Revista de Psicología Aplicada al Deporte y al Ejercicio Físico

www.revistapsicologiaaplicadadeporteyejercicio.org

Colegio Oficial de la Psicología de Madrid

Investigación aplicada en Psicología del Deporte

Síntomas de psicopatología e inflexibilidad psicológica en atletas recreacionales

Raquel Moreno-Domínguez, Miriam Bernal-López, Yojanan Carrasco-Rodríguez y Félix Arbinaga
Universidad de Huelva, España

RESUMEN: El objetivo de esta investigación ha sido estudiar la relación entre la sintomatología psicopatológica en función de la inflexibilidad psicológica en deportistas amateur. Para evaluar la sintomatología psicopatológica se ha utilizado el Symptom Checklist-90-R y el Acceptance and Action Questionnaire para medir la inflexibilidad psicológica. Se ha tomado una muestra de 202 deportistas recreativos, de los cuales 111 eran mujeres, que representan el 55%. La edad media era de 31.32 años (*DT* = 11.44); el 84% practicaba ejercicio físico o deporte de forma individual. Los resultados han mostrado que los participantes con mayor inflexibilidad psicológica son los que han obtenido puntuaciones superiores en sintomatología psicopatológica. Por otro lado, no se ha mostrado que quienes participan en competiciones son los que obtendrían puntuaciones superiores en psicopatología; al contrario, han sido los que no participan los que han reflejado mayor puntuación en la escala de ansiedad fóbica. La presencia de entrenador ha mostrado ser un factor protector en las escalas ideación paranoide, psicoticismo, sensibilidad interpersonal y en el índice de severidad global; pero no en el resto de las subescalas. Por último, las mujeres han mostrado una mayor inflexibilidad psicológica pero no una mayor presencia de síntomas psicopatológicos; salvo en sensibilidad interpersonal y en ansiedad fóbica. Los hombres, por su parte, lo han hecho en síntomas depresivos. Se concluye que la inflexibilidad psicológica juega un rol destacado en la presencia de síntomas psicopatológicos, debiéndose analizar en mayor profundidad la influencia de la competición, del entrenador y las diferencias de género. La importancia de la inflexibilidad psicológica en la salud mental de las personas que hacen ejercicio es debido a que es un constructo tratable y, por tanto, modificable.

PALABRAS CLAVES: inflexibilidad psicológica, salud mental, deportistas, regulación emocional, ejercicio

Symptoms of psychopathology and psychological inflexibility in non-professional athletes

ABSTRACT: Psychological inflexibility is defined as the possibility of being in contact with private events occurring in the present, as much as possible as conscious human beings, while choosing to quit or persist in an action that involves discomfort. The aim of this research was to study the relationship between psychopathological symptomatology as a function of psychological inflexibility in non-professional athletes. Symptom Checklist-90-R was used to assess psychopathological symptomatology and the Acceptance and Action Questionnaire was used to assess psychological inflexibility. A sample of 202 non-professional athletes was taken, 111 of whom were women, representing 55%. Mean age was 31.32 years (*SD* = 11.44); 84% were involved in individual physical exercise or sport. The results show that participants with higher psychological inflexibility obtained higher scores in psychopathological symptomatology. It

Raquel Moreno-Domínguez es psicóloga.

Miriam Bernal-López es psicóloga 0000-0003-2768-8936

Yojanan Carrasco-Rodríguez es psicólogo 0000-0001-6708-0445

Félix Arbinaga es psicólogo 0000-0001-6649-1904

Para citar este artículo: Moreno-Domínguez, R., Bernal-López, Yojanan Carrasco-Rodríguez, Y. y Arbinaga, F. (2023). Síntomas de psicopatología e inflexibilidad psicológica en atletas recreacionales. *Revista de Psicología Aplicada al Deporte y al Ejercicio Físico, 8*(1), Artículo e6. https://doi.org/10.5093/rpadef2023a7

La correspondencia de este artículo debe enviase a: Dr. Félix Arbinaga Ibarzábal, Departamento de Psicología Clinical y Experimental, Facultad de Educación, Psicología y Ciencias. del Deporte, Universidad de Huelva, Avenida Tres de Marzo, s/n. 21071 Huelva, e-mail: felix.arbinaga@dpsi.uhu.es

(cc) BY-NC-ND Este es un artículo Open Access bajo la licencia http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/

Copyright 2023 Colegio Oficial de la Psicología de Madrid
ISSN: 2530-3910 https://doi.org/10.5093/rpadef2023a7

does not show, however, that those who participate in competitions obtain higher scores in psychopathology; on the contrary, those who do not participate have higher scores on the phobic anxiety scale. The presence of a coach was shown to be a protective factor in the paranoid ideation, psychoticism, interpersonal sensitivity and global severity index scales, but not in the rest of the subscales. Lastly, women showed greater psychological inflexibility, but no greater presence of psychopathological symptoms, except in interpersonal sensitivity and phobic anxiety. Men, on the other hand, did so in depressive symptoms. The importance of psychological inflexibility in the mental health of those who practice sport is that it is a treatable construct and, therefore, can be modified.

KEYWORDS: psychological inflexibility, mental health, athletes, emotional regulation, exercise

Sintomas de psicopatologia e inflexibilidade psicológica em atletas recreativos

RESUMO: A inflexibilidade psicológica é definida como a possibilidade de contactar com os eventos privados que ocorrem no presente, tanto quanto possível como seres humanos conscientes, enquanto optamos por abandonar ou persistir com uma ação que envolve desconforto. O objetivo desta investigação foi estudar a relação entre a sintomatologia psicopatológica em função da inflexibilidade psicológica em atletas amadores. Para avaliar a sintomatologia psicopatológica, foram utilizados o Symptom Checklist-90-R e o Questionário de Aceitação e Ação para avaliar a inflexibilidade psicológica. Foi recolhida uma amostra de 202 atletas recreativos, dos quais 111 eram mulheres, representando 55%. A idade média foi de 31.32 anos (*DP* = 11.44); 84% praticavam exercício físico ou desporto individualmente. Os resultados mostraram que os participantes com maior inflexibilidade psicológica são aqueles que obtiveram pontuações mais elevadas na sintomatologia psicopatológica. Por outro lado, não foi demonstrado que aqueles que participam em competições são os que obteriam pontuações mais elevadas em psicopatologia; pelo contrário, foram aqueles que não participam que refletiram pontuações mais elevadas na escala de ansiedade fóbica. A presença de um treinador revelou-se um fator de proteção nas escalas de ideação paranoide, psicoticismo, sensibilidade interpessoal e índice de gravidade global, mas não nas restantes subescalas. Por fim, as mulheres apresentaram maior inflexibilidade psicológica, mas não maior presença de sintomas psicopatológicos, exceto na sensibilidade interpessoal e na ansiedade fóbica. Os homens, pelo contrário, fizeram-no nos sintomas depressivos. A importância da inflexibilidade psicológica na saúde mental dos praticantes de exercício físico deve-se ao facto de ser um constructo tratável e, portanto, modificável.

PALAVRAS-CHAVE: inflexibilidade psicológica, saúde mental, atletas, regulação emocional, exercício

Artículo recibido: 12/06/2023 | **Artículo aceptado:** 26/06/2023

Los beneficios psicológicos del deporte recreativo están bien documentados. Una práctica adecuada de ejercicio y/o deporte por parte de la población general, a nivel amateur o recreativo, pero no de alto rendimiento, se ha venido asociando con efectos positivos para la salud y el bienestar de quien lo práctica (Batrakouliset al., 2022; Brawn et al., 2015; Teixeira et al., 2016). Sin embargo, también existe literatura que refiere como personas que practican ejercicio de forma asidua presentan una variedad de problemas (trastornos de la alimentación, problemas de imagen corporal, alteraciones del estado de ánimo y estados de ansiedad, burnout, etc.) en diversos contextos, ya sea amateur (Aguirre-Loaiza et al., 2017; Arbinaga, 2005; Caracuel et al., 2003; Tatangelo et al., 2015) como en el deporte de élite (Kegelaers et al., 2022; Prior et al., 2022; Rice et al., 2016).

Si nos referimos a población de deportistas profesionales, el nivel de vulnerabilidad aumenta, especialmente a la presencia de lesiones, alteraciones del estado de ánimo, etc., cuando el rendimiento es bajo o se encuentran al final de su carrera profesional (Rice et al., 2016). Se viene a señalar que entre los factores que pueden incidir de forma significativa en la salud mental de los deportistas, se encuentra el agotamiento físico, el entorno del entrenamiento, las expectativas y sufrir lesiones (Rice et al., 2016); la presencia y gestión de las lesiones pueden conllevar respuestas de frustración (Clement et al., 2015) o episodios depresivos (Gulliver et al., 2015). El sexo de los deportistas también ha sido analizado como factor de riesgo, donde las mujeres muestran una mayor prevalencia de síntomas depresivos (Wolanin et al., 2016). Las deportistas femeninas parecen ser más vulnerables a padecer trastornos alimenticios (Rice et al., 2016) y más susceptibles al estrés del entorno (Schaal et al., 2011). Se ha venido a constatar una correlación entre el estilo de afrontamiento y el desarrollo de sintomatología psicopatológica; una deficiente gestión, podría dar lugar a sintomatología depresiva, ansiosa, somatización y pensamientos paranoides (Soler et al., 2020).

De otro lado, se observa que cuando se participa en competiciones, y en función del nivel competitivo, son los deportistas profesionales, frente a aquellos con fines recreativos, los que muestran mayores puntuaciones en depresión (Weinstein et al., 2015); suponiendo una mayor vulnerabilidad para la salud mental del deportista ya que tanto el nivel de exigencia como de dedicación es mayor (Pando y Salazar,

Copyright 2023 Colegio Oficial de la Psicología de Madrid
ISSN: 2530-3910 https://doi.org/10.5093/rpadef2023a7

2012). Por otro lado, debe señalarse que también se han mostrado aspectos positivos si se regula de forma correcta la ansiedad competitiva, ya que puede llegar a favorecer el rendimiento del atleta (Ledochowski et al., 2012).

En este contexto no existe una clara evidencia sobre la influencia que pueda tener el entrenador sobre el deportista. Por un lado, hay datos que avalan cómo la figura del entrenador puede resultar relevante dado su rol en el planteamiento de objetivos y en el alcance de estos; teniendo una importante implicación en la gestión del estrés por parte del deportista, reduciendo así la posible incidencia negativa que pueda conllevar sobre el rendimiento y la salud (Ledochowski et al., 2012; Stenling et al., 2014). Sin embargo, otros autores, sugieren que no existe una relación directa entre el entrenador y la disminución de la ansiedad competitiva; ahora bien, aquellos deportistas que hayan sufrido una lesión y además hayan recibido el apoyo de su entrenador serán menos propensos a mostrar respuestas de ansiedad (Yang et al., 2014).

Un constructo que en los últimos años se ha venido desarrollándose desde las Terapia de Aceptación y Compromiso -ACT- (Hayes et al., 2006; Hayes et al., 2014; McCracken y Gutiérrez-Martínez, 2011; McCracken y Vowles, 2008; Trompetter et al., 2015; Vowles y McCracken, 2008) y que ha mostrado un importante carácter heurístico es el de inflexibilidad psicológica. La inflexibilidad psicológica hace referencia a la posibilidad de contactar con los eventos privados (pensamientos, emociones, sensaciones, etc…) que ocurren en el presente, tanto como nos sea posible como seres humanos plenamente conscientes, y sin defensas innecesarias (Hayes et al., 2006; Hayes et al., 2014). Se han de abordar los eventos tal como son, pero no como se dice que son, al tiempo que elegimos abandonar o persistir en una acción que implica malestar, pero que está al servicio de los valores que uno identifica como propios (Hayes et al., 2006; Hayes et al., 2014).

Durante el desarrollo de la persona, tiene lugar la modificación estructural cognitiva, donde la flexibilidad psicológica tiene gran importancia, ya que aquellas personas que muestran una menor rigidez mental se adaptarán mejor a los cambios de una determinada situación (Hayes et al., 2011). Así, la flexibilidad psicológica, estaría vinculada a un mejor estado de salud mental (Torruella, 2016), correlacionando positivamente con el bienestar general y de forma negativa con la angustia, la depresión, la ansiedad y el malestar general (Kashdan et al., 2006). La falta de flexibilidad psicológica acentúa la rumiación y la preocupación (Nolen-Hoekseman y Wisco, 2008).

Se ha constatado que las personas con altas puntuaciones en inflexibilidad psicológica comparten estrategias de autorregulación problemáticas, siguiendo un patrón de evitación experiencial (Bond et al., 2011). En este sentido, los datos muestran que la inflexibilidad psicológica correlaciona positivamente con una sintomatología depresiva, ansiosa y malestar psicológico general (Bond et al., 2011; Masuda y Tully, 2011; Venta et al., 2012). De igual manera se ha puesto de manifiesto el papel mediador de la inflexibilidad psicológica entre el auto-encubrimiento y el malestar emocional en situaciones estresantes (Masuda et al., 2011), concluyéndose que se trata de una auto-regulación problemática que limita o impide estar en contacto con el presente de forma plena, evitando así experiencias internas desagradables (Hayes, 2004; Hayes et al., 2006).

En el ámbito deportivo, se ha constatado que los atletas que muestran poca flexibilidad psicológica tienden a manifestar comportamientos menos efectivos y perder oportunidades para un desempeño óptimo (Moore, 2009). Además, la rigidez psicológica se asocia con síntomas más elevados de angustia, incluidas la ansiedad y la depresión (Ruiz, 2010); algo que también se ha observado en diversos deportes y sus deportistas (Chen et al., 2017; Zhang et al., 2014). Así las experiencias vitales y el fortalecimiento de los comportamientos resilientes poseen un gran valor determinante en este ámbito (Ruiz et al., 2013). Las habilidades relacionadas con la resiliencia influyen positivamente en el rendimiento deportivo y en la salud mental; por lo que su fomento contribuirá al bienestar psicológico del deportista (Hosseini y Besharat, 2010). Se concluye que tanto la práctica de técnicas de relajación y foco atencional, como la meditación y mindfulness, influyen positivamente en la flexibilidad psicológica, contribuyendo a la reducción de la ansiedad y pesimismo (Torruella, 2016). En este sentido se observa que un mayor autocontrol reduce el efecto negativo de la ansiedad en el deporte y mejora el rendimiento en el mismo (Englert y Bertrams, 2012); proporcionando una mejor gestión del estrés, que podría suponer una competición deportiva (Connaughton et al., 2008).

Entre las terapias más efectivas para incrementar la flexibilidad psicológica y disminuir la rigidez mental, se encuentra la Terapia de Aceptación y Compromiso (McCracken y Gutiérrez-Martínez, 2011; McCracken y Vowles, 2008; Trompetter et al., 2015; Vowles y McCracken, 2008). Puede afirmarse que el modelo de flexibilidad psicológica promueve el afrontamiento adaptativo a través de seis procesos o habilidades - aceptación, defusión cognitiva, conciencia del momento presente, capacidad de verse en contexto, valores y acción comprometida- (Cassar et al., 2018; Ferreira et al., 2013; Hayes et al, 2006; McCracken y Morley, 2014).

Así pues, se observa que las relaciones entre la práctica deportiva o de ejercicio y la salud se muestran complejas

Copyright 2023 Colegio Oficial de la Psicología de Madrid
ISSN: 2530-3910 https://doi.org/10.5093/rpadef2023a7

(Arbinaga y Cantón, 2013). En este sentido, la literatura se ha centrado prioritariamente en analizar poblaciones de deportistas, principalmente de alto rendimiento. Por ello y dada la importancia que tiene el cuidado de la salud mental en la población general y el incremento que la práctica de ejercicio está adquiriendo entre la población, el presente estudio busca ampliar el conocimiento sobre las relaciones que pueden observarse entre el constructo inflexibilidad psicológica y la sintomatología psicopatológica en una muestra de deportistas amateur-recreacionales. Este constructo es importante por su influencia en la ejecución y el desempeño; además de que tales habilidades son susceptibles de intervención y modificación. En este sentido, es interesante notar que un entrenador puede ayudar a los deportistas o personas que realizan ejercicio al establecimiento de metas en su desempeño de una manera que esté completamente alineada con los avances recientes en el conocimiento basado en la motivación y la investigación.

A partir de la literatura, como primera hipótesis se espera encontrar que las personas con las puntuaciones más altas en inflexibilidad psicológica sean quienes obtienen, de manera significativa, puntuaciones superiores en sintomatología psicopatológica. De igual manera, la segunda hipótesis nos predice que aquellos que reconocen haber participado en competiciones, frente a quienes no lo hacen, obtendrán puntuaciones superiores en sintomatología psicopatológica. Con la tercera de las hipótesis se espera observar que aquellas personas que manifiestan disponer de entrenador mostraran puntuaciones inferiores en síntomas psicopatológicos y, por último, la cuarta hipótesis no predice que las mujeres reflejaran puntuaciones superiores tanto en inflexibilidad psicológica como en síntomas psicopatológicos.

Metodología

Participantes

Para el presente estudio se ha contado con una muestra de 205 personas cuyos criterios de inclusión han sido poseer una edad igual o superior a 18 años, practicar ejercicio físico o algún tipo de deporte y aceptar el consentimiento informado. De dicha muestra, se han descartado tres participantes ya que no reunían todos los criterios de inclusión, quedando entonces una muestra de 202 personas (111 mujeres que representan el 55%) con M_{edad} = 31.32, *DT* = 11.44 (Mín = 18 y Máx = 61). Del conjunto de la muestra el 84% practica ejercicio físico o deporte de forma individual y el 16% restante, practica ejercicio físico o deporte en equipo.

Instrumentos

Para la recogida de datos personales, se hizo uso de un cuestionario *ad hoc* donde se recogía información sobre: 1.- variables sociodemográficas (año de nacimiento, sexo y estudios completados), 2.- características deportivas (deporte que practica, cuántos años lleva practicando deporte, si posee un entrenador, cuántos días a la semana entrena, qué duración tienen las sesiones de entrenamiento, participación en competición y promedio anual de competiciones).

Para evaluar la Inflexibilidad Psicológica (I.P.) se utilizó el *Acceptance and Action Questionnaire* (AAQ-II; Bond et al., 2011, en su adaptación al español de Ruiz et al., 2013). Es una medida general de flexibilidad-inflexibilidad psicológica que consiste en un cuestionario de 7 ítems que describen cómo se relaciona el individuo con sus propios eventos privados (pensamientos, sentimientos, emociones, recuerdos, etc.) y hasta qué punto los percibe como un obstáculo para llevar la vida que quiere. Los participantes responden en una escala tipo Likert (1.- nunca, hasta 7.- siempre) en qué grado son verdad las afirmaciones que describen los ítems. Puntuaciones bajas en el cuestionario serían indicativas de mayor flexibilidad psicológica mientras que puntuaciones altas serían indicativas de mayor inflexibilidad. La prueba utilizada en este estudio ha mostrado una elevada consistencia interna (α de Cronbach = .96), frente a un α de Cronbach = .84 del original. Para determinar la relación entre el nivel de flexibilidad y el resto de las variables, se categorizó a los participantes de acuerdo a la distribución en terciles de la puntuación total del cuestionario AAQ-II (Roales-Nieto et al., 2016). De esta forma, se establecieron tres niveles: Alta Inflexibilidad (>= 34) puntos), Media Inflexibilidad (21-33 puntos) y Baja Inflexibilidad (<= 20) puntos).

Para valorar la sintomatología psicopatológica se utilizó el *Symptom Checklist-90-R* (SCL-90-R; Derogatis, 1977, en su versión española de González de Rivera, 1989). Este instrumento es un inventario autoadministrado que permite analizar la psicopatología en tres niveles de complejidad jerárquica: un nivel global, un nivel dimensional y un nivel sintomático. Evalúa el malestar subjetivo percibido por la persona a partir de 90 síntomas que quedan agrupados en nueve escalas: hostilidad, obsesión- compulsión, depresión, sensibilidad interpersonal, ansiedad, ideación paranoide, ansiedad fóbica, psicoticismo y somatización. El instrumento permite obtener tres índices generales: Total de Síntomas Positivos (TSP) que evalúa la amplitud y diversidad de la psicopatología a partir de un cierto número de síntomas presentes; Índice General Sintomático (IGS) que evalúa intensidad del sufrimiento psíquico y psicosomático y por último el Índice de Malestar (PSDI) que indica la intensidad sintomática. En

Copyright 2023 Colegio Oficial de la Psicología de Madrid
ISSN: 2530-3910 https://doi.org/10.5093/rpadef2023a7

cuanto a sus propiedades psicométricas han resultado ser apropiadas para las nueve dimensiones que evalúa; alcanzando valores cercanos y/o superiores a r = 0.70 en test-retest y en torno a 0.80 en análisis de consistencia interna (Derogatis, 1994; Derogatis y Savitz, 2000). Para este trabajo se ha obtenido un α de Cronbach = .94, utilizándose para los análisis las puntuaciones T que han permitido normalizar los valores obtenidos.

Procedimiento

La recopilación de datos se hizo a través de un formulario online que recogía toda la instrumentación anteriormente descrita. Al inicio de éste se presentaba toda la información que conformaba el consentimiento informado; comentándoles que si comenzaban a responder las diversas cuestiones y continuaban se entendía que aceptaban el consentimiento informado. Dicho formulario se difundió por medio de redes sociales (Facebook, Moodle, mail, etc.) de forma que aquellas personas que decidieran participar fueron informadas de dicho estudio. De igual manera se les solicitaba colaboraran difundiendo el enlace al cuestionario, al menos entre cinco personas, buscando generar el efecto "bola de nieve". La recogida de información se llevó a cabo desde el mes de septiembre del 2022 hasta marzo del 2023. La duración de la cumplimentación de los cuestionarios podía situarse en torno a los 15 minutos.

Todos los procedimientos seguidos se ajustaron a las normas éticas del comité responsable de experimentación humana (institucional y nacional) y la Declaración de Helsinki de 1975, revisada en 2013. El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Biomédica de Andalucía (Comité de Evaluación de Huelva. Reglamento Interno: 2159-N-21. Fecha de aprobación: 14/12/2021; Acta: 11/21). A todos los participantes se les solicitaba la aceptación expresa del consentimiento informado y se les comunicaba que la participación era voluntaria, pudiendo abandonar cuando así lo considerasen

Análisis de datos

Se han llevado a cabo análisis descriptivos para caracterizar las principales variables del estudio (frecuencias, porcentajes, medias y desviación estándar). La comparación de variables cuantitativas se ha realizado mediante la prueba *t* Student para grupos independientes y, en el caso de dos variables categóricas, se ha considerado la prueba Chi-Cuadrado (x^2).

Para la prueba *t* de Student, los tamaños del efecto se estimaron mediante la *d* de Cohen: < 0.2.- tamaño del efecto pequeño; entre 0.2 y 0.8.- tamaño del efecto medio y > 0.8.- tamaño del efecto grande (Cohen, 1988). En el caso de variables categóricas, las comparaciones se han realizado mediante la prueba Chi-Cuadrado (x^2); estimando un tamaño del efecto V de Cramer: < 0.2.- tamaño del efecto pequeño; entre 0.2 y 0.6.- tamaño del efecto medio y > 0.6.- tamaño del efecto grande (Cramer, 1946). Para estudiar la relación existente entre la variable dependiente (sintomatología psicopatológica) y la variable independiente categorizada (inflexibilidad psicológica), se ha hecho uso del análisis de varianza (ANOVA), para ello los tamaños del efecto se estimaron calculando eta cuadrado (η^2): < .01- tamaño del efecto pequeño; entre .01 y .06- tamaño del efecto medio y > .14- tamaño del efecto grande (Fisher, 1930). Por su parte, se han relacionado las variables mediante correlaciones de Pearson. Los análisis se realizaron utilizando el paquete estadístico SPSS (IBM versión 20.0, SPSS Inc Armonk, NY, USA).

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra según el sexo

	Total 202	Mujer 111 (55)	Hombre 91 (45)	*t*	*p*
Edad	31.32 (11.44)	32.51 (12.18)	29. 87 (10.36)	1.668	.097
Nivel estudios				$x^2_{(3, 202)} = 6.414$	.093
Sin estudios	1 (0.5)	1 (0.9)	0 (0.0)		
Primarios	15 (7.4)	12 (10.8)	3 (3.3)		
Secundarios	110 (54.5)	54 (49.1)	56 (50.9)		
Universitarios	76 (37.6)	44 (57.9)	32 (42.1)		

Nota. Para variables cuantitativas M (DT); para variables categóricas N (%)

Copyright 2023 Colegio Oficial de la Psicología de Madrid
ISSN: 2530-3910 https://doi.org/10.5093/rpadef2023a7

Resultados

Como puede observarse en la Tabla 1, no existen diferencias significativas entre mujeres y hombres en cuanto a la media de edad ni en cuanto al nivel de estudios.

Analizando las características deportivas recogidas de la muestra (ver Tabla 2) se observa que existen diferencias significativas en los años practicando deporte o ejercicio físico en función del sexo, siendo los hombres quienes llevan más tiempo frente a las mujeres, con un tamaño del efecto medio (*d* Cohen = 0.60).

En cuanto a la duración del entreno también existen diferencias significativas entre ambos sexos, según se observa, la puntuación en hombres es mayor, con un tamaño del efecto medio (*d* Cohen = 0.40). Sin embargo, en el resto de no se constatan diferencias significativas. En cuanto al nivel competitivo, hombres y mujeres puede observarse que se distribuyen de manera diferente y significativa con un tamaño del efecto *Phi* = 0.273.

En la Tabla 3, se deja constancia de las puntuaciones obtenidas en la sintomatología psicopatológica en función del sexo de los participantes. No existen diferencias significativas entre hombres y mujeres, a excepción de las escalas de ansiedad fóbica y sensibilidad interpersonal, con un tamaño del efecto moderado (*d* Cohen= 0.56 y 0.49, respectivamente) y el índice de malestar de síntomas positivos, con un tamaño del efecto medio (*d* Cohen = 0.38), donde las mujeres son quienes obtienen puntuaciones superiores en los tres índices.

Según se observa en la Tabla 4, en inflexibilidad psicológica existen diferencias significativas en función del sexo, con un tamaño del efecto medio (*v* Cramer = 0.30); observándose una inflexibilidad psicológica mayor en mujeres que en hombres. Las mujeres tienden a estar agrupadas en las categorías de alta y media inflexibilidad, mientras que los hombres lo harían en la categoría de baja inflexibilidad psicológica.

Tras llevar a cabo el ANOVA y las comparaciones post hoc mediante la prueba de Bonferroni (ver Tabla 5), comparando las puntuaciones en el SCL-90-R y sus subescalas, en función del nivel de inflexibilidad psicológica, es posible observar que existen diferencias significativas entre los tres grupos (alta, media y baja inflexibilidad) en todas las subescalas del SCL-90-R. En la escala de somatización (SOMT), se observan que las diferencias se dan en los tres grupos donde, a > b (p = .005), b > c (p < .001) y a > c (p < .001), observándose un tamaño del efecto grande (η^2 = .16). En la escala depresión (DEPT), se observan diferencias significativas en los tres grupos donde,

Tabla 2. *Características deportivas de la muestra según el sexo.*

	Total 202	Mujer 111(55)	Hombre 91(45)	*t*	*p*
Años practicando	3.45 (1.54)	3.07 (1.62)	3.90 (1.31)	3.937	< .001
Entrena solo	2.59 (1.98)	2.57 (1.90)	2.62 (2.08)	0.151	.880
Entrena acompañado	1.42 (1.84)	1.24 (1.68)	1.64 (2.00)	1.507	.134
Duración entreno	86.09 (36.71)	79.41 (31.85)	94.18 (40.57)	2.890	.004
Nº Competiciones	3.09 (8.04)	2.31 (7.40)	4.03 (8.70)	1.517	.131
Tipo deporte				$x^2_{(1, 202)}$ = 0.893	.345
Individual	168 (84)	94 (56)	74 (44)		
Grupal	32 (16)	15 (13.8)	17 (18.7)		
Entrenador				$x^2_{(1, 202)}$ = 0.082	.775
Sí	111 (55)	62 (55.9)	49 (53.8)		
No	91 (45)	49 (44.1)	42 (46.2)		
Nivel competición				$x^2_{(1, 202)}$ = 16.067	< .001
No compite	127 (62.9)	84 (75.7)	43 (47.3)		
Sí compite	75 (37.1)	27 (24.3)	48 (52.7)		

Nota. Para variables cuantitativas M (DT); para variables categóricas N (%).

Copyright 2023 Colegio Oficial de la Psicología de Madrid
ISSN: 2530-3910 https://doi.org/10.5093/rpadef2023a7

Tabla 3. Puntuaciones en la escala SCL-90-R según el sexo en valores T.

SCL-90-R	Total 202	Mujer 111 (55)	Hombre 91 (45)	*t*	*p*
SOMT	53.88 (10.23)	53.72 (9.56)	54.07 (11.03)	0.24	.80
DEPT	54.49 (12.25)	55.71 (12.29)	53 (12.09)	1.57	.11
ANST	55.11 (44.83)	59.70 (59.26)	49.50 (11.76)	1.61	.10
PART	55.86 (12.12)	56.96 (11.71)	54.52 (12.53)	1.42	.15
PSIT	57.20 (12.81)	58.57 (12.09)	55.53 (13.53)	1.69	.09
OBST	58.24 (11.26)	59.23 (10.39)	57.02 (12.18)	1.39	.16
INTT	56.15 (12.79)	58.91 (12.59)	52.78 (12.28)	3.48	< .001
HOST	52.54 (11.16)	52.07 (10.68)	53.12 (11.74)	0.66	.50
FOBT	48.44 (13.48)	51. 76 (13.23)	44.38 (12.72)	4.014	< .001
GSIT	55. 32 (11.79)	56.54 (11.25)	53.82 (12.34)	1.635	.104
PSTT	60.84 (12.38)	62.23 (11.86)	59.15 (12.85)	1.768	.079
PDSIT	43.49 (8.46)	44.9 (9.48)	41.78 (6.68)	2.736	.007

Nota. Para variables cuantitativas M (DT); para variables categóricas N (%). SOMT= somatización T; DEPT= depresión T; ANST= ansiedad T; PART= ideación paranoide T; PSIT= psicoticismo T; OBST= obsesión-compulsión T; INTT= sensibilidad interpersonal T; HOST= hostilidad T; FOBT= ansiedad fóbica T; GSITT= índice de severidad global T; PSTT= total de síntomas positivos T; PDSIT=

Tabla 4. Puntuaciones en la escala de Inflexibilidad Psicológica según el sexo.

	Total (202)	Mujer 111 (55)	Hombre 91 (45)	*t*	*p*
I.P.T.	20.47 (9.22)	22.51 (10.19)	17.98 (7.19)	3.7	< .001
CATEGORÍA I.P.				$x^2_{(2, 202)} = 14.754$	< .001
Alta (≥34)	19 (9.4)	16 (14.4)	3 (3.3)		
Media (21-33)	75 (37.1)	48 (43.2)	27 (29.7)		
Baja (≤20)	108 (53.5)	47 (42.3)	61 (67)		

Nota. Para variables cuantitativas M (DT); para variables categóricas N (%), I.P.T.= Inflexibilidad Psicológica Total, CATEGORÍA I.P. = Categoría Inflexibilidad Psicológica: Alta Inflexibilidad (≥ 34 puntos), Media Inflexibilidad (21-33 puntos) y Baja Inflexibilidad (≤ 20 puntos).

a > b (p < .001), b > c (p < .001) y a > c (p < .001), con un tamaño del efecto grande (η^2 = .43). En la escala ansiedad (ANST), se observa que el grupo que marca la diferencia es el a; así se comprueba que a > b (p = .001) y a > c (p < .001), mientras que, en b = c (p = .235), no existen diferencias significativas, observándose un tamaño del efecto medio (η^2 = 0.11). En la escala de trastorno paranoide (PART), existen diferencias significativas entre los tres grupos, donde, a > b (p= .011), b > c (p < .001) y a > c (p < .001), mostrando un tamaño de efecto grande (η^2 = .34). En la escala de psicoticismo (PSIT), existen diferencias significativas entre los tres grupos donde, a > b (p = .011), a > c (p < .001) y b > c (p < .001), con un tamaño del efecto grande (η^2 = .45). En la escala obsesión-compulsión (OBST), existen diferencias significativas entre los tres grupos donde, a > b (p = .02), a > c (p < .001) y b > c (p < .001), con un tamaño del efecto grande (η^2 = .29). En la escala ansiedad

Copyright 2023 Colegio Oficial de la Psicología de Madrid
ISSN: 2530-3910 https://doi.org/10.5093/rpadef2023a7

Tabla 5. *Puntuaciones en la escala SCL-90-R según categoría de inflexibilidad psicológica.*

	I.P. alta 19 (9.4) (a)	I.P. media 75 (37.12) (b)	I.P. baja 108 (53.46) (c)	$F_{(2, 202)}$	*p*
SCL-90-R					
SOMT	63.84 (7.43)	56.15 (9.77)	50.56 (9.42)	19.640	< .001
DEPT	71.74 (4.16)	59.97 (10.80)	47.648 (8.77)	75.089	< .001
ANST	98.84 (137.83)	57.23 (9.66)	55.11 (44.83)	12.710	< .001
PART	69.11 (6.49)	61.63 (10.02)	55.86 (12.12)	52.286	< .001
PSIT	71.89 (6.37)	64.73 (8.14)	57.20 (12.81)	82.366	< .001
OBST	69.84 (6.80)	63.16 (8.65)	52.78 (10.38)	42.236	< .001
INTT	70.89 (6.02)	62.90 (10.09)	48.86 (10.33)	67.524	< .001
HOST	61.42 (11.39)	56.25 (9.16)	48.41 (10.63)	21.107	< .001
FOBT	63.95 (10.14)	54 (12.75)	41.85 (10.18)	46.135	< .001
GSIT	71.11 (4.53)	61.53 (8.30)	48.22 (9.39)	87.265	< .001
PSTT	73.37 (2.91)	67.76 (8.15)	53.84 (11.39)	62.248	< .001
PSDIT	57.42 (8.19)	46.19 (6.99)	39.18 (5.58)	76.182	< .001

Nota, Para variables cuantitativas M (DT); para variables categóricas N (%), SOMT= somatización T; DEPT= depresión T; ANST= ansiedad T; PART= ideación paranoide T; PSIT= psicoticismo T; OBST= obsesión- compulsión T; INTT= sensibilidad interpersonal T; HOST= hostilidad T; FOBT= ansiedad fóbica T; GSITT= índice de severidad global T; PSTT= total de síntomas positivos T; PDSIT= índice de malestar sintomático positivo T, I.P.= inflexibilidad psicológica.

interpersonal (INTT), existen diferencias significativas en los tres grupos, siendo, a > b (p = .006), a > c (p < .001) y b > c (p < .001), con un tamaño del efecto grande (η^2 = .40). En la escala ansiedad fóbica (FOBT), existen diferencias significativas en los tres grupos, donde, a > b (p = .002), a > c (p < .001) y b > c (p < .001), con un tamaño del efecto grande (η^2 = .31). En el índice de severidad global (GSITT), se muestran diferencias significativas en los tres grupos, siendo, a > b (p < .001), a > c (p < .001) y b > c (p < .001), observándose un tamaño del efecto grande (η^2 = .46). En el total de síntomas positivos (PSTT), se observa que los grupos que marcan la diferencia son, a > c (p < .001) y b > c (p < .001), mientras que a = b (p = .079), no existen diferencias significativas, observándose un tamaño del efecto grande en las diferencias (η^2 = .38). En el índice de

Tabla 6. *Puntuaciones en la escala SCL-90-R y las puntuaciones de Inflexibilidad Psicológica según se dispone de entrenador.*

	Sí entrenador 111 (55)	No entrenador 91 (45)	*t*	*p*
I.P.T.	20.51 (9.80)	20.42 (8.51)	0.07	.94
SCL-90-R				
SOMT	53.03 (10.03)	54.92 (10.41)	1.31	.19
DEPT	53.32 (12.76)	55.91 (11.50)	1.49	.13
ANST	51.42 (11.79)	59.63 (65.42)	1.29	.19
PART	53.85 (12.56)	58.31 (11.14)	2.64	.00
PSIT	55.48 (13.05)	59.31 (12.62)	2.13	.03

Copyright 2023 Colegio Oficial de la Psicología de Madrid
ISSN: 2530-3910 https://doi.org/10.5093/rpadef2023a7

Tabla 6. *Puntuaciones en la escala SCL-90-R y las puntuaciones de Inflexibilidad Psicológica según se dispone de entrenador. (Continuación)*

	Sí entrenador 111 (55)	No entrenador 91 (45)	*t*	*p*
OBST	57.36 (10.75)	59.31 (11.83)	1.22	.22
INTT	54.45 (12.82)	58.22 (12.51)	2.10	.03
HOST	51.73 (11.57)	53.53 (10.61)	1.14	.25
FOBT	47.91 (13.51)	49.09 (13.49)	0.61	.53
GSIT	53.93 (11.96)	57.01 (11.44)	1.85	.06
PSTT	59.49 (12.43)	62.49 (12.19)	1.72	.08
PSDIT	42.84 (8.91)	44.29 (7.85)	1.22	.22

Nota. Para variables cuantitativas M (DT); para variables categóricas N (%), SOMT= somatización T; DEPT= depresión T; ANST= ansiedad T; PART= ideación paranoide T; PSIT= psicoticismo T; OBST= obsesión- compulsión T; INTT= sensibilidad interpersonal T; HOST= hostilidad T; FOBT= ansiedad fóbica T; GSITT= índice de severidad global T; PSTT= total de síntomas positivos T; PDSIT= índice de malestar sintomático positivo T, I.P.= inflexibilidad psicológica.

malestar de síntomas positivos (PSDIT), se muestran diferencias significativas en los tres grupos, donde, a > b (p < .001), a > c (p < .001) y b > c (p < .001), con un tamaño del efecto grande (η^2 = .43).

La Tabla 6, muestra que no existen diferencias estadísticamente significativas en inflexibilidad psicológica según se disponga del asesoramiento de un entrenador. Por su parte, en los valores obtenidos sobre las puntuaciones en sintomatología psicopatológica, en función de si los sujetos reconocen disponer de entrenador o no, se observa que sí existen diferencias significativas en las escalas: ideación paranoide, psicoticismo y sensibilidad interpersonal, con un tamaño del

Tabla 7. *Puntuaciones en la escala SCL-90-R según si compite o no compite.*

	Sí compite 75 (37.1)	No compite 127 (62.9)	*t*	*p*
I.P.T.	20.09 (8.98)	20.69 (9.390)	0.44	.65
SCL-90-R				
SOMT	54.40 (11.43)	53.57 (9.48)	0.55	.58
DEPT	52.63 (12.97)	55.59 (11.71)	0.51	.09
ANST	51.19 (11.81)	57.43 (55.76)	0.95	.34
PART	56.56 (13.56)	55.44 (11.22)	0.63	.52
PSIT	57.09 (12.66)	57.40 (13.15)	0.16	.86
OBST	56.99 (11.21)	58.98 (11.27)	1.21	.22
INTT	54.11 (13.66)	57.35 (12.14)	1.75	.08
HOST	51.57 (12.27)	53.12 (10.45)	0.95	.34
FOBT	45.73 (13.31)	50.04 (13.38)	2.21	.02
GSIT	54.59 (12.53)	55.75 (11.37)	0.67	.50
PSTT	59.89 (13.45)	61.41 (11.73)	0.84	.40
PSDIT	43.20 (8.26)	43.67 (8.61)	0.38	.70

SOMT= somatización T; DEPT= depresión T; ANST= ansiedad T; PART= ideación paranoide T; PSIT= psicoticismo T; OBST= obsesión- compulsión T; INTT= sensibilidad interpersonal T; HOST= hostilidad T; FOBT= ansiedad fóbica T; GSITT= índice de severidad global T; PSTT= total de síntomas positivos T; PDSIT= índice de malestar sintomático positivo T, I.P.= inflexibilidad psicológica.

Copyright 2023 Colegio Oficial de la Psicología de Madrid
ISSN: 2530-3910 https://doi.org/10.5093/rpadef2023a7

efecto medio (*d* Cohen = 0.38, 0.30 y 0.30, respectivamente). Mientras que en el resto de las escalas no se muestran diferencias significativas. Existe un efecto residual en el Índice de Severidad Global, con un tamaño del efecto medio (*d* Cohen= 0.26); en todas ellas, las personas que reconocen no disponer de los servicios de un entrenador obtienen puntuaciones superiores.

Por último, no se indican diferencias en inflexibilidad psicológica ni se indica que las haya en las puntuaciones sobre la sintomatología psicopatológica en función de si los sujetos compiten o no compiten; exceptuando la escala de ansiedad fóbica, con un tamaño del efecto medio (*d* Cohen = 0.32), siendo la puntuación mayor en el grupo que no compite (ver Tabla 7).

Discusión

Este trabajo ha pretendido ampliar el conocimiento actual sobre las relaciones que pueden observarse entre el constructo inflexibilidad psicológica y la sintomatología psicopatológica en una muestra de deportistas amateur-recreacionales. En cuanto a la primera hipótesis con la que se esperaba encontrar que las personas con las puntuaciones más altas en inflexibilidad psicológica serían quienes iban a obtener puntuaciones superiores en sintomatología psicopatológica. Se observa que los resultados confirman la predicción ya que se ha mostrado como aquellos participantes que poseen una mayor inflexibilidad psicológica, son los que puntúan más alto en sintomatología psicopatológica, observándose entonces una relación positiva entre la variable independiente, inflexibilidad psicológica y, la variable dependiente, sintomatología psicopatológica. La literatura coincide con lo obtenido en los resultados, donde se constata que un mayor nivel de flexibilidad psicológica puede favorecer el bienestar general (Torruella, 2016), en caso contrario, la falta de flexibilidad psicológica acentúa la sintomatología psicopatológica (Nolen- Hoekseman y Wisco, 2008). Sin embargo, no en todas las escalas del SCL-90-R se recogen diferencias significativas entre los tres grupos de inflexibilidad (alta, media y baja), como es el caso de la escala ansiedad (ANST) y el total de síntomas positivos (PSTT); pero sí ha sido el grupo que mayor inflexibilidad ha mostrado el que ha reflejado un mayor problema sintomatológico. Todo ello viene a corroborar lo encontrado en algunas investigaciones, acerca de la relación que existe entre el estilo de afrontamiento de las situaciones y el desarrollo de sintomatología psicopatológica (Soler et al., 2020).

En cambio, la segunda de las hipótesis, que nos predecía que aquellos que reconocen haber participado en competiciones, frente a quienes no lo hacen, obtendrán puntuaciones superiores en sintomatología psicopatológica, no ha sido confirmada por los resultados. Al contrario de los esperado, los resultados han mostrado que en la escala de ansiedad fóbica era el grupo de que no participaba en competiciones quienes han obtenido mayores puntuaciones. Por lo que no se confirma y los datos no corroboran los resultados mostrados en la literatura, ya que se ha venido a plantear que los deportistas profesionales son los que presentan una sintomatología psicopatológica mayor a diferencia de aquellos que lo hacen por motivos recreativos (Weinstein et al., 2015). En este sentido, si bien no han sido significativas las diferencias, si es posible constatar como aquellos sujetos que no compiten presentan puntuaciones superiores en las escalas de ansiedad fóbica (FOBT), como en depresión (DEPT), ansiedad (ANST), sensibilidad interpersonal (INTT), hostilidad (HOST) y en los índices adicionales.

En cuanto a la hipótesis tercera, que nos venía a indicar que las personas que manifiestan disponer de entrenador mostrarían puntuaciones inferiores en síntomas psicopatológicos. Se ha podido observar una confirmación parcial de lo esperado, ya que han existido diferencias significativas en las escalas ideación paranoide (PART), psicoticismo (PSIT), sensibilidad interpersonal (INTT) y en el Índice de Severidad Global (GSIT); pero no en el resto de las subescalas. Ahora bien, sí se ha visto que los participantes que disponen de entrenador tienden a puntuar por debajo en sintomatología psicopatológica frente aquellos que no disponen de entrenador.

Ante estos resultados, se sigue manteniendo la ambigüedad mostrada en la literatura sobre el rol del entrenador como factor protector en la salud del deportista. Sin embargo, sí puede afirmarse que parece existir una tendencia a ello tal como se ha referido en la investigación previa en la que se indicaba que el entrenador puede representar una figura importante en la gestión emocional del deportista, así como ante la gestión del estrés generado en la situación (Ledochowski et al., 2012; Stenling et al., 2014) o a hacerlos menos proclives a padecer ansiedad (Yang et al., 2014). Todo ello podría explicar por qué los participantes que reconocen haber participado en competiciones, que son quienes suelen disponer de entrenadores, tienden a obtener unas puntuaciones más bajas en buena parte de las subescalas de sintomatología psicopatológica como se ha venido a indicar.

Por último, la cuarta hipótesis nos venía a predecir que serían las mujeres las que iban a reflejar puntuaciones superiores tanto en inflexibilidad psicológica como en síntomas psicopatológicos. Dicha hipótesis se confirma de forma parcial, ya que, en cuanto a la inflexibilidad psicológica, se muestra mayor en mujeres que en hombres de forma significativa, mientras que en sintomatología psicopatológica no en todas las escalas del cuestionario SCL-90-R exis-

Copyright 2023 Colegio Oficial de la Psicología de Madrid
ISSN: 2530-3910 https://doi.org/10.5093/rpadef2023a7

ten diferencias significativas, sólo en algunas de ellas. Estas diferencias sí vienen a coincidir con lo encontrado en la literatura, donde se ha informado que las mujeres puntúan más alto en sensibilidad interpersonal (INTT) y en ansiedad fóbica (FOBT); pudiendo deberse a que las deportistas femeninas son más susceptibles al estrés del entorno (Schaal et al., 2011) y a padecer algún trastorno mental (Rice et al., 2016). Sin embargo, en la escala depresión (DEPT) no han sido reflejadas diferencias significativas frente a los hombres, mientras que, según los estudios previos son las mujeres quienes tienden a presentar mayor número de síntomas depresivos y con mayor frecuencia (Wolanin et al., 2016). Por su parte, los hombres han obtenido puntuaciones ligeramente superiores en la escala de hostilidad y somatización, coincidiendo con los resultados encontrados que venían a indicar como los hombres suelen presentar mayor número de síntomas somáticos y desarrollan con mayor tendencia conductas de carácter agresivo e impulsivo (Cantón y Checa, 2012).

Puede afirmarse que los resultados obtenidos de este estudio hacen un aporte al conocimiento sobre la relación existente entre la variable independiente inflexibilidad psicológica y, la variable dependiente sintomatología psicopatológica, observándose una correlación positiva entre ambas. Es de interés señalar la relevancia de algunos factores del contexto deportivo, como es la presencia del entrenador, quien puede convertirse en un referente importante para el deportista en la gestión emocional y en las estrategias resilientes como ya se ha venido a indicar (Ledochowski et al., 2012; Stenling et al., 2014).

Como posibles limitaciones del estudio, debemos destacar su carácter observacional lo cual impide establecer relaciones causales entre la práctica de ejercicio y la salud mental. Por otro lado, podría considerarse el tipo de recogida de la información (online) y el disponer de un rango de edad amplio en la muestra. De igual manera el de no disponer de un historial clínico, de algunas características sociodemográficas y deportivas de la muestra; que podrían considerarse variables extrañas al analizar los resultados. En cuanto al historial clínico de cada sujeto, habría que considerarlo como una variable importante a tener en cuenta e influir en el nivel de inflexibilidad psicológica y sintomatología psicopatológica, ya que no ha sido considerada la presencia de algún trastorno mental o sintomatología prodrómica de los participantes en el estudio. Igualmente, las circunstancias a las que se ve sometido el sujeto aun siendo amateur (presión del entrenador y en los entrenamientos, contextos de práctica, etc.) podrían limitar en mayor o menor medida la capacidad de gestionar o controlar de la situación presentada. También cabe mencionar que, en cuanto al nivel competitivo, no se ha sido especialmente estricto, por lo que los resultados en función de si el sujeto compite o no compite, podrían presentar ciertas limitaciones.

Aplicaciones prácticas

A partir de los resultados mostrados, se considera puede resultar conveniente establecer programas, tanto educativos como preventivos, en el contexto deportivo que promuevan la salud mental. Dicho proyecto podría tener lugar en centros escolares, clubes, con la implicación de las familias y todo el entorno deportivo. Aun siendo una población de deportistas amateur o aficionados, la presencia de entrenadores, monitores en su preparación o guía de entrenamiento puede resultar en un elemento clave. Ello es así, ya que estos podrán actuar enseñando estrategias que faciliten a los participantes el manejo de técnicas contrastadas (relajación, la práctica de yoga, etc.) y actividades que permitan contribuir a una mayor activación de la conciencia sobre las circunstancias vivenciales de la persona. En esta situación, el rol del profesional de la psicología del deporte se vuelve relevante ya que entre sus actividades ha de procurar (evaluar, planificar y desarrollar) una interacción integral con los deportistas, los preparadores y entrenadores; así como con las familias. Todo ello, siempre con la finalidad de mejorar el bienestar y la práctica saludable del ejercicio físico.

Referencias

Aguirre-Loaiza, H., Reyes, S., Ramos-Bermúdez, S., Bedoya, D.A. y Franco, A.M., (2017). Relación entre imagen corporal, dimensiones corporales y ejercicio físico en usuarios de gimnasios. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte*, *12*(1),149-156.

Arbinaga, F. (2005). Social Physical Anxiety in males who begin muscular training: An exploratory study. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento, 13*(1),51-60.

Arbinaga, F. y Cantón, E. (2013). *Psicología del deporte y la salud: una relación compleja*. Editorial EOS.

Batrakoulis, A., Jamurtas, A. Z., Metsios, G., S. Perivoliotis, K., Liguori, G., Feito, Y., Riebe, D., Thompson, W. R., Angelopoulos, T. J., Krustrup, P., Magni Mohr, M., Draganidis, D., Poulios A. y Fatouros I. G. (2022). Comparative Efficacy of 5 Exercise Types on Cardiometabolic Health in Overweight and Obese Adults: A Systematic Review and Network Meta-Analysis of 81 Randomized Controlled Trials. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes, 15*(6), Artículo e008243. https://doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.121.008243

Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Orcutt, H. K., Waltz, T. y Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A

Copyright 2023 Colegio Oficial de la Psicología de Madrid
ISSN: 2530-3910 https://doi.org/10.5093/rpadef2023a7

revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy, 42*(4), 676-688. https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007

Brawn, P., Combes, H. y Ellis, N. (2015). Football narratives: Recovery and mental health. *Journal of New Writing in Health and Social Care, 2*(1), 30-46.

Cantón, E. y Checa-Esquiva, I. (2012). Los estados emocionales y su relación con las atribuciones y las expectativas de autoeficacia en el deporte. *Revista de Psicología del Deporte*, *21*(1), 171-176.

Caracuel, J. C., Arbinaga, F. y Montero, J. A. (2003). Perfil socio-deportivo de dos tipos de usuarios de gimnasio: un estudio piloto. *EduPsykhé: Revista de Psicología y Psicopedagogía, 2*(2), 273-308.

Cassar, G. E., Knowles, S., Youssef, G. J., Moulding, R., Uiterwijk, D. y Waters L. (2018). Austin DW. Examining the mediational role of psychological flexibility, pain catastrophizing, and visceral sensitivity in the relationship between psychological distress, irritable bowel symptom frequency, and quality of life. P*sychology, Health and Medicine. 23*(10), 1168-1181. https://doi.org/10.1080/13548506.2018.1476722

Chen, L. H., Wu, C. H. y Chang, J. H. (2017). Gratitude and athletes' life satisfaction: The moderating role of mindfulness. *Journal of Happiness Studies, 18*(4), 1147-1159. https://doi.org/10.1007/s10902-016-9764-7

Clement, D., Arvinen-Barrow, M. y Fetty, T. (2015). Psychosocial responses during different phases of sport-injury rehabilitation: A qualitative study. *Journal of Athletic Training*, *50*(1), 95-104. https://doi.org/10.4085/1062-6050-49.3.52

Connaughton, D., Wadey, R., Hanton, S. y Jones, G. (2008). The development and maintenance of mental toughness: perceptions of elite performers. *Journal of Sports Science, 26*(1), 83-95. https://doi.org/10.1080/02640410701310958

Derogatis, L. R. (1977). *SCL-90-R: Administration, Scoring & Procedures. Manual II.* Clinical Psychometric Research.

Derogatis, L. R. (1994). *SCL-90-R. Symptom Checklist-90-R. Administration, Scoring and Procedures Manual.* National Computer System.

Derogatis, L. R. y Savitz, K. L. (2000) The SCL-90-R and the Brief Symptom Inventory (BSI) in Primary Care. In: M. E. Maruish (Ed.), *Handbook of Psychological Assessment in Primary Care Settings,* (Vol. 236). Lawrence Erlbaum Associates, Mahwah, 297-334.

Englert, C. y Bertrams, A. (2012). Anxiety, ego depletion, and sports performance. *Journal Sports Exercise Psychology*, *34*(5), 580-599. https://doi.org/10.1123/jsep.34.5.580

Ferreira, N. B., Eugenicos, M., Morris, P. G. y Gillanders, D. (2013). Using acceptance and commitment therapy in irritable bowel síndrome. *Gastrointestinal Nursing, 9*(9). https://doi.org/10.12968/gasn.2011.9.9.28

González de Rivera, J. L., Derogatis, L. R., de las Cuevas, C., Gracia-Marco, R., Rodríguez-Pulido, F., Henry-Benítez, M. y Monterrey, A. L. (1989). *The Spanish version of the SCL-90-R, Normative data in the general population.* Clinical Psychometric Research, Towson.

Gulliver, A., Griffiths, K. M., Mackinnon, A., Batterham, P. J. y Stanimirovic, R. (2015). The mental health of Australian elite athletes. *Journal of Science and Medicine Sport, 18*(3), 255-261. http://dx.doi.org/10.1016/j.jsams.2014.04,006

Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, *35*(4), 639-665. https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80013-3

Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A. y Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes, and outcomes. *Behaviour Research and Therapy, 44*(1), 1-25. https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006

Hayes, S. C., Villatte, M., Levin, M. y Hildebrant, M. (2011). Open, aware, and active: Contextual approaches as an emerging trend in the behavioral and cognitive therapies. *Annual Review of Clinical Psychology, 7*, 141-168. https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032210-104449

Hayes, S. C., Strosahl, K. D. y Wilson, K. G. (2014). *Acceptance and Commitment Therapy, Process, and practice of mindful change (Mindfulness).* Desclée De Brouwer.

Hosseini, S. A. y Besharat, M. A. (2010). Relation of resilience whit sport achievement and mental health in a sample of athletes. *Procedia-Social and Behavioral Sciences 5,* 633-638. https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.07.156

Kashdan, T. B. y Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical Psychological Review, 30*(7), 467-480. https://doi,org/10,1016/j,cpr,2010,04,006

Kegelaers, J., Wylleman, P., Defruyt, S., Praet, L., Satmbulova, N. y Torregrossa, M. (2022). The mental health of student-athletes: a systematic scoping review. *International Review of Sport and Exercise Psychology, 34,* 1-34 (Head-of-Print), https://doi.org/10.1080/1750984X.2022.2095657

Ledochowski, L., Unterrainer, C., Ruedl, G., Schnitzer, M. y Kopp, M. (2012). Quality of life, coach behaviour and competitive anxiety in Winter Youth Olympic Games participants. *British Journal of Sports and Medicine, 46*(15), 1044-1047. https://doi.org/10.1136/bjsports-2012-091539

Masuda, A., Anderson, P, L., Wendell, J, W., Chou, Y. Y., Price, M., y Feinstein, A. B., (2011). Psychological flexibility mediates the relations between self-concealment and negative psychological outcomes. *Personality and Individual Differences, 50*(2), 243-247. https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.09.037

Masuda, A., y Tully, E. C. (2011). The role of mindfulness and psychological flexibility in somatization, depression, anxiety, and general psychological distress in a nonclinical college sample. *Journal of Evidence-based Complementary and Alternative Medicine, 17*(1), 66-71. https://doi.org/10,1177/2156587211423400

McCracken, L. M. y Gutierrez-Martínez, O. (2011). Processes of change in psychological flexibility in an interdisciplinary group-based treatment for chronic pain based on acceptance and commitment therapy. *Behaviour Research and Therapy, 49*(4), 267-274. https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.02.004

McCracken, L. M. y Vowles, K. E. (2008). A prospective analysis of acceptance of pain and values-based action in patients with chronic pain. *Health Psychology, 27*(2), 215-220. https://doi.org/10.1037/0278-6133.27.2.215

Moore, Z. E. (2009). Theoretical and empirical developments of the Mindfulness-Acceptance-Commitment (MAC) approach to performance enhancement. *Journal of Clinical Sport Psychology, 3*(4), 291-302. https://doi.org/10.1123/jcsp.3.4.291

Nolen-Hoekseman, S. y Wisco, B.E. (2008). Rethinking rumination, *Perspectives on Psychological Science, 3*(5), 400-424. https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x

Copyright 2023 Colegio Oficial de la Psicología de Madrid
ISSN: 2530-3910 https://doi.org/10.5093/rpadef2023a7

Pando-Orellana, L. A. y Salazar, B. L. (2012). *Invertir en Salud Mental* (pp. 168-169). Organización Mundial de la Salud.

Priorhttps, E., Papathomas, A. y Rhind, D. (2022). A systematic scoping review of athlete mental health within competitive sport: interventions, recommendations, and policy. *International Review of Sport and Exercise Psychology*, (Head-of-Print), 1-23. https://doi.org/10.1080/1750984X.2022.2095659

Rice, S. M., Purcell, R., De Silva, S., Mawren, D., McGorry, P. D. y Parker, A. G. (2016). The Mental Health of Elite Athletes: A Narrative Systematic. *Review Sports Medicine, 46*(9), 1333-1353. https://doi.org/10.1007/s40279-016-0492-2

Roales-Nieto, J. G., Moreno-San Pedro, E. M., García, R. C., Romero, B. M., López, F. R. J., Luciano, A. G., Arranz, A. S., Lao, I. R. F., Gámez, G. G. y Hernández-López, M. (2016). Flexibilidad psicológica y autoabandono del tabaco. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, *16*(2), 111-130.

Ruiz, F. J. (2010). A review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) empirical evidence: correlational, experimental psychopathology, component, and outcome studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 10*(1), 125-162.

Ruiz, F. J., Langer, A., Luciano, C., Cangas, A. J. y Beltrán, I. (2013)., Measuring experiential avoidance and psychological inflexibility: the Spanish version of the Acceptance and Action Questionnaire-II. *Psicothema*, *25*(1), 123-129.

Schaal, K., Tafflet, M., Nassif, H., Thibault, V., Pichard, C., Alcotte, M., Guillet, T., El Helou, N., Berthelot, G., Simon, S. y Toussaint, J. F. (2011). Psychological Balance in High Level Athletes: Gender-Based Differences and Sport-Specific Patterns, *PLoS ONE, 6*(5), Artículo e19007. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0019007

Soler, A. D., Farré-Martí, J. M., Farré-Sender, B. y Blanco, J. D. (2020). Evolución de las lesiones deportivas y correlación con el estilo de afrontamiento. *Psicosomática y Psiquiatría*, (14), 20-27. https://doi.org/10.34810/PsicosomPsiquiatrnum1403

Stenling, A., Hassmén, P. y Holmström, S. (2014). Implicit beliefs of ability, approachavoidance goals and cognitive anxiety among team sport athletes. *European Journal Sport Science, 14*(7), 720-729. https://doi.org/10.1080/17461391.2014.901419

Tatangelo, G. L., McCabe, M. P. y Ricciardelli, L. A. (2015). Body Image. *International Encyclopedia of Social and Behavioral Sciences, 2*(2), 735-740. https://doi.org/10.1016/B978-0-08-097086-8.14062-0

Teixeira, C. M., Nunes, F., Ribeiro, F., Arbinaga, F. y Vasconcelos-Raposo. J. (2016). Physical activity, self-esteem and depression in older adults. *Cuadernos de Psicología del Deporte, 16*(3), 53-64.

Torruella, B. L. (2016). *Efecto de un programa de meditación trascendental sobre el estrés, la flexibilidad psicológica y la variabilidad de la frecuencia cardíaca* [Tesis doctoral], Universitat Autònoma de Barcelona.

Trompetter, H. R., Bohlmeijer, E. T., Fox, J. P. y Schreurs K. M. G. (2015). Psychological flexibility and catastrophizing as associated change mechanisms during online Acceptance and Commitment Therapy for chronic pain. *Behaviour Research and Therapy, 74,* 50-59. https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.09.001

Venta, A., Sharp, C. y Hart, J. (2012). The relation between anxiety disorder and experiential avoidance in inpatient adolescents. *Psychological Assessments*, *24*(1), 240-248. https://doi.org/10.1037/a0025362

Vowles, K. E. y McCracken, L. M. (2008). Acceptance and values-based action in chronic pain: a study of treatment effectiveness and process. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*(3), 397-407. https://doi.org/10.1037/0022-006X.76.3.397

Weinstein, A., Maayan, G. y Weinstein, Y. (2015). A study on the relationship between compulsive exercise, depression and anxiety. *Journal Behavior Addictions, 4*(4), 315-318. https:// doi.org/10.1136/bjsports-2015-095756

Wolanin, A., Hong, E., Marks, D., Panchoo, K. y Gross, M. (2016). Prevalence of clinically elevated depressive symptoms in college athletes and differences by gender and sport. *British Journal Sports Medicine, 50*(3), 167-171. https://doi.org/10.1136/bjsports-2015-095756

Yang, J., Schaefer, J. T., Zhang, N., Covassin, T., Ding, K. y Heiden, E. (2014). Social support from the athletic trainer and symptoms of depression and anxiety at return to play. *Journal of Athletic Training*, *49*(6), 773-779. https://doi.org/10.4085/1062-6050-49.3.65

Zhang, C. Q., Chung, P. K., Si, G. y Liu, J. D. (2014). Psychometric properties of the acceptance and action questionnaire-II for Chinese college students and elite Chinese athletes. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development, 47*(4), 256-270. https://doi.org/10.1177/0748175614538064

Copyright 2023 Colegio Oficial de la Psicología de Madrid
ISSN: 2530-3910 https://doi.org/10.5093/rpadef2023a7