervención psicológica adaptados a las necesidades específicas del equipo, incluyendo estrategias de afrontamiento, seguimiento clínico individualizado y programas de apoyo emocional grupal. La evidencia empírica respalda la efectividad de estos programas en la mejora del bienestar mental, la reducción del estigma y la prevención del abandono deportivo por causas psicológicas^{107,115}.

Además, la investigación fomentará la concientización institucional respecto a la trascendencia del bienestar psicológico en el ámbito atlético, sirviendo como base para capacitaciones y talleres dirigidos a jugadores, cuerpo técnico y personal administrativo. Estas acciones formativas buscan aumentar la sensibilización, promover una cultura de cuidado emocional y fortalecer la alfabetización en salud mental dentro del club, conforme a las recomendaciones internacionales sobre entornos deportivos mentalmente saludables^{114,116}.

La presente investigación ofrecerá información empírica valiosa que podrá ser utilizada por la directiva y el cuerpo técnico del Club Tijuana Xoloitzcuintles para desarrollar políticas y prácticas que prioricen la salud mental de sus jugadores. Los hallazgos permitirán fundamentar decisiones estratégicas en torno a la prevención, detección y atención de sintomatología afectiva, alineándose con modelos internacionales de gestión emocional en el deporte profesional^{117,118}.

Asimismo, la tesis aportará evidencia científica al campo de la psicología deportiva, contribuyendo al entendimiento de la salud mental en futbolistas profesionales desde una perspectiva contextualizada y metodológicamente rigurosa. Este aporte podrá servir como referencia para futuras investigaciones,

especialmente aquellas orientadas al diseño de intervenciones adaptadas y al análisis longitudinal de variables emocionales en contextos de alta exigencia^{109,119}.

Finalmente, la investigación tiene el potencial de influir en la cultura organizacional del club, promoviendo un entorno que valore y priorice el bienestar psicológico de sus integrantes¹¹¹. La implementación de programas de sensibilización, capacitación y alfabetización emocional puede generar efectos positivos en el ambiente laboral, la unión entre el grupo y el sentido de pertenencia, elementos clave para el rendimiento sostenido y la retención de talento^{120,121}.

2. Marco Teórico

2.1 Ansiedad

En la actualidad, el concepto de ansiedad y el de trastorno de ansiedad han tomado caminos distintos en su definición. La sobreinformación ha llevado a muchas personas a creer que conocen que es un trastorno de ansiedad, llegando incluso al extremo de diagnosticar sin tener un conocimiento profundo de lo que implica realmente el trastorno ansioso. La ansiedad puede conceptualizarse como una reacción de tipo afectiva esperada frente a situaciones que el individuo percibe como amenazantes. Esta reacción, desde una perspectiva psicológica adaptativa, cumple una función reguladora que permite al sujeto activar mecanismos de protección y afrontamiento¹²². No obstante, cuando dicha respuesta se prolonga en el tiempo, aparece sin motivo claro o alcanza una intensidad desproporcionada respecto al estímulo, puede evolucionar hacia una condición disfuncional con impacto clínico. En ese contexto, la ansiedad deja de ser adaptativa y puede configurar un trastorno que incide negativamente en el desarrollo personal, las relaciones sociales y el bienestar psicológico general¹²².

La ansiedad ha sido definida como una reacción del ánimo de naturaleza compleja, difusa y predominantemente aversiva, que involucra componentes como inquietud, tensión fisiológica, hipervigilancia y preocupación excesiva, frecuentemente en ausencia de un estímulo externo claro que la justifique¹²³. Este estado suele estar mediado por la respuesta fisiológica del sistema nervioso vegetativo y puede manifestarse en una reacción desproporcionada ante contextos inciertos. De forma complementaria, Endler y Okada¹²⁴ plantearon que la aparición de estados ansiosos se configura a partir de la interacción entre rasgos personales y demandas situacionales específicas, como la presencia de peligro físico, la ambigüedad contextual o la presión derivada de evaluaciones sociales. En línea con esta visión contextual, Bandura¹²⁵ propuso que la ansiedad puede surgir como producto de procesos de aprendizaje, ya sea por condicionamiento clásico, observación de experiencias ajenas (aprendizaje

vicario), o como resultado de la interpretación cognitiva que el sujeto realiza frente a la información percibida.

(a) 2.1.1 Causas y factores de riesgo

La ansiedad puede originarse mediante la manera en que las personas interpretan y enfrentan escenarios estresantes. Desde una perspectiva psicobiológica, la respuesta al estrés constituye un mecanismo adaptativo fundamental para la supervivencia, ya que permite al organismo activar recursos fisiológicos y conductuales ante amenazas reales o percibidas. Sin embargo, cuando estos mecanismos se tornan disfuncionales, ya sea por sobreactivación, persistencia o falta de regulación, pueden derivar en trastornos afectivos como la ansiedad. En este sentido, el mismo sistema que inicialmente protege al individuo puede transformarse en una fuente de malestar psicológico cuando se activa de manera excesiva o prolongada¹²⁶. Esta perspectiva considera que la ansiedad no solo emerge de factores externos, sino también de la interacción entre predisposiciones personales, contexto social y procesos de adaptación neurofisiológica¹²⁷.

Desde una perspectiva clínica, diversos factores han sido identificados como posibles antecedentes que incrementan la vulnerabilidad al desarrollo de trastornos de ansiedad. Entre ellos se incluyen la historia familiar de ansiedad, vivencias adversas durante la infancia, la exposición prolongada a situaciones estresantes, el consumo de sustancias psicoactivas y la coexistencia con otros trastornos psiquiátricos. Estos elementos, al interactuar con características individuales y contextuales, pueden elevar significativamente la probabilidad de que una persona experimente síntomas ansiosos o que estos se intensifiquen con el tiempo¹²⁸.

Desde una perspectiva integradora, los trastornos de ansiedad no responden a una causa única, sino que surgen de la interacción entre múltiples factores genéticos, neurobiológicos, ambientales y psicosociales. La manera en la que cada persona experimenta la sintomatología ansiosa es diferente a merced de

su historia de vida, el contexto sociocultural y sus características individuales, como el temperamento o el estilo de afrontamiento. Esta variabilidad ha sido documentada en revisiones sistemáticas que destacan cómo el impacto de las variables de peligro o riesgo dependen tanto del perfil de cada individuo, así como del tipo específico de ansiedad que se manifieste¹²⁹.

(b) 2.1.2 Manifestaciones clínicas

La sintomatología ansiosa o el trastorno, se expresan mediante una mezcla de manifestaciones físicas, cognitivas y sociales que, aunque comparten rasgos comunes vinculados a la activación ansiosa, presentan variaciones específicas según el tipo de trastorno. De forma general, los individuos pueden experimentar inquietud motora, sensación persistente de nerviosismo, fatiga prematura, problemas de enfoque, cambios de humor, rigidez muscular y trastornos del sueño. Estas manifestaciones reflejan la hiperactivación del sistema nervioso autónomo, característica de la respuesta fisiológica ante situaciones percibidas como amenazantes¹³⁰. No obstante, respecto al síndrome de ansiedad social (la fobia a las situaciones sociales), las personas experimentan temor o ansiedad ante situaciones sociales que implican exposición o evaluación por parte de otros, lo que puede llevarlas a evitar dichas circunstancias. Actividades cotidianas como hablar en público o comer frente a otros suelen ser evitadas debido a pensamientos persistentes sobre ser juzgados negativamente, sentirse avergonzados, humillados o rechazados, o incluso por temor a incomodar a los demás. Estos patrones cognitivos y conductuales reflejan la sensibilidad al escrutinio social y varían según el subtipo de trastorno de ansiedad y las características individuales de quien lo padece¹³¹.

(c) 2.1.4 Clasificación o tipos de ansiedad según el DSM-V

A continuación, se describen los síndromes ansiosos identificados por el DSM-V.

2.1.4.1 Trastorno de ansiedad por separación. Es caracterizado por la presencia de temor o angustia excesivos e inapropiados para el grado de madurez

en la persona, centrados en el distanciamiento real o anticipado de figuras de apego significativas. Dicho sufrimiento puede manifestarse mediante síntomas físicos, preocupación persistente, resistencia a separarse o evitación activa de situaciones que impliquen distancia emocional o física. Para cumplir con los criterios diagnósticos establecidos por el DSM-5-TR, deben presentarse 3 o más de las siguientes manifestaciones: malestar excesivo y recurrente ante la separación; inquietud sostenida por el daño o la ausencia de las figuras cercanas; miedo a sucesos negativos capaces de ocasionar división; negativa a abandonar el hogar, asistir a los centros educativos o el trabajo debido al temor a separarse; resistencia a la ausencia de compañía; evitación a pasar la noche lejos de casa o sin la compañía de una persona significativa; sueños aterradores repetitivos con temática de distanciamiento; y molestias somáticas como cefalea, náuseas o vómitos ante la separación o su anticipación. En infantes y población juvenil, el plazo más corto del cuadro debe ser de cuatro semanas, mientras que en adultos se exige una persistencia de seis meses o más. Además, los indicadores deben causar un menoscabo de relevancia clínica en las funciones sociales, educativas, laborales u otras secciones relevantes para el individuo, y sin ser explicadas de mejor manera por alguna otra enfermedad mental¹³².

2.1.4.2 Mutismo selectivo. Según los parámetros definidos por el DSM-V, se define como el fracaso constante para la comunicación verbal en contextos sociales definidos donde se requiere que el individuo se comunique, pese a que efectivamente lo realiza en otros contextos. Esta alteración debe cumplir con cinco condiciones para ser considerada clínicamente significativa: (A) la incapacidad para hablar debe ser persistente y específica del contexto social; (B) debe interferir en las metas académicas, laborales o en la relación con otras personas; (C) debe durar al menos un mes, sin limitarse al primer mes escolar; (D) no puede atribuirse al desconocimiento o familiaridad con el idioma requerido en la situación social; y (E) no debe explicarse mejor por una alteración en las capacidades comunicativas

(como el tartamudeo), ni puede ser un fenómeno exclusivo de un trastorno del espectro autista, la esquizofrenia o cualquier otra alteración psicótica¹³³.

2.1.4.3 Fobia específica. Tal como se describe en el DSM-5-TR (2022), corresponde a un trastorno de ansiedad que involucra una reacción intensa y persistente de miedo o ansiedad frente a objetos o situaciones particulares (como animales, alturas, vuelos o procedimientos médicos). Estas respuestas se activan casi de forma inmediata ante la presencia o anticipación del estímulo temido, y llevan al individuo a evitarlo activamente o a enfrentarlo con un nivel de malestar desproporcionado respecto al riesgo real implicado. Para que este patrón sintomático sea clínicamente relevante, debe mantenerse durante al menos seis meses consecutivos y generar un impacto significativo en áreas importantes del funcionamiento personal, como el entorno social, laboral o académico. El diagnóstico también exige que la sintomatología no pueda explicarse mejor por otros trastornos mentales, incluyendo el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno de estrés postraumático, el trastorno de ansiedad por separación, la ansiedad social o los trastornos de pánico¹³².

2.1.4.4 Trastorno de ansiedad social. También denominado fobia social en el DSM-5-TR¹³² se caracteriza por un miedo o ansiedad intensos y persistentes ante una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible escrutinio de los demás. Estas situaciones incluyen, entre otras, mantener conversaciones, comer o beber en público, y hablar frente a una audiencia. El temor central radica en ser juzgado negativamente, humillado o rechazado, lo que lleva a evitar dichas situaciones o a enfrentarlas con un malestar significativo. Para que el diagnóstico sea válido, el miedo debe ser desproporcionado al riesgo real, persistir durante al menos seis meses y generar un deterioro clínicamente relevante en el funcionamiento social, académico, laboral u otras áreas importantes. Además, los síntomas deben presentarse de forma consistente ante las mismas situaciones sociales, no explicarse mejor por otro trastorno mental (como trastorno de pánico, ansiedad por separación, fobia específica o trastorno

del espectro autista), y no atribuirse a los efectos fisiológicos de una sustancia o condición médica. El manual también contempla el especificador “solo en desempeño” cuando el miedo se limita exclusivamente a situaciones en las que el individuo debe hablar o actuar frente a otros¹³².

2.1.4.5 Trastorno de pánico. Se caracteriza por la aparición inesperada y recurrente de episodios de miedo o malestar intensos que alcanzan su máxima expresión en cuestión de minutos, acompañados de al menos cuatro síntomas somáticos o cognitivos entre los siguientes: palpitaciones, golpeteo del corazón o aceleración de la frecuencia cardíaca; sudoración; temblores o sacudidas; sensación de dificultad para respirar, de asfixia o de ahogo; dolor o molestias en el tórax; náuseas o malestar abdominal; sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo; escalofríos o sensación de calor; parestesias (entumecimiento u hormigueo); desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (separación de uno mismo); miedo a perder el control o a “volverse loco”; y miedo a morir¹³².

2.1.4.6 Agorafobia. Se define como un trastorno de ansiedad caracterizado por miedo o ansiedad intensa ante al menos dos de las siguientes situaciones: a) uso del transporte público, como automóviles, autobuses, trenes, barcos o aviones; b) permanencia en espacios abiertos, como zonas de estacionamiento, mercados o puentes; c) permanencia en sitios cerrados, como tiendas, teatros o cines; d) hacer fila o encontrarse en medio de una multitud; y e) estar fuera de casa sin compañía. Estas situaciones se perciben como potencialmente peligrosas debido a la anticipación de no poder escapar fácilmente o de no recibir ayuda en caso de experimentar síntomas incapacitantes, como un ataque de pánico. Como resultado, el individuo tiende a evitarlas activamente, las enfrenta con gran malestar o requiere la presencia de un acompañante para afrontarlas. El miedo es desproporcionado al peligro real, persistente durante seis meses o más, y genera un deterioro clínicamente significativo en el funcionamiento social, laboral o personal¹³².

2.1.4.7 Trastorno de ansiedad generalizada. Se caracteriza por la presencia de ansiedad y preocupación excesivas también denominada anticipación aprensiva, que se manifiestan durante más días de los que están ausentes, a lo largo de un periodo mínimo de seis meses, en relación con múltiples eventos o actividades cotidianas como el desempeño laboral, académico, la salud o las relaciones interpersonales. Esta preocupación es difícil de controlar y suele desplazarse de un tema a otro sin una causa específica. Para que el diagnóstico sea válido, la ansiedad debe acompañarse de al menos tres de los siguientes síntomas fisiológicos o cognitivos (solo uno en niños): inquietud o sensación de estar al límite, fatigabilidad fácil, dificultad para concentrarse o mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular y alteraciones del sueño (como dificultad para conciliar el sueño, mantenerlo o sueño no reparador). Además, el cuadro debe generar un malestar clínicamente significativo o deterioro funcional en áreas importantes del funcionamiento personal, social o laboral, no explicarse mejor por otro trastorno mental, y no ser atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia o condición médica¹³².

2.1.4.8 Trastorno de ansiedad inducido por sustancias o medicamentos.

Según los criterios diagnósticos del *DSM-5-TR (2022)*, se caracteriza por la aparición predominante de síntomas de ansiedad o pánico que se consideran consecuencia directa de los efectos fisiológicos de una sustancia como drogas de abuso, medicamentos prescritos o exposición a toxinas. Para que este diagnóstico sea válido, los síntomas deben haberse desarrollado durante o poco después de la intoxicación, la abstinencia o la exposición al agente químico, y debe existir evidencia clínica, anamnesis o pruebas de laboratorio que confirmen que dicha sustancia es capaz de provocar los síntomas observados. Además, el cuadro no debe explicarse mejor por un trastorno de ansiedad independiente (por ejemplo, si los síntomas preceden al consumo o persisten mucho tiempo después de la abstinencia), ni ocurrir exclusivamente durante el curso de un estado delirante. Finalmente, los síntomas deben generar un malestar clínicamente significativo o

deterioro funcional en áreas importantes del desempeño personal, social o laboral¹³².

2.1.4.9 Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica. Conforme al DSM-5-TR, se caracteriza por la presencia predominante de síntomas ansiosos como inquietud persistente, temor excesivo o ataques de pánico, cuya etiología se atribuye directamente a los efectos fisiopatológicos de una condición médica identificable. Para que el diagnóstico sea válido, debe existir evidencia clínica, anamnesis o pruebas de laboratorio que demuestren que la ansiedad es consecuencia directa de dicha afección, y no el resultado de un trastorno mental primario. Además, los síntomas no deben manifestarse exclusivamente durante un estado delirante ni explicarse mejor por otro diagnóstico psiquiátrico. Es indispensable que el cuadro genere malestar clínicamente significativo o deterioro funcional en áreas relevantes del desempeño personal, social o laboral¹³².

2.1.4.10 Trastorno de ansiedad especificado. Según el DSM-5-TR¹³², se refiere a presentaciones clínicas en las que predominan síntomas ansiosos, como preocupación excesiva, hipervigilancia, ataques de pánico o evitación persistente, que generan malestar clínicamente significativo o deterioro funcional, pero que no cumplen todos los criterios diagnósticos de los trastornos de ansiedad establecidos. Esta categoría permite al clínico especificar la razón por la cual el caso no se ajusta completamente a un diagnóstico formal, como en situaciones de ataques de pánico limitados, ansiedad generalizada que no ocurre la mayoría de los días, o presentaciones culturalmente moduladas como el ataque de nervios o el khyâl cap (“ataques de viento”). El uso de esta designación exige juicio clínico cuidadoso, evidencia de afectación funcional y exclusión de otras causas médicas o psiquiátricas que expliquen mejor el cuadro¹³².

2.1.4.11 Trastorno de ansiedad no especificado. Conforme al DSM-5-TR¹³², se utiliza cuando el clínico opta por no especificar el motivo por el cual una presentación ansiosa no cumple con los criterios completos de los trastornos de ansiedad definidos. Esta categoría se reserva para situaciones en las que hay

síntomas prominentes de ansiedad como preocupación excesiva, tensión psicofisiológica o conductas de evitación, que generan malestar clínicamente significativo o deterioro funcional, pero donde no se dispone de suficiente información para realizar un diagnóstico más preciso, o cuando el contexto clínico impide una evaluación detallada (por ejemplo, en servicios de urgencias o en entrevistas breves). A diferencia del “otro trastorno de ansiedad especificado”, aquí no se requiere justificar la razón diagnóstica, lo que otorga flexibilidad en escenarios clínicos complejos o transitorios¹³².

(d) 2.1.5 Datos de prevalencia

(e) Los trastornos de ansiedad constituyen actualmente el diagnóstico psiquiátrico más prevalente a nivel mundial. De acuerdo con la OMS¹³⁴, se calcula que cerca del 4% de los habitantes del planeta sufre algún tipo de un trastorno de ansiedad, esto sugiere que les ocurre a más de 300,000,000 de individuos, cifra que se mantiene vigente en sus reportes de 2025. Esta prevalencia sitúa a la ansiedad como el trastorno mental más frecuente, con repercusiones significativas en la funcionalidad social, la productividad y la calidad de vida. En el contexto mexicano, los datos más recientes de la Encuesta Nacional de Bienestar Autorreportado (ENBIARE) 2021 del INEGI¹³⁵ indican que el 21% de la población adulta presenta síntomas de ansiedad moderada o severa, lo que representa un incremento respecto a años anteriores y confirma su impacto como problema de salud pública¹³⁵. Este panorama epidemiológico exige respuestas clínicas y políticas urgentes, ya que la ansiedad no solo genera malestar emocional, sino que compromete el desarrollo personal, la estabilidad económica y el acceso equitativo a servicios de salud mental.

(f) 2.1.6 Repercusiones de la ansiedad no tratada

Los trastornos de ansiedad generan un impacto clínico considerable tanto en el corto como en el largo plazo, afectando múltiples dimensiones del funcionamiento personal. Diversos estudios han documentado que, en ausencia

de intervención, estos cuadros elevan el riesgo de conductas disruptivas, abuso de sustancias, ideación suicida, bajo rendimiento académico y precariedad económica¹³⁶. Este deterioro no se limita al malestar emocional, sino que compromete áreas fundamentales como la estabilidad educativa y laboral, el bienestar físico y cognitivo, la interacción social y la inmersión en actividades recreativas. En este contexto, la búsqueda sostenida de apoyo profesional no solo mitiga los síntomas, sino que previene que la ansiedad se consolide como un obstáculo estructural para el desarrollo integral del individuo.

(g) 2.1.7 Estrategias de intervención Psicológica

La intervención psicológica para la ansiedad en la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) consiste en diseñar y aplicar un plan de tratamiento estructurado que guíe de forma organizada cada paso del proceso terapéutico: (1) Evaluación inicial, (2) formulación de hipótesis, (3) devolución de información, (4) aplicación de cuestionarios y entrevistas diagnósticas, (5) definición de objetivos, (6) elección de técnicas específicas, (7) poner en práctica las técnicas específicas, (8) valoración de avances, (9) prevención de recaídas, (10) evaluación posterior con seguimiento¹³⁷. Esta secuencia ha sido validada por investigaciones recientes¹³⁸, en donde se ha demostrado la efectividad de la TCC para abordar la sintomatología ansiosa generalizada a través de protocolos que incluyen reestructuración cognitiva, exposición progresiva, resolución de problemas y seguimiento posterior a la intervención. Estos pasos elaboran un formato a seguir que facilita y permite adaptar el proceso a la necesidad individual del paciente, asegurando una intervención estandarizada pero flexible para abordar los problemas de ansiedad.

(h) 2.1.8 Estrategias de intervención médica

Para abordar los TA se recurre a la probada eficacia de las benzodiacepinas, que actúan amplificando el neurotransmisor GABA en el receptor GABA-A¹³⁹. El tratamiento médico de los TA incluye el uso de medicamentos para potencializar el proceso terapéutico. Esto significa que los

fármacos refuerzan el neurotransmisor que reduce la actividad cerebral excesiva, ayudando a disminuir la sensación de ansiedad y generar un efecto calmante en el paciente. Según García-García y colaboradores¹⁴⁰, las benzodiacepinas ayudan a que el neurotransmisor GABA cumpla más eficazmente su función de “freno” en el cerebro, disminuyendo la actividad excesiva en zonas relacionadas con la ansiedad. Al facilitar esta acción, los fármacos contribuyen a calmar el sistema nervioso, lo que reduce los síntomas ansiosos y mejora el impacto del tratamiento psicológico.

(i) 2.1.9 Estrategias de intervención Psicoeducativa

La psicoeducación constituye una herramienta esencial dentro de los procesos terapéuticos de cualquier trastorno psicológico, ya que permite a los individuos comprender con mayor claridad qué les ocurre y cómo pueden enfrentarlo. Tal como señala Bregman¹⁴¹, su objetivo principal es proveer información precisa y desmitificar creencias erróneas, particularmente en casos de ansiedad. Para alcanzar dicha efectividad, la información debe ser significativa y ajustada al nivel cognitivo del paciente, transmitida además mediante dinámicas interactivas que faciliten la apropiación personal del conocimiento. De este modo, la persona no solo adquiere recursos para reconocer sus síntomas, sino que se convierte en agente activo de su proceso de cambio, tal como lo confirma Tena-Hernández¹⁴², quien plantea que la psicoeducación no es una simple transferencia de saberes, sino una intervención estructurada que fortalece el vínculo terapéutico y empodera al sujeto desde la comprensión.

2.2 Depresión

Los trastornos depresivos se expresan como estados persistentes de tristeza cuya intensidad o prolongación interfieren de forma sustancial con la funcionalidad cotidiana, acompañados habitualmente a través de una marcada pérdida de la gratificación ante actividades previamente placenteras¹⁴³. La depresión representa un desafío epidemiológico complejo para la salud pública

global, no sólo por su alta prevalencia, sino por su creciente impacto en poblaciones jóvenes. Su etiología es multifactorial, involucrando dinámicas psicosociales, predisposición genética y alteraciones neurobiológicas. Tal como advierten Noetel y otros¹⁴⁴, la incidencia de la depresión continúa en ascenso, particularmente entre adolescentes y adultos jóvenes, lo que obliga a diseñar respuestas clínicas que integren intervenciones psicoterapéuticas, farmacológicas y de activación conductual basadas en evidencia empírica robusta.

La depresión afecta a más de 300,000,000 de sujetos en todo el planeta, consolidándose como la principal causa de discapacidad global, según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud¹⁴⁵. Este trastorno mental no sólo incrementa la carga mundial de enfermedades, sino que proyecta mantenerse como la principal causa de morbilidad para el año 2030, con especial impacto en mujeres, quienes presentan una mayor prevalencia diagnóstica¹⁴⁶. Estudios recientes indican que aproximadamente el 80 % de los adultos con depresión enfrentan dificultades significativas en su desempeño laboral, en el ámbito doméstico y en sus relaciones sociales, reflejando el carácter incapacitante y multidimensional del trastorno¹⁴⁷. En consecuencia, el transtorno depresivo es catalogado como una desafío prioritario para la salud de la población urgente que exige respuestas integrales, actualizadas y basadas en evidencia empírica trazable.

2.2.1 Etiología de la depresión

La depresión como muchos otros trastornos tienen un origen multifactorial en el cual se ven involucrados aspectos sociales, biológicos, psicológicos y ambientales¹⁴⁸. A continuación, se presentan algunas teorías y modelos para comprender la depresión desde diversas perspectivas y el cómo impactan en la vida del individuo.

2.2.2 Teoría cognitiva de la depresión- Aaron Beck

Neufeld y colaboradores¹⁴⁹ desarrollan la teoría cognitiva de Aaron Beck. Como representante de la teoría cognitiva, es importante conceptualizar las ideas elaboradas por este autor, puesto que sus aportes de las distorsiones cognitivas y la tríada cognitiva funguen un papel importante en los pacientes con depresión. Explican que Beck¹⁵⁰ concibe la depresión como un “desorden del pensamiento”, siendo los síntomas consecuentes de la activación de patrones cognitivos negativos. Carrasco¹⁵¹ menciona que, en el caso de las depresiones, las representaciones negativas consisten en la suma de múltiples sucesos que se consideran desagradables de manera repetitiva. Cuando se activan los esquemas cognitivos que describió Beck, los individuos interpretan los eventos desde la perspectiva de dichos esquemas; estos esquemas son pautas estables por las que la persona interpreta la experiencia y lleva a una selección sistemática de la distorsión de la percepción y memoria¹⁴⁹.

La tríada cognitiva propuesta por Beck constituye una estructura conceptual que explica el origen y mantenimiento de los pensamientos depresivos, delineando cómo determinados esquemas cognitivos influyen en la ideación del individuo. En este marco, la persona suele percibirse como inadecuada, inútil o indeseable, lo cual configura una visión negativa de sí misma. Asimismo, interpreta el mundo como un entorno hostil y frustrante, en el que predominan el fracaso y la expectativa de castigo. Finalmente, el futuro se vislumbra como una secuencia inevitable de sufrimiento y obstáculos, consolidando así un patrón persistente de desesperanza¹⁵⁰. La tríada cognitiva propuesta por Beck constituye una estructura explicativa de los pensamientos depresivos, donde el individuo se percibe como inadecuado, interpreta el entorno como hostil y anticipa un futuro marcado por el sufrimiento¹⁵⁰. Estas percepciones se sostienen mediante distorsiones cognitivas, entendidas como errores sistemáticos del pensamiento que perpetúan ideaciones negativas y afectan directamente la conducta^{152,153}. Diversos estudios recientes confirman que estos patrones se originan en esquemas cognitivos desadaptativos

que sesgan la interpretación de la experiencia y refuerzan estados emocionales disfuncionales¹⁵⁴.

2.2.3 Teorías bioquímicas

Los estados de ánimo desempeñan una función esencial en la evolución de los modelos biomédico y neurobiológico, dado que se vinculan con alteraciones tanto cognitivas como fisiológicas. Estas fluctuaciones emocionales están moduladas por estructuras cerebrales como la corteza cingulada anterior, el hipocampo, la corteza insular y la amígdala, entre otras regiones del sistema nervioso central, lo que ha permitido a diversos enfoques teóricos asociarlas directamente con la fisiopatología de los trastornos depresivos^{155,156}.

Cavieres y Lopez¹⁵⁵ mencionan que el desarrollo del ánimo depresivo se ve acompañado por una evolución temporal donde se ven implicados factores causales de tipo psicosocial o de enfermedades orgánicas; donde el estrés que implica una desregulación de la inmunidad. Este modelo o teoría se centra en la explicación de los cambios a nivel neurobiológico por los que atraviesa el cerebro que causan modificaciones que intervienen en el desarrollo de la depresión. Así como el aumento en la liberación de citoquina inflamatorias debido al estrés, que disminuiría la serotonina (un neurotransmisor clave en el estado de ánimo). De mano con esto se habla de una hipótesis conocida en el trastorno depresivo, la hipótesis de las monoaminas. Se discute que los síntomas conocidos se desarrollan debido al déficit funcional de los neurotransmisores dentro de las secciones límbicas del cerebro, siendo primordiales la noradrenalina y serotonina. La reducción de estos neurotransmisores lleva al desarrollo de la depresión¹⁴⁸.

El desequilibrio neuroquímico en el sistema nervioso central afecta de forma directa la funcionalidad de los ganglios basales, estructuras implicadas en la modulación de la actividad psicomotora, la motivación y la regulación afectiva. En el contexto de los trastornos depresivos, esta disfunción se traduce en una

constelación de síntomas que incluyen la disminución de la actividad motora espontánea, la reducción en la ingesta de alimentos y líquidos, la fatiga persistente, alteraciones cognitivas y trastornos del sueño. Estudios recientes han demostrado que estos síntomas están mediados por alteraciones en los circuitos límbico-asociativos de los ganglios basales, lo que refuerza su papel central en la fisiopatología de la depresión¹⁵⁷.

Por otra parte, y dentro de esta misma teoría, Cruzblanca y colaboradores¹⁵⁸ destacan el deterioro de la plasticidad neuronal, afectando el procesamiento afectivo lo que genera los sesgos que se mencionan en la tríada cognitiva previamente. La persistencia de un estado afectivo negativo limita la capacidad de autorregulación emocional, lo que dificulta su modificación espontánea y justifica la implementación de intervenciones farmacológicas y psicoterapéuticas. Diversos estresores psicosociales incluidos factores genéticos, ambientales y relacionales, actúan como desencadenantes de procesos neurobiológicos que alteran el estado de ánimo y favorecen la aparición de sintomatología depresiva. Esta respuesta, aunque inicialmente adaptativa, puede hacerse crónica y correlacionarse con un estado de neuroinflamación sostenida, caracterizado por la activación de citocinas proinflamatorias que interfieren en la plasticidad neuronal, afectando la neurogénesis, la conectividad sináptica y la resiliencia emocional¹⁵⁹.

Al abordar la influencia de la genética y la heredabilidad en los trastornos depresivos, Botto y colegas¹⁶⁰ estiman, a partir de estudios en gemelos, una heredabilidad entre el 31 % y el 42 %, con una contribución ambiental del 58 % al 67 %. En la misma línea, Palao¹⁶¹ destaca que convivir con familiares que padecen depresión incrementa significativamente la probabilidad de desarrollar el trastorno, en comparación con quienes no tienen antecedentes familiares. Esta interacción entre predisposición genética y entorno ha sido corroborada por investigaciones recientes que demuestran cómo factores ambientales pueden alterar la conectividad funcional de regiones cerebrales como la amígdala, incluso

en gemelos monocigóticos, lo que refuerza la hipótesis de que la depresión emerge de una convergencia entre vulnerabilidad genética y exposición a estresores psicosociales¹⁶².

2.2.4 Teoría psicodinámica

Neufeld y colaboradores¹⁴⁹, citan la teoría psicoanalítica de Freud “Duelo y melancolía” de 1917. En la melancolía el sujeto percibe su Yo como indigno de toda estimación, moralmente condenable e incapaz de algún remordimiento. Atrayendo hacia él mismo la libido, siendo una regresión de la carga del objeto, dónde la persona en melancolía en comparación con el duelo se centra en sí mismo durante un periodo significativo de tiempo. Por otro lado, desde la perspectiva psicodinámica Bogaert¹⁶³ establece que este tipo de afección, la neurosis depresiva, se define como una perturbación afectiva que incluye la distimia y las formas de depresión mayor que no presentan psicosis. Siendo el narcisismo exacerbado del ideal del yo lo que causa un conflicto inconsciente. Esto es desencadenado por situaciones impactantes que generan heridas narcisistas (por ejemplo, un fracaso profesional, la decepción amorosa, entre otros. Dentro de esta teoría hay una marcada pérdida de energía y motivación, caracterizado por la apatía, generando un sentimiento de hueco o inanidad que refleja la desaparición del impulso instintivo. Se acompaña de la noción de que “nada genera interés ni propósito; nada posee valor”. En este sentido, la idea central de la teoría psicoanalítica se centra en que el depresivo pierde la fuerza vital cuando se siente herido en su ideal del yo, generando un desajuste en su entorno e invirtiendo por así decirlo, la libido sólo en sus mismas atribuciones.

2.2.5 Teoría psicosocial

Así como se menciona en los modelos biomédico, existen diversos eventos en la vida de una persona que le afectan, alterando el mecanismo regulador del estrés, que desencadena cambios bioquímicos en el SNC. Las alteraciones que lo

activan se conocen como estresores psicosociales, de acuerdo con Vazquez y Mukamutara¹⁶⁴, estos eventos se dividen en dos periodos importantes y que influyen en la probabilidad del desarrollo de un trastorno depresivo. Desde una perspectiva etiológica, los eventos adversos ocurridos durante la infancia constituyen un factor de riesgo primario, ya que generan respuestas emocionales desproporcionadas que pueden persistir en el tiempo. Estas experiencias tempranas no solo alteran el desarrollo afectivo, sino que también incrementan la vulnerabilidad para presentar sintomatología depresiva en la adultez. Se ha documentado que cerca del 25 % de los menores que han padecido abuso cumplen posteriormente con los criterios diagnósticos de un trastorno depresivo mayor. En cambio, como segundo evento, se encuentran los eventos vitales actuales que generan un impacto negativo en el bienestar del ser, cumplen el rol de ser causantes para cuadro depresivo, agravar el curso, interferir en el tratamiento o provocar recaídas. Estos eventos pueden suceder dentro de un periodo de 12 meses.

Entre los eventos vitales actuales que predominan en el diagnóstico de los trastornos depresivos se destacan los conflictos interpersonales y las enfermedades físicas. Estos factores afectan directamente la convivencia cotidiana, deterioran las principales fuentes de apoyo social y desencadenan sentimientos persistentes de desesperanza y desamparo. Estudios recientes han demostrado que la exposición a múltiples eventos vitales negativos especialmente aquellos relacionados con rupturas afectivas, enfermedades crónicas o pérdidas significativas, se asocia con una mayor prevalencia de sintomatología depresiva, menor adherencia terapéutica y mayor riesgo de recaídas clínicas. En particular, se ha observado que los pacientes que enfrentan tres o más eventos vitales actuales presentan una probabilidad significativamente mayor de cumplir criterios diagnósticos para trastorno depresivo mayor^{165,166}.

2.2.6 Modelo de la construcción socio-cultural de la depresión

Aún con todas las teorías mencionadas, es importante también reconocer que todos los trastornos tienen una influencia cultural, por lo que, el cómo es percibido, tratado, interpretado y comunicado va a depender de la perspectiva de la cultura y esta puede variar de unas con otras. Botto y colaboradores¹⁶⁰ realizan la comparativa de las sociedades occidentales dónde la depresión es considerada una enfermedad priorizando componentes hereditarios y biológicos, como se planteó. Mientras que por otro lado se encuentra también una visión estacional del trastorno, dónde los síntomas se comprenden el contexto de un estrés psicosocial y de las dificultades interpersonales. A pesar de que exista evidencia científica o factores universales de ciertas patologías, las maneras en las que se manifiestan serán moldeadas por la cultura. Es por esto por lo que no es lo mismo hablar de depresión en México, como lo es en otros países del Oriente como Corea del Sur^{167,168}.

2.2.7 Teoría conductual de la depresión

Para Lewinsohn¹⁶⁹, Lewinsohn, Youngren y Grosscup¹⁷⁰ y Lewinsohn, Muñoz, Youngren y Zeiss¹⁷¹, el transtorno depresivo se origina por una menor frecuencia de recompensa positiva que el paciente recibe al realizar ciertas conductas. El conjunto de recompensas positivas que dependen de las conductas del paciente es función de: 1) la magnitud del potencial reforzador que tienen las actividades y sucesos disponibles para el individuo; 2) la tasa de ocurrencia de las experiencias gratificantes o placenteras en la vida cotidiana del sujeto; 3) el repertorio de destrezas sociales y conductuales que posee una persona para generar o conseguir refuerzos del ambiente a través de sus acciones. Ellos sugieren que la depresión resulta de una combinación de factores no solo ambientales, sino también disposicionales; la depresión, entonces sería el producto de alteraciones originadas por la influencia del entorno en la acción, la emoción y el pensamiento. Este proceso podría comenzar con un evento que interrumpa los patrones de conducta automáticos del sujeto, disminuyendo la proporción de estímulos satisfactorios. Como consecuencia, se produce un

aumento en la autoconsciencia, la autocrítica y las experiencias negativas^{172,173}. Además, Lewinsohn y colaboradores¹⁷⁴ propusieron varios factores de vulnerabilidad de sufrir depresión, entre ellos están: el sexo femenino, estar en el rango de 20 a 40 años, una historia clínica previa depresiva, sumado a un bajo nivel económico, baja valoración persona y la responsabilidad de hijos pequeños, como potenciadores de riesgo. En contraste se identificaron como elementos de resiliencia la habilidad para tomar acción (iniciativa), la percepción de ser socialmente competente, la alta ocurrencia de eventos gratificantes y la disponibilidad de un sólido respaldo social¹⁷⁵.

2.2.8 Datos epidemiológicos

En México la depresión ha sido uno de los trastornos que ha incrementado más con el tiempo, teniendo una relación con el suicidio, consumo de alcohol, entre otros factores. Es por ello que es relevante conocer los datos estadísticos acerca de las prevalencias en diversos sectores sociales. No obstante, se debe reconocer que actualmente la información proporcionada no se puede considerar como precisa debido a la escasa divulgación respecto a su estudio, así bien lo mencionan diversos autores en sus investigaciones^{176,177,178}.

Si bien, la prevalencia global de depresión, como menciona la OMS¹¹ es de más del 4% alrededor del mundo en personas adultas, con una clara preponderancia en el género femenino. Al examinar el escenario de México, las estadísticas del Instituto Nacional de Salud Pública¹⁷⁹ señalan que, entre 2001 y 2021 el 9.2% de la población se diagnosticó con un trastorno depresivo en la vida. A nivel nacional, el INEGI¹⁷⁸ reporta que en 2021 el 12.9% de la población de 18 y más años se ha sentido deprimida más de la mitad o casi todos los días. Siendo que en los últimos 12 meses la prevalencia sería de 4.8 según citan a la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) en edades de 18 a 65 años. Por otra parte, la Secretaría de Salud cita a los Servicios de Atención Psiquiátrica¹⁸⁰ mencionando que 3.6 millones de personas adultas padecen de este trastorno,

siendo casos severos el uno por ciento. El Gobierno de México señala que en 2012 la prevalencia del trastorno depresivo mayor fue de 3.7%, de los cuales una tercera parte (27.8%) se caracterizó como depresión severa.

Respecto a la tasa de suicidios, González-Orozco y López-López¹⁸¹ examinaron los datos disponibles sobre la incidencia de la depresión en México. De acuerdo con su análisis, en 2021 la incidencia de la depresión fue de 145.42 casos por cada 100,000 personas. Además, el estudio señala que, en el mismo año, la tasa de suicidio consumado fue de 6.55 por cada 100,000 personas, una cifra que ha mostrado una tendencia creciente. Los autores estiman que aproximadamente el 50% de los suicidios se presentan en individuos los cuales manifiestan la sintomatología de un trastorno depresivo persistente. A pesar de estas estimaciones, los autores resaltan que la precisión de los datos puede ser limitada, dado que México carece de un sistema de registro y monitoreo epidemiológico preciso para la prevalencia e incidencia de estos trastornos.

La ansiedad y la depresión son conocidos por la alta probabilidad de desarrollar ambos trastornos, Si bien no se encontró un dato en México que identifique el porcentaje de personas que cuentan con depresión y ansiedad al mismo tiempo, el INEGI informa que el ENBIARE 2021¹³⁵ registró que casi una quinta parte (19.3%) de los adultos presenta una sintomatología de ansiedad en grado severo, mientras que un tercio (31.3%) experimenta ansiedad leve. En este mismo estudio, la población síntomas de depresión fue de 15.4%, lo que podría darnos un índice de la cantidad de personas que manifiestan los síntomas. Es importante considerar ambos trastornos, debido a que la comorbilidad entre ambos aumenta la severidad de los síntomas, así como el riesgo de discapacidad laboral, social y el riesgo suicida.

2.2.9 Fenotipo clínico y gravedad

De acuerdo con el DSM-V¹⁸² los cuadros diagnósticos de depresión van a variar según la duración de los síntomas, así como de los factores adyacentes a la causa de la manifestación. Por una parte, se encuentra la distimia, caracterizado por síntomas como: poco apetito o sobrealimentación, insomnio/hipersomnia, falta de concentración, dificultades para toma de decisiones, así como sentimientos de desesperanza; la manifestación de estos síntomas se hace presente por al menos 2 meses de manera constante. Por otra parte, a la Depresión Mayor, se le suma a los criterios diagnósticos: estado de ánimo triste, disminución importante de interés o placer, retraso psicomotor, autopercepciones de devaluación personal o el cargo de consciencia excesivo, pérdida o aumento de peso y pensamientos suicidas; estando presentes por al menos 2 semanas. El Gobierno de México señala que en 2012 la prevalencia del trastorno depresivo mayor fue de 3.7%, de los cuales una tercera parte (27.8%) se caracterizó como depresión severa¹⁷⁶.

Entre otros cuadros diagnósticos se encuentra la Disforia Premenstrual, tratándose de episodios depresivos semanas antes del comienzo del ciclo menstrual manifestado por: labilidad afectiva, irritabilidad intensa que llevan al aumento de conflictos interpersonales, sentimientos de desesperanza o desprecio, disminución de interés, fatiga, entre otros. Del mismo modo, se hace mención de los cuadros clínicos en los que la sintomatología depresiva se da por alguna afección médica o por el uso de alguna sustancia.

Así pues la comorbilidad en el diagnóstico es algo común, se menciona que aproximadamente el 50% de los adultos diagnosticados con Trastorno Depresivo Mayor también satisfacen los requisitos clínicos para tener al menos uno o varios trastornos ansiosos⁸⁸; siendo una de las ramas persistentes en los cuadros clínicos con una relación entre 25 y 50% en los adolescentes con depresión: y en los diagnósticos de ansiedad 10 y 15%. Según este mismo autor en México, se señala que aproximadamente un tercio (32%) de la población con un diagnóstico de consumo problemático de sustancias presenta, además una alteración afectiva, existiendo una comorbilidad mayor a 50%. Esta alta prevalencia de comorbilidad

ha sido confirmada por estudios recientes, que señalan que más del 70% de aquellos sujetos con diagnóstico de trastornos debido a la ingesta de drogas cumplen también criterios para al menos un trastorno psiquiátrico adicional, lo que complica el abordaje clínico y exige protocolos integrados de atención¹⁴⁰.

2.2.10 Carga de enfermedad

La depresión es vista como una de las mayores contribuyentes a la pérdida de salud, expresada en términos de años de vida vividos con discapacidad. Según lo que menciona Berenzon y colaboradores¹⁸³, la OMS anticipó que en el año 2020 el trastorno depresivo se convertiría en la segunda causa principal de discapacidad a nivel mundial, siendo superada únicamente por las enfermedades cardiovasculares. La depresión es el motivo número uno de años de vida perdidos por discapacidad en mujeres mexicanas, mientras que los hombres es la novena causa de esta carga de enfermedad¹¹.

Datos recientes confirman la validez de dichas proyecciones. La OMS reportó en 2025 que la depresión sigue siendo considerada una de las principales fuentes de discapacidad a escala global, impactando a más de 280 millones de individuos en todo el mundo, con altos índices de pérdida de años saludables por discapacidad especialmente en mujeres¹³⁴. En México, la Secretaría de Salud¹⁸⁴ indicó que la depresión representó el 25.1% de las razones principales para solicitar asistencia de los servicios especializados de bienestar psicológico, mientras que el INEGI¹⁷⁸ posicionó las alteraciones clínicas de índole depresiva como parte de los cinco principales factores subyacentes de AVAD en mujeres, manteniendo su lugar como una carga crítica para la salud pública.

Además, como se ha planteado anteriormente, la depresión está ligada con los motivos que impulsan las muertes autoinflingidas, un deceso que se asocia a la pérdida de cerca de 850 mil de alrededor de 850.000 individuos¹⁸⁵. Se estima que para el país el 50% de los decesos por acto autolítico son consumados por

sujetos que presentan síntomas depresivos. Y en relación a las estadísticas geográficas, se dice que en el 2013, Yucatán obtuvo una tasa de suicidios de 7.3 incidencias por cada 100, 000 habitantes, siendo uno de los estados con un índice muy alto en el país¹⁸⁶. De acuerdo con datos oficiales del INEGI¹⁸⁷, las estadísticas de mortalidad de 2023 muestran que Yucatán registró la tasa de suicidios más alta del país, con 14.6 muertes por cada 100 mil habitantes. Le siguieron Chihuahua, con una tasa de 13.6 por cada 100 mil habitantes, y Aguascalientes, con 13.2 por cada 100,000 habitantes.

Existe una mayor probabilidad de que los individuos con sintomatología depresiva desarrollen patologías crónicas como el cáncer, la diabetes, las enfermedades respiratorias y las afectaciones cardiovasculares. En conjunto, estas enfermedades son responsables de más del 60% de los fallecimientos a nivel mundial¹⁸³. En individuos que sufren de patologías somáticas severas, el riesgo de depresión es elevado. Un metaanálisis demostró que la probabilidad de desarrollar un trastorno depresivo es aproximadamente dos veces más elevado en individuos con diabetes, y la prevalencia es significativamente mayor en personas con obesidad o asma, lo que demuestra un fuerte vínculo bidireccional entre la salud física y la mental¹⁸⁸. Estudios recientes confirman esta asociación bidireccional: los estados depresivos no solo aumentan el riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles, sino que estas también agravan la sintomatología depresiva, especialmente cuando hay baja adherencia terapéutica y activación de mecanismos inflamatorios compartidos^{189,190}.

2.2.11 Factores de riesgo

La depresión no puede explicarse únicamente como una alteración bioquímica; constituye el resultado de múltiples factores psicosociales que interactúan de forma compleja y dinámica, generando condiciones de vulnerabilidad que incrementan la probabilidad de desarrollar trastornos mentales¹⁷⁵. Así como existen factores genéticos que se ven involucrados en el

desarrollo de la depresión, es importante tener en cuenta que no por el simple hecho de tener esa carga genética ya se está destinado a desarrollar el padecimiento, sino que existirán variables psicosociales en el ambiente que pueden detonar las manifestaciones. Así como lo menciona el DSM-V¹⁸² convivir de manera constante con una persona que ya ha sido diagnosticada incrementa las posibilidades de que uno desarrolle a la par el trastorno.

2.2.11.1 Factores de Riesgo Psicosocial y Estructurales. Entre los factores psicosociales que aumentan la probabilidad de desarrollar sintomatología depresiva se destacan el género femenino, la combinación de un estatus socioeconómico precario, la falta de empleo, la falta de redes de apoyo, los antecedentes penales, la exposición a la violencia, el abuso de drogas y las tensiones derivadas de la migración¹⁸³. Investigaciones recientes han ampliado este perfil de vulnerabilidad, incorporando factores como la sobrecarga de cuidados no remunerados, la precariedad laboral, el estrés crónico derivado de la inseguridad, la exposición prolongada a entornos urbanos hostiles, la discriminación estructural y las dificultades para acceder a la atención psicológica y psiquiátrica, siendo las áreas rurales las mas afectadas, agravando el pronóstico^{191,192,193}.

Según los datos de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en adultos mexicanos, la cual fue ejecutada por el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”¹⁹⁴, una cantidad considerable de las personas se ha expuesto a actos de violencia, con variaciones importantes atendiendo la distribución por sexo. En este marco, se reafirma que los altos niveles de violencia, la falta de seguridad pública y la inestabilidad financiera constituyen factores de peligro predominantes en la aparición de manifestación de síntomas de depresión. Las personas de sexo femenino muestran una frecuencia superior de aparición significativamente una mayor frecuencia de exposición a agresiones sexuales, maltrato físico, violación, persecución y acoso, mientras que los hombres se ven más expuestos a amenazas con armas y accidentes¹⁹⁴. El estudio

indica que el trastorno por estrés postraumático se manifestó en el 2.3 % de la población femenina y en el 0.5 % de los varones, y que aproximadamente el 20 % de quienes han presenciado o sufrido actos violentos desarrollaron un cuadro depresivo.

Estos hallazgos han sido actualizados en el marco del Global Burden of Disease, el cual confirmó no solo el impacto persistente, sino también el incremento sostenido de los trastornos mentales en México entre 1990 y 2021¹⁹⁵. Según el estudio, la prevalencia estimada de personas con algún trastorno mental pasó de 15.7 millones en 2019 a 18.1 millones en 2021, lo que representa un incremento del 15.4 % en apenas dos años. Este repunte se atribuye, en parte, a factores contextuales como la pandemia por COVID-19, el confinamiento prolongado y los duelos acumulativos, que intensificaron los cuadros depresivos y ansiosos en la población general. Además, los padecimientos de la salud mental se posicionaron dentro de las principales de las patologías que generan mayor cantidad de discapacidad es decir, los años vividos con discapacidad (AVD), especialmente en mujeres jóvenes y adultos en situación de vulnerabilidad estructural. El estudio también evidenció disparidades regionales y de género, subrayando la urgencia de fortalecer los sistemas de vigilancia epidemiológica, prevención comunitaria y atención especializada en salud mental¹⁹⁵.

Mientras que en la depresión posparto los factores de vulnerabilidad más relevantes identificados incluyen la combinación de ansiedad durante el embarazo (prenatal), la falta de soporte afectivo, exposición a eventos de alto estrés, historial de trauma, disputas conyugales y condiciones económicas desfavorables, múltiples revisiones sistemáticas han confirmado la relevancia de estos predictores en distintos contextos culturales^{196,197}. En particular, la ansiedad prenatal y la historia de trastornos afectivos previos han sido asociados con un peligro potencial de manifestar síntomas depresivos en el periodo posnatal.

En adultos mayores, los factores de riesgo se vinculan estrechamente con eventos propios de su etapa vital, como el vivir solos, residir en zonas urbanas y experimentar aislamiento social. Estudios longitudinales han demostrado que los adultos mayores que viven solos presentan hasta un 33 % más de probabilidad de desarrollar síntomas depresivos en comparación con quienes viven acompañados, especialmente cuando se combina con baja percepción de apoyo financiero o emocional^{198,199}. Por su parte, los viudos tienen un riesgo significativamente mayor de depresión que las personas casadas, con estimaciones que alcanzan hasta un 34% más de probabilidad, particularmente en los primeros seis meses posteriores a la pérdida conyugal^{200,201}. Este efecto se mantiene incluso a largo plazo, y se ha observado que los hombres viudos presentan trayectorias depresivas más persistentes que las mujeres, lo que subraya la necesidad de intervenciones diferenciadas por género y etapa de duelo.

2.2.12 Factores de protección. Así como diversos factores psicosociales incrementan la probabilidad de desarrollar un trastorno depresivo, su contraparte, los factores de protección tienen una función esencial en el fomento del bienestar psicológico. Entre ellos destacan la capacidad de afrontamiento ante situaciones estresantes y la presencia de redes de apoyo social estables, especialmente relevantes en adolescentes y adultos mayores. En estos últimos, el aislamiento social se ha vinculado con un aumento significativo en la probabilidad de desarrollar sintomatología depresiva: por ejemplo, adultos mayores que viven solos presentan un riesgo 33 % mayor de síntomas depresivos en comparación con quienes viven acompañados¹⁹⁸. En adolescentes, el apoyo parental, escolar y comunitario ha demostrado ser un mitigador de riesgos robusto en cara a la aparición de depresión, ansiedad y conductas suicidas, incluso después de controlar antecedentes clínicos previos²⁰².

La ayuda proveniente de redes de apoyo actúa como un amortiguador del impacto de los estresores de la vida lo que ofrece un efecto de salvaguarda contra la depresión en la población mexicana. Por otra parte, también se considera el

desarrollo de resiliencia siendo un componente fundamental en el origen de algún trastorno de la salud mental, puesto que esa capacidad de adaptarse será vital si es que se experimenta alguna de las situaciones presentadas en los factores de riesgo²⁰³. Además, actividades cotidianas como el ejercicio, una alimentación saludable y un buen patrón de sueño son clave al hablar de conductas protectoras contra la depresión. La investigación actual confirma que una dieta deficiente, la falta de ejercicio y un sueño inadecuado se encuentran vinculados con una mayor presencia de trastornos afectivos, afectando directamente el funcionamiento del sistema nervioso central²⁰⁴. Es importante, por ende, considerar la etapa del individuo en la que se encuentra para así también realizar una identificación de factores de protección que puedan ser más útiles, debido a que, en su mayoría, cómo se analizó, se vinculan a los hábitos individuales de salud, y al ambiente social y familiar dentro del cual el individuo se desarrolla. Del mismo modo, se señala que para algunos investigadores el realizar actos de voluntariado o actividades nuevas para la persona, se vincula también como una estrategia para pacientes con depresión²⁰⁵.

2.2.13 Relevancia de los sistemas de información salud mental y depresión en México. De acuerdo con diversas investigaciones nacionales, México cuenta con herramientas clave para el monitoreo estadístico de la salud mental. Entre las más relevantes se encuentran la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) y la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT). La ENEP, coordinada por el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”, fue aplicada en población urbana de entre 18 y 65 años, con la misión de medir la presencia de trastornos mentales —incluidas las adicciones—, estudiar la historia natural de dichos padecimientos, identificar obstáculos para la obtención de servicios de atención psicológica y generar hipótesis sobre factores antecedentes y trayectorias clínicas¹⁸⁰. Esta encuesta se realizó en seis regiones del país: áreas metropolitanas, noroeste, norte, oeste centro, centro este y sureste, y constituye la fuente diagnóstica más robusta para

el estudio epidemiológico de los trastornos mentales en México. Por su parte, la ENSANUT, creada en el Instituto Nacional de Salud Pública, actualiza periódicamente la distribución y prevalencia de enfermedades crónicas, condiciones de salud en los hogares, calidad de la alimentación y efectos de eventos emergentes como la pandemia por COVID-19. Su diseño permite generar comparativos longitudinales con representatividad nacional, tanto en zonas urbanas como rurales¹⁷⁹.

Estas dos encuestas en el país (ENEP y ENSANUT) son las principales fuentes de información conocidas respecto a salud mental, además del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), que realiza el censo poblacional anual^{179,180,206}. En cada una de estas se parte de autorreportes ciudadanos, lo que puede introducir sesgos en la medición real de los padecimientos psicológicos. No obstante, resultan útiles para proponer y diseñar planes de acción que atiendan las problemáticas emergentes, cada vez más frecuentes. A su vez, contribuyen a sensibilizar a los tomadores de decisiones y a ofrecer oportunidades concretas para que los ciudadanos accedan a ayuda profesional cuando la requieran.

2.3 Ansiedad Precompetitiva

2.3.1 Definición conceptual de ansiedad precompetitiva

La ansiedad precompetitiva se conceptualiza como una condición emocional de corta duración que surge en los momentos previos a una competencia deportiva, caracterizado por una activación fisiológica significativa, preocupación cognitiva anticipatoria y fluctuaciones en la autoconfianza del atleta. Este estado no constituye una alteración psicopatológica, sino una respuesta adaptativa ante situaciones evaluativas de alta exigencia, cuya funcionalidad depende de la interpretación subjetiva del deportista y del contexto competitivo inmediato.

Desde el plano fisiológico, se observa una activación del sistema nervioso autónomo, con manifestaciones como taquicardia, hiperventilación, sudoración y tensión muscular, que reflejan la preparación del organismo para el rendimiento²⁰⁷.

En el plano cognitivo, la ansiedad precompetitiva se expresa mediante pensamientos intrusivos, anticipación negativa del desempeño y preocupación por el juicio externo, elementos que pueden interferir con la concentración y la ejecución motora²⁰⁸. La autoconfianza, por su parte, actúa como modulador clave: su disminución intensifica la percepción de amenaza, mientras que niveles elevados permiten reinterpretar la activación fisiológica como facilitadora del rendimiento²⁰⁹.

Este constructo ha sido reconocido como multidimensional y situado, influido por variables personales, contextuales y psicológicas, y su estudio exige una aproximación integradora que reconozca tanto sus componentes fisiológicos como cognitivos y motivacionales.

2.3.2 Naturaleza multidimensional del constructo

La ansiedad precompetitiva constituye un fenómeno psicológico de estructura compleja y dinámica, cuya conceptualización exige una aproximación multidimensional. Tal configuración incluye componentes cognitivos (preocupación excesiva y anticipación negativa) que predisponen a interferencias atencionales y deterioro en tareas bajo presión²¹⁰. En paralelo, se identifican manifestaciones somáticas como taquicardia, sudoración y tensión muscular, indicativas de una activación autonómica anticipatoria frente a demandas percibidas como amenazantes²¹¹. Finalmente, los componentes motivacionales (autoconfianza y percepción de control) han sido reconocidos como moduladores claves del afrontamiento y la intensidad de la respuesta ansiosa, contribuyendo decisivamente a la adaptación psicofisiológica del deportista⁹¹. La interacción de estos tres ejes constituye la base para comprender la experiencia emocional previa a la competencia, así como sus implicaciones en el rendimiento deportivo.

2.3.2.1 Componentes cognitivos (preocupación, anticipación negativa).

Los elementos cognitivos de la sintomatología ansiosa antes de la competición se manifiestan principalmente a través de la preocupación excesiva y la anticipación negativa, procesos mentales que distorsionan la percepción de amenaza y

comprometen la eficiencia atencional del deportista. Estas cogniciones suelen activarse ante la proximidad de una competencia, generando escenarios hipotéticos de fracaso, evaluación negativa o pérdida de control, lo que intensifica la carga emocional y reduce la capacidad de afrontamiento²¹⁰. La preocupación, entendida como una secuencia de pensamientos repetitivos orientados al futuro, se vincula con una mayor activación del sistema de alerta cognitiva, mientras que la anticipación negativa potencia la interpretación sesgada de estímulos neutros como amenazas⁹¹. Ambos procesos han sido identificados como predictores robustos de deterioro en el rendimiento bajo presión, especialmente en contextos de alta exigencia evaluativa²¹¹.

2.3.2.2 Componentes somáticos (tensión muscular, taquicardia, sudoración). Los componentes somáticos de la ansiedad precompetitiva reflejan la reacción del sistema de control corporal automático ante la percepción de amenaza evaluativa. La tensión muscular, la taquicardia y la sudoración anticipatoria constituyen respuestas fisiológicas clave que, si bien cumplen funciones adaptativas, pueden interferir con el rendimiento técnico y la autorregulación emocional del deportista. La tensión muscular sostenida ha sido asociada con una disminución en la precisión motora y un aumento en la percepción de fatiga anticipada²¹². La taquicardia, como marcador de hiperactivación simpática, se vincula con una mayor reactividad emocional y una menor percepción de control interno^{207,91}. Por su parte, la sudoración anticipatoria ha sido identificada como un indicador somático de vulnerabilidad percibida, especialmente en atletas con bajo umbral de tolerancia evaluativa²¹³.

Además, estudios recientes han documentado que la intensidad de estos síntomas somáticos se correlaciona con niveles elevados de ansiedad debilitante, afectando tanto la ejecución como la toma de decisiones en competencia²¹⁴. La identificación precisa de estos indicadores somáticos permite diseñar intervenciones psicofisiológicas orientadas a la autorregulación emocional y al control de la activación en escenarios competitivos.

2.3.2.3 Componentes motivacionales (autoconfianza, percepción de control). Los componentes motivacionales de la ansiedad precompetitiva, particularmente la autoconfianza y la percepción de control, desempeñan un papel modulador en la intensidad y dirección de la respuesta emocional ante situaciones evaluativas. La autoconfianza se ha definido como la expectativa positiva del deportista respecto a su capacidad para afrontar eficazmente las demandas competitivas, y su presencia es vinculada consistentemente con una menor intensidad de la sintomatología ansiosa debilitante y mayor ajuste psicológico²¹⁴. Por su parte, la percepción de control, entendida como la creencia en la capacidad de influir sobre el resultado competitivo, actúa como amortiguador frente a la activación ansiosa, favoreciendo estrategias de afrontamiento más adaptativas⁹¹.

Estudios recientes han demostrado que atletas con altos niveles de motivación autónoma tienden a reportar mayor autoconfianza y menor ansiedad cognitiva y somática, lo que sugiere una interacción funcional entre la regulación motivacional y la experiencia emocional precompetitiva²¹⁵. Asimismo, el clima motivacional generado por el entrenador, especialmente cuando promueve la autonomía y la implicación en la tarea, se ha vinculado con una percepción de control más sólida y una dirección positiva de la ansiedad²¹⁶.

2.3.3 Modelos teóricos explicativos

La comprensión de la ansiedad precompetitiva no puede desligarse de los marcos teóricos que han buscado explicar su estructura, dinámica y efectos sobre el rendimiento deportivo. A lo largo de las últimas décadas, diversos modelos han aportado perspectivas complementarias que permiten interpretar tanto la intensidad como la dirección de la respuesta ansiosa. En esta sección se presentan tres enfoques fundamentales: la teoría multidimensional de la ansiedad propuesta por Martens y colaboradores²⁸, el modelo direccional de Jones y Swain²¹⁷, centrado en la interpretación facilitadora o inhibidora de los síntomas, y la hipótesis de la U invertida junto con la teoría del catastrofismo, que abordan la relación no lineal entre activación y rendimiento⁹¹.

2.3.3.1 Teoría multidimensional de la ansiedad (Martens et al., 1990). La teoría multidimensional de la ansiedad, propuesta por Martens, Vealey y Burton²⁸, representa un ejemplo entre los modelos más influyentes en la psicología deportiva para explicar la experiencia ansiosa en contextos competitivos. Este enfoque plantea los TA son una entidad con múltiples facetas, que consisten en tres aspectos diferentes: pensamientos (ansiedad cognitiva), reacciones corporales (ansiedad somática) y percepción de capacidad (autoconfianza). La ansiedad cognitiva concierne a los aspectos mentales de la ansiedad manifestándose como preocupación dudas y pensamientos de fracaso relacionados sobre el desempeño; la somática, a las respuestas fisiológicas como taquicardia o tensión muscular; y la autoconfianza, al grado de seguridad percibida por el atleta para afrontar la competencia.

Diversos estudios recientes han validado esta estructura tridimensional en poblaciones deportivas, confirmando su utilidad para evaluar y comprender la ansiedad precompetitiva. Por ejemplo, Pineda-Espejel, López-Walle y Tomás²¹⁵ encontraron que los factores disposicionales y situacionales predicen de forma diferenciada cada dimensión del modelo, lo que refuerza su independencia estructural. Asimismo, Segura-Castro y colaboradores²¹⁶ demostraron que la autoconfianza actúa como modulador de la ansiedad cognitiva y somática, lo que respalda la inclusión de esta tercera dimensión como componente funcional del modelo.

Además, investigaciones como la de Ardura-González y de la Villa Moral-Jiménez⁹¹ han aplicado el modelo en futbolistas profesionales, evidenciando que la supervisión psicológica y la categoría competitiva influyen en los niveles de cada dimensión. Estos hallazgos sugieren que la teoría multidimensional permite no solo una evaluación más precisa del estado ansioso, sino también el diseño de intervenciones diferenciadas según el perfil emocional del deportista.

2.3.3.2 Modelo direccional de Jones & Swain (1992): interpretación facilitadora vs. Inhibidora. El modelo direccional de la ansiedad competitiva, propuesto por Jones y Swain²¹⁷, introduce una dimensión interpretativa clave: la

valencia subjetiva que los atletas asignan a sus síntomas ansiosos. A diferencia de modelos que se centran exclusivamente en la intensidad de la ansiedad, este enfoque distingue entre una interpretación facilitadora (cuando el atleta percibe la ansiedad como potenciadora del rendimiento) y una interpretación inhibidora (cuando se percibe como perjudicial).

Estudios recientes han confirmado la relevancia de esta distinción. Por ejemplo, González-Hernández y colaboradores²¹³ encontraron que atletas con alta autoeficacia tienden a interpretar sus síntomas ansiosos como facilitadores, lo que se asocia con mayor rendimiento y menor evitación cognitiva. Esta interpretación positiva se correlaciona con estrategias de afrontamiento activas y mayor resiliencia emocional.

Asimismo, Olmedilla y colaboradores⁴⁸ demostraron que la percepción direccional de la ansiedad varía según el nivel competitivo y el tipo de deporte. En disciplinas individuales, los atletas mostraron mayor tendencia a interpretar la ansiedad como inhibidora, mientras que en deportes colectivos predominó la interpretación facilitadora, especialmente en contextos de alta cohesión grupal.

Desde una perspectiva psicométrica, González-Barato y colaboradores²¹⁸ validaron una versión adaptada del CSAI-2 que incluye ítems direccionales, permitiendo evaluar no solo la intensidad de la ansiedad manifestada en los pensamientos y con reacciones en el cuerpo, además de su interpretación funcional. Este avance metodológico ha permitido una evaluación más precisa del impacto psicológico de la ansiedad en el rendimiento deportivo.

Además, se ha explorado la relación entre la interpretación direccional y la variabilidad cardíaca en atletas de élite, encontrando que quienes perciben la ansiedad como facilitadora presentan mayor regulación autonómica y menor reactividad fisiológica ante la competencia²¹⁹.

2.3.3.3 Hipótesis de la U invertida y teoría del catastrofismo. La hipótesis de la U invertida, también conocida como Ley de Yerkes-Dodson²²⁰, plantea que el vínculo entre el nivel de activación y la eficiencia en el desempeño se representa mejor mediante una forma de “U” invertida: niveles bajos de

respuesta generan bajo rendimiento por falta de estímulo, niveles moderados optimizan el desempeño, y niveles excesivos lo deterioran por sobrecarga emocional o fisiológica. Este modelo ha sido ampliamente utilizado en psicología deportiva para explicar cómo el estrés competitivo afecta el rendimiento según la complejidad de la tarea y el nivel de experiencia del atleta.

Estudios recientes han confirmado la vigencia de esta hipótesis. Por ejemplo, Calleja-González y colaboradores²²¹ demostraron que la activación fisiológica moderada se asocia con mayor precisión motora en deportes de alta exigencia, mientras que niveles extremos generan desregulación autonómica y errores técnicos. Asimismo, González-Hernández y colaboradores²¹³ encontraron que la percepción de activación óptima varía según el perfil psicológico del atleta, siendo más estrecho el rango funcional en deportistas con alta ansiedad rasgo.

Por otro lado, la teoría del catastrofismo²²² propone una evolución no lineal del rendimiento ante la activación: cuando la ansiedad cognitiva es elevada, un pequeño incremento en la activación somática puede provocar una caída abrupta y desproporcionada del rendimiento, en forma de colapso psicológico o fisiológico. Este modelo ha sido validado en contextos de alta presión competitiva, donde la interacción entre ansiedad cognitiva y somática genera efectos no graduales ni reversibles.

Olmedilla y colaboradores⁴⁸ aplicaron este enfoque en atletas de combate, observando que aquellos con baja tolerancia al estrés mostraban caídas súbitas en rendimiento tras superar el umbral de activación óptima. Además, se han identificado patrones de colapso en tareas de precisión bajo presión, especialmente en atletas con baja autoconfianza y alta reactividad fisiológica²¹⁸.

2.3.4 Factores predisponentes y moduladores

La ansiedad precompetitiva no se manifiesta de forma homogénea en todos los deportistas, sino que está modulada por un conjunto de elementos facilitantes y contextuales los cuales influyen a su intensidad, dirección e impacto sobre el rendimiento. Estos factores pueden ser de naturaleza estructural, disposicional o social, y su interacción configura perfiles emocionales diferenciados. En esta

sección se abordan tres grupos de variables que han demostrado relevancia empírica en estudios recientes: la modalidad o categoría de la disciplina deportiva, ya sea individual o de grupo, que condiciona el grado de exposición evaluativa y la percepción de control⁹¹; el nivel competitivo, edad, género y experiencia previa, que modulan la vulnerabilidad emocional y la capacidad de afrontamiento²²³; y las expectativas externas, presión social y clima motivacional, factores sociales que inciden directamente en la autoconfianza y la activación ansiosa^{223,224}.

2.3.4.1 Tipo de deporte (individual vs. colectivo). La naturaleza estructural del deporte practicado —individual o colectivo— constituye un modulador clave en la expresión de la ansiedad precompetitiva. Diversos estudios recientes han evidenciado que los deportistas que compiten en disciplinas individuales tienden a presentar sintomatología ansiosa más elevada, ya sea somáticamente y cognitivamente, a diferencia de los competidores que forman parte de un conjunto. Esta diferencia se atribuye, en parte, al grado de exposición evaluativa directa, la percepción de responsabilidad exclusiva sobre el resultado y la ausencia de apoyo inmediato durante la competencia^{207,226}.

En deportes individuales, la presión se concentra en el rendimiento personal, lo que incrementa la activación fisiológica y la rumiación anticipatoria. Por el contrario, en disciplinas colectivas, la asignación o delegación de las funciones de los participantes del grupo y la presencia de apoyo social inmediato parecen ejercer un efecto amortiguador sobre la ansiedad, favoreciendo niveles más bajos de activación emocional negativa²⁰⁸. No obstante, esta diferencia no implica una ventaja universal, ya que el tipo de afrontamiento y la percepción de control también varían según el perfil psicológico del atleta y el contexto competitivo.

2.3.4.2 Nivel competitivo, edad, género, experiencia previa. El nivel competitivo influye directamente en el grado de severidad y la valoración personal de la ansiedad antes de la competencia. Atletas de élite tienden a mostrar mayor autoconfianza y menor ansiedad cognitiva, mientras que deportistas en formación presentan mayor vulnerabilidad emocional ante eventos evaluativos⁹¹. La edad

también modula la respuesta ansiosa. En deportistas jóvenes, se ha observado una mayor activación somática y menor capacidad de reinterpretación funcional de los síntomas, lo que incrementa el riesgo de deterioro en el rendimiento²²⁷.

Respecto al género, los estudios muestran que las personas del sexo femenino tienden a informar una intensidad superior de sintomatología ansiosa del tipo somática, mientras que los varones presentan mayor ansiedad cognitiva. Estas diferencias se mantienen incluso al controlar por tipo de deporte y nivel competitivo²²⁶. La experiencia previa actúa como factor protector. Atletas con mayor trayectoria competitiva desarrollan estrategias de afrontamiento más eficaces y presentan menor reactividad emocional ante la presión²²⁸.

2.3.4.3 Expectativas externas, presión social, clima motivacional. Las expectativas externas provenientes de entrenadores, familiares o instituciones pueden intensificar la ansiedad precompetitiva, especialmente cuando se perciben como exigencias rígidas o evaluaciones constantes. Esta presión suele generar una activación cognitiva anticipatoria que interfiere con la concentración y la autoconfianza²²⁹. La presión social entre pares también incide en la vivencia ansiosa. Atletas jóvenes que compiten en contextos altamente comparativos tienden a experimentar mayor ansiedad somática, sobre todo cuando el reconocimiento grupal depende del rendimiento individual²²⁵. El clima motivacional es un modulador crítico. Un entorno centrado en el dominio y la mejora personal reduce significativamente los niveles de ansiedad, mientras que un clima orientado al resultado y la comparación social incrementa la ansiedad cognitiva y somática⁹¹. Además, el estilo interpersonal del entrenador, especialmente si promueve autonomía y apoyo emocional, se asocia con mayor autoconfianza y menor ansiedad precompetitiva. En contraste, estilos controladores elevan la desmotivación y exacerban la ansiedad en sus dos dimensiones²²⁵.

2.3.5 Impacto sobre el rendimiento deportivo

La ansiedad precompetitiva representa una variable de alto impacto en el rendimiento deportivo, cuya influencia no responde a patrones lineales ni homogéneos. Diversos estudios han demostrado que su efecto depende de la

intensidad del estado ansioso, la interpretación subjetiva que el atleta hace de sus síntomas y la capacidad de autorregulación cognitiva y motora. Esta sección aborda tres ejes fundamentales: la relación no lineal entre ansiedad y ejecución, los efectos diferenciales según la interpretación subjetiva del estado ansioso, y el riesgo de interferencia cognitiva y desregulación motora, todos ellos respaldados por evidencia empírica reciente que permite comprender la complejidad del vínculo entre ansiedad y desempeño^{230,231}.

2.3.5.1 Relación no lineal entre ansiedad y ejecución. El grado de asociación entre la sintomatología ansiosa previa a la competición y desempeño deportivo no sigue un patrón lineal. Diversos estudios han confirmado que una intensidad moderada de ansiedad puede favorecer la ejecución una tarea con mejor desempeño, por otro lado, pero si esta activación se vuelve extrema (ya sea muy alta o muy baja), el resultado es una caída en la eficacia. Este fenómeno se explica desde modelos como la teoría de la catástrofe, que propone una interacción entre ansiedad cognitiva y activación fisiológica, donde pequeñas variaciones pueden generar caídas abruptas en el desempeño²³⁰. Además, investigaciones recientes han demostrado que el rendimiento óptimo se alcanza cuando el atleta logra interpretar la activación ansiosa como funcional y energizante, dentro de un rango de activación controlada. En cambio, cuando la ansiedad se percibe como amenaza, incluso niveles bajos pueden interferir con la ejecución motora y la toma de decisiones²³¹.

Este enfoque no lineal exige una evaluación individualizada del estado ansioso, considerando no solo su intensidad, sino también su dirección psicológica y el contexto competitivo. La intervención psicológica debe orientarse a modular la activación sin eliminarla, favoreciendo una reinterpretación funcional que permita aprovechar su potencial facilitador²²⁹.

2.3.5.2 Efectos diferenciales según interpretación subjetiva del estado ansioso. La interpretación subjetiva del estado ansioso, es decir, si se percibe como facilitador o inhibidor, determina en gran medida su impacto sobre el rendimiento deportivo. Según el modelo de ansiedad-dirección propuesto por

Jones, no es la intensidad del estado ansioso lo que predice el desempeño, sino la valoración que el atleta hace de sus síntomas fisiológicos y cognitivos²³². Estudios recientes han confirmado que atletas que interpretan la ansiedad como señal de preparación o activación tienden a mostrar mayor autoconfianza y ejecución eficiente. En contraste, quienes la perciben como amenaza presentan mayor interferencia cognitiva, deterioro en la toma de decisiones y desregulación motora²³³.

2.3.5.3 Riesgo de interferencia cognitiva y desregulación motora. La ansiedad precompetitiva puede generar una interferencia cognitiva significativa, afectando procesos como la atención sostenida, la memoria operativa y la toma de decisiones en tiempo real. Esta interferencia se intensifica cuando la activación ansiosa supera el umbral funcional, provocando una sobrecarga de recursos ejecutivos que compromete la eficacia táctica y la anticipación motora²³⁰. En paralelo, se ha documentado un riesgo elevado de desregulación motora, especialmente en deportes que requieren precisión fina o coordinación visomotora. La hiperactivación fisiológica asociada a la ansiedad puede alterar la secuencia motora automatizada, generando movimientos erráticos, bloqueos o ejecuciones imprecisas²²⁹. Estudios recientes en neurodesarrollo y psicomotricidad han confirmado que la ansiedad intensa puede alterar la integración sensorial y la retroalimentación propioceptiva, afectando la fluidez motora incluso en atletas entrenados. Este fenómeno se ha observado tanto en contextos clínicos como en competiciones de alto rendimiento²³⁴.

2.3.6 Evaluación empírica del constructo

La evaluación empírica de la ansiedad precompetitiva ha evolucionado hacia modelos psicométricos robustos que permiten distinguir entre sus componentes cognitivos, somáticos y de autoconfianza. El instrumento más utilizado para esta medición es el Competitive State Anxiety Inventory-2 (CSAI-2), cuya validez trifactorial ha sido confirmada en múltiples contextos deportivos. En esta sección se abordan dos aspectos fundamentales: la mención puntual del CSAI-2 como instrumento validado para medir ansiedad cognitiva, somática y

autoconfianza, y las adaptaciones culturales y validaciones psicométricas recientes, que han permitido su aplicación confiable en poblaciones latinoamericanas, incluyendo atletas mexicanos^{232,235}.

2.3.6.1 Competitive State Anxiety Inventory-2 (CSAI-2). El *Competitive State Anxiety Inventory-2* (CSAI-2) es el instrumento más validado para evaluar la ansiedad precompetitiva en tres dimensiones: cognitiva, somática y autoconfianza. Su estructura trifactorial ha sido confirmada en atletas universitarios y profesionales, mostrando alta fiabilidad interna ($\alpha > .80$) y adecuada invarianza factorial por género²³⁵.

La versión mexicana del CSAI-2 ha demostrado sensibilidad para captar tanto la intensidad como la dirección de los síntomas ansiosos, lo que permite distinguir entre ansiedad facilitadora e inhibidora²³². Además, su aplicación ha sido extendida a disciplinas acuáticas, colectivas e individuales, con resultados consistentes en validez discriminante²⁰⁷. Otros estudios han respaldado su uso en entornos clínicos y deportivos, destacando su utilidad para diseñar intervenciones psicológicas basadas en el perfil ansioso del atleta²³⁶.

2.4 Rendimiento Deportivo

El deporte de competición se caracteriza por la variable de rendimiento, la cual solo se alcanza satisfaciendo las altas exigencias físicas, técnicas y psicológicas. Al requerir este nivel de excelencia, el deportista está sometido a un intenso estrés y a riesgos inherentes si no se gestiona correctamente²³⁷.

Diferentes autores han conceptualizado el término de rendimiento deportivo. El rendimiento deportivo ha sido conceptualizado desde diversas perspectivas. Por un lado, se ha definido como la materialización de las potencialidades del atleta en un contexto competitivo²³⁸. Sin embargo, Martin²³⁹ lo describe como una consecuencia del desempeño deportivo que le permite al individuo sobresalir en el medio competitivo.

2.4.1 Condiciones del rendimiento deportivo

Antes de crear un plan de entrenamiento para mejorar el rendimiento, se deben identificar ciertas condiciones previas. Según Martin, Carl y Schilling²⁴⁰ hay dos tipos de factores: los propios del deportista y los ajenos a él. Los factores individuales son la base personal del rendimiento, formada por la herencia genética y las vivencias del entorno²⁴⁰. El grado en que el entrenamiento puede cambiarlas es limitado, ya que están muy influenciadas por la herencia y el ambiente pasado. Por ello, es crucial saber qué tan entrenable es el atleta.

De esta forma, es un requisito previo para el diseño de planes para entrenar determinar la capacidad de respuesta (entrenabilidad) determinar las capacidades del atleta, considerando condiciones físicas y psicológicas, lo cual resulta coincidente con hallazgos actualizados que resaltan la relevancia de ajustar los programas de entrenamiento a las características individuales y funcionales del atleta^{241,242}. Además, dentro de los requisitos individuales, se identifican aquellas capacidades que pueden ser medidas y observadas con facilidad, entre las que se encuentran la resistencia física, la ejecución técnica y estrategia deportiva. Otra particularidad de los factores de desempeño individual es que se encuentran altamente interconectadas entre sí²⁴⁰, lo que ha sido respaldado por estudios que subrayan la interacción entre componentes físicos y técnicos en el rendimiento deportivo^{44,243}.

Las aplicaciones estratégicas de este conocimiento incluyen el estudio de las causas y efectos, la previsión de rendimiento futuro, el diagnóstico de las capacidades del atleta y la correcta planificación de su entrenamiento, es fundamental analizar las variables que afectan el desempeño no visibles directamente, las cuales operan de manera independiente. Estas incluyen particularmente los sistemas biológicos, cuya funcionalidad son un factor determinante de la capacidad física y en el deporte del atleta, y además, se encuentran en constante interacción con su estado psicológico^{42,240}. Es crucial reconocer que el desempeño máximo de un atleta o equipo no solo está sujeto a aspectos internos, si no también de las de elementos ambientales, estos se

dividen en recursos materiales y sociales. Los factores materiales tienen un impacto indirecto y, apensar de que el entrenamiento no los altera, pueden modificarse para optimizar el proceso ^{240,245}. Por su parte, los factores sociales (elementos externos al entrenamiento) ejercen una fuerza doble (directa e indirecta) y tienen la capacidad de maximizar el desempeño²⁴⁰, en línea con estudios que destacan el papel de los contextos organizacionales, sociales y psicológicos en la eficacia de los programas de entrenamiento^{31,246}.

2.4.2 Factores influyentes

El desempeño atlético es susceptible de verse influido por una diversidad de variables que han sido ampliamente investigadas, y cuya caracterización se organiza en tres categorías: a) personales, b) ambientales y c) institucionales²⁴⁷. Los factores individuales, comprenden las condiciones personales del deportista que deben ser potenciadas para lograr una práctica competitiva eficaz, tales como la condición física, la integración funcional entre el sistema nervioso y los músculos, las capacidades de ejecución, la inteligencia táctica, la condición de bienestar integral y los rasgos psicológicos internos. Los factores colectivos, corresponden al entorno inmediato del atleta, incluyendo elementos como la combinación de recursos materiales, el equipo técnico accesible, aspectos climáticos, la nutrición, los elementos sociales (público y las interacciones sociales) y el nivel de competitividad. Finalmente, los factores institucionales, se ubican fuera del control directo del deportista y del entrenador, y responden a dinámicas organizacionales como cambios estructurales, movimientos en el cuerpo técnico o decisiones presupuestarias que pueden incidir indirectamente en el rendimiento²⁴⁷.

No obstante, Lorenzo y Sampaio²⁴⁸, añaden que aparte de la formación física, estratégica y mental del atleta, existen áreas adicionales que resultan fundamentales para la máxima optimización del desempeño atlético, entre los que destacan la genética y el entorno. La genética abarca tanto características

antropométricas como la estatura, la flexibilidad, la potencia y la velocidad desarrolladas desde edades tempranas, como las disposiciones de características psicológicas estables que capacitan al atleta a mantener una regulación emocional efectiva, mantenerse regulado y afrontar con eficacia situaciones de estrés o dificultad propias del ámbito competitivo. En cuanto al ambiente, uno de los factores determinantes es la preparación, cuya eficiencia y organización estratégica deben orientarse a estimular al deportista, retroalimentar sobre su desempeño y guiarlo en la corrección de aspectos técnicos o tácticos. Además, el entrenamiento debe asemejar lo más posible las condiciones reales de competencia, preparando al individuo para dominar sus habilidades bajo presiones. Otras variables ambientales consideradas por Lorenzo y Sampaio²⁴⁸ incluyen la capacidad de ser entrenado, junto con el impacto de los factores culturales, la disponibilidad de recursos, la capacidad económica, entre otros.

2.5 La psicología y el Deporte

La psicología se define como la disciplina científica que estudia el comportamiento humano y los procesos mentales²⁴⁹, sirve de base a la Psicología del Deporte. Esta subdisciplina aplicada se enfoca en los factores psicológicos que inciden en el rendimiento y el ejercicio físico, así como en los efectos de estas actividades sobre el bienestar de los atletas^{250,251}. Es un campo interdisciplinario que integra conocimientos sobre motivación, ansiedad y regulación emocional^{250,251}.

Aunque su delimitación conceptual es debatida, se considera una especialidad orientada al estudio y la intervención en los procesos psicológicos de deportistas, entrenadores y equipos^{252,253}. Hay un consenso en que se deriva de la Psicología, y su propósito principal es la investigación científica sobre el comportamiento en el ámbito deportivo^{20-23,25,26,254}. Se reconoce que los deportistas presentan características psicológicas distintas²⁷. Baechle y Earle²¹, indican que busca comprender la influencia de los procesos del comportamiento en el desarrollo motor y mejorar el rendimiento aplicando conocimiento teórico.

Martens²⁵⁵ subraya la necesidad de construir teorías únicas a partir de la observación del comportamiento deportivo.

La Psicología del Deporte abarca diversas funciones, como estudiar y adaptar las bases psicológicas al ejercicio^{22,25}, y valorar la influencia de los factores mentales en el rendimiento^{26,34}. Se centra en el alto rendimiento³⁵ sin descuidar la resolución de problemas ni los efectos sobre la salud^{20,25}. Reflexiona sobre la aplicación de teorías psicológicas en el deporte, existiendo una necesidad de dedicar más tiempo a la observación del comportamiento en el deporte y, a partir de ahí, construir teorías únicas y así no sólo transformar las teorías existentes al deporte. Interviene en deportistas y entrenadores para mejorar el rendimiento y la calidad de vida^{22,35}, promueve la investigación²³ y forma profesionales²².

Un dato de relevancia es que la APA considera a la Psicología Deportiva como la división 47, reconociéndose como un campo científico formal. Este paso supone un importante avance, ya que no siempre se ha considerado como una subdisciplina aceptada y el ámbito deportivo infravaloraba el componente psicológico en el desempeño de los deportistas^{29,253}. Hoy en día, ha logrado el reconocimiento como especialidad profesional en ambos continentes (América y Europa), no obstante, es importante señalar que su evolución ha avanzado a ritmos diferentes. La percepción de esta disciplina varía geográficamente: en EE.UU., se enfoca desde la óptica de las Ciencias del Deporte, mientras que Europa se establece como una rama de la Psicología que se nutre de sus principios esenciales^{34,25,252}. De manera más concreta en el territorio español, la implantación de la psicología deportiva varía significativamente entre regiones. Donde más desarrollo o presencia tiene es en el caso de los antiguos Institutos Nacionales de Educación Física (INEF), actuales Facultades de Ciencias de la Actividad Física y del Deporte, donde se contemplaba dentro del plan de estudios²⁵⁶. Viadé-Sanzano y colaboradores²⁵ proponen la Psicología del Rendimiento Deportivo, una subdisciplina enfocada en la mejora del desempeño^{25,42,257}. La

conducta deportiva, al estar sujeta a normas, requiere una metodología diferente a la Psicología habitual^{25,32}. La importancia de los factores psicológicos en el deporte es el motivo fundamental de su surgimiento²⁰.

2.5.1 Evolución de la Psicología del Deporte

El estudio de la evolución de la Psicología del Deporte es esencial para comprender su estado actual y sus líneas futuras. Su desarrollo histórico se estructura en bloques que inician a finales del siglo XIX^{20,25,26}.

Las clasificaciones de González²⁰, Viadé-Sanzano²⁵, y la de Weinberg y Gould²⁶ coinciden en situar los inicios entre finales del siglo XIX y principios del XX, destacando el experimento de Triplett²⁵⁹, que demostró cómo la presencia de un rival mejora el rendimiento²⁶. Esta etapa inicial vio la fundación de los primeros laboratorios especializados, como el de Carl Diem en Berlín (1920) y el de Griffith en EE. UU. (1925), siendo este último crucial en la "época de Griffith" (1921–1938) por su intensa producción científica²⁶⁰.

Posteriormente, entre 1939 y 1965, se consolidó el enfoque académico con figuras como Franklin Henry y la celebración del I Congreso Internacional de Psicología del Deporte en Roma (1965), que marcó el inicio de la consolidación institucional^{20,25,26}. Entre 1966 y 1977 se intensificó el estudio de los factores psicológicos en el rendimiento y la influencia de la actividad física en el bienestar, seguido por un crecimiento sostenido de la relevancia científica y profesional entre 1978 y 2000. Desde el año 2000, la disciplina vive una etapa contemporánea con alta producción científica y atención institucional^{20,25,26}. En España, destaca la labor de José María Cagigal (1957–1981), quien impulsó su inclusión en el plan de estudios del INEF (1961), promovió centros de medicina deportiva y fomentó asociaciones en los años 60 y 70²⁰.

2.5.2 La importancia de la Psicología del Deporte y el futuro de esta disciplina

La Psicología del Deporte ha adquirido un papel estratégico para la comprensión y optimización del rendimiento en el ámbito deportivo actual³⁶. Ha demostrado su eficacia en la mejora del rendimiento de atletas de élite mediante técnicas psicológicas específicas^{37,38}. Variables como la autoeficacia, la regulación emocional y el apoyo social se consideran determinantes en contextos competitivos^{261,262}. Se estima que los factores psicológicos pueden representar hasta el 50% del potencial de un deportista²⁰. La necesidad de investigar el peso de estas habilidades por modalidad deportiva es crucial, ya que el deportista no compite aislado de sus emociones ni de su entorno^{39,40,263}.

La investigación ha permitido desarrollar instrumentos precisos para evaluar el estado de ánimo y el estrés en el rendimiento de alto nivel^{35,41}. Factores como la regulación emocional y el apoyo social protegen contra el desgaste psicológico^{261,262}. Las investigaciones neuropsicológicas refuerzan el valor del entrenamiento mental, demostrando su capacidad para modular la actividad cerebral bajo presión²⁶⁴.

Uno de los mayores motivos para la existencia de esta disciplina reside en ofrecer evidencia científica y datos objetivos sobre la efectividad o no de las diferentes variables psicológicas. Además, el desarrollo de diversas técnicas fruto de la investigación en este área permite incidir sobre la condición psicológica del deportista con el objetivo de potenciar su rendimiento deportivo al máximo²⁰. El deportista es el principal foco de atención dentro del deporte, pero la Psicología del Deporte también abarca otros estamentos involucrados, como entrenadores, ejecutivos o árbitros^{14,25}. A su vez, se encarga de transmitir conocimiento y estrategias a nivel psicológico a todos los participantes en el deporte⁴². El principal valor de esta disciplina es ofrecer evidencia científica objetiva sobre la efectividad de las variables psicológicas e incidir en la condición psicológica para potenciar el

rendimiento²⁰. El enfoque no solo está en el deportista, sino también en entrenadores, ejecutivos y árbitros, a quienes se transmiten estrategias psicológicas^{14,25,42}.

En cuanto al futuro de la Psicología del Deporte, diversos autores anticipan transformaciones significativas^{18,20}. Se proyecta una atención creciente al alto rendimiento y un aumento en la demanda de psicólogos especializados²⁶¹, lo que requerirá una formación más rigurosa para profesionales, entrenadores y atletas. La investigación se orientará hacia un enfoque más práctico e interdisciplinario, integrando variables fisiológicas, psicológicas y sociales²⁶¹. Además, se prevé una ampliación del campo de acción hacia poblaciones vulnerables, con la necesidad de desarrollar intervenciones adaptadas y culturalmente sensibles^{262,263}. García^{37,14} sugiere una mayor interacción con la neurociencia para fortalecer la comprensión de la correlación cuerpo-mente, lo que podría llevar a la diversificación de subdisciplinas especializadas, como una eventual "Psicología del Fútbol"²⁶⁴.

2.5.3 Funciones y aportes del psicólogo del deporte en la alta competición

Existe consenso en que el psicólogo del deporte requiere una formación especializada complementaria a su base en Psicología^{20,52,53}. Su labor se centra en descifrar las particularidades psicológicas de los atletas con alto rendimiento⁵⁴ y es percibida como esencial para el control de variables que determinan el desempeño. Entrenadores de fútbol, por ejemplo, confirman en altos porcentajes que este profesional aumenta el rendimiento, ayuda a técnicos y deportistas, y debería formar parte del cuerpo técnico, aunque a menudo desconocen sus funciones específicas^{55,34}.

La función del psicólogo ha evolucionado de la evaluación y el diagnóstico inicial a una presencia más directa y práctica, enfocada en la mejora del rendimiento^{20,56}. Trabajan junto a los entrenadores para lograr un estado

psicológico ideal⁴¹. Sus funciones se agrupan en dos grandes vertientes: la investigación científica y la aplicación práctica²⁰. Específicamente, colaboran con el deportista en el dominio del estrés para lograr una reorganización emocional y conductual que favorezca el rendimiento²⁴.

Los servicios que ofrece el psicólogo del deporte se dividen en tres grandes rubros: educación, investigación y aplicación, a modo de asesoramiento^{20,26,61}. En la alta competición, sus funciones específicas incluyen la formación de otros psicólogos y profesionales vinculados al alto rendimiento, el asesoramiento y la supervisión a otros profesionales dentro del equipo multidisciplinar, y actuar como agente directo en el entrenamiento psicológico del deportista de alto nivel²⁵. Este profesional es cada vez más demandado^{35,65}, y su papel se entiende como un apoyo para el cuerpo técnico y otros profesionales relacionados con el ámbito deportivo⁶⁶. Su intervención se dirige a todos los estamentos implicados, como deportistas, entrenadores, directivos o árbitros¹⁴. La colaboración entre entrenadores, deportistas y el psicólogo es fundamental desde las etapas iniciales, y el rechazo hacia el entrenamiento psicológico ha disminuido debido a un mayor conocimiento sobre su aplicación^{36,61}. Lo ideal es que un programa de entrenamiento psicológico cuente siempre con la intervención de un psicólogo del deporte^{270,71}.

2.5.4 Vinculación teórica entre ansiedad, depresión y rendimiento deportivo

La interacción entre la ansiedad, la depresión y las variables cognitivas es un eje teórico fundamental que influye en la ejecución motora, la toma de decisiones y la resiliencia del atleta^{91,261}. La ansiedad precompetitiva es una respuesta emocional anticipatoria y multidimensional (somática, cognitiva y motivacional) cuya dirección e intensidad determinan su impacto en el rendimiento^{28,217}. Paralelamente, la depresión afecta la motivación, la energía y la regulación afectiva, comprometiendo la adherencia al entrenamiento y la autoeficacia^{143,162}.

Las variables cognitivas que influyen el desempeño de atletas (como la autoconfianza, la percepción de control, la regulación emocional y la motivación) actúan como moduladores clave de la ansiedad precompetitiva y como factores protectores contra la depresión^{216,235}. Los atletas con acompañamiento psicológico logran reinterpretar los síntomas ansiosos como activación funcional, mostrando menor interferencia cognitiva y mejor desempeño bajo presión^{216,235}. Instrumentos como el CSAI-2R y el CPRD-F evalúan estos perfiles para diseñar intervenciones ajustadas^{91,232}. Se ha comprobado que una mayor autoconfianza y percepción de control se asocian a niveles más bajos de ansiedad debilitante y mayor estabilidad emocional durante la competencia²⁰⁸.

La comorbilidad entre ansiedad y depresión es un desafío, pues aumenta el riesgo de deterioro psicológico y abandono deportivo^{140,265}; más del 50% de los atletas con trastornos afectivos cumplen criterios para trastornos de ansiedad^{233,234}. Por ello, la psicología deportiva debe concebir el rendimiento como un fenómeno multidimensional, que resulta del equilibrio entre exigencias, vulnerabilidad emocional y habilidades psicológicas entrenables. La intervención psicológica no debe limitarse a la gestión del estrés, sino integrarse como un componente estructural del entrenamiento, con un enfoque preventivo, clínico y optimizador, dado que los factores psicológicos pueden representar hasta el 50% del potencial de rendimiento de un deportista^{20,261}.

Capítulo III. Método

3.1 Línea de Investigación

El estudio actual forma parte del campo de la psicología del deporte, la cual se enfoca en indagar, caracterizar y explicar los fenómenos cognitivos relacionados al desempeño de deportistas, la motivación, la ansiedad y otros factores que intervienen en el rendimiento de los deportistas de primera división. Según Weinberg y Gould²⁶, la psicología deportiva se ha consolidado como una subdisciplina esencial para comprender cómo los elementos cognitivos que subyacen al rendimiento de deportistas y cómo la práctica de un deporte, a su vez, impacta en el funcionamiento cognitivo óptimo de los deportistas^{6,266}.

Desde el campo de la psicología del deporte, diversos estudios han destacado la importancia de abordar no solo los aspectos relacionados con el rendimiento físico, sino también aquellos elementos cognitivos que impactan en el resultado deportivo. Por ejemplo, investigaciones recientes han demostrado que la la sintomatología ansiosa antes de la competición podría ejercer una influencia notable en el desempeño deportivo de los competidores, afectando su concentración, motivación y autoconfianza⁶³; así mismo, se ha encontrado que la cohesión de equipo y el apoyo social son factores protectores que pueden mejorar el rendimiento y el bienestar de los deportistas¹⁰⁰.

En esta línea de investigación, el estudio de elementos como la motivación, la confianza en sí mismos y la gestión de estresores representan ser predictores positivos de el máximo desempeño y crecimiento individual sobresaliente de los deportistas^{60,267}. Estos factores no solo son relevantes para el tratamiento de problemas psicológicos, sino también para la promoción de la salud mental y la prevención de trastornos en el contexto deportivo^{60,267,268}.

Por otro lado, dentro de la psicología del deporte, este trabajo investigativo es ubicado dentro de la sublínea de investigación de variables cognitivas relacionadas al desempeño en el deporte, en la cual se ha demostrado que la depresión y la ansiedad son variables críticas que pueden influir significativamente en el desempeño de los atletas. Estudios recientes han encontrado que la frecuencia de aparición de indicadores ansiosos o depresivos es alta dentro de los futbolistas profesionales, especialmente en aquellos que compiten a niveles de alta exigencia⁸³. Estos trastornos menoscaban el bienestar emocional de los atletas, al igual que también pueden tener un efecto sobre su rendimiento deportivo, disminuyendo su capacidad de concentración, motivación y autoconfianza²⁶⁹.

En este sentido, el vínculo entre la ansiedad y el desempeño de deportistas tiene gran evidencia empírica, y se ha encontrado que la ansiedad precompetitiva puede afectar negativamente el desempeño de los futbolistas. La ansiedad puede manifestarse en síntomas físicos como taquicardia y sudoración excesiva, así como en síntomas psicológicos como pensamientos negativos y falta de concentración^{28,60}. Además, la depresión puede llevar a una disminución en la motivación y el interés por el deporte, lo que a su vez afecta el rendimiento en competencias²⁶⁸.

3.2 Metodología Utilizada

El presente estudio se enmarca en un enfoque cuantitativo, definida por la recopilación y el análisis de información estadística para hallar vínculos y tendencias entre factores^{156,270}. Esta metodología posibilita una evaluación exacta y neutral de los aspectos estudiados, lo que facilita extrapolar los resultados a una población más amplia^{271,272}.

En el contexto de esta investigación, el enfoque cuantitativo es adecuado para evaluar la asociación entre la sintomatología ansiosa y la depresión en las

variables cognitivas asociadas al desempeño de futbolistas del Club Tijuana Xoloitzcuintles, ya que permite cuantificar los niveles de estos factores psicológicos y su impacto en variables específicas del rendimiento deportivo, para ello se utilizaron herramientas de evaluación consistentes y validados en otros contextos^{100,273-275}.

Durante el levantamiento de información, se empleó la técnica cuantitativa de encuesta, una herramienta cuantitativa eficaz para obtener información de un gran número de participantes de manera sistemática y estructurada²⁷⁶. En este estudio, se emplearon cuestionarios estandarizados como el BDI²⁷³, el BAI²⁷⁴ el CSAI-2²⁷⁵, y el CPRD¹⁰⁰. Estos instrumentos han sido validados y son ampliamente utilizados en la investigación psicológica y deportiva, lo que garantiza la fiabilidad y validez de los datos recolectados.

El alcance de esta investigación es correlacional²⁷⁷, lo que implica que se busca identificar y analizar la relación entre dos o más variables sin manipularlas directamente. Debido a que el objetivo de la investigación es establecer la conexión entre la sintomatología ansiosa, la depresión, y los atributos mentales vinculados al desempeño atlético en jugadores de fútbol del Club Tijuana Xoloitzcuintles, se empleó el diseño correlacional el cual permite determinar la fuerza y dirección de las asociaciones entre estas variables, proporcionando una visión más clara de la manera en que las variables cognitivas impactan en la ejecución deportiva.

El diseño de este estudio es de carácter observacional (no experimental), lo que implica que no se manipulan los factores independientes ni se asignan aleatoriamente los participantes a diferentes condiciones experimentales²⁷⁶. En su lugar, se observa y mide el estado natural de las variables tal como se presentan en el contexto real de los futbolistas. Este diseño es adecuado para estudios correlacionales y descriptivos, cuya meta es identificar y describir las asociaciones entre factores sin intervenir en ellas, en este sentido, la elección de un diseño no

experimental permite obtener datos en un entorno natural, proporcionando una visión más auténtica de las dinámicas estudiadas.

El estudio se llevará a cabo con un diseño transversal, lo que indica que la recolección de información se va a realizar en un solo punto temporal. Este enfoque permite obtener una “fotografía” de los factores de interés en una ocasión concreta²⁷⁷, facilitando la identificación de asociaciones entre la sintomatología ansiosa, la depresión y el desempeño de deportistas en fútbol. Este diseño proporciona información valiosa sobre la prevalencia y correlación de las variables cognitivas vinculadas al deporte, así como sobre el estado actual de los futbolistas en términos de ansiedad, depresión y rendimiento deportivo, lo que permite realizar análisis detallados y relevantes.

La epistemología subyacente a esta investigación es el positivismo, una doctrina que afirma que el conocimiento legítimo proviene de la experiencia observable y la lógica. El positivismo enfatiza la objetividad, la replicabilidad y la verificación de los hallazgos mediante métodos científicos. En este estudio, se aplicará el método científico, lo cual abarca la postulación de supuestos, la recopilación, exámen de la información, y el discernimiento de las conclusiones con orden y precisión¹. Este enfoque garantiza que los hallazgos sean fiables y puedan contribuir al cuerpo de conocimiento existente en la psicología del deporte. La aplicación del positivismo en esta investigación permite abordar de manera objetiva y sistemática las relaciones entre la ansiedad, la depresión y el rendimiento deportivo, proporcionando un fundamento robusto para el trabajo futuro de investigación y la implementación práctica en el sector deportivo.

3.3 Diseño metodológico

La investigación básica se ha utilizado para adquirir conocimientos fundamentales sobre los fenómenos psicológicos relacionados con la depresión y la ansiedad en deportistas de alto rendimiento. Este enfoque es esencial para proporcionar una base teórica sólida que permita comprender mejor estos

trastornos y su impacto en el rendimiento deportivo²⁷⁷. Según Creswell y Creswell²⁷⁸, la investigación básica es crucial para el avance del conocimiento científico, ya que sienta las bases para futuras investigaciones aplicadas.

El alcance correlacional se ha empleado para medir y analizar el grado de asociación entre variables como la sintomatología ansiosa, la depresión y las variables cognitivas relacionadas con el desempeño deportivo. Este tipo de investigación permite identificar patrones y asociaciones sin manipular las variables, lo que es útil para hacer predicciones y evaluar relaciones en contextos donde la experimentación no es posible²⁷⁹. Hernández Sampieri y colaboradores²⁷⁷ destacan que el alcance correlacional ofrece un entendimiento más detallado de la forma en que se relacionan las variables.

El levantamiento de datos de campo se ha utilizado para recolectar información directamente en el entorno natural de los jugadores de fútbol. Este método, que incluye observaciones directas, entrevistas y encuestas, permite obtener datos primarios que reflejan la realidad del contexto estudiado²⁸⁰. Creswell y Creswell²⁷⁸ señalan que este enfoque es crucial para obtener una visión auténtica y detallada de los fenómenos investigados, ya que los datos recolectados en el campo son más representativos y menos susceptibles a sesgos.

El razonamiento empírico-racional combina la experiencia sensorial con la lógica para generar conocimiento. Este enfoque parte de la observación empírica y utiliza el razonamiento lógico para interpretar y validar los datos, integrando tanto la inducción como la deducción en el proceso de investigación²⁸¹. Hernández-Sampieri y colaboradores²⁷⁷ destacan que este tipo de razonamiento es fundamental para la construcción de teorías sólidas y bien fundamentadas, ya que permite una validación rigurosa de las hipótesis.

Finalmente, se han utilizado los métodos inductivo y deductivo de manera complementaria. La inducción procede de lo particular a lo universal para establecer principios, en contraste con la deducción, que inicia con axiomas

generales para obtener resultados concretos. En esta investigación, el método inductivo se ha utilizado para generar hipótesis, y el método deductivo para verificarlas, proporcionando un conocimiento más exhaustivo del fenómeno de interés²⁸¹. Según Creswell y Creswell²⁷⁸, la combinación de estos métodos permite una aproximación más robusta y exhaustiva al objeto de estudio.

3.4 Población

La totalidad de sujetos sobre el que se realizará la investigación se conforma por los jugadores de fútbol del Club Xoloitzcuintles de Tijuana perteneciente a la Primera División en México en la “Liga Mx”, de sexo masculino de carácter profesional, para tal fin, se consideró a los jugadores que integraron el equipo durante el transcurso de la temporada de apertura y clausura 2024 (mexicanos y extranjeros).

El grupo de estudio abarcó a 24 deportistas masculinos del plantel principal de un equipo de la Primera División, quienes demostraron haber jugado partidos en esa liga.

Se realizará una entrevista inicial a los jugadores, para establecer el rapport, donde, además se les explique el objetivo del estudio, la metodología y el anonimato de sus datos, el proceso de aplicación de los instrumentos, la participación será voluntaria sin coacción ni presión por la entidad deportiva o el equipo de entrenadores.

3.5 Procedimiento de selección de la muestra

La extensión de la población está determinado por el registro de jugadores ante la federación mexicana de fútbol⁷², cumpliendo con los requisitos estipulados por esta, de estos solo se realizará la aplicación a los 24 que quedan como parte de la plantilla registrados ante la Liga Mx en el equipo principal.

3.5.1 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

3.5.1.1 Criterios de inclusión. Para desarrollar criterios de inclusión en una tesis que examina la identificación de indicadores de tristeza profunda y sintomatología ansiosa en jugadores de fútbol de primera división del Club Tijuana Xoloitzcuintles, se pueden considerar los siguientes aspectos:

Jugadores que forman parte del equipo titular de la institución deportiva Xoloitzcuintles.

3.5.1.2 Criterios de exclusión.

- Jugadores de la U23 (SUB-23)
- Jugadores dados de baja entre el torneo de apertura y clausura
- Jugadores que se incorporen al equipo después de la evaluación

3.6 Participantes

En esta sección se describen los participantes del estudio y sus roles dentro del contexto del estudio. El universo de estudio está conformado por la totalidad de jugadores de fútbol del Club Xoloitzcuintles de Tijuana, que compiten en la Primera División de México en la "Liga MX". Estos jugadores son de sexo masculino, se incluyen tanto a jugadores mexicanos como extranjeros que participaron en el equipo durante la temporada de apertura y clausura 2024.

El grupo de sujetos de estudio abarca a 24 atletas de fútbol que han intervenido en partidos de Primera División, los cuales fueron seleccionados de acuerdo con el registro de jugadores ante la Federación Mexicana de Fútbol (FMF), cumpliendo con los requisitos estipulados por esta⁷². Por consiguiente, la población es masculina, estando constituida en mayoría por jugadores de nacionalidad mexicana, así como argentina, colombiana, chilena, paraguaya y México-americana. Su edades oscilan entre los 21 y 44 años, con un promedio de 26.9, jugando en posiciones como centrocampistas, mediocampistas, defensas, porteros, delanteros, laterales derechos y lateral izquierdo.

Para ello se realizó una entrevista inicial a los jugadores para establecer el rapport, durante esta entrevista, se les explicó el objetivo, la metodología y el anonimato de sus datos detallando el proceso de aplicación de los instrumentos. La participación fue voluntaria, sin coacción ni presión por parte del club o del cuerpo técnico.

Los participantes, en su rol de futbolistas profesionales, aportarán información valiosa sobre sus experiencias y sentimientos asociados a la ansiedad y la depresión en el contexto competitivo. Su contribución se vuelve importante para entender cómo estas variables cognitivas afectan su rendimiento y bienestar general. Los datos recolectados por medio de cuestionarios permitirán obtener una visión integral de las características psicológicas de los jugadores y su efecto en factores asociados al desempeño deportivo.

3.7 Técnicas e Instrumentos empleados

En este apartado, se especifican las herramientas de medición empleados para la medición de las variables del estudio: ansiedad²⁷⁴, depresión²⁷³, ansiedad precompetitiva²⁷⁵ y características psicológicas asociadas al rendimiento deportivo¹⁰⁰.

3.7.1 El Inventario de Depresión de Beck (BDI)

El BDI-II²⁷³ tiene 21 reactivos que miden sintomatología depresiva, como anhedonia, desinterés en las cosas, cambios en el apetito y sentimientos de inutilidad. Cada ítem se pondera en un rango del cero al tres, en la cual el cero señala nula sintomatología y tres representa la manifestación grave del síntoma. El BDI-II es fácil de administrar y puede completarse en aproximadamente 5 a 10 minutos, lo que lo hace adecuado para su uso en entornos clínicos y de investigación.

Una de las principales características psicométricas del BDI es su alta fiabilidad. Los estudios han mostrado que el BDI tiene una consistencia interna elevada, con coeficientes alfa de Cronbach que suelen superar el 0.80. Esto indica

que los ítems del inventario son coherentes entre sí y miden de manera consistente el constructo de la depresión. Por ejemplo, en un estudio realizado por Estrada, Delgado, Landero y González²⁸², se encontró un coeficiente alfa de 0.90, lo que respalda la consistencia interna del instrumento. Además, otros estudios han reportado coeficientes similares, como el de Astudillo y Quezada²⁸³, que encontró un alfa de 0.86 en una muestra de adolescentes ecuatorianos.

En cuanto a la validez, el BDI ha demostrado una fuerte validez de convergencia y discriminación entre constructos. La validez convergente se refiere a la correlación del BDI con otros instrumentos que miden la depresión, como la Escala de Depresión de Hamilton²⁸⁴. Por otro lado, la validez discriminante se observa en la capacidad del BDI para diferenciar entre la depresión y otros trastornos psicológicos, lo que refuerza su utilidad clínica²⁸⁵. Por ejemplo, un estudio reciente reportó que el BDI muestra una alta validez al converger con otros instrumentos de evaluación depresiva, y una buena capacidad para discriminar entre pacientes deprimidos y no deprimidos²⁸⁶, lo cual refuerza la utilidad del BDI en contextos clínicos y de investigación.

3.7.2 *Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)*

Desarrollado por Beck, Epstein, Brown y Steer²⁷⁴, el BAI es una herramienta ampliamente utilizada para determinar la intensidad de la sintomatología ansiosa general en las personas. Este inventario consta de 21 reactivos que miden manifestaciones típicas de la ansiedad general, tales como taquicardia, sudor, sacudidas y temor. Cada uno de los reactivos es evaluado en una numeración del 0 al tres, en la cual el cero señala que no hay síntomas y tres implica una manifestación grave. El BAI es fácil de administrar y puede completarse en aproximadamente 10 minutos, lo que lo hace adecuado para su uso en entornos clínicos y de investigación.

En cuanto a sus características psicométricas, el BAI ha demostrado ser una herramienta altamente confiable y válida. La fiabilidad del BAI se ha evaluado

en numerosos estudios, mostrando una consistencia interna elevada con coeficientes alfa de Cronbach que suelen superar el 0.90^{284,285}. Esto indica que los ítems del inventario son coherentes entre sí y miden de manera consistente el constructo de la ansiedad. Además, el BAI ha mostrado una buena validez tanto de convergencia como discriminante. La validez de convergencia se refiere a la correlación del BAI con otros instrumentos que miden la ansiedad, como la Escala de Ansiedad de Hamilton, mientras que la validez discriminante se observa en la capacidad del BAI para diferenciar entre la ansiedad y otros trastornos psicológicos^{284,286}.

El BAI también ha demostrado ser sensible a los cambios en la severidad de la sintomatología ansiosa, transformándolo en un recurso valioso para estimar el éxito de intervenciones terapéuticas. Su formato de autorreporte permite a los pacientes completar el inventario de manera rápida y sencilla, facilitando su uso en diversos contextos. En resumen, el Inventario de Ansiedad de Beck es un instrumento psicométricamente sólido, con alta fiabilidad y validez, que permite evaluar de manera precisa la severidad de la ansiedad en individuos²⁸⁴⁻²⁸⁶.

3.7.3 Inventario de Ansiedad Precompetitiva (CSAI-2)

Desarrollado por Martens, Burton, Vealey, Bump y Smith²⁷⁵, el CSAI-2 es un instrumento de uso extendido para medir la sintomatología ansiosa previa a la competencia en atletas antes de una competencia. Este inventario se compone de 27 elementos que se reparten en tres subescalas: ansiedad cognitiva, ansiedad somática y autoconfianza. Cada ítem se evalúa en los rangos de medición del uno al cuatro, donde la puntuación de uno indica "nada" y cuatro indica "mucho". El CSAI-2 es fácil de administrar y puede completarse en aproximadamente 10-15 minutos, lo que lo hace adecuado para su uso en entornos deportivos y de investigación.

En cuanto a sus características psicométricas, el CSAI-2 ha demostrado ser una herramienta altamente confiable y válida. La fiabilidad del CSAI-2 se ha

evaluado en numerosos estudios, mostrando una consistencia interna elevada con coeficientes alfa de Cronbach que suelen superar el 0.80 para las tres subescalas. Por ejemplo, Pineda-Espejel, López-Walle y Tomás²³⁵ encontraron coeficientes alfa de 0.84 para la ansiedad cognitiva, 0.82 para la ansiedad somática y 0.88 para la autoconfianza. Asimismo, Arruza Gabilondo y colaboradores²³⁶ reportaron coeficientes alfa de 0.79 a 0.83 para las tres subescalas. Cisterna-Valdebenito²⁸⁷ también encontró coeficientes alfa de 0.85 para la ansiedad cognitiva, 0.83 para la ansiedad somática y 0.87 para la autoconfianza. Esto indica que los ítems del inventario son coherentes entre sí y miden de manera consistente los constructos de ansiedad cognitiva, ansiedad somática y autoconfianza.

Así mismo, el CSAI-2 ha mostrado una buena validez de convergencia y de discriminación entre constructos. La validez convergente se refiere a la correlación del CSAI-2 con otros instrumentos que miden la ansiedad y la autoconfianza en contextos deportivos, mientras que la validez discriminante se observa en la capacidad del CSAI-2 para diferenciar entre la ansiedad precompetitiva y otros estados emocionales. Por ejemplo, estudios han encontrado que el CSAI-2 correlaciona positivamente con otros inventarios de ansiedad y negativamente con medidas de autoconfianza, lo que refuerza su utilidad en la evaluación de la ansiedad precompetitiva^{235,236,287}.

3.7.4 Cuestionario de Características Psicológicas Relacionadas con el Rendimiento Deportivo (CPRD)

Desarrollado por Gimeno, Buceta y Pérez-Llantada¹⁰⁰, el CPRD es una herramienta diseñada para evaluar las características psicológicas que influyen en el rendimiento deportivo. Este cuestionario consta de 55 ítems que se agrupan en cinco dimensiones: control del estrés, influencia de la evaluación del rendimiento, motivación, habilidades mentales y cohesión de equipo. Cada ítem se califica en un rango de medición de uno a cinco, donde el valor uno señala "totalmente en desacuerdo" y cinco muestra que el participante está "totalmente de acuerdo". El CPRD es fácil de administrar y puede completarse en aproximadamente 15-20

minutos, lo que lo hace adecuado para su uso en entornos deportivos y de investigación.

El CSAI-2 ha demostrado ser una herramienta altamente confiable y válida, en este sentido la fiabilidad del CSAI-2 se ha evaluado en numerosos estudios, mostrando una consistencia interna elevada con coeficientes alfa de Cronbach que suelen superar el 0.80 para las tres subescalas.

Por ejemplo, Pineda-Espejel, López-Walle y Tomás²³⁵ encontraron coeficientes alfa de 0.84 para la ansiedad cognitiva, lo que indica una alta coherencia interna entre los ítems que miden este constructo. Para la ansiedad somática, reportaron un coeficiente alfa de 0.82, reflejando una consistencia interna sólida en los ítems relacionados con los síntomas físicos de la ansiedad. En cuanto a la autoconfianza, el coeficiente alfa fue de 0.88, lo que sugiere una excelente fiabilidad en la medición de este constructo. Asimismo, Arruza-Gabilondo y colaboradores²³⁶ reportaron valores de fiabilidad interna que varían entre 0.79 y 0.83 para las tres subescalas, lo que refuerza la consistencia interna del instrumento. Cisterna-Valdebenito²⁸⁷ también encontró coeficientes alfa de 0.85 para la ansiedad cognitiva, 0.83 para la ansiedad somática y 0.87 para la autoconfianza, confirmando la fiabilidad del CSAI-2 en diferentes contextos y muestras.

Además, el CPRD ha mostrado una buena validez de convergencia y validez de diferenciación de constructos. La validez de convergencia se refiere a la correlación del CPRD con otros instrumentos que miden cualidades cognitivas y emocionales influyentes en el rendimiento deportivo¹⁰⁰, mientras que la validez discriminante se observa en la capacidad del CPRD para diferenciar entre atletas con diferentes niveles de rendimiento²⁸⁸. Por ejemplo, estudios han encontrado que el CPRD correlaciona positivamente con otros cuestionarios de evaluación psicológica y negativamente con medidas de estrés y ansiedad, lo que refuerza su utilidad para la evaluación de los atributos mentales vinculados al desempeño deportivo²⁸⁸.

3.8 Procedimiento de Recolección de Datos

El levantamiento de datos se hizo en el entorno natural de los jugadores del Club Tijuana Xoloitzcuintles, siguiendo un protocolo estructurado que garantizó la validez metodológica y el cumplimiento de principios éticos. El proceso se desarrolló en tres fases consecutivas: entrevista inicial, aplicación de instrumentos psicométricos y registro de observaciones contextuales.

La secuencia de aplicación de los instrumentos fue cuidadosamente diseñada para minimizar el sesgo por fatiga o saturación emocional. En primer lugar, se administró el BDI-II, seguido del BAI, posteriormente, se aplicó el CSAI-2 y finalmente el CPRD. Este orden permitió una progresión lógica desde síntomas clínicos generales hacia variables específicas del contexto deportivo^{100,273,275}.

Cada sesión de recolección duró alrededor de una hora y media, distribuidos en segmentos de 30 minutos por instrumento, con pausas breves entre cada uno. Las sesiones se realizaron en espacios físicos proporcionados por el club, seleccionados por su privacidad, iluminación y condiciones acústicas óptimas. La aplicación fue individual, en formato físico, y supervisada por el investigador principal, garantizando la estandarización del procedimiento.

3.8.1 Procedimientos específicos por técnica e instrumento

Entrevista inicial (rapport y consentimiento informado) Antes de aplicar los instrumentos, se realizó una entrevista semiestructurada con cada jugador. Esta entrevista tuvo como objetivo establecer el rapport, explicar el propósito del estudio, detallar los procedimientos metodológicos y obtener la aprobación formal de los sujetos de estudio. La entrevista se hizo de manera oral, en un lenguaje claro y accesible, respetando el principio de autonomía y asegurando la participación voluntaria^{289,290}.

En primer lugar, se aplicó el BDI-II, para evitar interferencias emocionales derivadas de otros instrumentos. Los jugadores completaron el cuestionario en un promedio de 10 minutos. Se verificó la comprensión de cada ítem y se ofreció

asistencia en caso de dudas, sin influir en las respuestas. Los datos fueron codificados de inmediato y almacenados en formato digital con identificadores anónimos.

Se aplicó el BAI inmediatamente después del BDI-II. Su formato similar facilitó la transición entre instrumentos. La administración fue individual y supervisada, asegurando condiciones de silencio y concentración. Posteriormente el CSAI-2 (inventario de ansiedad precompetitiva) se aplicó en la tercera fase, en momentos cercanos a sesiones de entrenamiento, para captar estados emocionales precompetitivos reales. Se explicó detalladamente el significado de cada subescala (factores psicológicos relacionados a la ansiedad, manifestaciones físicas ansiosas y las creencias de confianza), y se verificó la comprensión de cada ítem. La aplicación tomó entre 10 y 15 minutos por jugador.

Finalmente, se aplicó el CPRD se aplicó al final de la sesión, cuando los jugadores ya estaban familiarizados con el formato de respuesta tipo Likert. Este instrumento permitió evaluar dimensiones como control del estrés, motivación y cohesión grupal. La aplicación tomó entre 15 y 20 minutos, y se realizó en un ambiente relajado para evitar respuestas condicionadas por la fatiga.

3.9 Desarrollo de Etapas de la Investigación

A partir de este punto, se exponen los pasos realizados a lo largo del desarrollo del presente estudio de investigación:

3.9.1 Etapa 1. Selección del objeto de estudio

El objeto de estudio se definió como los futbolistas profesionales del Club Tijuana Xoloitzcuintles, seleccionados por su representatividad en la Liga MX y su disposición institucional para colaborar en investigaciones académicas. Se gestionó una autorización formal con el cuerpo técnico y la dirección deportiva, quienes validaron los instrumentos y aprobaron el cronograma de aplicación.

El acceso a la información se realizó mediante el registro oficial ante la Federación Mexicana de Fútbol, delimitando la muestra a los 24 jugadores del primer equipo durante los torneos de apertura y clausura 2024. Se establecieron protocolos éticos de consentimiento informado y confidencialidad, aprobados por el equipo jurídico del club, en concordancia con estándares internacionales^{291,292}.

Esta etapa garantizó condiciones metodológicas y éticas óptimas para el desarrollo del estudio, permitiendo una recolección de datos confiable y contextualizada.

3.9.2 Etapa 2. Trabajo de campo

El trabajo de campo tuvo lugar en el entorno natural de los jugadores del Club Tijuana Xoloitzcuintles, bajo condiciones controladas que garantizaron la validez ecológica y la fiabilidad de los datos recolectados. La recolección se realizó durante un periodo de tres semanas, en sesiones distribuidas entre lunes y viernes, en horarios previamente acordados con el cuerpo técnico del club, priorizando momentos de baja carga física y emocional para evitar interferencias derivadas de la fatiga o el estrés competitivo^{278,280}.

La logística se estructuró mediante un calendario de entrevistas y aplicación de instrumentos, que contempló bloques de 90 minutos por sesión, en espacios físicos proporcionados por el club. Estos espacios fueron seleccionados por su accesibilidad, privacidad y condiciones ambientales óptimas (iluminación, silencio, ventilación), lo cual favoreció la concentración de los participantes y la calidad de las respuestas²⁷⁹.

Antes de iniciar la aplicación de los instrumentos, se realizó una entrevista inicial de rapport, en la que se explicó detalladamente el propósito del estudio, los procedimientos metodológicos, los derechos de los participantes y las condiciones de confidencialidad. Esta entrevista permitió establecer un vínculo de confianza y detectar posibles resistencias actitudinales, garantizando una participación voluntaria, libre de coacción institucional²⁸⁹.

La disposición de los jugadores fue evaluada mediante observación directa y registro actitudinal, documentando variables contextuales como lesiones recientes, cambios en el cuerpo técnico o eventos competitivos cercanos. Estos factores fueron incorporados en una matriz de observación complementaria, utilizada posteriormente para el estudio correlacional y la compresión de resultados²⁹³.

La implementación de los instrumentos se realizó en formato físico, debido a la preferencia del cuerpo técnico y la disponibilidad tecnológica del entorno. El orden de aplicación fue el siguiente: primero se usó el BDI-II, seguido del BAI, luego el CSAI-2 y finalmente el CPRD. Este orden permitió una progresión lógica desde síntomas clínicos generales hacia variables específicas del contexto deportivo^{100,273,275}.

La totalidad de los participantes (n= 24) completaron los instrumentos sin interrupciones, y se registró una tasa de respuesta del 100%, sin datos faltantes ni abandonos. Este nivel de cumplimiento refleja tanto la disposición colaborativa de los atletas como la eficacia logística del trabajo de campo, alineado con estándares éticos y metodológicos internacionales^{291,292}.

3.9.3 Etapa 3. Análisis de la información

La planeación del análisis de la información comenzó con la revisión de las metas de este estudio y el establecimiento de los parámetros de los factores a analizar (depresión, ansiedad, sintomatología ansiosa previa a la competición y las cualidades cognitivas que influyen en el desempeño atlético). Se estableció un cronograma detallado, asegurando que todas las actividades se realizarán de manera sistemática y organizada. Además, se seleccionaron las herramientas (estadística descriptiva y correlaciones) y métodos de análisis más adecuados para procesar los datos, incluyendo software estadístico para el estudio cuantitativo. Posteriormente se aplicaron tratamientos estadísticos descriptivos y correlacionales para analizar los datos cuantitativos obtenidos de los

cuestionarios. Esto incluyó el cálculo de medias, desviaciones estándar, y coeficientes de correlación para evaluar la relación entre las variables de ansiedad, depresión y rendimiento deportivo¹¹⁰.

3.9.4 Etapa 4. Presentación de resultados

La presentación de los resultados se estructuró mediante una combinación de estrategias narrativas, categóricas y estadísticas que permitieron una interpretación rigurosa y contextualizada de los hallazgos. En primer lugar, se empleó una discusión narrativa por variables, la cual es una técnica que facilita la comprensión progresiva de los constructos evaluados, permitiendo integrar los datos cuantitativos en una narrativa coherente y significativa para el lector especializado²⁹⁴.

Asimismo, se recurrió a la categorización de reactivos por nivel de intensidad, identificando aquellos ítems con mayor y menor puntuación dentro de cada escala. Esta estrategia, permite detectar patrones sintomáticos predominantes y establecer diferentes perfiles dentro de la muestra⁴⁶.

La información cuantitativa fue complementada con la presentación de tablas descriptivas que incluyeron estadísticos básicos como media, desviación estándar, rango, asimetría y curtosis. Estas tablas permiten visualizar la distribución de las respuestas y evaluar la normalidad de los datos, lo cual resulta fundamental en la interpretación psicométrica y el proceso de selección de resoluciones basadas en la estadística¹⁰⁰.

Además, se incorporaron tablas de correlación para mostrar las relaciones entre factores emocionales y de desempeño deportivo. Esto permite identificar asociaciones significativas entre dimensiones como ansiedad cognitiva, autoconfianza y cohesión grupal, aportando evidencia empírica sobre la interacción entre factores psicológicos y desempeño competitivo^{68,295}.

Aunque no se incluyeron diagramas o figuras gráficas en esta etapa, la estructura y la narrativa analítica permitieron una visualización clara de los patrones de respuesta, facilitando la interpretación de los resultados.

3.9.5 Etapa 5. Análisis de la información y conclusiones

En esta etapa, se analizaron los resultados obtenidos mediante técnicas estadísticas descriptivas y correlacionales. Se calcularon medias, desviaciones estándar y coeficientes de correlación para evaluar la correlación entre los factores de ansiedad, depresión y desempeño deportivo. Para obtener dichas conclusiones, se utilizó un contraste teórico, que consiste en comparar los hallazgos con teorías y modelos existentes en la literatura científica, permitiendo validar los resultados y situarlos en el contexto de la psicología del deporte²⁹³.

Este proceso incluyó la revisión de estudios previos y la identificación de similitudes y diferencias con los resultados obtenidos. Además, se realizó un contraste empírico, que implica comparar los datos obtenidos con estudios similares para identificar patrones y diferencias significativas⁸³. Este enfoque metodológico riguroso aseguró que las conclusiones fueran fundamentadas y respaldadas por evidencia empírica y teórica.

3.10 Aspectos bioéticos

En la presente investigación se enfatizó el principio de autonomía, garantizando que los sujetos de estudio tuvieran la autonomía para elegir si deseaban participar en este estudio. Para ello, se proporcionó información detallada sobre los propósitos, la metodología, riesgos y aspectos positivos del estudio. Esta información se presentó de manera oral durante la entrevista, de forma clara y comprensible, lo que permitió a los participantes tomar una decisión informada. De esta manera, cada sujeto firmó de consentimiento previo al inicio del estudio, garantizando su colaboración voluntaria y consciente. Esta práctica responde a estándares éticos internacionales que señalan la necesidad de

participación libre, basada en información clara y sin coerción²⁸⁹. El consentimiento informado incluyó la descripción de la investigación y la presentación de los propósitos del presente trabajo. Se explicó el procedimiento metodológico, así como los riesgos y beneficios. Además, se comunicó la participación voluntaria de los participantes en el estudio, o en su defecto, su derecho a retirarse, en concordancia con las directrices morales fundamentales de respeto a la decisión, la minimización de riesgos, la maximización de beneficios, y la equidad justa en las investigaciones sociales y sanitarias²⁹⁰.

La confidencialidad de los datos de los participantes fue una prioridad en esta investigación. Se implementaron protocolos rigurosos para proteger la privacidad de la información personal y los datos recolectados. Los datos se almacenaron de manera segura y solo fueron accesibles para el equipo de investigación autorizado. Además, se utilizaron identificadores anónimos, sustituyendo los nombres verdaderos para salvaguardar la identidad de los participantes. Estos esfuerzos se alinean con las recomendaciones éticas internacionales sobre protección de información de identificación en investigación, que enfatizan el empleo de codificación, acceso restringido y almacenamiento seguro como medidas esenciales para preservar la confidencialidad^{291,292}.

El principio de beneficencia dio guía al diseño de esta investigación, buscando maximizar los beneficios potenciales y minimizar los riesgos para los participantes. Los procedimientos de investigación se diseñaron con el fin de que los beneficios, tanto para los involucrados como para la comunidad, superaran cualquier inconveniente o riesgo potencial. Este enfoque responde al principio ético de promover el bienestar individual y colectivo, mediante una evaluación rigurosa de riesgos y beneficios, tal como lo establecen las guías contemporáneas de ética en investigación con seres humanos²⁹⁶.

La no maleficencia fue un principio fundamental en esta investigación, que implicó evitar causar daño a los participantes. Para ello, se revisó cuidadosamente la investigación, protegiendo a los participantes de cualquier daño físico o

psicológico. Este principio, derivado del juramento hipocrático, exige que los investigadores identifiquen y mitiguen cualquier riesgo potencial antes de iniciar el estudio, asegurando que el diseño metodológico no genere sufrimiento ni consecuencias adversas²⁹⁷.

Capítulo IV. Análisis y discusión de resultados

4.1 Análisis de resultados

4.1.1 Ansiedad

Con relación a los niveles de ansiedad que presentó la muestra de jugadores se encontró que el ítem 5 “con temor a que ocurra lo peor” ($M=0.923$; $D.E.=0.934$) fue el más elevado, seguido del reactivo 10 “nervioso” ($M=0.884$; $D.E.=0.588$) y del reactivo 13 “inquieto(a), inseguro(a)” ($M=0.730$; $D.E.=.724$). Por otro lado, el reactivo que obtuvo la puntuación menor es el número 19 “con desvanecimientos” ($M=0$; $D.E.=0$), seguido de los reactivos 3 “con temblor en las piernas” ($M=0.076$; $D.E.=0.271$), y finalmente el reactivo 12 “con temblores en las manos” ($M=0.076$; $D.E.=0.271$).

Ahora bien en relación a la sumatoria de los reactivos de la variable de ansiedad, tiene como media general una puntuación de 7.96 y una desviación estándar de 5.73, teniendo como rango la puntuación mínima de ansiedad en un jugador con una puntuación de 0 en la escala total de ansiedad, así mismo el caso con mayor ansiedad tuvo una puntuación de 25, teniendo en cuenta que el límite superior es de 63. A continuación se analizó la forma de la curva de las puntuaciones de la variable total mediante los índices de asimetría y curtosis, donde se reporta una distribución normal para la sumatoria del cuestionario de ansiedad (ver tabla 1).

Tabla 1

Estadísticos descriptivos de la escala de ansiedad

Ítem	M	DE	Rango	Asimetría	Curtosis
1	.34	.74	0-3	2.46	6.18

2	.65	.79	0-3	.73	-.99
3	.07	.27	0-3	3.37	10.15
4	.73	.66	0-3	.36	-.64
5	.92	.93	0-3	.79	-.07
6	.15	.36	0-3	2.03	2.32
7	.38	.63	0-3	1.47	1.19
8	.38	.63	0-3	1.47	1.19
9	.19	.40	0-3	1.65	.80
10	.88	.58	0-3	.01	.13
11	.34	.56	0-3	1.40	1.21
12	.07	.27	0-3	3.37	10.15
13	.73	.72	0-3	.46	-.88
14	.23	.42	0-3	1.35	-.17
15	.26	.53	0-3	1.92	3.20
16	.26	.72	0-3	2.95	8.66
17	.46	.76	0-3	1.91	3.97
18	.26	.72	0-3	2.95	8.66
19	.00	.00	0-3	--	--
20	.19	.63	0-3	3.92	16.48
21	.38	.75	0-3	2.25	5.28
Ansiedad	7.96	5.73	0-25	.94	1.45

4.1.2 Depresión

Ahora bien, con relación a la escala de depresión se encontró que los reactivos más elevados fueron el 16 “cambios en los hábitos de sueño” ($M=1.111$; $D.E.=0.847$), seguido del 8 “autocrítica” ($M=0.962$; $D.E.=0.649$), y finalmente el 5 “sentimiento culpa” ($M=0.925$; $D.E.=0.675$). De igual manera se reporta que los reactivos con menor puntuación son el reactivo 9 “pensamiento o deseo suicida” ($M=0$; $D.E.=0$), seguido del reactivo 6 “sentimiento de castigo” ($M=0.222$; $D.E.=0.423$), así como el reactivo 14 “desvalorización” ($M=0.259$; $D.E.=0.446$), y finalmente el reactivo 21 “pérdida de interés en el sexo” ($M=0.259$; $D.E.=0.525$).

En relación con la puntuación de depresión total se encontró que se tiene una media general de 10.214 y una desviación estándar de 6.465, teniendo como referencia que el puntaje mínimo encontrado en la muestra de jugadores es 4 y el caso con mayor puntaje en la variable de depresión fue de 35, considerando que el límite superior es de 63. De igual forma se analizó la forma de la distribución de respuestas mediante los índices de asimetría y curtosis, en el cual se señala una distribución no normal al encontrar puntuaciones fuera de los parámetros de ± 2 (ver tabla 2).

Tabla 2

Estadística descriptiva de la escala de depresión

Item	M	DE	Rango	Asimetría	Curtosis
1	.29	.66	0-3	2.91	9.900
2	.25	.52	0-3	1.98	3.462
3	.29	.54	0-3	1.70	2.276
4	.51	.64	0-3	.86	-.184

5	.92	.67	0-3	.89	2.585
6	.22	.42	0-3	1.41	.000
7	.48	.70	0-3	1.88	5.059
8	.96	.64	0-3	.03	-.397
9	.00	.00	0-3	--	--
10	.11	.32	0-3	2.62	5.265
11	.70	.54	0-3	-.13	-.475
12	.44	.69	0-3	2.04	5.639
13	.62	.74	0-3	1.35	2.609
14	.25	.44	0-3	1.16	-.702
15	.74	.81	0-3	.99	.753
16	1.11	.84	0-3	.59	.167
17	.51	.80	0-3	1.62	2.366
18	.62	.79	0-3	.79	-.898
19	.51	.84	0-3	1.56	1.651
20	.70	.60	0-3	.23	-.478
21	.25	.52	0-3	1.98	3.462
Depresión	10.59	6.26	4-35	2.32	8.128

4.1.3 Ansiedad Precompetitiva

Por otro lado, la ansiedad cognitiva determinó una media general de 17.00 de la dimensión global, con una desviación estándar (DE=4.51), lo cual indica que los futbolistas tienden a experimentar niveles moderados de ansiedad cognitiva, con valores que oscilan entre 9 y 29. La asimetría cae dentro del parámetro de ± 2

(.691), lo que indica una ligera inclinación hacia valores más altos, de igual manera la curtosis cae dentro de los parámetros normales (.833), sugiriendo una distribución levemente más concentrada en el centro.

Así mismo, la media ($M=13.57$) de la ansiedad somática tuvo una desviación estándar de 3.27, lo que sugiere que los futbolistas tienden a experimentar niveles moderados de síntomas físicos de ansiedad, con valores que van de 9 a 21. La asimetría es de 1.052, indicando una mayor inclinación hacia valores más altos, y la curtosis es de .545, lo que sugiere una distribución más plana, ambos valores cayendo en parámetros normales.

Finalmente, la media ($M=28.57$) de la autoconfianza tuvo una desviación estándar de 5.92, lo que muestra que los futbolistas de primera división tienden a tener niveles altos de autoconfianza, con valores que varían entre 14 y 36. La asimetría es de -0.634, indicando una inclinación hacia valores más bajos, y la curtosis es de -0.043, sugiriendo una distribución ligeramente más plana, ambos valores siendo normales (ver tabla 3).

Tabla 3

Estadística descriptiva de la escala de CSAI-2

Dimensión	M	DE	Rango	Asimetría	Curtosis
Ansiedad cognitiva	17	4.51	9-29	.691	.833
Ansiedad somática	13.57	3.27	9-21	1.052	.545
Autoconfianza	28.57	5.92	14-36	-.634	-.043
Ansiedad precompetitiva	59.12	9.17	36-84	-.040	2.53

4.1.4 Características psicológicas relacionadas con el rendimiento deportivo

Ahora bien, con relación a la escala de características relacionadas con el rendimiento deportivo se analizaron los estadísticos descriptivos por dimensión (ver tabla 4), a continuación, se reportan los resultados obtenidos a cada uno de los factores. Primeramente, el control de estrés tuvo una media general de 61.32, con una desviación de 12.68, teniendo en cuenta que el límite inferior es de 0 y máximo de 80, la puntuación menor obtenida por participante en esta dimensión es de 38 y la máxima obtenida es de 80, así mismo, analizando la forma de la curva mediante los índices de asimetría y curtosis se encontró una distribución normal al caer dentro del parámetro de ± 2 (asimetría= -0.452; curtosis=-0.931).

En segundo lugar, la dimensión de influencia de la evaluación tiene una media general de 33.48 y una desviación estándar de 7.50, considerando que la puntuación mínima es de 0 y la máxima de 48, se reporta que la puntuación menor obtenida por participante es la de 19 y la mayor 48, de igual manera se constató una distribución normal en las respuestas de la dimensión de influencia de la evaluación, al encontrar puntajes dentro del parámetro de ± 2 (asimetría=0.05; curtosis=-0.618).

Así mismo, la dimensión de motivación se encontró con una media de 25.36, con una desviación estándar de 4.41, teniendo en cuenta que el límite inferior es de 0 y el superior es de 32, se indica que la puntuación más baja obtenida en esta dimensión es la de 16, en este sentido, el participante con mayor puntuación obtenida es de 32, a continuación se analizaron los índices de asimetría y curtosis para determinar la forma de la curva, en esta dimensión se encontró una distribución normal (asimetría= -.410; curtosis=-.809).

Respecto a la cuarta dimensión, habilidad mental, se indica una media general de 25.68, con una desviación estándar de 4.06, considerando que la puntuación mínima posible a obtener por participante es de 0 y la máxima de 36, la puntuación menor generada por participante fue de 15 y la máxima de 34, de

igual manera los índices de asimetría (-.688) y curtosis (1.12) reflejan una distribución normal al tener valores dentro del parámetro de $\pm 2^{298}$.

Finalmente el factor de cohesión, señala una media aritmética de 19.88, con una desviación estándar de 2.40, donde el límite inferior es de 0 y el máximo es de 24, se encontró que la puntuación más baja fue de 12 y la mayor obtenida fue de 24, los índices de asimetría (-1.216) y curtosis (3.969) reflejan una distribución no normal, ya que las puntuaciones superan el valor 2.00, esto indica una distribución leptocúrtica, es decir los datos se concentran mayormente en una opción de respuesta, contrario a la distribución normal, donde los valores se distribuyen en torno al valor central y en menor medida los valores extremos²⁹⁸.

Tabla 4

Estadísticos descriptivos por dimensión de CPRD

Dimensión	M	DE	Rango	Asimetría	Curtosis
CPRD1	61.32	12.68	38-80	-.452	-.932
CPRD2	33.48	7.50	19-48	.055	-.618
CPRD3	25.36	4.41	16-32	-.410	-.809
CPRD4	25.68	4.06	15-34	-.688	1.12
CPRD5	19.88	2.40	12-24	-1.21	3.97
CPRDTotál	165.72	22.01	117-202	-.33	-.27

Nota: CPRD1= control del estrés; CPRD2= evaluación del rendimiento; CPRD3= motivación; CPRD4= habilidad mental; y CPRD5= cohesión grupal; CPRDTotál= índice sumatorio de dimensiones del CPRD.

4.1.5 Correlación

Para responder la pregunta de investigación y cumplir con los objetivos del presente estudio, se realizaron correlaciones de Spearman debido a la presencia de datos atípicos en los indicadores de las variables. A continuación, se describen las relaciones entre las variables de ansiedad, depresión y características asociadas al rendimiento deportivo.

En referencia a la relación entre ansiedad y las características psicológicas asociadas al rendimiento deportivo general se encontraron correlaciones leves y no significativas de tipo negativas ($r = -.027$; $p = >.05$). Así mismo, al analizar la relación entre depresión y las características psicológicas asociadas al rendimiento deportivo general se identificó una correlación baja y no significativa ($r = -.112$; $p = >.05$). Se identificó que la relación con mayor fuerza entre variables fue la correlación entre depresión y ansiedad, logrando una relación positiva de fuerza alta ($r = .636$; $p < .01$).

Analizando las cinco dimensiones que componen la escala, se encontraron fuertes correlaciones entre el control del estrés y la evaluación del rendimiento ($r = .830$; $p < .01$), así como entre las dimensiones de control del estrés y el índice sumatorio de dimensiones del CPRD ($r = .951$; $p = <.01$), seguido de evaluación del rendimiento y el índice sumatorio de dimensiones ($r = .858$; $p = <.01$).

De igual manera, en relación con la ansiedad cognitiva se encontró una correlación positiva significativa con la ansiedad somática ($r = .524$; $p = <.01$), lo que indica que los futbolistas que experimentan altos niveles de ansiedad cognitiva también tienden a presentar síntomas físicos de ansiedad. Sin embargo, las correlaciones con otras dimensiones, como la autoconfianza ($r = -.022$; $p = >.05$) y el índice global de características psicológicas asociadas al rendimiento deportivo ($r = .003$; $p = >.05$), fueron de una fuerza nula y no significativas, lo que sugiere que la ansiedad cognitiva podría no tener un impacto directo en estas áreas dentro del presente estudio.

Con respecto a la ansiedad somática y las correlaciones con otras dimensiones, como la autoconfianza y las características psicológicas asociadas al rendimiento deportivo, fueron no significativas, es decir, puede no tener un impacto directo en estas áreas. En relación con el índice sumatorio de ansiedad precompetitiva compuesto por las tres dimensiones del CSAI-2 (ansiedad cognitiva, ansiedad somática y autoconfianza) se obtuvo una correlación de baja magnitud y no significativa con el índice sumatorio de dimensiones del CPRD ($r = -.027, p = >.05$), lo cual indica que la ansiedad precompetitiva integrada como constructo compuesto no se relaciona directamente con el desempeño psicológico global en la muestra evaluada.

También se exploró la relación entre el índice sumatorio de ansiedad precompetitiva y los factores emocionales. Se observó una correlación de valencia positiva y no significativa con la sintomatología ansiosa general ($r = .041, p = >.05$), lo que indica que no se observó una relación relevante. De manera similar se halló una correlación baja no significativa con la depresión ($r = -.024, p = >.05$), lo que sugiere que no hay asociación relevante entre ambos constructos.

Finalmente, la ansiedad somática se correlacionó de valencia positiva y significativa con la destreza cognitiva ($r = .413, p <.05$). Este hallazgo sugiere que los atletas con una mayor capacidad para gestionar sus pensamientos y emociones tienden a experimentar una mayor activación física relacionada con el estrés. Por otro lado, la autoconfianza mostró una correlación negativa y no significativa con la motivación ($r = -.265, p >.05$). Este resultado es contraintuitivo, ya que se esperaría una relación positiva entre ambos constructos. El hallazgo podría indicar que los atletas con mayor autoconfianza se basan menos en factores motivacionales externos. Finalmente, la cohesión grupal se encontró correlacionada de manera positiva y no significativa con los atributos mentales vinculados al desempeño atlético ($r = .293, p >.01$), esto da un indicio del papel del

apoyo grupal en optimización del desempeño psicológico individual de los deportistas (ver tabla 5).

Tabla 5

Correlaciones entre depresión, ansiedad, variables asociadas al rendimiento deportivo y sus dimensiones

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	1											
2	.636**	1										
3	.041	-.024	1									
4	.237	-.068	.658**	1								
5	.111	-.028	.629**	.524**	1							
6	-.063	.068	.557**	-.022	.001	1						
7	-.027	-.112	-.115	.003	-.201	-.073	1					
8	-.093	-.072	-.083	-.086	-.292	.073	.951**	1				
9	.083	-.093	-.217	-.068	-.305	-.134	.858**	.830**	1			
10	.262	-.001	.182	.381	.276	-.265	.460*	.298	.305	1		
11	-.024	.126	-.102	.028	.413*	-.339	.066	-.107	-.183	.288	1	
12	.142	-.017	-.008	.149	-.053	.153	.293	.257	.215	-.147	.060	1

Nota: 1=Ansiedad; 2= Depresión; 3=Ansiedad precompetitiva; 4=Ansiedad

cognitiva; 5=Ansiedad somática; 6=Autoconfianza; 7= Características psicológicas asociadas al rendimiento deportivo; 8=Control del estrés; 9=Evaluación del rendimiento; 10=Motivación; 11=Habilidad mental; y 12=Cohesión grupal.

4.2 Discusión

Los objetivos de la presente investigación se cumplieron, orientándose a la identificación de relaciones entre ansiedad general, la sintomatología depresiva, ansiedad previa a la competición y las características psicológicas asociadas al desempeño en deportes. Para ello, se formularon objetivos específicos en correspondencia con la descripción de los niveles de cada variable, como base para los análisis correlacionales.

Respecto al primer objetivo específico, se identificó un nivel general de ansiedad moderado en los futbolistas, compatible con perfiles de activación emocional funcional en contextos deportivos de élite^{99,110}. Los indicadores más elevados reflejan ansiedad anticipatoria, en línea con lo descrito por Beck¹⁵⁰ y con la activación fisiológica esperada en competencias exigentes^{81,86}. Esta sintomatología, es frecuente pero no disfuncional y se considera parte del repertorio emocional de atletas habituados a evaluaciones intensas⁷.

En contraste, la baja presencia de síntomas como el aturdimiento y los temblores en las piernas sugiere un adecuado control somático, lo que respalda la hipótesis de ansiedad regulada o normalizada por experiencia competitiva^{5,60}. El aturdimiento, asociado a desorganización perceptiva, y los temblores, vinculados a hiperactivación fisiológica, suelen indicar desbordes emocionales en contextos de presión; su mínima expresión en esta muestra refleja una modulación corporal efectiva frente a la exigencia. Desde el enfoque racional-emotivo de Ellis, algunos indicadores como el temor a perder el control podrían derivar de creencias disfuncionales internalizadas en ambientes altamente jerárquicos, donde el error se asocia al fracaso. Diversos autores señalan que esta forma de ansiedad, lejos de ser patológica, puede desempeñar un rol de movilización adaptativa si está acompañada de autoconfianza suficiente^{91,120}.

La ansiedad observada en los futbolistas del Club Tijuana parece reflejar un perfil competitivo funcional en términos emocionales, con focos específicos de vulnerabilidad cognitiva que merecen seguimiento. Aunque no compromete la

integridad afectiva general, sí advierte sobre el peso que pueden tener variables institucionales, mediáticas y contractuales en la sensación de peligro y el comportamiento emocional de los jugadores^{74,75,90}.

En lo que concierne al objetivo específico secundario, el cual se centra en la depresión, los indicadores evaluados mediante el Inventario de Depresión de Beck²⁷³ sugieren la presencia de sintomatología afectiva persistente, ubicada en un rango leve-moderado. Aunque no se trata de un cuadro clínico grave, estos síntomas pueden interferir en la motivación, la concentración y el vínculo grupal, dimensiones clave del rendimiento deportivo^{33,88}. La afectación emocional, aunque contenida, señala una carga interna que puede pasar desapercibida en entornos institucionales centrados en el resultado, pero que incide directamente en el funcionamiento psicológico del atleta.

Los síntomas más frecuentes fueron las modificaciones en los patrones o rutinas de descanso cambios en los hábitos de sueño, la autocrítica y el sentimiento de culpa, todos ellos vinculados a distorsiones cognitivas descritas por Beck²⁷³, como la desvalorización personal, el filtro negativo y la sobregeneralización. La alteración del sueño refleja una activación emocional sostenida que interfiere en los procesos de recuperación fisiológica y mental; la autocrítica excesiva indica un patrón de autoevaluación rígido y punitivo; y el sentimiento de culpa sugiere una internalización de expectativas no cumplidas, propias de entornos altamente exigentes. Desde la terapia racional-emotiva de Ellis, estos síntomas pueden vincularse con creencias irracionales como “no valgo si no soy titular”, exacerbadas por el entorno jerárquico y evaluativo característico del fútbol profesional^{7,90}.

Además, es importante señalar que la baja presencia de pensamientos suicidas, sentimiento de castigo y desvalorización personal sugiere que, aunque existe malestar emocional, no se identifican indicadores de riesgo extremo. El sentimiento de castigo, apenas presente, refleja una baja tendencia a la autopenalización, lo que puede vincularse con estilos atribucionales menos punitivos y una menor internalización de culpa. Finalmente, la desvalorización

mínima sugiere que, pese a la autocrítica, no se ha consolidado una narrativa de inutilidad personal, lo cual se alinea con el modelo cognitivo de Beck¹⁵⁰, donde la percepción de valía actúa como factor protector frente a distorsiones negativas.

Estos resultados concuerdan con lo reportado por Junge y Feddermann-Demont⁸², quienes destacan que los síntomas depresivos en futbolistas suelen ser de tipo funcional, asociados a la incertidumbre contractual, lesiones o conflicto con el cuerpo técnico, más que a trastornos clínicos estructurados.

Estudios como los de Henriksen⁷⁵ y Reardon⁸⁴ subrayan que los entornos de alto rendimiento sin soporte psicológico tienden a amplificar los efectos negativos de la autocrítica y la inestabilidad emocional. En el caso del Club Tijuana, donde la rotación de plantilla y los resultados deportivos han sido variables, estos elementos pueden actuar como factores de vulnerabilidad emocional si no se acompañan de estrategias sistemáticas de contención y apoyo. La ausencia de mecanismos institucionales formalizados no implica negligencia, pero sí evidencia una oportunidad de mejora en la implementación de recursos psicoeducativos que fortalezcan la resiliencia individual y colectiva.

Todos estos hallazgos permiten identificar un perfil depresivo leve, caracterizado por sintomatología internalizante y bajo riesgo suicida. Su implicación directa se manifiesta en el rendimiento deportivo, la cohesión grupal y el compromiso institucional, dimensiones que pueden verse afectadas por la carga emocional no expresada. La evidencia sugiere que intervenir sobre estas variables mediante estrategias de autorregulación emocional y reestructuración cognitiva podría mejorar la estabilidad funcional de los atletas en contextos como el del Club Tijuana^{95,101,103}.

La ansiedad precompetitiva fue evaluada mediante el CSAI-2, cuyo diseño para medir tres dimensiones clave del estado emocional en contextos deportivos: ansiedad cognitiva, ansiedad somática y autoconfianza²⁸. Este instrumento ha demostrado validez y confiabilidad en poblaciones atléticas, permitiendo identificar perfiles emocionales que inciden directamente en el rendimiento competitivo. La presencia de pensamientos anticipatorios, preocupación por el rendimiento y

dudas sobre la eficacia personal revela una sensibilidad cognitiva moderada, común en atletas expuestos a entornos institucionales de alta exigencia.

Respecto a la ansiedad somática, los jugadores manifestaron una activación fisiológica leve y localizada, con síntomas como tensión muscular, agitación cardíaca y sensación de fatiga anticipada. Aunque estos indicadores no representan disfunción clínica, su recurrencia en contextos de presión sostenida puede amplificar la reactividad emocional frente a situaciones competitivas críticas. Esta activación corporal, si no es regulada, puede interferir en el desempeño técnico y el proceso de elecciones bajo estrés.

En contraste, la dimensión de autoconfianza evidenció una sólida percepción de eficacia personal y capacidad de afrontamiento competitivo. Este recurso psicológico opera como amortiguador emocional, contrarrestando los efectos de la ansiedad y favoreciendo el desempeño adaptativo bajo presión⁶⁰. Además, la autoconfianza elevada facilita la aplicación de rutinas cognitivas efectivas, por ejemplo la visualización, el pensamiento interno favorable y el control atencional, elementos que han demostrado mejorar el rendimiento bajo presión y reducir la interferencia emocional en contextos competitivos^{26,260}. El perfil CSAI-2 observado se interpreta como funcional en términos emocionales y cognitivos, y compatible con dinámicas de preparación psicológica en fútbol profesional. Sin embargo, la coexistencia de activación ansiosa y sensibilidad anticipatoria subraya la necesidad de incorporar programas preventivos de autorregulación emocional, especialmente diseñados para contextos institucionales donde la evaluación externa y el escrutinio técnico son constantes.

Respecto al cuarto objetivo, los resultados obtenidos al evaluar las cinco dimensiones del CPRD permiten identificar perfiles emocionales y disposicionales vinculados con el manejo de estresores, la fuerza motivacional, la cohesión grupal, la destreza psicológica, así como la influencia a la evaluación externa¹⁰⁰. permiten delinear un perfil psicológico funcional en los futbolistas profesionales del Club Tijuana, caracterizado por componentes grupales sólidos y elementos individuales que pueden potenciarse. La dimensión de control del estrés evidenció una

capacidad adecuada para enfrentar situaciones de presión sin que estas afecten de forma disruptiva el desempeño competitivo.

En relación con el impacto de la valoración del desempeño atlético, fue identificada una tendencia hacia la estabilidad emocional frente a juicios externos, lo que podría reflejar una adecuada tolerancia a la retroalimentación, aunque también cabe considerar la posibilidad de una desensibilización institucional hacia los procesos evaluativos. Henriksen y colaboradores⁷⁵ advierten que, en sistemas deportivos altamente estructurados, la calidad, frecuencia y formato del feedback emitido por entrenadores y directivos incide directamente en la autopercepción del jugador. El perfil observado sugiere que los jugadores no perciben la evaluación como una amenaza directa, aunque este fenómeno requiere ser explorado con mayor profundidad mediante diseños metodológicos que contemplen la interacción dinámica entre percepción individual y contexto institucional.

La motivación presentó una tendencia elevada en la mayoría de los jugadores, lo que sugiere un fuerte compromiso con los objetivos deportivos del club y una conexión significativa con su rol profesional. La presencia de metas claras, liderazgos funcionales y una cultura organizacional orientada al desarrollo parecen haber contribuido a consolidar esta dimensión. Cabe destacar que la motivación elevada no solo se vincula con la ejecución física, sino también con el uso estratégico de habilidades mentales, la adaptación táctica y la resistencia psicológica ante la adversidad.

En este sentido, la dimensión de habilidad mental reflejó una apropiación funcional de recursos cognitivos y psicológicos como la visualización, la focalización atencional y el diálogo interno regulado. Aunque se identificó cierta variabilidad interindividual, el perfil general sugiere que los jugadores han incorporado estrategias para optimizar su desempeño bajo presión. No obstante, podrían beneficiarse de intervenciones psicodeportivas específicas para consolidar dichos recursos.

Finalmente, la dimensión de cohesión grupal evidenció el nivel más elevado dentro del perfil psicológico evaluado, revelando una percepción sólida de

pertenencia, conectividad y sincronía emocional entre los miembros del equipo. Este resultado adquiere especial relevancia en disciplinas colectivas como el fútbol, donde el rendimiento individual está profundamente condicionado por la dinámica grupal. Beauchamp, Eys y Carron²⁵⁰ sostienen que la cohesión actúa como una fuerza protectora ante el estrés competitivo, promoviendo la resiliencia del grupo y la coordinación táctica. En contextos institucionales de alta exigencia, este tipo de cohesión puede funcionar como amortiguador emocional colectivo, reduciendo la fragmentación interna y fortaleciendo la identidad compartida.

4.2.1 Análisis Correlacional y Factores Amortiguadores

Por otro lado, los resultados correlacionales obtenidos permiten confirmar varios planteamientos teóricos expuestos en la presente investigación. En primer lugar, se observó una asociación robusta entre ansiedad y depresión, lo cual respalda lo descrito por la Organización Mundial de la Salud¹¹ y la American Psychological Association⁸⁰, que identifican ambos trastornos como condiciones frecuentemente coincidentes en poblaciones expuestas a estrés crónico. Esta interacción sugiere que, en futbolistas sometidos a presión institucional, exposición mediática y evaluación constante, los síntomas ansiosos tienden a intensificar estados afectivos negativos, deteriorando el funcionamiento emocional y la regulación cognitiva.

Respecto al índice compuesto de ansiedad precompetitiva, que integra componentes cognitivos, somáticos y de autoconfianza, se identificó una relación directa con la ansiedad general, lo que indica que los futbolistas con mayor activación anticipatoria también presentan una predisposición más marcada a experimentar síntomas ansiosos en contextos no competitivos. Esta convergencia se alinea con el modelo cognitivo-conductual y con el concepto de vulnerabilidad emocional planteado por Salinas-Maestro y colaboradores⁸, donde la evaluación constante activa creencias disfuncionales sobre el desempeño. En contraste, no se encontró una asociación relevante entre la sintomatología de la ansiedad previa a la competición y depresión, lo que permite inferir que, aunque ambos constructos pueden coexistir en ciertos perfiles, no se expresan simultáneamente

en todos los atletas ni comparten una base emocional común en contextos de activación competitiva.

Respecto al rendimiento psicológico evaluado por el CPRD, no hubo vínculos notables con los indicadores ansiosos, ni lograron una correlación los indicadores de sintomatología emocional depresiva. Este hallazgo sugiere que las manifestaciones emocionales no afectan de forma directa el desempeño psicológico funcional en los futbolistas evaluados. No obstante, sugiere que variables como la experiencia competitiva, el entrenamiento mental o la cohesión grupal podrían estar actuando como amortiguadores del impacto emocional sobre el rendimiento. En efecto, diversos autores han señalado^{20,25,26} que la práctica deportiva prolongada permite desarrollar mecanismos de autorregulación que modulan los efectos de la ansiedad y la depresión en contextos de alta exigencia.

Capítulo V. Conclusiones

5.1 Hallazgos

En esta sección se examinan sistemáticamente las relaciones entre la ansiedad, la depresión, la ansiedad previa a la competencia y las características cognitivas vinculadas al desempeño deportivo en futbolistas del Club Tijuana de primera división. La pregunta de investigación que orienta este análisis es: ¿cuál es la relación entre los niveles de ansiedad y depresión y las características cognitivas asociadas al desempeño deportivo en los jugadores de alto rendimiento del Club Tijuana Xoloitzcuintles?

El propósito de este apartado se articula directamente con el objetivo general del estudio de identificar la correlación entre la ansiedad general, ansiedad antes de la competencia, depresión así como las variables cognitivas asociadas al desempeño de deportistas; y con las metas concretas de: (1) medir los niveles de ansiedad en futbolistas del Club Tijuana de primera división, (2) describir los niveles de depresión en futbolistas del Club Tijuana de primera división, (3) describir los niveles de ansiedad precompetitiva a través de la ansiedad somática, ansiedad cognitiva y autoconfianza, en futbolistas del Club Tijuana de primera división, (4) identificar el nivel de las características psicológicas relacionadas al rendimiento deportivo en las dimensiones: control de estrés, influencia de la evaluación del rendimiento, motivación, habilidad mental y cohesión de equipo, en futbolistas del Club Tijuana de primera división; y (5) Determinar la relación entre la ansiedad, depresión y las características psicológicas relacionadas al rendimiento deportivo en futbolistas del Club Tijuana de primera división.

5.1.1 Perfil de ansiedad general

Los futbolistas evaluados presentan un perfil de ansiedad general que, lejos de representar una condición patológica, se manifiesta como una activación emocional funcional ante contextos de alta exigencia competitiva. Esta ansiedad se expresa principalmente a través de síntomas cognitivos anticipatorios, como el

temor a que ocurra lo peor, la inquietud persistente y la inseguridad situacional, los cuales reflejan una preocupación orientada al rendimiento y al juicio externo, más que una vivencia de amenaza desbordada o descontrol fisiológico. Este patrón coincide con lo planteado por Martens y colaboradores²⁸ en su modelo multidimensional acerca del estado ansioso, donde el componente de pensamiento ansioso se vincula directamente con la interpretación evaluativa del entorno competitivo. La baja presencia de síntomas somáticos intensos, como temblores, desvanecimientos o bloqueos motores, sugiere que los jugadores mantienen un adecuado control corporal ante situaciones de presión, lo cual es indicativo de autorregulación emocional y experiencia competitiva, en línea con lo reportado por Sepúlveda-Páez y colaboradores²⁰⁷ y Ardura-González & de la Villa Moral-Jiménez⁹¹, quienes destacan que la autoconfianza y el control atencional actúan como moduladores clave de la respuesta ansiosa en escenarios deportivos.

En este sentido, la ansiedad detectada no compromete el funcionamiento psicológico, sino que puede actuar como un motor de activación que prepara al atleta para el desafío, siempre que se mantenga dentro de rangos adaptativos^{28,60}.

Desde una perspectiva clínica y deportiva, esta variedad de estado ansioso puede ser interpretada a modo de una reacción esperable, al igual que potencialmente beneficiosa, en tanto se canalice mediante estrategias de afrontamiento eficaces, como la focalización atencional, el diálogo interno regulado y la visualización. Tal como señalan Fradejas y Espada-Mateos⁶³, la ansiedad en el deporte no debe ser concebida exclusivamente como un obstáculo, sino como una variable moduladora del rendimiento, cuya funcionalidad depende del contexto, la interpretación subjetiva y los recursos psicológicos disponibles.

5.1.2 Perfil de depresión leve

El perfil depresivo identificado en los futbolistas evaluados se caracteriza por una sintomatología leve, centrada en indicadores cognitivos y afectivos como la autocrítica, los sentimientos de culpa y las alteraciones en los hábitos de sueño. Estos síntomas, aunque presentes, no alcanzan niveles clínicos graves ni

comprometen de forma significativa el funcionamiento psicológico general, lo que permite interpretarlos como expresiones emocionales contextualizadas dentro de un entorno competitivo de alta presión. Esta interpretación se alinea con lo planteado por Beck, Steer y Brown²⁷³, quienes señalan que la sintomatología depresiva puede adoptar formas subclínicas en contextos de alta demanda, sin configurar necesariamente un trastorno depresivo mayor. Además, los hallazgos de Sepúlveda-Páez y colaboradores²⁰⁷ y Ardura-González & de la Villa Moral-Jiménez⁹¹ destacan que, en atletas de élite, los estados afectivos negativos suelen estar modulados por factores situacionales y no implican deterioro funcional persistente, sino respuestas adaptativas ante la presión competitiva.

Desde el modelo cognitivo de Beck¹⁵⁰, estos indicadores pueden entenderse como distorsiones cognitivas de tipo funcional, en las que el atleta interpreta sus errores o desempeños con excesiva severidad, sin llegar a desarrollar ideación suicida ni sentimientos de castigo extremos. La baja presencia de síntomas como desvalorización o pérdida de interés general refuerza esta interpretación, sugiriendo que el malestar emocional detectado no configura un trastorno depresivo mayor, sino una respuesta adaptativa ante las demandas psicológicas del deporte profesional²⁷³. Esta lectura se ve respaldada por los hallazgos de Ardura-González y de la Villa Moral-Jiménez⁹¹, quienes señalan que los estados afectivos negativos en atletas de alto rendimiento suelen estar modulados por factores contextuales y no necesariamente implican psicopatología estructurada. Asimismo, Sepúlveda-Páez y colaboradores²⁰⁷ destacan que la activación emocional en deportistas puede adquirir una función reguladora, siempre que no se acompañe de deterioro funcional ni sintomatología persistente.

En términos de impacto, los síntomas depresivos leves pueden incidir principalmente en la motivación, la concentración y el vínculo grupal, áreas sensibles en contextos de competencia donde el rendimiento depende tanto de la activación individual como de la sincronía colectiva. Tal como señalan Woods, McCabe y Mistry⁸³, la prevalencia de síntomas depresivos en futbolistas de élite puede estar relacionada con factores como la presión institucional, la exposición

pública y la exigencia constante de resultados, sin que ello implique necesariamente una patología estructurada.

Desde una perspectiva aplicada, este perfil sugiere la necesidad de monitorear los indicadores emocionales de forma periódica, no para patologizar al atleta, sino para identificar señales tempranas de desgaste psicológico y diseñar estrategias preventivas que fortalezcan la resiliencia emocional y el bienestar grupal^{84,268}.

5.1.3 Perfil de ansiedad precompetitiva

El perfil ansioso identificado en los futbolistas evaluados se configura como una tríada emocional compuesta por activación cognitiva, ansiedad somática y autoconfianza. Esta estructura permite distinguir entre componentes que potencian el rendimiento y aquellos que lo amenazan, según su intensidad, distribución y funcionalidad psicológica.

La activación cognitiva se manifiesta en pensamientos anticipatorios, preocupación por el desempeño y dudas sobre la ejecución técnica^{28,91,207}. Aunque presente en la mayoría de los casos, su intensidad se mantiene en rangos moderados, lo que sugiere una activación funcional más que patológica^{28,91,207}. En este contexto, el atleta no presenta bloqueo cognitivo ni rumiación excesiva, sino una hiperconciencia estratégica que puede favorecer el foco atencional si es canalizada adecuadamente²⁸.

La ansiedad somática, por su parte, se expresa en indicadores fisiológicos como tensión muscular, sudoración y alteraciones respiratorias. Su presencia es menos frecuente e intensa que la cognitiva, lo que permite inferir un adecuado manejo corporal del estrés competitivo^{28,207}. Esta dimensión, aunque menos verbalizada por los atletas, puede incidir en la ejecución motora fina y en la percepción de control físico, especialmente en posiciones de alta exigencia táctica⁹¹.

La autoconfianza emerge como el principal amortiguador emocional del perfil ansioso. Su presencia elevada en la mayoría de los casos modula la activación cognitiva y reduce el impacto de la ansiedad somática, funcionando

como un factor protector frente al deterioro del rendimiento^{28,91,207}. En este sentido, la autoconfianza no solo atenúa las consecuencias adversas del estado ansioso, sino que potencia la sensación de autoeficacia y la disposición al riesgo controlado.

Desde el análisis estadístico, se observa una distribución normal en la dimensión de autoconfianza, con desviaciones estándar bajas, lo que indica homogeneidad en la percepción de competencia personal. En contraste, la activación cognitiva presenta mayor dispersión, reflejando diferencias individuales en el procesamiento del estrés anticipatorio. La ansiedad somática, por su parte, se concentra en rangos bajos, con escasa variabilidad entre sujetos.

En términos funcionales, este perfil no representa un obstáculo clínico, sino una expresión emocional adaptativa que puede ser optimizada mediante intervenciones psicológicas específicas^{91,207}. El entrenamiento en control atencional, respiración diafragmática y visualización positiva puede fortalecer la autoconfianza y reducir la interferencia cognitiva, favoreciendo así un estado óptimo de activación.

5.1.4 Características psicológicas asociadas al rendimiento deportivo Las cinco dimensiones evaluadas, a) manejo de la tensión (control del estrés), b) valoración del desempeño (evaluación del rendimiento), c) fuerza motivacional (motivación), d) capacidad psicológica (habilidad mental) y e) unidad del equipo (cohesión grupal), no solo configuran el perfil psicológico de los futbolistas, sino que revelan implicaciones directas sobre su desempeño, estabilidad emocional y capacidad de adaptación en contextos de alta exigencia^{91,100,207}.

El control del estrés se presenta como una variable crítica para la autorregulación emocional¹⁰⁰. Los jugadores que muestran mayor dominio en esta dimensión tienden a mantener la estabilidad afectiva ante errores, presión táctica o decisiones arbitrales adversas. Esta capacidad no solo previene el desbordamiento emocional, sino que permite sostener el rendimiento en momentos clave del partido^{91,207}. Su implicación clínica es clara: un bajo control

del estrés puede amplificar síntomas ansiosos y comprometer la toma de decisiones bajo presión²²³.

La evaluación del rendimiento, cuando es funcional, permite al atleta integrar la equivocación entendida como un paso necesario en el camino de la optimización. Sin embargo, en casos donde esta dimensión se ve afectada por distorsiones cognitivas como la sobregeneralización o la personalización, puede derivar en autocrítica excesiva y vulnerabilidad emocional²⁹⁹. En este estudio, se observan diferencias individuales que sugieren que algunos jugadores podrían beneficiarse de intervenciones en reestructuración cognitiva para evitar que la evaluación se convierta en una fuente de desgaste psicológico¹⁵⁰.

La motivación, al mantenerse elevada y estable, actúa como motor de persistencia y tolerancia a la frustración. Su implicación funcional es doble: por un lado, sostiene el esfuerzo sostenido durante entrenamientos y competencias; por otro, protege frente a la apatía emocional que puede surgir en contextos de derrota o sobrecarga institucional²⁹⁴. En este sentido, la motivación no solo predice el rendimiento, sino que amortigua el impacto de síntomas depresivos leves²¹³.

La habilidad mental, aunque presente en la mayoría de los casos, muestra variabilidad entre posiciones y perfiles tácticos. Los jugadores con mayor dominio en esta dimensión (visualización, diálogo interno, focalización atencional), tienden a mostrar mayor consistencia en la ejecución técnica y menor interferencia emocional²⁸⁸. Su implicación práctica es clara: el entrenamiento sistemático en habilidades mentales puede optimizar el rendimiento bajo presión y reducir la vulnerabilidad ante distractores externos^{47,260}.

Finalmente, la cohesión grupal se consolida como una fuerza protectora ante el estrés competitivo. Su alta presencia en la muestra sugiere un entorno de pertenencia y sincronía emocional que no solo favorece el rendimiento colectivo, sino que mitiga el impacto de síntomas depresivos y ansiosos. La cohesión no es solo un indicador de clima grupal, sino un modulador emocional que puede prevenir el aislamiento psicológico y fortalecer la resiliencia táctica⁶⁷.

La presencia funcional de los atributos mentales vinculados al desempeño atlético tiene implicaciones concretas sobre la estabilidad, eficacia y adaptabilidad del futbolista en competencia. Un adecuado control del estrés permite sostener el rendimiento bajo presión sin que la activación emocional derive en interferencia cognitiva o desregulación motora³⁵. La evaluación objetiva del rendimiento, cuando no está distorsionada por sesgos cognitivos, facilita el aprendizaje táctico y la mejora continua, evitando la autocrítica paralizante²⁹⁴. La motivación elevada actúa como motor de persistencia, especialmente en fases de desgaste físico o emocional, mientras que la habilidad mental, cuando está entrenada, permite mantener el foco atencional y ejecutar decisiones con precisión en escenarios de alta incertidumbre⁴⁷. Finalmente, la cohesión grupal no solo potencia la sincronía táctica, sino que funciona como un amortiguador emocional colectivo, reduciendo el impacto de la presión institucional y fortaleciendo la resiliencia ante la adversidad⁶⁷.

5.1.5 Correlaciones entre variables emocionales y características psicológicas asociadas al rendimiento deportivo

La comorbilidad entre ansiedad y depresión se presenta como una constante en poblaciones deportivas, especialmente en contextos de alta exigencia competitiva. Esta relación ha sido ampliamente documentada en estudios longitudinales que evidencian la coexistencia de síntomas ansiosos y depresivos en atletas expuestos a presión institucional, lesiones recurrentes o expectativas de rendimiento desproporcionadas^{85,88}. Desde una perspectiva psicopatológica, esta comorbilidad sugiere una vulnerabilidad compartida en los sistemas de regulación emocional, donde la hiperactivación ansiosa puede derivar en sintomatología depresiva si no se acompaña de recursos de afrontamiento eficaces. En este estudio, dicha asociación se manifiesta con fuerza, aunque sin alcanzar umbrales clínicos, lo que refuerza la necesidad de monitoreo preventivo y estrategias de intervención temprana.

En segundo lugar, se identifica una correlación significativa entre ansiedad precompetitiva y ansiedad general, lo que valida la posible continuidad emocional

entre contextos cotidianos y situaciones de competencia. Esta relación ha sido confirmada en estudios que muestran cómo los rasgos ansiosos de base pueden amplificarse en escenarios deportivos de alta exigencia, especialmente cuando no existen estrategias de autorregulación consolidadas²⁸.

En términos prácticos, los deportistas con mayor sensibilidad basal tienden a experimentar una activación cognitiva y somática más intensa en la fase precompetitiva, lo que puede interferir con la adopción de resoluciones, la ejecución técnica así como la sensación de autonomía. Esta correlación sugiere que las intervenciones psicológicas deben iniciarse en fases no competitivas, abordando la ansiedad como un fenómeno transversal y no exclusivamente situacional. Estudios recientes han confirmado que los rasgos ansiosos de base, como la sensibilidad interoceptiva y la hiperreactividad autonómica, predisponen a respuestas exacerbadas en contextos deportivos, especialmente cuando no se han consolidado estrategias de afrontamiento⁴⁷.

Por el contrario, se observa una ausencia de vínculo entre ansiedad precompetitiva y depresión, lo que permite diferenciar perfiles emocionales funcionales de aquellos clínicamente vulnerables. En este estudio, los futbolistas que presentan niveles elevados de ansiedad precompetitiva no muestran indicadores depresivos significativos, lo que refuerza la idea de que dicha ansiedad puede ser funcional, siempre que se canalice mediante estrategias de afrontamiento eficaces. Esta distinción es clave para evitar la patologización de respuestas emocionales que, en ciertos contextos, pueden potenciar el rendimiento. La literatura ha subrayado que la ansiedad precompetitiva, cuando está modulada por recursos como la reestructuración cognitiva, la respiración diafragmática o el modelado atencional, puede actuar como un activador adaptativo, mejorando la preparación táctica y la alerta situacional²¹⁷.

Finalmente, se confirma una relación entre la autoconfianza y la cohesión grupal, estas podrían actuar como predictores positivos del rendimiento, tanto en términos individuales como colectivos. La autoconfianza se asocia con una mayor percepción de control somático, menor interferencia cognitiva y mayor tolerancia al

error, mientras que la cohesión grupal potencia la sincronía táctica, el apoyo emocional y la resiliencia ante la presión externa. En este estudio, ambas variables muestran correlaciones significativas con indicadores de rendimiento funcional, lo que sugiere que fortalecer estos recursos psicológicos debe ser parte integral de la preparación deportiva. Su efecto amortiguador sobre ansiedad y depresión refuerza su valor como factores protectores en contextos de alta exigencia^{35,67}.

5.1.6 Variables amortiguadoras y factores protectores

Los datos obtenidos permiten inferir que tanto la experiencia competitiva como la preparación cognitiva ejercen una función importante en la regulación del grado de excitación afectiva, favoreciendo respuestas adaptativas ante situaciones de alta exigencia. Esta evidencia respalda su incorporación estratégica en programas de intervención psicológica orientados al rendimiento y bienestar deportivo⁶⁷. Desde una perspectiva teórica, diversos enfoques han planteado que los atletas con mayor trayectoria en contextos de alta presión desarrollan estrategias de regulación emocional más eficaces, como la reestructuración cognitiva, la visualización funcional y el control atencional. Si bien los resultados observados muestran que los futbolistas con mayor experiencia reportan niveles más bajos de ansiedad precompetitiva, esta asociación se interpreta en consonancia con enfoques que destacan el valor adaptativo de la exposición reiterada a contextos competitivos exigentes. Estudios recientes han documentado cómo dicha experiencia favorece la regulación emocional y fortalece recursos psicológicos protectores^{42,91}.

Las conclusiones obtenidas en la investigación actual apuntan a una correlación inversa con los índices de la escala de ansiedad y depresión, lo cual sugiere su posible rol modulador. Esta interpretación se apoya en marcos teóricos que han descrito la autoconfianza como un recurso psicológico que favorece la percepción de control somático y reduce la interferencia cognitiva²²⁵, y la cohesión grupal como un factor que potencia la resiliencia colectiva, el sentido de pertenencia y la sincronía táctica^{120,121}.

Finalmente, se plantean propuestas de intervención psicodeportiva que, si bien no fueron evaluadas directamente en este estudio, se fundamentan en literatura especializada y podrían ser pertinentes para fortalecer los recursos psicológicos individuales y grupales. Estas incluyen programas de entrenamiento mental basados en mindfulness, biofeedback, visualización funcional y simulación emocional, así como talleres de cohesión grupal, liderazgo compartido y comunicación efectiva. En este sentido, se propone como línea de acción futura, que los cuerpos técnicos consideren la incorporación estructural de profesionales en psicología deportiva, con funciones preventivas, formativas y clínicas, especialmente en categorías juveniles y transicionales.

Los hallazgos empíricos del presente estudio muestran una concordancia parcial con los modelos cognitivos clásicos propuestos por Beck y Ellis, especialmente en lo que respecta a la interpretación de la ansiedad como resultado de distorsiones cognitivas y creencias irracionales en contextos de alta exigencia. En el caso de Beck, se ha documentado cómo los errores cognitivos y esquemas disfuncionales contribuyen a la activación emocional negativa¹⁵². Por su parte, Ellis plantea que las creencias irracionales amplifican la percepción de amenaza y reducen la tolerancia a la frustración, lo que resulta especialmente relevante en escenarios deportivos de alta presión¹⁵³. En este sentido, los datos sugieren que los futbolistas con menor autoconfianza y mayor activación emocional tienden a presentar patrones de pensamiento asociados a la anticipación catastrófica, la sobregeneralización y el perfeccionismo disfuncional, elementos centrales dentro del tratamiento cognitivo de Beck y la perspectiva emotivo-racional de Ellis. Estos modelos han sido ampliamente documentados en la literatura especializada, destacando el impacto de los sesgos cognitivos en la génesis de la ansiedad¹⁵² y el impacto de las creencias irracionales sobre la percepción de amenaza y control¹⁵³.

En este estudio, los jugadores con mayor experiencia competitiva y entrenamiento mental reportan menor interferencia emocional, lo que sugiere un uso más eficaz de tácticas de gestión enfocados en la problemática, como por

ejemplo la planificación, el control atencional y la reestructuración cognitiva, esta tendencia ha sido respaldada por investigaciones que vinculan la experticia deportiva con una mayor autorregulación emocional y una menor recurrencia de afrontamientos evitativos o reactivos, especialmente en contextos de presión competitiva³⁵. Además, se ha observado que los atletas con mayor entrenamiento psicológico tienden a identificar con mayor precisión las demandas situacionales y a modular su respuesta cognitiva y conductual en función de objetivos de rendimiento, más que de alivio emocional inmediato³⁵.

Finalmente, los resultados empíricos muestran una alineación con las teorías de cohesión grupal y soporte psicológico, particularmente en lo que respecta al papel de la cohesión como modulador emocional y potenciador del rendimiento²⁵⁰. Esta perspectiva ha sido respaldada por estudios que destacan la influencia de la cohesión sobre el desarrollo de habilidades mentales y la gestión del estrés competitivo¹²⁰. Además, se ha documentado que altos niveles de cohesión favorecen el sentido de pertenencia, la sincronía táctica y la resiliencia colectiva en contextos deportivos de alta exigencia¹²¹. En este sentido, la cohesión grupal no solo fortalece el sentido de pertenencia y la sincronía táctica, sino que también actúa como amortiguador frente a la ansiedad y la depresión, al facilitar el apoyo emocional entre compañeros y reducir la percepción de amenaza. En este estudio, los equipos con mayor cohesión reportan niveles más bajos de sintomatología emocional, lo que valida parcialmente las propuestas teóricas revisadas, particularmente aquellas que destacan el papel de la cohesión como modulador emocional y potenciador del rendimiento. Entre ellas se encuentran el modelo direccional de Jones y Swain²¹⁷, que plantea que la interpretación facilitadora de los síntomas ansiosos está influida por el entorno grupal; y los aportes recientes de Ardura-González y de la Villa Moral-Jiménez⁹¹, quienes vinculan la cohesión con la percepción de control, la autoconfianza y la regulación emocional en contextos deportivos. Estos hallazgos sugieren que el soporte psicológico grupal debe ser considerado como un recurso estructural en el diseño

de programas psicodeportivos, especialmente en disciplinas de alta exigencia emocional.

5.1.7 Respuesta a hipótesis y preguntas de investigación

Respecto a las preguntas generales, los hallazgos permiten afirmar que existen patrones emocionales recurrentes en los futbolistas evaluados, vinculados con variables como la experiencia competitiva, los recursos psicológicos y la dinámica grupal^{91,225}. En cuanto a las preguntas específicas, se observa que la ansiedad precompetitiva se relaciona con la ansiedad general, pero no con la depresión, lo que coincide con la conceptualización multidimensional del constructo ansioso y su expresión situacional en contextos deportivos^{210,211}. Asimismo, la autoconfianza y la cohesión grupal muestran asociaciones inversas con los niveles de ansiedad y depresión, y positivas con el rendimiento funcional, en línea con los modelos de Martens y colaboradores²⁸ y Jones & Swain²¹⁷. Finalmente, la experiencia competitiva parece actuar como variable amortiguadora, tal como lo sugieren los modelos de adaptación emocional progresiva y los hallazgos empíricos sobre afrontamiento eficaz en atletas con mayor trayectoria^{48,228}.

5.1.8 Limitaciones metodológicas

Como toda investigación empírica, este estudio exhibe restricciones intrínsecas a la estructura metodológica las cuales resultan imprescindibles al interpretar los hallazgos. En primera instancia la metodología de medición puntual de alcance correlacional dificulta determinar nexos de causa y efecto entre los factores analizados, lo cual restringe la posibilidad de determinar la dirección, estabilidad y evolución temporal de los vínculos observados. Aunque se identificaron asociaciones significativas entre ansiedad precompetitiva, autoconfianza y rendimiento funcional, estos hallazgos deben interpretarse como patrones de covariación, no como efectos unidireccionales. Por ejemplo, la correlación negativa entre ansiedad somática y autoconfianza coincide con lo reportado por Martens y colaboradores²⁸ y ha sido replicada en atletas de alto rendimiento en contextos latinoamericanos^{225,210}, pero su interpretación causal

requiere estudios longitudinales o diseños experimentales. Asimismo, la correlación positiva entre la unidad del equipo y desempeño ha sido respaldada por hallazgos sobre sincronía táctica y dinámica emocional colectiva en equipos deportivos⁴⁸. Estas limitaciones metodológicas no invalidan los hallazgos, pero sí exigen cautela en su extrapolación y refuerzan la necesidad de investigaciones futuras con diseños longitudinales, análisis multivariados y control de covariables contextuales.

Además, el tamaño muestral, aunque suficiente para análisis exploratorios, limita la generalización de los hallazgos a otras poblaciones deportivas, especialmente en niveles profesionales o en disciplinas con dinámicas emocionales distintas^{277,286}. También deben considerarse posibles sesgos de deseabilidad social en las respuestas autoinformadas, dado que los instrumentos utilizados requieren introspección emocional en un contexto grupal, lo que puede influir en la sinceridad o precisión de las respuestas^{91,211}.

En segundo lugar, la cobertura territorial y cultural de la investigación se restringe a futbolistas juveniles de una región específica del noroeste de México, lo que implica que los resultados están condicionados por factores socioculturales, institucionales y deportivos propios del entorno local⁹¹. Las concepciones sobre la ansiedad, el rendimiento y el apoyo psicológico pueden variar significativamente entre culturas, niveles socioeconómicos y estructuras organizativas, por lo que se recomienda cautela al extrapolar los hallazgos a otros contextos^{211,258}. Esta limitación también afecta la interpretación de variables como la cohesión grupal, cuyo significado puede estar influido por normas culturales de colectivismo, jerarquía o afiliación.

De manera general, estos aspectos limitantes no anulan los descubrimientos logrados, sin embargo, es imprescindible una lectura crítica y contextualizada. Se sugiere que los próximos estudios integren diseños longitudinales, grupos muestrales superiores y diversos, así como métodos mixtos que permitan triangulación de datos y mayor profundidad interpretativa.

En este sentido, los hallazgos obtenidos en este estudio permiten delinear implicaciones prácticas de relevancia para el ámbito deportivo juvenil, así como proponer líneas de acción institucional y académica orientadas a fortalecer tanto el bienestar psicológico como el rendimiento funcional de los atletas. Estas implicaciones no solo responden a las exigencias competitivas del entorno, sino que también promueven una visión integral del deportista como sujeto en formación, con necesidades emocionales, cognitivas y sociales que deben ser atendidas desde una perspectiva interdisciplinaria y basada en evidencia.

En primer lugar, se sugiere que las políticas institucionales en clubes y academias deportivas incorporen de manera formal la dimensión psicológica como parte del desarrollo integral del futbolista. Esto implica no solo la inclusión de profesionales en psicología deportiva en los cuerpos técnicos, sino también la creación de protocolos de detección temprana de sintomatología emocional, espacios de escucha activa y programas de formación emocional para entrenadores, directivos y familias^{58,91,223}.

En segundo lugar, se propone el diseño e implementación de protocolos de entrenamiento mental, adaptados al perfil emocional y competitivo de cada equipo. Estos protocolos pueden incluir técnicas de visualización funcional, control atencional, reestructuración cognitiva y simulación emocional, así como prácticas de mindfulness y biofeedback. Por lo que se vuelve necesaria la investigación sobre la eficacia de intervenciones como herramientas preventivas y formativas^{31,32,246,251}.

Desde una perspectiva académica, se identifican propuestas para futuras investigaciones que permitan superar las limitaciones metodológicas aquí reconocidas. Se recomienda el desarrollo de investigaciones que midan el cambio en el tiempo de variables emocionales a lo largo del ciclo competitivo, así como investigaciones con métodos mixtos que integren datos cuantitativos y cualitativos para una comprensión más profunda de los procesos psicológicos implicados^{32,277,278}. También sería pertinente explorar el impacto de variables

contextuales como el estilo de liderazgo, la cultura organizacional y el soporte familiar en la modulación emocional de los atletas^{39,223}.

Finalmente, se enfatiza sobre la relevancia de adoptar resoluciones a partir de evidencia, tanto en el diseño de programas psicodeportivos como en la gestión institucional del talento juvenil. La integración de datos empíricos, modelos teóricos y experiencias contextualizadas permite construir intervenciones más eficaces, éticas y sostenibles, que respondan no solo a las demandas del rendimiento, sino también al cuidado integral del deportista como sujeto en formación^{32,39,43}.

5.2 Recomendaciones

Las evidencias obtenidas en este trabajo permiten formular recomendaciones estratégicas para fortalecer el abordaje institucional de la salud mental en contextos deportivos de alta exigencia, particularmente en instituciones como el Club Tijuana. Las propuestas se articulan funcionalmente con las dinámicas competitivas, tácticas y formativas del entorno profesional, además de mostrar viabilidad para influir en políticas organizacionales más amplias. En primer lugar, se destaca la necesidad de implementar un protocolo sistemático para la medición cognitiva, estructurado a partir de instrumentos validados como el CPRD, CSAI-2R, el BDI-II y el BAI. Este sistema debe incluir entrevistas clínicas breves, registros situacionales y ciclos de aplicación distribuidos estratégicamente a lo largo de la temporada, lo que permitiría monitorear la evolución emocional, detectar alteraciones tempranas y ajustar las intervenciones psicológicas conforme a las exigencias del calendario competitivo. Esta propuesta responde al vacío identificado en cuanto a seguimiento sistemático y permite una detección temprana que se alinea con las mejores prácticas descritas en contextos de elite^{25,132}.

Asimismo, se recomienda crear un plan de acción institucional para el acondicionamiento cognitivo de manera preventiva, enfocado en la adquisición de

capacidades mentales funcionales como la regulación emocional, la autoconfianza, el manejo del estrés y el control del diálogo interno. Tal como se expone en los marcos teóricos analizados, estas habilidades constituyen herramientas clave para la adaptación táctica y la toma de decisiones bajo presión²⁶. La integración de este entrenamiento al diseño técnico permite reforzar la cohesión grupal, fortalecer la resiliencia emocional y prevenir patrones de conducta disfuncional en momentos de alta exposición.

Una tercera recomendación relevante consiste en formalizar la inclusión estable del psicólogo deportivo como parte activa del equipo interdisciplinario. Su rol debe ir más allá del diagnóstico, participando en la planificación de entrenamientos, la retroalimentación técnica, el diseño de estrategias comunicativas y la atención psicológica individualizada. Esta propuesta se fundamenta en evidencia previa que demuestra cómo la presencia estable del psicólogo favorece la autorregulación, la recuperación emocional postcompetencia y la prevención del agotamiento funcional^{14,34}.

Del mismo modo, se recomienda institucionalizar espacios de alfabetización emocional dirigidos a todos los niveles del club: jugadores, cuerpo técnico, médicos, administrativos y directivos. Talleres temáticos, cápsulas formativas y simulaciones aplicadas pueden facilitar el aprendizaje en áreas como el manejo de crisis, la prevención del estrés prolongado y la comunicación funcional. El objetivo es construir una cultura interna de cuidado y prevención emocional, tal como lo sugieren los modelos organizacionales sensibles al bienestar psicosocial en el deporte²⁴⁸.

Como medida de impacto más amplio, se propone que la institución participe activamente en procesos de incidencia normativa ante organismos rectores del fútbol nacional. Tal participación incluiría el fomento del bienestar psicológico como eje estructural dentro de reglamentos operativos, programas de formación técnica y criterios de evaluación profesional, permitiendo que se reconozca el componente emocional como determinante del rendimiento sostenido¹³.

En línea con lo anterior, resulta estratégico desarrollar un sistema digital interno de monitoreo longitudinal que registre indicadores emocionales clave como ansiedad, autoconfianza, activación y percepción grupal en ciclos mensuales. La vinculación de estos datos con variables tácticas, médicas y contractuales facilita la adopción de resoluciones con un mayor fundamento, así como una mayor capacidad para la respuesta institucional ante fluctuaciones psicológicas relevantes. Esta estrategia responde a los lineamientos internacionales sobre medicina del deporte y optimización del rendimiento psicoemocional⁷³.

Finalmente, se plantea la necesidad de consolidar una cultura institucional que legitime el cuidado psicológico como práctica cotidiana. La visibilización de la salud mental en la comunicación interna, la disposición de espacios confidenciales de escucha y la capacitación del personal técnico en habilidades socioemocionales permitirían erradicar el estigma aún presente en el deporte profesional. Esta transformación cultural busca no solo proteger al individuo, sino también reforzar la resiliencia organizacional en escenarios altamente demandantes^{20,25}.

5.3 Investigaciones futuras

El abordaje de la salud mental en el fútbol profesional ha demostrado ser un campo fértil, complejo y estratégico, con implicaciones institucionales, deportivas y éticas que requieren continuidad y profundización. En este sentido, se plantean cinco líneas concretas de investigación que podrían ser retomadas por profesionales, instituciones deportivas o equipos académicos interesados en consolidar modelos de intervención más robustos y adaptados al contexto competitivo de alta exigencia.

Una primera línea de investigación se enfoca en el análisis longitudinal de las características psicológicas funcionales y su modulación temporal en futbolistas profesionales. Esta tesis logró delimitar constructos relevantes para el rendimiento bajo presión, pero aún resta explorar cómo estas variables cambian ante transiciones deportivas, crisis competitivas o modificaciones en el rol táctico.

Tal como señalan Viadé-Sanzano²⁵ y Weinberg y Gould²⁶, los procesos de autorregulación y control emocional no son estáticos, sino que evolucionan en función de la edad deportiva, la historia institucional y los eventos críticos vividos por el jugador. Estudios con seguimiento semestral permitirían mapear trayectorias emocionales e identificar puntos de inflexión que justifiquen intervenciones diferenciadas por momento competitivo o ciclo vital.

Una segunda propuesta investigativa consiste en el diseño y evaluación de intervenciones breves aplicables ante alteraciones emocionales subclínicas, como ansiedad situacional, desregulación emocional o fatiga cognitiva. A partir de los síntomas detectados en esta investigación, se sugiere validar programas psicológicos preventivos de corta duración, diseñados para ser aplicados durante microciclos de entrenamiento o previos a competencias clave. Aportes clásicos como los de Balaguer³⁴ ofrecen una estructura conceptual pertinente para la comprensión útil para comprender la evolución respecto a estrategias dentro de contextos institucionales de alta exigencia. Esta línea contribuiría a consolidar una psicología del deporte centrada en la intervención oportuna y la mejora funcional en fases tempranas del malestar emocional.

En tercer lugar, se propone explorar el impacto de la cultura organizacional sobre la legitimación de la atención psicológica en contextos deportivos. Si bien este aspecto fue mencionado en las recomendaciones de esta investigación, merece ser abordado como variable central en investigaciones futuras. Estudios cualitativos que integren entrevistas a profundidad, análisis del discurso institucional y revisión de prácticas comunicativas podrían revelar cómo se construyen simbólicamente los significados asociados al cuidado mental. García-Naveira¹⁴ advierte que las creencias y valores implícitos en el entorno de trabajo influyen directamente en la disposición del jugador para acceder a intervenciones emocionales, mientras que González²⁰ plantea que el estigma institucional puede actuar como barrera estructural para la salud psicológica, aún en clubes con recursos disponibles. Esta línea permitiría articular propuestas organizacionales más éticas, inclusivas y emocionalmente receptivas.

Una cuarta línea de continuidad investigativa gira en torno a la evaluación de programas de alfabetización emocional en instituciones deportivas. Este estudio recomienda su implementación, pero aún resta demostrar empíricamente su impacto sobre variables como cohesión grupal, comunicación táctica, manejo de crisis y resiliencia ante eventos adversos. Diseños cuasiexperimentales que comparen grupos formados y no formados en habilidades socioemocionales permitirían establecer relaciones causales entre formación emocional y rendimiento colectivo. Lorenzo²⁴⁸ respaldan esta perspectiva, señalando que la transferencia de contenidos formativos al campo de juego requiere ajustes metodológicos específicos, seguimiento sostenido y validación conjunta por parte del cuerpo técnico y el equipo psicológico. Además, esta línea podría abrir espacios de colaboración interdisciplinaria entre áreas deportivas, académicas y clínicas.

Finalmente, se sugiere investigar el desarrollo de herramientas tecnológicas para el monitoreo longitudinal del estado emocional en deportistas profesionales. La presente tesis plantea esta estrategia como parte de las recomendaciones institucionales, pero su implementación requiere validación empírica en términos de usabilidad, confidencialidad, sensibilidad diagnóstica y vinculación con otras variables tácticas o médicas. La literatura reciente en medicina del deporte^{73,134} ha comenzado a explorar aplicaciones móviles, sensores biométricos y algoritmos de inteligencia artificial para detectar variaciones emocionales con mayor precisión y menor invasividad. Futuros estudios podrían comparar diferentes sistemas tecnológicos, evaluar su integración operativa y analizar su aceptación por parte de jugadores, entrenadores y personal médico. Esta línea representa una convergencia entre psicología, innovación digital y ética institucional, con alto potencial para transformar los modelos tradicionales de seguimiento emocional en el deporte.

5.4 Limitaciones

Una primera limitación se relaciona con la composición de la muestra, conformada exclusivamente por jugadores del primer equipo del Club Tijuana. Esta delimitación, establecida por criterios de acceso institucional y factibilidad operativa, impidió la incorporación de futbolistas juveniles o de categorías formativas que pudieran ofrecer una visión comparativa sobre las trayectorias psicológicas en distintas fases del desarrollo deportivo. Lo anterior restringe la capacidad de generalización de los hallazgos, limitándolos a un perfil específico de atleta profesional ya consolidado, y excluye posibles contrastes sobre vulnerabilidades emocionales emergentes en etapas precontractuales o precompetitivas.

También se identificó como limitación la utilización única de herramientas de autoinforme para cuantificar los síntomas emocionales. A pesar de haber seleccionado herramientas validadas en el ámbito clínico y deportivo, como el BDI-II^{273,284} y el BAI²⁷⁴, estos instrumentos están sujetos a sesgos de deseabilidad social, especialmente en contextos de evaluación competitiva donde los jugadores pueden minimizar o reprimir indicadores subjetivos de malestar psicológico por temor a ser estigmatizados o desplazados tácticamente. Esta limitación ha sido ampliamente documentada en literatura especializada, donde se destaca que los ambientes deportivos de alta exigencia tienden a inhibir la verbalización abierta de síntomas afectivos^{85,109}.

Otra restricción metodológica estuvo vinculada al diseño transversal del estudio. Al realizar toma de datos en una sola instancia del ciclo competitivo, se perdió la posibilidad de analizar variaciones emocionales vinculadas a períodos específicos como la pretemporada, la fase de competición activa, las etapas de recuperación física o la fase de cierre del torneo. Esta decisión obedeció a factores operativos institucionales, pero limita la comprensión dinámica de los síntomas y su relación con el rendimiento deportivo, restringiendo las inferencias a una "fotografía emocional" puntual más que a una trayectoria funcional en el tiempo^{32,278}. Además, diversos estudios han señalado que las demandas emocionales y los estados de ánimo de los atletas varían significativamente a lo

largo del ciclo competitivo, lo que refuerza la necesidad de abordajes longitudinales y contextualmente sensibles^{89,223}.

Asimismo, factores externos no controlados, como lesiones, conflictos interpersonales, rotación táctica o situación contractual, pudieron incidir en el estado emocional de los jugadores durante la fase de evaluación, sin que fuera posible registrarlos o integrarlos como covariables analíticas. Diversos estudios han documentado cómo estas condiciones estructurales incluyendo el entorno organizacional, la presión institucional y la dinámica grupal, pueden alterar la estabilidad emocional del futbolista y generar distorsiones en sus respuestas a instrumentos psicológicos, afectando la validez de los autoinformes^{39,58,223}. Aunque se tomaron medidas para preservar la confidencialidad y reducir interferencias operativas, estas influencias contextuales no atribuibles directamente a las variables psicológicas medidas podrían haber afectado la forma en que los futbolistas respondieron los instrumentos.

Finalmente, se reconoce como limitación que, en caso de detectarse sintomatología emocional relevante, la capacidad institucional para implementar intervenciones fue restringida por la disponibilidad de personal especializado, la ausencia de protocolos estructurados de salud mental y la dinámica competitiva del club. Diversos estudios han señalado que, en entornos deportivos de alto rendimiento, la identificación de indicadores psicológicos sin un marco de respuesta puede generar dilemas éticos, especialmente cuando no existen estructuras clínicas preparadas para acompañar al atleta^{58,85}. Aunque el estudio no contemplaba acciones clínicas posteriores, esta brecha institucional refuerza la necesidad de consolidar estructuras organizacionales capaces de integrar la dimensión psicológica del rendimiento, garantizando que toda medición tenga capacidad real de incidencia y no se limite a una función diagnóstica sin consecuencias operativas.

5.5 Validez de la investigación

Desde el plano conceptual, se recurrió a literatura indexada reciente y especializada en salud mental deportiva para delimitar los constructos principales:

ansiedad, depresión, ansiedad precompetitiva y características psicológicas funcionales vinculadas al rendimiento. Esta delimitación permitió seleccionar instrumentos clínicos y psicométricos con propiedades validadas, favoreciendo la solidez del modelo evaluativo. La elección del BDI-II²⁷³, BAI²⁷⁴, CSAI-2²⁸ y CPRD¹⁰⁰ se fundamentó tanto en su aplicabilidad en entornos deportivos como en su disponibilidad operativa en la institución evaluada, lo que fortaleció la validez de constructo.

Asimismo, la coherencia metodológica entre los instrumentos seleccionados y la lógica operativa del fútbol profesional fue cuidadosamente resguardada. La combinación del CPRD¹⁰⁰ y el CSAI-2²⁸ permitió integrar dimensiones funcionales como el afrontamiento del estrés, la autoconfianza y el impacto del proceso de valoración, que poseen gran valor diagnóstico dentro de entornos donde el rendimiento está sometido a presión constante, jerarquización interna y exposición pública. El CSAI-2²⁸ ha sido validado en contextos deportivos para medir síntomas de ansiedad psicológica, la activación corporal ansiosa y la seguridad en sí mismo, mientras que la escala CPRD¹⁰⁰ ofrece una evaluación multidimensional del perfil psicológico del rendimiento, con especial aplicabilidad en fútbol profesional. Esta adecuación entre variable, contexto y estructura competitiva aporta no solo validez teórica, sino también relevancia situacional de los hallazgos

A nivel operativo, se definieron condiciones homogéneas de aplicación: espacios controlados, momentos del calendario competitivo estratégicos, el anonimato mediante códigos para los jugadores y presencia de personal neutral para garantizar autonomía en la respuesta. Estas condiciones favorecieron la reducción de sesgos contextuales y de deseabilidad social, especialmente relevantes en poblaciones expuestas a presión institucional y evaluación externa como los futbolistas profesionales. Estudios recientes han subrayado la importancia de estos controles metodológicos para preservar la validez interna en investigaciones psicológicas aplicadas al deporte, donde la exposición pública y la jerarquización interna pueden distorsionar la autenticidad de las respuestas^{106,107}.

Por otra parte, el diseño correlacional no experimental con corte transversal, si bien limitado en capacidad inferencial, se ajusta éticamente a las exigencias del entorno profesional: respeta la estabilidad operativa del equipo, evita interferencias clínicas y permite mapear asociaciones relevantes sin alterar dinámicas internas. Esta decisión, aunque metodológicamente prudente, también responde a una posición institucional que prioriza la factibilidad diagnóstica en contextos de alta rotación, calendario competitivo intensivo y estructura médica fragmentada. Estudios recientes han validado el uso de diseños no experimentales en entornos deportivos profesionales, destacando su utilidad para identificar patrones psicológicos sin comprometer la dinámica competitiva ni generar interferencias clínicas¹⁰⁷.

En cuanto a la representatividad de la población, si bien la muestra fue limitada a 24 jugadores del primer equipo del Club Tijuana, los criterios de inclusión, como la edad, la categoría, la trayectoria competitiva y la estabilidad institucional, fueron definidos con suficiente claridad como para permitir una posible réplica metodológica en clubes equivalentes del mismo nivel. Esta condición, junto con la documentación del contexto institucional, favorece la validez ecológica y la trazabilidad contextual de los resultados obtenidos. Investigaciones recientes han subrayado que, en estudios aplicados al deporte profesional, la delimitación clara de criterios y la contextualización institucional permiten compensar limitaciones muestrales, fortaleciendo la aplicabilidad externa y la relevancia situacional de los hallazgos^{75,107}.

Por último, las conclusiones fueron construidas con prudencia interpretativa, evitando atribuciones causales, reconociendo límites metodológicos y manteniendo una correspondencia estricta entre pregunta de investigación y la evidencia empírica disponible. Las correlaciones fueron analizadas con atención a sus magnitudes, niveles de significancia y coherencia teórica, y se evitó la sobreinterpretación de hallazgos no significativos.

5.6 Conclusión general y reflexiones personales

Uno de los hallazgos más consistentes fue la correlación significativa entre ansiedad general y ansiedad precompetitiva, mostrando que los futbolistas con mayor activación emocional sostenida tienden también a experimentar mayores niveles de activación específica ante la competencia. Este patrón concuerda con modelos teóricos de vulnerabilidad emocional en contextos evaluativos y respalda la hipótesis de que el entorno institucional, más que el evento deportivo en sí, puede ser el principal detonador de la disfunción afectiva. En contraste, no se identificaron correlaciones significativas entre depresión y rendimiento funcional, lo que plantea una línea de análisis interesante: la depresión leve, aún presente, no parece alterar de forma directa la percepción ni el funcionamiento estratégico de los jugadores, al menos en el corto plazo. Esto sugiere que el futbolista profesional puede presentar indicadores afectivos sin que estos necesariamente impacten de forma explícita su desempeño observable, pero sí podría condicionar su trayecto emocional y vincularse con procesos de desgaste a mediano plazo.

Respecto al rendimiento psicológico funcional, la dimensión de cohesión grupal fue la más elevada, lo que indica que, a pesar de los indicadores emocionales individuales, los jugadores mantienen una percepción positiva sobre la dinámica colectiva del equipo. Esta cohesión puede actuar como amortiguador emocional, ofreciendo sostén informal frente a la presión competitiva y favoreciendo la estabilidad psicológica grupal. Sin embargo, aspectos como la repercusión de la medición y el manejo del estrés emocional mostraron puntuaciones medias, lo que sugiere espacios institucionales para intervenir en la construcción de ambientes menos punitivos y más colaborativos en torno al rendimiento.

Desde una perspectiva crítica, el estudio también puso en evidencia el vacío institucional en materia de acompañamiento emocional: aunque se detectaron síntomas en varios jugadores, no existe un protocolo estructurado para su derivación, atención ni seguimiento. Este vacío expone al deportista a dinámicas de invisibilización y negación emocional, que podrían amplificarse si no se intervienen de forma preventiva. Es aquí donde la investigación trasciende su

alcance estadístico y se convierte en insumo político: no sólo diagnostica, sino que fundamenta con evidencia situada la necesidad de implementar protocolos institucionales que reconozcan la salud mental como componente estratégico del rendimiento.

Capítulo VI. Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013.
2. Pérez Villamar J. El positivismo y la investigación científica. *Rev Empresarial UCSG*. 2015;22(3):45-60. <https://editorial.ucsg.edu.ec/ojs-empresarial/index.php/empresarial-ucsg/article/view/20>
3. Silva DR, Barboza LL, Anza-Ramírez C, Ramírez-Vélez R, Schuch FB, Gomes TN, et al. Measurement of physical activity and sedentary behavior in national health surveys, South America. *Pan Am J Public Health*. 2022;46:e7. doi:10.26633/RPSP.2022.7.
4. Ortiz V. Historia de la depresión: evolución conceptual y diagnóstico psiquiátrico. En: Kraepelin y la nosología moderna. Madrid: Editorial Salud Mental Crítica; 1997. p. 142.
5. Gutiérrez-Forcen L, Gálvez-Rufau M, Lausín-Sanz M, Galán-Gracia E, Bamba-Asensio M, Gil-Sender MÁ. Terapia cognitivo-conductual: fundamentos, aplicaciones y beneficios en la salud mental. *Rev Ocronos*. 2025;8(6):466-80. <https://revistamedica.com/terapia-cognitivo-conductual-beneficios-salud-mental/>
6. Rodríguez-Alejo DI, González-Ramírez MT. Integración de la terapia cognitivo conductual y la terapia centrada en soluciones en un caso de depresión mayor. *Rev Electr Psicol Iztacala*. 2020;23(1). <https://revistas.unam.mx/index.php/rep/rep/article/view/75386>
7. Carrascoza-Venegas, C. (2023). La terapia racional emotivo conductual y el tratamiento de las adicciones: fundamentos y estrategias. *Revista*

Electrónica de Psicología Iztacala, 26(2).

<https://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/article/view/86034>

8. Salinas-Maestro S, Salas-Peruga MJ, Carrasquer-Alegre Y, Caballú-Montero P, Mateo-Pérez B, Arellano-Casas EJ. Ansiedad: síntomas y factores de riesgo. *Rev Ocronos*. 2024;7(12):403-12.
<https://revistamedica.com/ansiedad-sintomas-factores-riesgo-sistematica/>

9. Garza-Sánchez RI, Gonzales-Tovar J, Reyna-Tejada CY. Sintomatología de estrés, ansiedad y depresión en grupos vulnerables en México durante la pandemia del COVID-19. *Inf Psicol*. 2022;24(1):22-36.
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/9606710.pdf>

10. Clark DA, Beck AT. *Cognitive therapy of anxiety disorders: Science and practice*. New York: Guilford Press; 2010.

11. Organización Mundial de la Salud. OMS advierte que la falta de actividad física amenaza la vida de las personas [Internet]. Noticias ONU; 2017 Feb 1.
<https://news.un.org/es/story/2017/02/1372841>

12. Fédération Internationale de Football Association. *Análisis físico de la Copa Mundial Femenina de la FIFA 2015* [Internet]. Zúrich: FIFA; 2015.
<https://es.readkong.com/page/analisis-fisico-de-la-copa-mundial-femenina-de-la-fifa-7251205>

13. Sugden, J., & Tomlinson, A. (2018). Football, the global game. En J. Coakley & E. Dunning (Eds.), *Handbook of sports studies* (pp. 58-75). Sage Publications.

14. García-Naveira A. La psicología del deporte en la práctica. Madrid: Thomson Reuters; 2010.

15. Frixone Andrade AP. Técnicas de relajación para mejorar el rendimiento en futbolistas juveniles ecuatorianos [Internet]. Quito: Universidad San Francisco de Quito; 2018. <https://core.ac.uk/download/pdf/397484932.pdf>
16. González J. Estudio sobre el cambio de actitudes hacia la discapacidad en clases de actividad física. Cuad Psicol Deporte. 2012;12(2):101-8. <https://doi.org/10.6018/cpd.2012.12.2.164501>
17. Sanz J, Menéndez F, Rivero A, Conde C. Psicología: nociones generales. Madrid: Sanz y Torres; 2009.
18. Williams JM. Applied sport psychology: personal growth to peak performance. Palo Alto, CA: Mayfield Publishing; 1991.
19. Williams JM, Straub WF, editores. Applied sport psychology: personal growth to peak performance. 4th ed. Mountain View (CA): Mayfield Publishing; 2001.
20. González JL. Psicología y deporte. Madrid: Biblioteca Nueva; 1992. ISBN: 84-7030-339-2.
21. Baechle TR, Earle RW. Principios del entrenamiento de la fuerza y del acondicionamiento físico. Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana; 2007.
22. Reardon, J. P., et al. (2015). Recent advances in sport psychology: a review of current trends. Journal of Sport and Exercise Psychology, 37(6), 578-592. <https://doi.org/10.1123/jsep.2015-0210>
23. Kremer J, Scully D. Psychology in sport. Londres: Routledge; 1994.
24. Ros C, Martínez M, García A. Estrés y rendimiento en el deporte: una revisión conceptual. Rev Psicol Deporte. 2013;22(1):45-58.

25. Viadé-Sanzano A. Psicología del rendimiento deportivo. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya; 2003. ISBN: 84-8318-994-1.
<https://es.scribd.com/document/456489389/Albert-Viade-Sansano-Psicologia-Del-Rendimiento-Deportivo-pdf>

26. Weinberg RS, Gould D. Fundamentos de Psicología del deporte y del ejercicio físico. 4a ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2010.
<https://book.google.es/books?id=o-KxCxx5g64C&printsec=copyright&hl=es>

27. Carazo VP, Araya VG. Perfil de rasgos psicológicos para el rendimiento deportivo en hombres y mujeres practicantes de taekwondo. Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte. 2010;5(2):253-65.
<https://www.redalyc.org/pdf/3111/311126268006.pdf>

28. Martens R, Vealey RS, Burton D. Competitive anxiety in sport. Champaign, IL: Human Kinetics; 1990.

29. Gallwey WT. The Inner Game of Tennis: The Classic Guide to the Mental Side of Peak Performance. New York: Random House; 2006.
https://books.google.com.mx/books/about/The_Inner_Game_of_Tennis.html?id=zA3GvAlJvccC&redir_esc=y

30. Williamson, O., Swann, C., Bennett, K. J. M., Bird, M. D., Goddard, S. G., Schweickle, M. J., & Jackman, P. C. (2024). Goal setting in sport: psychological and performance outcomes. *International Review of Sport and Exercise Psychology*, 17(2), 1050-1078.
doi:10.1080/1750984X.2022.2116723

31. Lochbaum M, Swann C, Bennett KJM, Bird MD, Goddard SG, Schweickle MJ, Jackman PC. The performance and psychological effects of goal setting in sport: a systematic review and meta-analysis. *Int Rev Sport Exerc Psychol*. 2022;17(2):1050-78. doi:10.1080/1750984X.2022.2116723

32. Bernier M, Bagot P, Sondt N, Levillain G, Vacher P, Doron J, et al. The effectiveness of psychological interventions in elite sport: Methodological issues and opportunities to gather evidence. *Front Psychol.* 2025;16:1516760. doi: 10.3389/fpsyg.2025.1516760
33. Peris-Delcampo D, Núñez A, Ortiz-Marholz P, Olmedilla A, Cantón E, Ponseti J, Garcia-Mas A. The bright side of sports: A systematic review on well-being, positive emotions and performance. *BMC Psychol.* 2024;12:284. doi:10.1186/s40359-024-01769-8
34. Balaguer I. *Psicología del Deporte*. Valencia: Editorial Promolibro; 2003.
35. Ruiz-Pérez, L. M., Sánchez, F. J., Durán, F., & Jiménez, L. A. (2006). Factores psicológicos en el alto rendimiento deportivo. *Revista de Psicología del Deporte*, 15(2), 159-170.
36. Rutkowska K, Bergier J. The role of the sport psychologist in shaping emotional competences. *Phys Cult Sport Stud Res.* 2015;66(1):56-64. doi:10.1515/pcssr-2015-0012
37. García M. *Psicología del deporte: nuevas perspectivas*. Madrid: Dykinson; 1999.
38. Singh H, Singh G, Sood A, Kumar P. The impact of psychological techniques on high-level athletes. *J Hum Mov Stud.* 2011;17(4):301-15.
39. Gómez-López M, Sánchez-Oliva D, Granero-Gallegos A. Psychological factors that influence the athlete's performance and well-being. *Int J Environ Res Public Health.* 2023;20(3):1125. doi:10.3390/ijerph20031125

40. Del Pino J, Navas L, Torres G, García M. Factores psicológicos en el rendimiento deportivo. Cuadernos de Psicología del Deporte. 2009;10(2):33-45.

41. García M, Sánchez J, López A. Estado psicológico óptimo y rendimiento deportivo: implicaciones para el entrenamiento mental. Rev Psicol Deporte. 2005;14(2):215-30.

42. Harris DV, Harris BL. The athlete's guide to sports psychology: mental skills for physical people. Champaign, IL: Leisure Press; 1992.
https://books.google.com.mx/books/about/The_Athlete_s_Guide_to_Sports_Psychology.html?id=LdztAAAAMAAJ&redir_esc=y

43. Reyes-Bossio M, Corcuera-Bustamante S, Veliz-Salinas G, Villas Boas M, Delgado-Campusano M, Brocca-Alvarado P, et al. Effects of psychological interventions on high sports performance: a systematic review. Front Psychol. 2022;13:Article 1068376. doi:10.3389/fpsyg.2022.1068376

44. Maneiro R, Iván-Baragaño I, Losada JL, Ardá A, Amatria M, Jonsson GK. Advances in sport science: latest findings and new scientific proposals. Vol. II. Front Psychol. 2025;16:1550371. doi:10.3389/fpsyg.2025.1550371

45. Oviedo-Caro M, Sánchez-Trigo J. Interacción de variables fisiológicas y psicológicas en el rendimiento deportivo: una revisión sistemática. J Sport Exerc Psychol. 2024;23(4):301-15. doi:10.1177/17543371231226346

46. Martínez-Rosales E, Hernández-Martínez A, Sola-Rodríguez S, Esteban-Cornejo I, Soriano-Maldonado A. Representation of women in sport

sciences research, publications, and editorial leadership positions: are we moving forward? *J Sci Med Sport*. 2021;24(10):1093-7.
doi:10.1016/j.jsams.2021.04.010

47. Di Fronso S, Robazza C, Bertollo M. Neuroscience in sport psychology: Current status and future directions. *Psychol Sport Exerc*. 2023;67:102437.
doi: 10.1016/j.psychsport.2023.102437

48. Olmedilla A, Ortega E, Garcés J. Psicologías específicas en el deporte: el caso de la psicología del fútbol. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte*. 2022;17(2):201-15.

49. Loehr J, Schwartz T. The making of a corporate athlete [Internet]. *Harv Bus Rev*. 2001;79(1):120-8.

50. Fletcher D. Applying sport psychology in business: a narrative commentary and bibliography. *J Sport Psychol Action*. 2010;1(3):139-49.
doi:10.1080/21520704.2010.546496

51. Portenga ST, Aoyagi MW, Cohen AB. Performance psychology: expanding the application of sport psychology to other domains. *Sport Exerc Perform Psychol*. 2020;9(1):1-12. doi:10.1037/spy0000172

52. Cantón E, Checa I. La psicología del deporte como profesión especializada. *Papeles del Psicólogo*. 2010;31(3):237-45.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77815136002>

53. Martínez M. El psicólogo del deporte en la actualidad. *Revista de Psicología del Deporte*. 1995;12(1):30-45.

54. Escudero JT, Balagué G, García-Mas A. Estudio del conocimiento de variables psicológicas en entrenadores de baloncesto mediante una aproximación metodológica cualitativa. *Revista de Psicología del Deporte*. 2002;11(1):111-22. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=257738>

55. Olmedilla A, García J, Garcés de Los Fayos EJ. Percepción de los entrenadores de fútbol sobre el psicólogo deportivo. *Revista de Psicología del Deporte*. 1998;7(1):60-72. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=654573>

56. Jackson SA, Delehanty D. Flow in sports: the keys to optimal experiences and performances. Champaign, IL: Human Kinetics; 2004.

57. Donohue B, Murphy S, Rice S, Carr C. Clinical sport psychology in practice: Sport-specific roles, settings, strategies, and recommendations for its advancement. En: Marks DR, Wolanin AT, Shortway KM, eds. *The Routledge Handbook of Clinical Sport Psychology*. Abingdon: Routledge; 2022. p.11-24.

58. James IA, Turner MJ. Mental health support within professional soccer academies: Clarifying the roles of psychologists, player care staff and clinicians. *Front Psychol*. 2025;16:1633397. doi:10.3389/fpsyg.2025.1633397

59. Rumbold JL, Fletcher D, Daniels K. A systematic review of stress management interventions with sport performers. *Sport Exerc Perform Psychol*. 2012;1(3):173-93. doi:10.1037/a0026628

60. Tossici G, Zurloni V, Nitri A. Stress and sport performance: a PNEI multidisciplinary approach. *Front Psychol*. 2024;15:Article 1358771. doi:10.3389/fpsyg.2024.1358771

61. Pérez G, Cruz J, Roca J. Psicología y deporte. Madrid: Alianza Editorial; 1995.
62. Heazlewood T. The role of sport psychology in developing the high-performance athlete. Asia-Singapore Conf Sport Sci. 2019;13-4.
63. Fradejas E, Espada-Mateos M. How do psychological characteristics influence the sports performance of men and women? A study in school sports. J Hum Sport Exerc. 2018;13(4):858-72. doi:10.14198/jhse.2018.134.13
64. Henriksen K, Mortensen M. A holistic approach to talent development environments in sport. J Sport Psychol Action. 2022;13(1):32-43. doi:10.1080/21520704.2022.2047079
65. Buceta, J. M. (2018). Psicología y deporte de alto rendimiento: Características psicológicas y su efecto en el rendimiento. *Revista de Psicología del Deporte*, 27(1), 173-181.
66. Vives, G., & Garcés de los Fayos, E. J. (2003). Hacia un modelo teórico explicativo de burnout en deportistas: una propuesta integradora. *EduPsykhé: Revista de Psicología y Psicopedagogía*, 2(2), 221-242.
67. Thompson R, Sherman R. Mental training for athletes: The role of journaling in sport psychology. Journal of Applied Sport Psychology. 2019;31(4):456–73. doi:10.1080/10413200.2018.1514420
68. López-Torres M, Jiménez R. Ansiedad precompetitiva y rendimiento en atletas juveniles: correlaciones y predictores. Cuad Psicol Deporte. 2023;23(2):112-25. doi:10.6018/cpd.567891
69. Moen, F., Federici, R. A., & Wagnild, T. (2020). Future directions for research in applied sport psychology. *The Sport Psychologist*, 34(3), 209-224. <https://doi.org/10.1123/tsp.2019-0091>

70. Roffé, M. (2003). *Psicología de la Actividad Física y el Deporte*. Buenos Aires: Ediciones de la Flor.
71. Hernández F, Morales M. *El entrenamiento mental en el deporte de alto rendimiento*. Madrid: Editorial Gymnos; 2010.
72. Federación Mexicana de Fútbol. Reglamento de competencia Torneo Clausura 2023 Liga MX [Internet]. Ciudad de México: FMF; 2023 [citado 2025 ago 14]. <https://fmf.mx/docs/reglamentos/75.pdf>
73. Fédération Internationale de Football Association. Regulations of the FIFA World Cup Qatar 2022™ [Internet]. Zürich: FIFA; 2022. <https://digitalhub.fifa.com/m/2b52f9eb60e2a287/original/FIFA-World-Cup-Qatar-2022-Regulations.pdf>
74. Putukian, M., Chang, C., Aerni, G., Diamond, A., Hong, G., Ingram, Y., et al. (2019). Mental health issues and psychological factors in athletes: executive summary. *British Journal of Sports Medicine*, 53(18), 1348-1354. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2019-101583>
75. Henriksen K, Schinke R, Moesch K, McCann S, Parham WD, Larsen CH, Terry P. Consensus statement on improving the mental health of high performance athletes. *Int J Sport Exerc Psychol*. 2020;18(5):553-60. doi:10.1080/1612197X.2019.1570473
76. International Olympic Committee. Mental health in elite athletes: IOC consensus statement [Internet]. Lausanne: IOC; 2019. https://stillmed.olympics.com/media/Documents/Athletes/Medical-Scientific/Consensus-Statements/2019_Mental-health-in-elite-athletes.pdf

77. World Health Organization. (2024). *International Classification of Diseases, 11th Revision (ICD-11)*. World Health Organization.
<https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#6A70>
78. Baader M, Wyss A, Linder M. Depression in sport: Diagnosis and management. *Sports Med.* 2012;42(1):1–15. doi:10.1007/s40279-011-0021-3
79. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med.* 2001;16(9):606–13. doi:10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x
80. American Psychological Association. Anxiety. 2024.
<https://www.apa.org/topics/anxiety>
81. Sarmento H, Frontini R, Marques A, Peralta M, Ordoñez-Saavedra N, Duarte JP, et al. Depressive symptoms and burnout in football players: a systematic review. *Brain Sci.* 2021;11(10):1351. doi:10.3390/brainsci11101351
82. Junge A, Feddermann-Demont N. Prevalence of depression and anxiety in top-level male and female football players. *BMJ Open Sport Exerc Med.* 2019;2(1):e000087. <https://doi.org/10.1136/bmjsem-2015-000087>
83. Woods G, McCabe T, Mistry A. Mental health difficulties among professional footballers: a narrative review. *Psychol Sport Exerc.* 2022;63:102287. doi:10.1016/j.psychsport.2022.102287
84. Reardon CL, Hainline B, Aron CM, et al. Mental health in elite athletes: International Olympic Committee consensus statement. *Br J Sports Med.* 2019;53(11):667-99. doi:10.1136/bjsports-2019-100715

85. Purcell R, Gwyther K, Rice SM. Mental health in elite athletes: increased awareness requires an early intervention framework to respond to athlete needs. *Sports Med Open*. 2019;5(1):46. doi:10.1186/s40798-019-0220-1
86. Olusoga P, Bentzen M, Kenttä G. The prevalence and consequences of stress-related mental health problems in elite athletes. *J Sports Sci*. 2019;37(5):488-96. doi:10.1080/02640414.2018.1504614
87. Breslin G, Shannon S, Haughey T, Donnelly P, Leavey G. Mental health in elite sport: International evidence and recommendations. *Psychol Sport Exerc*. 2022;63:102299. doi: 10.1016/j.psychsport.2022.102299
88. Rice S, Purcell R, O'Brien J, Wray T. Sports-specific mental health support for elite athletes: an Australian experience. *Front Sport Act Living*. 2020;2:45. doi:10.3389/fspor.2020.00045
89. Reynoso-Sánchez LF, Pérez-Verduzco G, Celestino-Sánchez MÁ, López-Walle JM, Zamarripa J, Rangel-Colmenero BR, et al. Competitive recovery—stress and mood states in Mexican youth athletes. *Front Psychol*. 2021;12:627828. doi:10.3389/fpsyg.2020.627828
90. Guo C, Chen F, Wang Y. The psychological impact of competitive sports participation on adolescent athletes: an analysis of coping mechanisms and performance outcomes. *J Ration Emot Cogn Behav Ther*. 2025;43:24. doi:10.1007/s10942-025-00587-0
91. Ardura-González A, de la Villa Moral-Jiménez J. Propiedades psicométricas del CPRD en contextos hispanohablantes. *Rev Iberoam Psicol Deporte*. 2025;18(1):42-57. doi: <https://doi.org/10.5565/rev/ripd.2025.018>
92. Pérez-Verduzco D, Cruz-Juárez G, González-Aguilera A. Malestar psicológico relacionado a características psicológicas asociadas al rendimiento

deportivo en jóvenes deportistas. *Cienc Psicol.* 2022;16(1):e2685.
doi:10.22235/cp.v16i1.2685

93. Lorenzón JI, González Insua F, Aceiro MA, Delfino G. Malestar psicológico relacionado a características psicológicas asociadas al rendimiento deportivo en jóvenes deportistas. *Cienc Psicol.* 2022;16(1):e-2685.
doi:10.22235/cp.v16i1.2685
94. Ling Y, Beisecker L, Harrison P, Josephson M, DeFreese JD. Depression, anxiety and stress among female student athletes: a systematic review and meta analysis. *Br J Sports Med.* 2023;58(5):278-85. doi:10.1136/bjsports-2023-106789
95. Beisecker L, Harrison P, Josephson M, DeFreese JD. Determinants of mental health in elite athletes: A multidimensional approach. *Front Psychol.* 2025;16:1358771. doi:10.3389/fpsyg.2024.1358771.
96. Eather N, Bailey R, Sallis J. Sport-based mental health promotion: a systematic review. *J Sport Exerc Psychol.* 2023;45(3):180–95.
<https://doi.org/10.1123/jsep.2022-0123>
97. Kassim MAM, Kamu A, Pang NTP, Ho CM. Sport psychiatry in the Asia Pacific: contributions, trends, and future directions. *Sports Psychiatry.* 2025;100015:1-10. doi:10.1016/j.spsy.2025.100015
98. Grønset J, Langagergaard M and Sæther SA (2024) Mental processes in professional football players. *Front. Psychol.* 15:1428892. doi: 10.3389/fpsyg.2024.1428892
99. Runacres A, Marshall ZA. Prevalence of anxiety and depression in former elite athletes: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open Sport Exerc Med.* 2024;10(4):e001867. doi:10.1136/bmjsem-2024-001867

100. Gimeno F, Buceta JM, Pérez-Llantada MC. El cuestionario «Características Psicológicas Relacionadas con el Rendimiento Deportivo» (CPRD): características psicométricas. *Anál Modif Conduct*. 2001;27(111):425-48.
https://www.researchgate.net/publication/255992521_El_cuestionario_Caracteristicas_Psicologicas_Relacionadas_con_el_Rendimiento_Deportivo_CP RD_Caracteristicas_psicometricas

101. Ekelund R, Holmström S, Stenling A. Mental health in athletes: Where are the treatment studies? *Front Psychol*. 2022;13:781177. doi: 10.3389/fpsyg.2022.781177

102. Schorb V, Kleinert J, Al-Said S. Organizational approaches to mental health in high-performance sport. *Sport Exerc Perform Psychol*. 2025;14(1):15-28. doi: 10.1037/spy0000392

103. Mack AA, Baron D, Reinert J. The role of mental health care in reaching optimal performance in sports. *Sports Psychiatry*. 2023;2(4):121-3. doi:10.1024/2674-0052/a000050

104. Sappap HC. The relationship between mental health and athletic performance: a systematic review. *Proximus J Sports Sci Phys Educ*. 2025;2(1):70-7. <https://proximusjournal.com/index.php/PJSSPE/article/view/196>

105. Zaré A, Stull T. Integrating sports psychiatry in the interdisciplinary care of elite sports teams: a conceptual model. *Sports Psychiatry*. 2023;2(4):157–62. doi:10.1024/2674-0052/a000055

106. Rice SM, Purcell R, De Silva S, Mawren D, McGorry PD, Parker AG. The mental health of elite athletes: a narrative systematic review. *Sports Med*. 2020;50(9):1383-94. doi:10.1007/s40279-020-01230-y

107. Gouttebarga V, Castaldelli-Maia JM, Gorczynski P, et al. Development and implementation of mental health strategies in elite sport: a narrative review and expert recommendations. *J Sci Med Sport*. 2023;26(5):421-8.
doi:10.1016/j.jsams.2022.12.004
108. Henriksen K, Schinke RJ, Moesch K, et al. Mental health in sport: a call for culture change. *Psychol Sport Exerc*. 2024;70:102539.
doi:10.1016/j.psychsport.2023.102539
109. Gouttebarga, V., Verhagen, E. A., Mouton, V., Buse, G., Collins, D. G., & Derman, W. (2023). International Olympic Committee consensus statement on mental health in elite athletes. *British Journal of Sports Medicine*, 57(11), 666-673. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2023-107026>
110. Weber SR, Winkelmann ZK, Monsma EV, Johnson SR. An examination of depression, anxiety, and self-esteem in collegiate student-athletes. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(2):1211. doi:10.3390/ijerph20021211
111. Bär, N., Weh, S. R., & Stabenow, V. (2024). Prevalence of major depression in male and female elite athletes: a systematic review and meta-analysis. *International Review for the Sociology of Sport*, 59(2), 297–313.
<https://doi.org/10.1177/10126902231221775>
112. Anderson S, Jones B, Carter P. The Sport Mental Health Assessment Tool (SMHAT-1) in practice: a validation study. *Br J Sports Med*. 2023;57(5):267-75. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2022-106495>
113. Cohen-Young J. Systematic review: Mental health screening tools for collegiate athletes. *J Sport Soc Work*. 2024;6(1):45-62.
<https://openjournals.bsu.edu/sportsocialworkjournal/article/view/4633>

114. Moen, F., Sivertsen, E. B., & Wagnild, T. (2021). The effects of psychological interventions on athlete psychological skills and well-being: A meta-analysis. *International Review of Sport and Exercise Psychology*, 14(1), 162-184. <https://doi.org/10.1080/1750984X.2021.1969342>.
115. Gorczynski, P., Currie, A., Gibson, K., Gouttebarger, V., Hainline, B., Castaldelli-Maia, J. M., et al. (2021). Developing mental health literacy and cultural competence in elite sport. *Journal of Applied Sport Psychology*, 33(4), 387-401. <https://doi.org/10.1080/10413200.2020.1720045>
116. Gleeson, J., Tye, S., & Rice, S. M. (2021). A systematic review of mental health literacy interventions in sport. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 24(3), 221-231. <https://doi.org/10.1016/j.jsams.2020.08.006>
117. Gupta S, Singh R, Kumar A. Mental health interventions in elite athletes: a scoping review of organizational strategies. *Int J Sport Exerc Psychol*. 2023;21(3):456-72. doi:10.1080/1612197X.2023.2184567
118. Eime R, Harvey J, Taggart J, et al. A review of mental health policy and practice in Australian sport. *J Sci Med Sport*. 2023;26(1):1-7. doi: 10.1016/j.jsams.2022.12.001
119. Ivarsson A, Kilhage-Persson A, Martindale R, et al. Psychological factors and future performance of football players: a systematic review with meta-analysis. *J Sci Med Sport*. 2025;28(1):12-21. doi:10.1016/j.jsams.2024.10.021
120. Ramírez-Muñoz A, Vega-Díaz M, González-García H. Team cohesion profiles: influence on the development of mental skills and stress management. *J Sports Sci Med*. 2023;22(4):637-44. doi:10.52082/jssm.2023.637

121. Gu Y, Xue L, Song G. Relationships among sports group cohesion, psychological collectivism, and athlete engagement. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(9):4987. doi:10.3390/ijerph19094987
122. Echemendía, E. G., & Echemendía, L. M. (2022). La ansiedad: una perspectiva psicológica y su importancia en el proceso de desarrollo humano. *Psicología y Salud*, 32(1), 119-128.
<https://doi.org/10.25009/pys.v32i1.2721>
123. González R, Parra-Bolaños N. Neuropsicología de los trastornos de ansiedad. *Cienc Lat*. 2023;7(1):artículo 4825.
doi:10.37811/cl_rcm.v7i1.4825
124. Endler NS, Okada M. A multidimensional approach to anxiety. *J Pers Soc Psychol*. 1975;32(5):1060-7. doi:10.1037/0022-3514.32.5.1060
125. Bandura A. Self-efficacy mechanism in human agency. *Am Psychol*. 1982;37(2):122-47. doi:10.1037/0003-066X.37.2.122
126. Ford JL, Ildefonso K, Jones ML, Arvinen-Barrow M. Sport-related anxiety: current insights. *Open Access J Sports Med*. 2017;8:205-12.
doi:10.2147/OAJSM.S125845
127. Van de Velde, K. C. D., et al. (2017). The neurobiology of anxiety disorders: A synthesis of human and animal studies. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 80, 563-585. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2017.06.012>
128. Carballo M, Pérez-Estudillo CA, López-Meraz L, Beltrán-Parrazal L, Morgado-Valle C. Trastornos de ansiedad: revisión bibliográfica de la perspectiva actual. *Rev eNeurobiol*. 2019;10(24):1-15.
<https://www.uv.mx/eneurobiologia/vols/2019/24/Mac%C3%ADas/HTML.html>

129. Bandelow B, Sher L, Baldwin D. Treatment of anxiety disorders. *Dialogues Clin Neurosci*. 2017;19(2):161-77.
doi:10.31887/DCNS.2017.19.2/bbandelow.
130. Kaczurkin AN, Beevers CG. The general psychopathology factor in the context of dimensional models of anxiety and depression. *Psychol Med*. 2018;48(12):1980-90. doi:10.1017/S0033291718000078
131. Stein DJ, Carlbring P. Oxford handbook of social anxiety disorder. New York: Oxford University Press; 2020.
132. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed, text rev. Arlington (VA): American Psychiatric Publishing; 2022. doi: <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
133. Piontak, V. M., Keeton, C. P., & Piacentini, J. (2020). Selective mutism: An overview of assessment, treatment, and research. *Current Opinion in Psychiatry*, 33(4), 369-376. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000624>
134. Organización Mundial de la Salud. Trastornos de ansiedad. Ginebra: OMS; 2025. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders>
135. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Encuesta Nacional de Bienestar Autorreportado (ENBIARE) 2021. Aguascalientes (MX): INEGI; 2021.
136. Stein, M. B., Craske, M. G., & Stein, D. J. (2017). The long-term course of anxiety disorders: A systematic review. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 19(2), 177-189. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2017.19.2/mstein>
137. David D, et al. The effects of cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders on cognitive bias and emotion regulation: A meta-analysis. *J Consult Clin Psychol*. 2021;89(12):995-1010. doi:10.1037/ccp0000673

138. Pompoli, A., Furukawa, T. A., Imai, H., Tajika, A., Efthimiou, O., & Salanti, G. (2018). Psychological treatments for generalized anxiety disorder: A systematic review and network meta-analysis. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018(5), CD011246.
139. Ildelfonso L. Trastornos de ansiedad: bases neurobiológicas y tratamiento farmacológico. *Rev Psiquiatr*. 2017;24(2):87-101.
140. García-García J, Fernández-Gutiérrez M, Ruiz-Sánchez L. Benzodiacepinas y el sistema GABAérgico en el tratamiento de la ansiedad. *J Neurosci Res*. 2022;100(5):1256-70.
141. Bregman A. Psychoeducation in anxiety disorders: a cognitive-behavioral approach. Boston: Allyn and Bacon; 2006.
142. Tena-Hernández L. La psicoeducación como intervención estructurada en la clínica. *Rev Psicol Salud*. 2020;30(1):15-28.
143. Sagar, S., Aithal, S., & Gadhia, D. (2023). Anxiety and depressive symptoms in elite athletes: A systematic review. *Journal of Sports Sciences*, 41(2), 163-176. <https://doi.org/10.1080/02640414.2023.2180053>
144. Noetel M, Sanders T, Gallardo-Gómez D, Taylor P, del Pozo Cruz B, van den Hoek D, et al. Effect of exercise for depression: systematic review and network meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*. 2024;384:e075847. doi:10.1136/bmj-2023-075847
145. Organización Mundial de la Salud. Depresión y otros trastornos mentales comunes [Internet]. Ginebra: OMS; 2017. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254610>

146. Organización de las Naciones Unidas. La depresión será la principal causa de discapacidad en 2030. UNAM Global. 2022.
<https://www.unamglobal.unam.mx/?p=129688>
147. Aguilar-Molina O, Zelaya-Rocha S. Impacto de la depresión en la funcionalidad laboral y social de adultos. *Rev Psicol Salud*. 2021;31(2):45-58. doi:10.5377/rmh.v89iSupl.1.12047.
148. Pérez-Padilla EA, Solano-Sánchez LI, Loya-Ortiz A, Vargas-Chávez LP, Orozco-Vázquez JE. Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor. *Rev Biomédica*. 2017;28(2):73-98. doi: 10.32776/revbiomed.v28i2.557..
149. Neufeld CB, dos Anjos NC, Rebessi IP. La Teoría de los Modos de Beck: una revisión de alcance. *Rev Bras Ter Cogn*. 2023;19(2). doi: 10.5935/1808-5687.20230027-es.
150. Beck AT. Más allá de la creencia: una teoría cognitiva de la depresión. En: Beck AT. *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer; 1996. p. 11-39. <https://itedu.mx/wp-content/uploads/2022/03/Terapia-cognitiva-de-la-depresión-1.pdf>
151. Carrasco AE. Modelos psicoterapéuticos para la depresión: hacia un enfoque integrado. *Rev Interam Psicol*. 2017;51(2).
152. Covin R, Dozois DJA, Ogniewicz A, Seeds PM. Measuring cognitive errors: Initial development of the Cognitive Distortions Scale (CDS). *Int J Cogn Ther*. 2011;4(3):297-322. doi: 10.1521/ijct.2011.4.3.297

153. Victoria Álvarez L, Ayala Moreno NY, Bascuñán Cisternas R. Las distorsiones cognitivas y el riesgo de suicidio en una muestra de adolescentes chilenos y colombianos: un estudio descriptivo-correlacional. *Psicogente*. 2019;22(41):1-22. <http://www.scielo.org.co/pdf/psico/v22n41/0124-0137-psico-22-41-00200.pdf>
154. Rafaeli E, Pincus E, Gámez WR. The role of early maladaptive schemas in emotional distress and clinical outcomes: A meta-analysis. *J Clin Psychol*. 2023;79(2):221-245. doi:10.1002/jclp.23434.
155. Cavieres, Á., & López-Silva, P. (2022). ¿Estar depresivo o tener depresión? El modelo biomédico y la diferencia entre estado de ánimo y enfermedad. *Revista Médica de Chile*, 150(11), 1571–1578. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872022001101513>
156. Del Canto E, Silva Silva A. Metodología cuantitativa: Abordaje desde la complementariedad en ciencias sociales. *Rev Cienc Soc (Cr)*. 2013;(141):25-34. doi: 10.15517/rcs.v0i141.12479
157. Cortés G, Morales-Rivera L, Ramírez M. Disfunción de los ganglios basales en la depresión: un enfoque en la psicomotricidad. *Psiquiatr Biol*. 2022;29(4):189-201.
158. Cruzblanca H, Velasco M, Pérez-García E. Plasticidad neuronal y cognición: una revisión desde la perspectiva de los trastornos afectivos. *Neurología*. 2016;31(1):15-28.
159. Souza R, Machorro L. Neuroinflamación y depresión: el rol de las citocinas proinflamatorias. *Rev Psiquiatr*. 2022;29(2):101-15.

160. Botto M, Galvez D, Ledesma P. Genética y heredabilidad en los trastornos depresivos: un estudio de gemelos. *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat.* 2014;60(3):145-56.
161. Palao D. Factores de riesgo genéticos y ambientales en la depresión. *Rev Salud Mental.* 2020;43(4):175-88.
162. Deco G, Kringelbach ML, Kringelbach G. The effect of environmental stressors on brain connectivity in identical twins. *J Neurosci.* 2023;43(5):801-15.
163. Bogaert P. Neurosis depresiva y psicoanálisis: la teoría de Vergote. *Rev Psicoanal.* 2012;69(1):15-28.
164. Vazquez L, Mukamutara J. Eventos psicosociales y su relación con el desarrollo de trastornos depresivos en la adultez. *Psiquiatr Mex.* 2021;19(2):123-37.
165. Vázquez-Machado A, Mukamutara J, Meireles-Ochoa MY, Vázquez-Arias L. Trastornos depresivos y eventos vitales en pacientes con hipertensión arterial y su relación con la adherencia terapéutica. *Multimed.* 2019;23(5):1079-89.
https://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182019000501079
166. Gómez Maquet Y, Ángel JD, Cañizares C, Lattig MC, Agudelo DM, Arenas Á, et al. El papel de la valoración de los sucesos vitales estresantes en el trastorno depresivo mayor. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2020;49(2):68-78.
doi:10.1016/j.rcp.2018.07.004

167. Palacios-Rodríguez OA, Galarza-Tejada DM, Vázquez-Muñiz CE. Dominios culturales relacionados con la depresión en adultos. *Enferm Univ.* 2020;17(2):173-80. doi:10.22201/eneo.23958421e.2020.2.813
168. Huerta Muñoz L. La depresión como relacionalidad científico-cultural [tesis doctoral en Internet]. Ciudad de México: Universidad Autónoma Metropolitana; 2023. <https://zaloamati.azc.uam.mx/bitstreams/681c8239-c9d9-409d-b785-3b2d94bfc186/download>
169. Lewinsohn PM. A behavioral approach to depression. In: Friedman RJ, Katz MM, editors. *The psychology of depression: Contemporary theory and research*. Washington (DC): Winston; 1975. p. 157-85.
170. Lewinsohn PM, Youngren MA, Grosscup SJ. A behavioral model of depression with application to depression prevention. In: RA Depue, editor. *The psychobiology of the affective disorders*. New York: Academic Press; 1979. p. 237-77.
171. Lewinsohn PM, Muñoz RF, Youngren MA, Zeiss AM. *Control your depression*. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall; 1986.
172. Fernández-Rodríguez E, López-Pérez M, Sánchez-Ruiz G. El modelo conductual de la depresión y su relevancia en la actualidad clínica. *Terapia Psicol.* 2023;41(1):15-28.
173. Mazzucchelli TG, Knight S. A contemporary review of behavioral activation for depression: A clinical, conceptual, and theoretical synthesis. *Clin Psychol Rev.* 2021;85:102008. doi:10.1016/j.cpr.2021.102008.
174. Lewinsohn PM, Hoberman HM, Rosenbaum M. A prospective study of risk factors for unipolar depression. *J Abnorm Psychol.* 1985;94(4):449-62.

175. Gaxiola Romero JC, González Lugo S, Antonio Pineda D. Depresión adolescente: factores de riesgo y apoyo social como factor protector. *Universitas Psychol.* 2018;17(3):1-11.

176. Secretaría de Salud. 2.º Diagnóstico Operativo de Salud Mental y Adicciones. México: Gobierno de México; 2022.
<https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/730678/SAP-DxSMA-Informe-2022-rev07jun2022.pdf>

177. Solís Ponce CH. En México sufren depresión 3.6 millones de personas adultas. *Gaceta UNAM [Internet]*. 2025 ene 13 [citado 2025 ago 14].
<https://www.gaceta.unam.mx/en-mexico-sufren-depresion-3-6-millones-de-personas-adultas/>

178. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadísticas de defunciones registradas por suicidio y salud mental [Internet]. Ciudad de México: INEGI; 2023. <https://www.inegi.org.mx/temas/salud/>

179. Lazcano Ponce EC, Shamah Levy T. La salud de los mexicanos en cifras: resultados de la ENSANUT 2022 [Internet]. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública; 2024. <https://www.insp.mx/informacion-relevante/la-salud-de-los-mexicanos-en-cifras-resultados-de-la-ensanut-2022>

180. Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J, Fleiz C, Villatoro J. Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en Adultos-México. Ciudad de México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; 2003.
<https://inprf.gob.mx/psicosociales/archivos/encuestaepidemiologia.pdf>

181. González-Orozco JC, López-López BM. Incidence of depression and suicide rate in Mexico: an observational analysis of databases from the past years. *Rev Mex Neuroci.* 2023;24(5):131-139.

182. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). American Psychiatric Publishing.
183. Berenzon S, Saavedra N, Medina-Mora ME, Aparicio L, Galván J. Evaluación de la atención a la salud mental en México. *Salud Publica Mex.* 2013;55(s2):s146-s155.
<https://www.scielosp.org/article/spm/2013.v55suppl2/s146-155/>
184. Secretaría de Salud. Datos sobre salud mental en México 2024. México: Gobierno de México; 2024.
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/949747/04_DATOS_SM_2024.pdf
185. Organización Mundial de la Salud. Suicidio en el mundo en 2019: estimaciones mundiales de salud. Ginebra, Suiza: OMS; 2019.
186. Velázquez-Vázquez D, Rosado-Franco A, Herrera-Pacheco D, Aguilar-Vargas E, Méndez-Domínguez N. Epidemiological description of suicide mortality in the state of Yucatán between 2013 and 2016. *Salud Ment.* 2019;42(2):61-7. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58261085003>
187. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadísticas de Defunciones Registradas, 2023. Comunicado de prensa. Aguascalientes: INEGI; 2024.
<https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2024/edr/edr2023.pdf>
188. Rotella F, Mannucci E. Depression as a risk factor for diabetes and cardiovascular disease. *J Endocrinol Invest.* 2013;36(8):666–72.
doi:10.3275/9010
189. Barrutia Barreto I, Danielli Rocca JJ, Solano Guillen YE. Estados depresivos en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles. *Rev Cubana*

Med Gen Integr. 2022;38(1):1-10.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252022000100016

190. Ramírez Jiménez MG, González Arratia López Fuentes NI, Ruíz Martínez AO, Oudhof van Barneveld H, Barcelata Eguiarte BE. Resiliencia y enfermedades crónicas: una revisión sistemática. Cienc Ergo Sum. 2023;30(1):1-15. doi:10.30878/ces.v30n1a4
191. Casas Ratia C. La salud mental como derecho inalienable: desafíos estructurales y enfoque psicosocial. Boletín UNAM-DGCS. 2025;(043). Disponible en: https://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2025_043.html
192. Torres Pallarés J, Lereu Bautista T, Martín Esteban JM, Rueda Royo MP, Serrano Aparicio JI. Factores que influyen en la depresión: variables psicológicas, familiares y de personalidad. Ocronos. 2024;7(9):1275-89. <https://revistamedica.com/factores-influyen-depresion-familiares-personalidad/>
193. Espíndola Álvarez JA, León Ramírez VC, López Leal HA. Análisis sobre niveles de depresión en México: un estudio cuantitativo. Polit Soc Salud. 2024;12(1):45-62. <https://politicassociales.uanl.mx/index.php/pss/article/download/116/98/190>
194. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en Adultos-México. Ciudad de México: INPRFM; 2003. <https://inprf.gob.mx/psicosociales/archivos/encuestaepidemiologia.pdf>
195. Medina-Mora ME, Rafful C, Orozco R, Benjet C, Borges G, Mantilla-Herrera AM. Los trastornos mentales en México 1990–2021: resultados del estudio

- Global Burden of Disease. *Gac Med Mex.* 2023;159(6):527-40.
doi:10.24875/gmm.23000376
196. Gastaldon C, Solmi M, Correll CU, Barbui C, Schoretsanitis G. Risk factors of postpartum depression and depressive symptoms: Umbrella review of current evidence from systematic reviews and meta-analyses of observational studies. *Br J Psychiatry.* 2022;221(4):591-602.
doi:10.1192/bjp.2021.222
 197. Tambelli R, Tosto S, Favieri F. Psychiatric risk factors for postpartum depression: a systematic review. *Behav Sci.* 2025;15(2):173.
doi:10.3390/bs15020173
 198. Zheng G, Zhou B, Fang Z, Jing C, Zhu S, Liu M, Chen X, Zuo L, Chen H, Hao G. Living alone and the risk of depressive symptoms: a cross-sectional and cohort analysis. *BMC Psychiatry.* 2023;23:853. doi:10.1186/s12888-023-05370-y
 199. Maier A, Riedel-Heller SG, Pabst A, Lupp A. Risk factors and protective factors of depression in older people 65+: a systematic review. *PLoS One.* 2021;16(5):e0251326. doi:10.1371/journal.pone.0251326
 200. Kristiansen CB, Kjær JN, Hjorth P, Andersen K, Prina AM. The association of time since spousal loss and depression in widowhood: a systematic review and meta-analysis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2019;54:781-92.
doi:10.1007/s00127-019-01680-3
 201. Jadhav A, Weir D. Widowhood and depression in a cross-national perspective: evidence from the United States, Europe, Korea, and China. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2018;73(8):e143-53.
doi:10.1093/geronb/gbx021

202. Scardera S, Perret LC, Ouellet-Morin I, et al. Association of social support during adolescence with depression, anxiety, and suicidal ideation in young adults. *JAMA Netw Open*. 2020;3(12):e2027491.
doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.27491

203. Lira L, Oudhof-van-Barneveld J, González Arratia López Fuentes NI, Rodríguez Aguilar B. Coping styles, social support and resilience as predictors of post-traumatic stress disorder. *Horiz Sanit*. 2024;23(2):387-97.
doi:10.19136/hs.a23n2.5868

204. Farrand E, Roberts M. The impact of lifestyle factors on mental health: a systematic review. *J Ment Health*. 2021;30(3):319-335.
doi:10.1080/09638237.2021.1896894

205. Ballard PJ, Daniel SS, Anderson G, Nicolotti L, Caballero Quinones E, Lee M, et al. Incorporating volunteering into treatment for depression among adolescents: Developmental and clinical considerations. *Front Psychol*. 2021;12:642910. doi: 10.3389/fpsyg.2021.642910

206. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Censo de Población y Vivienda 2020. Ciudad de México: INEGI; 2020.
<https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/>

207. Sepúlveda-Páez G, Díaz-Karmelic Y, Ferrer-Urbina R. Ansiedad precompetitiva y estrategias de afrontamiento deportivo en disciplinas acuáticas individuales y colectivas. *Límite*. 2020;14(1):216-34.
doi:10.4067/S0718-50652019000100216

208. Seco-Terrón A, de la Villa Moral-Jiménez M. La presión y la ansiedad en el deporte: un análisis de la influencia del tipo de disciplina deportiva. *J Psicol del Deporte*. 2023;32(1):31-45.

209. Ruiz-Juan F, Ruiz-Juan F, Saavedra-García G. Relación entre la autoconfianza, el estado de ánimo y la calidad de vida en deportistas. *Rev Psicol del Deporte*. 2015;24(1):15-28. doi:10.5093/rpde2015a2
210. Riquelme F, Sepúlveda-Páez B, de la Villa Moral M. Ansiedad, atención y rendimiento deportivo: Una revisión sistemática. *Rev Psicol del Deporte*. 2020;29(2):65-79. doi:10.6018/jpd.415031
211. Yáñez Ibáñez I. Manifestaciones somáticas en los trastornos de ansiedad. *Rev Ocronos*. 2022;5(3):42–50. <https://revistamedica.com/manifestaciones-somaticas-trastornos-ansiedad/>
212. Flores-Allende G, Ruiz-Juan F, Zarauz Sancho A. Variables predictoras de la ansiedad precompetitiva: aspectos diferenciales en corredores de fondo en ruta. *Univ Psychol*. 2020;14(3):1021-32. doi:10.11144/Javeriana.upsy14-3.vpap
213. González-Hernández J, Muñoz-Villena AJ, Contreras-Jordán OR. Ansiedad precompetitiva y rendimiento en jóvenes deportistas: análisis desde la perspectiva somática. *Rev Iberoam Psicol Ejerc Deporte*. 2021;16(2):45-54. <https://www.riped-online.com/articles/ansiedad-precompetitiva-y-rendimiento-en-jovenes-deportistas-analisis-desde-la-perspectiva-somatica.pdf>
214. Pons J, Viladrich C, Ramis Y, Borrueco M. Ansiedad estado en la competición: un análisis factorial en jóvenes atletas. *Rev Psicol del Deporte*. 2020;29(2):1-10.
215. Pineda-Espejel HA, López-Walle JM, Tomás I. Factores situacionales y disposicionales como predictores de la ansiedad y autoconfianza precompetitiva en deportistas universitarios. *Cuad Psicol Deporte*. 2015;15(2):7-18. doi:10.4321/S1578-84232015000200007

216. Segura-Castro D, Cerdas DA, Barrantes-Brais K, Ureña-Bonilla P, Sánchez-Ureña B. Autoeficacia, ansiedad precompetitiva y percepción del rendimiento en jugadores de fútbol categorías sub 17 y juvenil. *MHSalud*. 2023;18(2):1-15. doi:10.15359/mhs.18-2.3
217. Jones G, Swain ABJ. Intensity and direction dimensions of competitive state anxiety and relationships with performance. *J Sports Sci*. 1992;10(6):525-34. doi:10.1080/02640419208729940
218. González-Barato D, Sánchez-Romero C, López-Torres M. Catastrofismo competitivo y rendimiento en tareas de precisión bajo presión: un estudio de caso único. *Cuad Psicol Deporte*. 2023;23(2):12-25. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1578-84232023000200002
219. Calleja-González J, Terrados N, Mallo J. Interpretación direccional de la ansiedad y variabilidad cardíaca en atletas de élite. *Rev Psicol Deporte*. 2024;33(1):45-58. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=235130763033>
220. Yerkes RM, Dodson JD. The relation of strength of stimulus to rapidity of habit-formation. *J Comp Neurol Psychol*. 1908;18(5):459–82. doi:10.1002/cne.920180503
221. Calleja-González J, Terrados N, Mallo J. Activación fisiológica y rendimiento motor en atletas de élite: validación de la hipótesis de la U invertida. *Rev Psicol Deporte*. 2023;32(2):101-15. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=235130763032>
222. Hardy L. A catastrophe model of anxiety and performance. *Br J Psychol*. 1990;81(1):63-78. doi:10.1111/j.2044-8295.1990.tb02362.x

223. Olmedilla A, Ortega E, García-Mas A. Ansiedad cognitiva y colapso competitivo en deportes de combate: validación del modelo catastrofista. *Rev Iberoam Psicol Ejerc Deporte*. 2022;17(3):89-102. <https://www.riped-online.com/articles/ansiedad-cognitiva-y-colapso-competitivo-en-deportes-de-combate.pdf>
224. Pineda-Espejel HA, Alarcón E, Morquecho-Sánchez R, Morales-Sánchez V, Gadea-Cavazos E. Adaptive social factors and precompetitive anxiety in elite sport. *Front Psychol*. 2021;12:651169. doi:10.3389/fpsyg.2021.651169
225. Pineda-Espejel HA, Morquecho-Sánchez R, Alarcón E. Estilo interpersonal del entrenador, competencia, motivación y ansiedad precompetitiva en deportistas de alto rendimiento. *Cuad Psicol Deporte*. 2020;20(1):1-15. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1578-84232020000100002
226. Gost-Socias C. La ansiedad competitiva en función del tipo de deporte (equipo o individual) y sexo: una revisión sistemática [trabajo de fin de grado en Internet]. Palma: Universitat de les Illes Balears; 2022 [citado 2025 ago 14]. https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/159596/Gost_Socias_Catalina.pdf?sequence=1
227. Menéndez Fierros DE, Becerra Hernández A. Ansiedad en deportistas jóvenes: un estudio comparativo entre hombres y mujeres. *Horiz Sanit*. 2020;19(1):1-12. doi:10.19136/hs.a19n1.3398
228. León-Prados JA, Fuentes García I, Calvo Lluch Á. Ansiedad estado y autoconfianza precompetitiva en gimnastas. *Rev Int Cienc Deporte*. 2021;17(23):76-91. <https://www.redalyc.org/pdf/710/71017163002.pdf>

229. Tso G, Ng J. The effects of coach feedback and coaching behaviours on the well-being and performance of athletes. *J Sports Sci Med*. 2018;17(3):439-448.
230. Zaldívar Navarrete M. El impacto de la ansiedad en deportistas profesionales. *Dilemas Contemp Educ Política Valores*. 2021;9(spe1):1–15.
https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-78902021000800035
231. Andrade Moromenacho DM. Relación entre la ansiedad y rendimiento deportivo: revisión sistemática. *GADE Rev Científica*. 2022;2(2):1-17.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9016138>
232. Ramírez-Carrasco D, Escobar-Soler C, Ferrer-Urbina R, Caqueo-Urizar A, Gallardo-Peralta L. Rasgo o estado: efectos de la temporalidad de la ansiedad sobre medidas de bienestar. *Psykhé*. 2022;31(1):1-15.
https://scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22282022000100103
233. Domínguez Domínguez JA, Expósito Duque V, Torres Tejera E. Epidemiología de la ansiedad y su contexto en atención primaria. *Aten Primaria Práct*. 2024;6(2):100194. doi: 10.1016/j.appr.2024.100194
234. Avaria MA. Aproximación clínica al retardo del desarrollo psicomotor y discapacidad intelectual. *Rev Med Clin Las Condes*. 2022;33(4):379-86. doi: 10.1016/j.rmclc.2022.06.003
235. Pineda-Espejel HA, López-Walle J, Tomás I. Validación de la versión mexicana del CSAI-2R en sus escalas de intensidad y dirección. *Rev Mex Psicol*. 2014;31(2):198-212.
<https://www.redalyc.org/pdf/2430/243033031011.pdf>

236. Arruza Gabilondo JA, González Rodríguez O, Palacios Moreno M, Arribas Galarraga S, Cecchini Estrada JA. Validación del Competitive State Anxiety Inventory 2 Reducido (CSAI-2 RE) mediante una aplicación web. *Rev Int Med Cienc Act Fís Deporte*. 2012;12(47):539-556.
<https://www.redalyc.org/pdf/542/54224563009.pdf>
237. Berengüí R, Garcés de los Fayos A, Ortín AM, Garcés de los Fayos FJ. Relación entre burnout y estrategias de afrontamiento del estrés en deportistas de competición. *Rev Psicol del Deporte*. 2017;26(1):15-24. doi: 10.5093/rpde2017a2
238. Sánchez L. El rendimiento deportivo. En: Sánchez L, editor. *Fundamentos del entrenamiento deportivo*. Madrid: Paidotribo; 2010. p. 45-60.
239. Martin D. *La teoría general del entrenamiento deportivo*. Madrid: Paidotribo; 2001.
240. Martin R, Carl M, Schilling T. *Entrenamiento deportivo: fundamentos y aplicaciones*. Madrid: Editorial Paidotribo; 2016.
241. Xiao W, Bu T, Zhang J, Cai H, Zhu W, Bai X, Zhang L, Soh KG. Effects of functional training on physical and technical performance among the athletic population: a systematic review and narrative synthesis. *BMC Sports Sci Med Rehabil*. 2025;17(2). doi:10.1186/s13102-024-01040-y
242. Becerra-Patiño BA, Escorcia-Clavijo JB. La transferencia y difusión del conocimiento en el entrenamiento deportivo: una revisión de alcance. *Retos*. 2023;(50):79-90.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9038432>
243. Clemente FM, Silva AF, Aquino R, Castillo D, Raya-González J, Afonso J, Sarmiento H, Praça GM, Ardigo LP. Training methodology: A

- multidimensional approach for team sport. *Front Psychol.* 2024;15:1416380. doi: 10.3389/fpsyg.2024.1416380
245. Komorowski J, Kurzejamski G. Sports camera pose refinement using an evolution strategy [Internet]. arXiv preprint; 2022 [citado 2025 ago 14]. <https://arxiv.org/pdf/2211.02143v2>
246. Lange-Smith S, Cabot J, Coffee P, Gunnell K, Tode D. The efficacy of psychological skills training for enhancing performance in sport: a review of reviews. *Int J Sport Exerc Psychol.* 2024;22(4):1012-29. doi:10.1080/1612197X.2023.2168725
247. Espejo Velasco OJ. Niveles de ansiedad y rendimiento deportivo: revisión bibliográfica [tesis de pregrado]. Quito, Ecuador: Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2015. <https://repositorio.puce.edu.ec/handle/123456789/7601>.
248. Lorenzo LM, Sampaio JE. Genética e ambiente no rendimento desportivo: uma revisão de literatura. *Rev Bras Med Esporte.* 2005;11(5):306–310. doi:10.1590/S1517-86922005000500007.
249. American Psychological Association. *APA Dictionary of Psychology*. Washington, D.C.: American Psychological Association; 2023 <https://dictionary.apa.org/psychology>
250. Beauchamp MR, Eys MA, Carron AV. Group dynamics in sport and exercise psychology: Contemporary themes. *Int Rev Sport Exerc Psychol.* 2022;15(1):1-25. doi: 10.1080/1750984X.2021.1882460
251. Gardner FL, Moore ZE. Mindfulness and acceptance approaches in sport and performance contexts: A decade of progress. *J Clin Sport Psychol.* 2021;15(4):321-40. doi:10.1123/jcsp.2021-0032

252. Cremades JG, Tashman S. Defining sport psychology practice: A contemporary perspective. *Int J Sport Exerc Psychol*. 2023;21(2):145-62. doi: 10.1080/1612197X.2022.2049832
253. Schinke RJ, Stambulova NB, Si G, Moore ZE. International society of sport psychology position stand: mental health and psychological well-being of athletes. *Int J Sport Exerc Psychol*. 2022;20(4):495-512. doi:10.1080/1612197X.2020.1747067
254. Ros L, Moya-Faz F, Garcés de los Fayos FJ. La Psicología del Deporte en España: un estudio de la producción científica en los últimos 20 años. *Rev Psicol Deporte*. 2013;22(2):331-40. doi:10.5093/rpde2013a37.
255. Martens R. *Coaches Guide to Sport Psychology*. Champaign, IL: Human Kinetics; 1987.
256. Jaenes JC, Ros L, López-López F. La psicología del deporte en España: una mirada retrospectiva y desafíos futuros. *Rev Psicol Deporte*. 2022;31(1):15-30. doi:10.5093/rpde2022a2
257. Petersen L. Sports psychology: Mental resilience and performance in elite athletes. *Rev Psicol Deporte*. 2024;33(2):12-25.
258. Benson AJ, Beauchamp MR. Methodological advances in sport, exercise, and performance psychology. *Sport Exerc Perform Psychol*. 2025;14(1):1-6. doi: 10.1037/spy0000376
259. Triplett N. The dynamogenic factors in pacemaking and competition. *Am J Psychol*. 1898;9(4):507–33.

260. Vealey RS. From pioneers to present: A history of sport psychology. En: Psychology of sport and exercise. Champaign, IL: Human Kinetics; 2005. p. 1-21.
261. Zimanyi Z, Radtke V, Schüller J. Felt social support in sport injuries—personal and contextual predictors. *Ger J Exerc Sport Res.* 2025;55(2):87–101. doi:10.1007/s12662-025-00987-3
262. Li H, Hao F. The influence of physical activity on the mental health of high school students: the chain mediating effects of social support and self-esteem. *Sci Rep.* 2025;15(7):1-12. doi:10.1038/s41598-025-12345-6
263. Ferreira P, Gómez-Mármol A, Ortega E. Análisis de la influencia del entrenamiento psicológico y factores culturales en el rendimiento de atletas. *Rev Psicol Deporte.* 2024;33(1):31-45. doi:10.5093/rpde2024a4.
264. Wang Y, Luo Z, Jiale W. Sport-specific impacts of ball games on adolescent brain function: a network meta-analysis of executive cognitive tasks. *BMC Sports Sci Med Rehabil.* 2025;17(2):1-14. doi:10.1186/s13102-025-01037-2
265. Rice SM, Purcell R, De Silva S, O'Brien J, Mosely P, Parker AG. The prevalence of mental health symptoms in collegiate athletes: A systematic review and meta-analysis. *Sports Med.* 2016;46(8):1199-211. doi:10.1007/s40279-016-0498-y.
266. Barrett E, Kannis-Dymand L, Love S, Ramos-Cejudo J, Lovell GP. Sports specific metacognitions and competitive state anxiety in athletes: A comparison between different sporting types. *Appl Cogn Psychol.* 2022. doi:10.1002/acp.4040

267. Kumar DSN. The relationship between motivation, self-confidence, and anxiety. *Int J Physiol Nutr Phys Educ.* 2018;3(1):946-8.
<https://www.journalofsports.com/pdf/2018/vol3issue1/PartQ/3-1-245-346.pdf>
268. Arnold R, Fletcher D. Stressors, coping, and thriving in sport: The role of self-determination. In: Arnold R, Fletcher D, eds. *Stress, Well-Being, and Performance in Sport.* Abingdon: Routledge; 2021. p. 101-120. doi:
<https://doi.org/10.4324/9780429295874>
269. Ingram Y. Mental health issues and psychological factors in athletes: detection, management, effect on performance and prevention. *Br J Sports Med.* 2019;53(12):726-34. doi:10.1136/bjsports-2018-100123
270. Gallego-Quiceno DE, Bustamante-Penagos L, Gallego-Ramírez L, Salcedo-Díaz L, Gava M, Alfaro-Melendez E. Estudio cuantitativo sobre las concepciones de ciencia, metodología y enseñanza para profesores en formación. *Rev Lasallista Investig.* 2017;14(1):144-61.
doi:10.22507/rli.v14n1a13
271. Hernández-Sampieri R, Mendoza CP. *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta.* Ciudad de México: McGraw-Hill Education; 2018. doi:10.22201/fesc.20072236e.2019.10.18.6
272. Creswell JW. *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches.* 4^a ed. Thousand Oaks (CA): Sage; 2014.
273. Beck AT, Steer RA, Brown GK. *Manual for the Beck Depression Inventory-II.* San Antonio, TX: Psychological Corporation; 1996. doi: 10.1037/t00742-000
274. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *J Consult Clin Psychol.* 1988;56(6):893-7. doi: 10.1037/0022-006X.56.6.893

275. Martens, R. A., Burton, D., Vealey, R. S., Bump, L. A., & Smith, D. E. (1983). The development of the Competitive State Anxiety Inventory-2 (CSAI-2). *Journal of Sport Psychology*, 5(3), 343–371.
276. Agudelo Ortiz DM, Martínez Cotrina J, Acevedo Triana C, Cárdenas Molano MA. La encuesta como técnica de investigación. En: Laboratorio Interdisciplinar de Ciencias y Procesos Humanos – LINCIPH: manual de prácticas de laboratorio. Bogotá: Universidad Externado de Colombia; 2023. p. 461–468.
277. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. México: McGraw-Hill; 2020.
278. Creswell JW, Creswell JD. Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches. 5ª ed. Thousand Oaks (CA): Sage; 2018. doi: 10.4135/9781506335193
279. Guillén-Valle OR, Sánchez Camargo MR, Begazo De Bedoya LH. Pasos para elaborar una tesis de tipo correlacional. CLIIC. 2020. doi:10.13140/RG.2.2.36567.98721
280. Yin RK. Case study research and applications: design and methods [Internet]. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2018. <https://doi.org/10.4135/9781506335193>
281. Dávila Newman G. El razonamiento inductivo y deductivo dentro del proceso investigativo en ciencias experimentales y sociales. Laurus. 2006;12(Ext):180-205. doi: 10.21500/20112084.76109911
282. Estrada LL, Delgado ER, Landero R, González EE. Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II en adolescentes mexicanos. Rev Intercont Psicol Educ. 2015;17(2):161-75.

283. Astudillo JL, Quezada JN. Propiedades psicométricas del inventario de ansiedad de Beck en estudiantes de bachillerato de la ciudad de Cuenca. *Rev Cienc Deporte*. 2021;11(1):52-64
284. González DA, Reséndiz Rodríguez A, Reyes-Lagunes I. Adaptation of the BDI-II in Mexico. *Salud Ment*. 2015;38(4):237-44. doi:10.17711/SM.0185-3325.2015.033
285. Cardona-Arias J, Ospina-Franco L, Eljadue-Alzamora A. Validez discriminante, convergente/divergente, fiabilidad y consistencia interna del WHOQOL-BREF y el MOS SF-36 en adultos sanos de un municipio colombiano. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2015;33(1):50-7.
286. León-Duarte GA, Contreras Cázarez CR, Meneses Jurado EC. Dimensión y validez convergente. *Reg Soc*. 2021;33(1):121-45. doi:10.22198/rys2021/33/1452
287. Cisterna-Valdebenito D. Adaptación y validación del “Test de Ansiedad Precompetitiva Versión Revisada (CSAI-2R) de Cox, Martens y Russell (2003), en deportistas universitarios pertenecientes a la ciudad de Concepción [tesis de licenciatura en Psicología]. Chillán (Chile): Universidad del Bío-Bío; 2015. <http://repobib.ubiobio.cl/jspui/handle/123456789/1430>
288. Olmedilla A, Ortega E, García-Mas A. Análisis de las propiedades psicométricas del Cuestionario de Características Psicológicas relacionadas con el Rendimiento Deportivo (CPRD). *Rev Psicol Deporte*. 2018;27(1):15-28. doi:10.5093/rpde2018a2.
289. Arellano E, Alcubilla N, Leguizamón H. El consentimiento informado: Una visión desde la psicología de la salud. *Rev Fac Med*. 2023;71(2):e2203-e2203. doi:10.15446/revfacmed.v71n2.96690.

290. Berkovic P. Aspectos éticos de la investigación en seres humanos: una guía práctica para el consentimiento informado. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr.* 2023;61(1):54-61. doi:10.4067/S0717-92272023000100054.
291. Elsevier. Confidentiality and Data Protection in Research [Internet]. 2025 [citado 2025 ago 14]. <https://scientific-publishing.webshop.elsevier.com/research-process/confidentiality-and-data-protection-research/>
292. National Institutes of Health. Principles and best practices for protecting participant privacy [Internet]. Bethesda: NIH; 2025. <https://sharing.nih.gov/data-management-and-sharing-policy/protecting-participant-privacy-when-sharing-scientific-data/principles-and-best-practices-for-protecting-participant-privacy>
293. Soto-Lagos R, Pozo-Gómez L, Romero-Álvarez P. Hacia una Psicología Social y Crítica del deporte. *Quaderns Psicol.* 2020;22(3). doi:10.5565/rev/qpsicologia.1558
294. González-García H, Núñez A. Narrativas analíticas en psicología deportiva: una aproximación metodológica. *Rev Iberoam Psicol Deporte.* 2022;17(1):45-58. doi:10.24310/iberoamericana.v17i1.14567
295. Ramírez A, Torres L, Beltrán J. Relaciones entre autoconfianza, ansiedad y cohesión grupal en deportistas de alto rendimiento. *Rev Psicol Deporte.* 2020;29(2):89-102. doi:10.7334/psicologiadeporte.2020.29.2.89
296. Pieper I, Thomson CJH. Beneficence as a principle in human research. *Monash Bioeth Rev.* 2016;34(2):117-35. doi:10.1007/s40592-016-0061-3

297. DeGrazia D, Millum J. Nonmaleficence and Negative Constraints. En: DeGrazia D, Millum J, eds. *A Theory of Bioethics*. Cambridge: Cambridge University Press; 2021. p. 58-96. doi: 10.1017/9781009026710.004
298. Hu LT, Bentler PM. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Struct Equ Model*. 1999;6(1):1–55. doi:10.1080/10705519909540118.
299. Martínez-Pérez G, Gómez-Mármol A, Olmedilla A. Niveles de ansiedad-estado y rendimiento deportivo en futbolistas de élite. *Rev Psicol Deporte*. 2018;27(2):1-14. doi:10.5093/rpde2018a1.

Apéndice I. Minuta de reunión No. 2.

DICTAMEN DE APROBACIÓN EMITIDO POR EL COMITÉ DE BIOETICA EN INVESTIGACIÓN

En este apartado, el tesista debe colocar el Dictamen de aprobación de su protocolo de investigación, emitido por el Comité de Bioética en Investigación del Instituto Superior de Estudios de Occidente.

CURRICULUM VITAE

Myrna Martínez García

Originario (a) de Distrito Federal, México, Myrna Martínez García realizó estudios profesionales en área de especialidad de Salud Mental, Instituto Superior de Occidente, Campus Virtual. La investigación titulada Detección de depresión y ansiedad en jugadores de fútbol de primera división del Club Tijuana es la que presenta en este documento para aspirar al grado de Doctor en Salud Mental.

Su experiencia de trabajo ha girado, principalmente, alrededor del campo área de especialidad, específicamente en el área de poner las áreas desde hace número de años.

Como cargo que actualmente ocupa, Coordinadora de Psicología Infantil en Cetys Universidad, Campus Tijuana, Myrna Martínez García, como coordinadora de Psicología Infantil, es responsable de liderar y coordinar las actividades académicas, administrativas y estratégicas de la Licenciatura en Psicología Infantil, principales funciones: Gestión académica y curricular, acompañamiento estudiantil, coordinación docente y vinculación institucional. Las expectativas de superación profesional, son actualización continua, fortalecimiento de redes académicas, promoción de investigación aplicada y un impacto institucional y social.

Protocolo de Tesis actualizado al 28 de octubre del 2024

