

TRABAJO DE FIN DE GRADO

GRADO EN ENFERMERÍA



UNIVERSIDAD
DE ALMERÍA

LA SALUD MENTAL DE LOS DEPORTISTAS DE ÉLITE: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

THE MENTAL HEALTH OF ELITE ATHLETES: A SYSTEMATIC REVIEW

AUTORA

D.^a Marina García Camacho

DIRECTORA

Prof.^a Alda Elena Cortés Rodríguez



Facultad de
Ciencias de la Salud
Universidad de Almería

Curso Académico

2021/2022

Convocatoria

Junio

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. METODOLOGÍA	3
Diseño y pregunta de investigación.....	3
Bases de datos, descriptores y estrategia de búsqueda	4
Criterios de selección.....	5
Análisis de datos	5
Análisis de la calidad	5
3. RESULTADOS	5
Características de los estudios seleccionados	6
Calidad metodológica de los artículos	7
Principales resultados	11
Trastornos mentales analizados	11
Factores protectores y de riesgo de la salud mental	13
Instrumentos de valoración.....	15
4. DISCUSIÓN	18
Limitaciones	24
Futuras líneas de investigación.....	24
5. CONCLUSIONES	25
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	26
ANEXO 1	29

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Figura 1. Continuo salud mental-trastorno mental. Fuente: elaboración propia	2
Tabla 1. Palabras clave y términos MeSH utilizados en la búsqueda de bibliografía.....	4
Tabla 2. Estrategias de búsqueda de las bases de datos.....	4
Figura 2. Diagrama de flujo según la Declaración PRISMA	6
Tabla 3. Síntesis de los artículos incluidos en la revisión sistemática	8
Tabla 4. Análisis de la calidad metodológica según la Declaración STROBE	32

RESUMEN

Introducción: En los últimos años se ha incrementado el interés por la salud mental de los deportistas de élite debido, principalmente, a un aumento considerable en la prevalencia de trastornos psicológicos. Estos deportistas se exponen diariamente a una amplia gama de factores específicos que pueden inducir trastornos mentales, afectando negativamente a su calidad de vida y eficiencia profesional.

Objetivo: Describir los trastornos mentales y las variables de riesgo más prevalentes entre los deportistas de élite.

Metodología: Se realizó una revisión sistemática desde noviembre de 2021 hasta febrero de 2022 utilizando las bases de datos PubMed, ScienceDirect, CINAHL, Scopus, Web of Science y Scielo. Para ello se utilizaron los términos “*elite athletes*”, “*professional athletes*”, “*mental health*” y “*mental disorders*”. Se incluyeron artículos publicados en los últimos 5 años, en inglés o español, con participantes deportistas profesionales, que evaluaran trastornos mentales y variables de riesgo. La calidad metodológica se evaluó con la Declaración STROBE.

Resultados: Se analizaron 11 artículos. Los trastornos mentales más prevalentes fueron, en orden descendente, el consumo abusivo de alcohol, la depresión, la ansiedad, las alteraciones del sueño, los TCA, la ideación suicida y el juego patológico. Se encontraron resultados contradictorios sobre malestar psicológico y bienestar mental. Los principales factores de riesgo fueron la carga de entrenamiento, las lesiones, la insatisfacción profesional y retirarse de la carrera deportiva; mientras que una buena autoestima, las estrategias de afrontamiento y el apoyo social y emocional se consideraron factores protectores.

Conclusiones: Los deportistas de élite están expuestos a factores estresantes que potencian el riesgo de sufrir trastornos mentales. Sin embargo, dada la variedad de cuestionarios utilizados para su evaluación, los resultados obtenidos deben interpretarse con precaución. Por consiguiente, es necesario profundizar más sobre este tema, estandarizar el uso de herramientas específicas y diseñar estrategias de prevención e intervención individualizadas.

Palabras clave: deportistas de alto rendimiento; deportistas de élite; factores de riesgo; salud mental; trastornos mentales

ABSTRACT

Introduction: Lately, there has been an increasing interest in the mental health of elite athletes, mainly due to a considerable rise in the prevalence of mental illnesses. These athletes are exposed on a daily basis to a wide range of specific factors which can lead to mental disorders. This can negatively affect their quality of life and their professional efficiency.

Objective: To describe the mental disorders and the most prevalent stressors among elite athletes.

Methodology: A systematic review has been carried out with the databases PubMed, ScienceDirect, CINAHL, Scopus, Web of Science and Scielo from November 2021 to February 2022. The following articles were included: those published in the last 5 years in both in English and Spanish, those with elite athletes as participants and those which assessed different mental disorders and stressors. The STROBE Statement was used to assessed the quality of the studies.

Results: 11 articles were analysed. The most prevalent mental disorders were, in descending order, alcohol misuse, depression, anxiety, sleep problems, eating disorders, suicidal ideation and gambling. Contradictory outcomes about distress and mental wellbeing were found. The main risk factors were the training load, injuries, career dissatisfaction and retirement; whereas a high self-esteem, coping strategies and social and emotional support were deemed protective factors. Researches used several questionnaires, being GAD-7, CES-D, GHQ, K-6, EAT-26 and AUDIT-C the most used ones.

Conclusions: Elite athletes are exposed to stressors which increase the risk of suffering mental disorders. Nonetheless, given the variety of questionnaires used for their assessment, the results must be interpreted with caution. Therefore, it is necessary to delve more deeply in this topic, to standardise the use of specific tools and to design individualised strategies of prevention and intervention.

Keywords: elite athletes; high performance athletes; mental disorders; mental health; risk factors

1. INTRODUCCIÓN

El deporte de alto rendimiento implica lograr sistemáticamente los mejores resultados en el más alto nivel, con competencia internacional y por medios justos y éticos (Van Slingerland *et al.*, 2019). Esto supone una dedicación total por parte de los atletas olímpicos o profesionales en la búsqueda de la excelencia deportiva, llevando su esfuerzo al extremo incluso a costa de su salud en algunas ocasiones (Hainline & Reardon, 2019).

Estos individuos están expuestos a una amplia gama de riesgos únicos y específicos del deporte, además de otros factores de tipo genético, biológico y del entorno que pueden inducir síntomas y trastornos psicológicos (Li *et al.*, 2021; Purcell *et al.*, 2020). Entre ellos se pueden incluir las intensas demandas de rendimiento, las lesiones, los rigurosos programas de entrenamiento, la sobrecarga, la atención de los medios de comunicación, entre otros muchos estresores, que demuestran cómo los deportistas profesionales pueden ser tan vulnerables a problemas de salud mental como el resto de la población (Bauman, 2015; Gouttebauge *et al.*, 2019; Perry *et al.*, 2021).

El concepto de salud mental se ha definido y conceptualizado de diversas formas y cada investigador puede hacer uso de una u otra dependiendo de los objetivos de su estudio, la perspectiva teórica y el método de evaluación empleados. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) la salud mental es “un estado de bienestar en el que la persona realiza sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad” (párr. 2). Los componentes clave de esta definición son que la salud mental no solo consiste en la ausencia de un trastorno o enfermedad y el énfasis en el bienestar y el funcionamiento efectivo de un individuo (OMS, 2018).

Por otra parte, un trastorno mental se explica como un “síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental” (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2013, p. 5). Los psiquiatras y otros profesionales de la salud mental suelen utilizar el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) para determinar si un deportista presenta una afección mental, ya que este compendio incluye los criterios necesarios para confirmar un diagnóstico (Poucher *et al.*, 2019).

Seguendo a Keyes (2002), la salud mental y la enfermedad mental son dos dimensiones distintas que se relacionan en un continuo. En un extremo del espectro se encuentra la salud mental como el sentimiento subjetivo de bienestar mental y buen funcionamiento diario; mientras que el trastorno mental se localiza en el extremo opuesto, refiriéndose a la condición clínica diagnosticada que puede causar angustia y deterioro funcional (Figura 1). Este modelo se basa en la idea de que los deportistas de alto rendimiento, en este caso, pueden moverse a lo largo de este continuo de forma bidireccional. Por lo tanto, la dicotomía normal-patológico o sano-enfermo, que es frecuente observar entre los profesionales de la salud mental, no es correcta (Lebrun & Collins, 2017).

Sin embargo, no siempre es sencillo definir una patología cuando se trata de deportistas de alto rendimiento, quizás porque esta población suele presentar síntomas que difieren de los criterios habituales (Lebrun & Collins, 2017) o por el propio dinamismo del concepto de salud mental. En consecuencia, los atletas pueden presentar de forma simultánea una salud mental positiva y estar sufriendo un trastorno mental, o por el contrario, experimentar las situaciones desafiantes a las que se enfrentan día a día, los altibajos y la gran variedad de emociones que afectan a su salud mental, sin implicar un trastorno psicológico (Kuettel *et al.*, 2021).

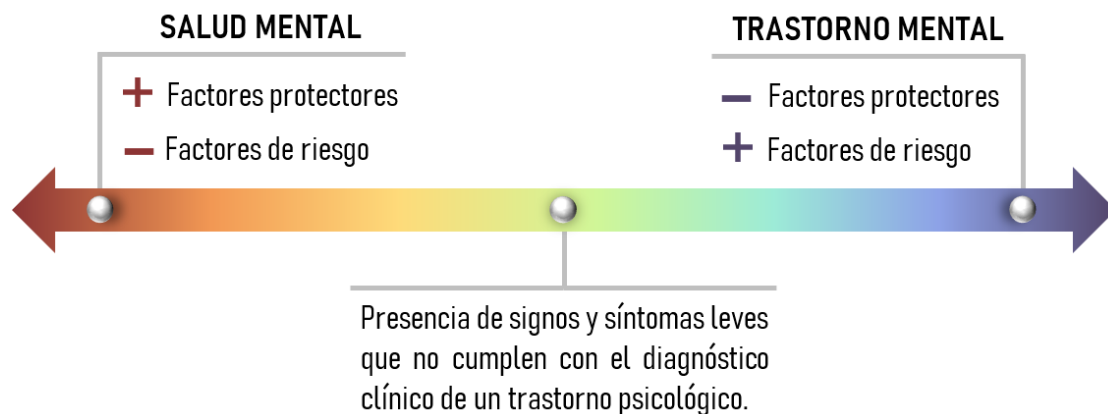


Figura 1. Continuo salud mental-trastorno mental. Fuente: elaboración propia

En los últimos años, los investigadores de la psicología del deporte han mostrado un mayor interés por el estudio de la salud mental entre los deportistas profesionales (Kuettel & Larsen, 2019; Poucher *et al.*, 2019). Considerando algunos de los estudios más recientes, la prevalencia de afecciones mentales entre los deportistas de élite oscila entre

un 5% y un 35% anualmente (Perry *et al.*, 2021), con cifras desde un 19% para el abuso de alcohol hasta un 34% para ansiedad y depresión (Gouttebarga *et al.*, 2020). Estos números tan elevados han sido motivo de preocupación y numerosas organizaciones deportivas han respondido con el desarrollo de programas internacionales de promoción de la salud mental y la publicación de consensos que demandan una mayor capacidad de reacción por parte de la sociedad (Lundqvist & Andersson, 2021), como son las declaraciones del Comité Olímpico Internacional (Reardon *et al.*, 2019) o de la Sociedad Internacional de la Psicología del Deporte (ISSP, por sus siglas en inglés) (Henriksen *et al.*, 2020).

En definitiva, es importante conocer y normalizar los síntomas y trastornos psicológicos para poder formar y concienciar a la sociedad sobre la fragilidad de la salud mental ante la exigencia del contexto deportivo de alto rendimiento. De esta manera, se pondrá en valor el bienestar emocional para mejorar la calidad de vida y su eficiencia profesional, y se ayudará a eliminar, al mismo tiempo, el estigma que rodea a la enfermedad mental.

Por consiguiente, tras observar los datos aportados por algunos estudios y el escaso conocimiento existente acerca de dicho ámbito de la salud en esta población en concreto, se torna necesario conocer en mayor profundidad cómo es la salud mental de estos deportistas de élite. Para ello se plantea esta revisión sistemática, cuyo objetivo es describir los principales trastornos mentales que afectan a los deportistas de alto rendimiento, así como determinar los posibles factores que contribuyen a su desarrollo.

2. METODOLOGÍA

Diseño y pregunta de investigación

Se realizó una revisión sistemática con el fin de contextualizar y proporcionar una descripción general sobre las afecciones mentales más comunes entre la élite deportiva e identificar las variables que condicionan su aparición.

La revisión permitió dar respuesta a la siguiente pregunta de investigación, basada en la estructura PIO (*Population – Intervention – Outcome*): ¿Cuáles son los principales trastornos que afectan a la salud mental (O) de los deportistas (P) de alto rendimiento (I)?

Bases de datos, descriptores y estrategia de búsqueda

Para obtener artículos relevantes sobre el tema en cuestión, se realizó una búsqueda de literatura en las bases de datos PubMed, ScienceDirect, CINAHL, Scopus, Web of Science y SciELO, desde noviembre de 2021 hasta febrero de 2022. Se utilizaron las palabras clave “elite athletes”, “high performance athletes”, “professional athletes”, “mental health”, “mental disorders” y “mental illness”; y se emplearon los términos MeSH “mental health” y “mental disorders” (Tabla 1). Se combinó el lenguaje natural y estructurado para formar las diferentes estrategias de búsqueda (Tabla 2).

Tabla 1. Palabras clave y términos MeSH utilizados en la búsqueda de bibliografía

Lenguaje natural		Lenguaje estructurado
Castellano	Inglés	Términos MeSH
Deportistas de élite Deportistas de alto rendimiento Deportistas profesionales	Elite athletes High performance athletes Professional athletes	-
Salud mental	Mental health	Mental health
Trastornos mentales Enfermedad mental	Mental disorders Mental illness	Mental disorders

Tabla 2. Estrategias de búsqueda de las bases de datos

Base de datos	Estrategia de búsqueda
PubMed	((elite athletes[Title/Abstract]) OR (high performance athletes[Title/Abstract])) OR (professional athletes[Title/Abstract]) AND (((mental health[Title/Abstract]) OR (mental disorders[Title/Abstract])) OR (mental illness[Title/Abstract])) OR (mental health[MeSH Terms]) OR (mental disorders[MeSH Terms]))
ScienceDirect	("elite athletes" OR "high performance athletes") AND ("mental health" OR "mental disorders" OR "mental illness")
Scopus	TITLE-ABS-KEY("elite athletes" OR "professional athletes" OR "high performance athletes") AND ALL("mental health" OR "mental disorders" OR "mental illness")
CINAHL	TX (elite athletes OR professional athletes OR high performance athletes) AND TX (mental health OR mental disorders OR mental illness)
SciELO	(ab:(elite athletes)) AND (mental health) OR (mental disorders)
Web of Science	(TI=(elite athletes OR high performance athletes OR professional athletes)) AND TS=(mental health OR mental disorders OR mental illness)

Criterios de selección

Fueron incluidos aquellos artículos que cumplieron los siguientes criterios: publicados en los últimos 5 años, en idioma inglés o español, cuyos participantes pertenecieran al nivel élite o profesional en deportes individuales o de equipo y que evaluaran en su estudio la prevalencia de trastornos mentales en esta población y los posibles factores de riesgo asociados.

Se excluyeron los artículos publicados en años anteriores a 2017, aquellos escritos en un idioma distinto al inglés o español, investigaciones en los que la intervención fue realizada únicamente en deportistas retirados o con un nivel no considerado de alto rendimiento y aquellos que no analizaron las afecciones mentales de los participantes y las posibles variables condicionantes como principal objetivo de estudio. No se incluyeron otras revisiones sistemáticas en el presente trabajo.

Análisis de datos

Primeramente, se estableció una selección de artículos en función de los títulos y los resúmenes, considerando su adecuación a la temática propuesta en esta revisión. Posteriormente, se procedió a leer el artículo completo con el objetivo de discernir la idoneidad del artículo elegido. Una vez analizados, se decidió recoger la información general de cada estudio: autores, lugar donde se realizó, la muestra de cada uno de ellos, los objetivos planteados, la metodología utilizada y los principales resultados obtenidos. Además, se destacaron los principales trastornos evaluados, los factores de riesgo relacionados y los instrumentos de medición utilizados para cada variable.

Análisis de la calidad

La evaluación de la calidad metodológica de los estudios incluidos en la revisión se llevó a cabo siguiendo las normas y criterios de la Declaración STROBE (Vandenbroucke *et al.*, 2009).

3. RESULTADOS

Inicialmente, la búsqueda arrojó un total de 3010 resultados. Después de eliminar los duplicados y aquellos con fecha de publicación anterior a 2017, se examinaron 1260 artículos para determinar su elegibilidad por título y resumen. Se excluyeron 1077

estudios, dejando un total de 183 artículos para la revisión del texto completo. Finalmente, 11 artículos cumplieron la totalidad de los criterios de inclusión y fueron incorporados en el análisis (Figura 2).

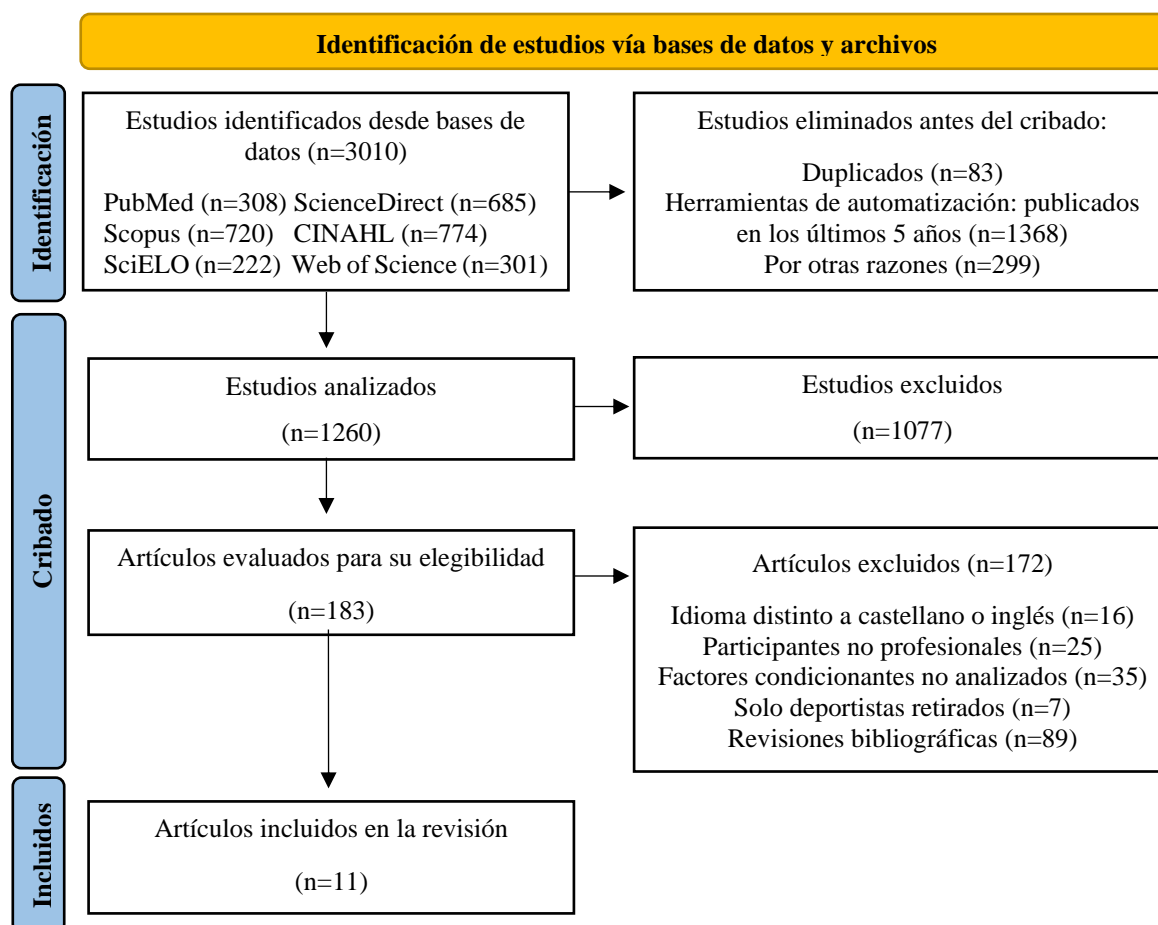


Figura 2. Diagrama de flujo según la Declaración PRISMA

Características de los estudios seleccionados

En la Tabla 3 se detallan las principales características de los artículos utilizados en la revisión. El 100% de los trabajos fueron estudios primarios observacionales, siendo diez de tipo descriptivo y de carácter transversal y uno de ellos analítico, de cohortes y prospectivo (Gouttebargue *et al.*, 2017). Cada artículo se llevó a cabo en un país distinto.

En cuanto al año de publicación, tres estudios datan de 2017 (Beable *et al.*, 2017; Du Preez *et al.*, 2017; Gouttebargue *et al.*, 2017) y los cinco más recientes del año 2021 (Kuettel *et al.*, 2021; Li *et al.*, 2021; Martínez-Rodríguez *et al.*, 2021; Ojio *et al.*, 2021; Poucher *et al.*, 2021). Los artículos restantes (Åkesdotter *et al.*, 2019; Purcell *et al.*, 2020; Rosenvinge *et al.*, 2018) se distribuyen entre los años mencionados anteriormente.

El tamaño de la muestra de los artículos revisados osciló entre 69 (Martínez-Rodríguez *et al.*, 2021) y 966 deportistas (Rosenvinge *et al.*, 2018). Cabe destacar que un estudio incluyó un grupo control (Rosenvinge *et al.*, 2018), en otro solo participaron jugadores de balonmano (Martínez-Rodríguez *et al.*, 2021) y en otros dos artículos participaron exclusivamente jugadores de rugby masculinos (Du Preez *et al.*, 2017; Ojio *et al.*, 2021). El resto de trabajos incorporó deportistas de élite tanto masculinos como femeninos, pertenecientes a distintos deportes individuales o de equipo e incluso en uno de ellos participaron atletas paralímpicos (Poucher *et al.*, 2021).

La edad de los sujetos que formaron parte de los diferentes estudios varió entre los 14 y más de 40 años, siendo en su mayoría mayores de 18 y menores de 30.

Calidad metodológica de los artículos

Siguiendo la lista de verificación STROBE (Vandenbroucke *et al.*, 2009), la mayoría de artículos cumplieron 14 criterios o más, siendo los estudios de Kuettel *et al.* (2021) y Martínez-Rodríguez *et al.* (2021) los que obtuvieron una peor calidad metodológica, cumpliendo solo 7 y 8 criterios de los 22 de los que consta la guía, respectivamente (ANEXO 1).

Una gran parte de los trabajos no presentaba el diseño de estudio en el título, tampoco en el resumen en el caso de Kuettel *et al.* (2021), Poucher *et al.* (2021) y Ojio *et al.* (2021).

En cuanto a la descripción del marco, los lugares y las fechas relevantes del estudio, los artículos incluidos ofrecían información suficiente pero poco detallada.

De forma parecida, a pesar de que todos los estudios indicaban los métodos de valoración para cada variable de interés, solo 2 de ellos definían de forma clara todas las variables, de respuesta, de confusión, predictoras y modificadoras del efecto.

Por otro lado, ningún estudio especificaba las medidas para afrontar los posibles sesgos y Poucher *et al.* (2021), Li *et al.* (2021) y Du Preez *et al.* (2017) fueron los únicos autores que explicaron el tratamiento de los datos ausentes.

Tabla 3. Síntesis de los artículos incluidos en la revisión sistemática

Referencia y país	Diseño	Muestra (n), género, edad y deporte	Variabales analizadas y factores condicionantes	Instrumentos de valoración	Principales hallazgos
Kuettel <i>et al.</i> , (2021) Dinamarca	Transversal	612 Masculino y femenino 14-39 años 8 deportes individuales y de equipo	Bienestar mental, ansiedad, depresión. Apoyo social, recuperación y satisfacción profesional, entorno deportivo, estresores de diferentes ámbitos, lesiones y sobreentrenamiento.	SWEMWBS GAD-7 CES-D BSSS	La mayoría de deportistas daneses experimentaron un nivel de bienestar mental de medio a alto y mostraron síntomas leves o nulos de ansiedad o depresión. Las mujeres presentaron índices más altos que los deportistas masculinos. Se encontraron tres perfiles de salud mental (floreciente, salud mental moderada y languideciente), siendo el floreciente el que puntuó más alto en los factores protectores y más bajo en los factores de riesgo.
Poucher <i>et al.</i> , (2021) Canadá	Transversal	186 Masculino y femenino M*=26 años Deportes de verano en equipo (olímpicos y paralímpicos)	Depresión, ansiedad, trastornos de la conducta alimentaria. Estrés percibido, carga de entrenamiento, apoyo social, estrategias de afrontamiento y autoestima.	CESD-R GAD-7 EAT-26 PSS ARSQ ACSI RSE	El 31,7% de los deportistas presentaron síntomas de depresión, el 18,8% de ansiedad y el 8,6% de trastornos alimentarios. El estrés se correlacionó positivamente con las tres afecciones y una gran carga de entrenamiento aumentaron los síntomas de ansiedad y depresión. El apoyo emocional y la buena autoestima disminuyeron los síntomas de los tres trastornos, así como poseer habilidades de afrontamiento redujeron la ansiedad y la depresión.
Martínez-Rodríguez <i>et al.</i> , (2021) España	Transversal	69 Masculino y femenino 15-35 años Balonmano	Trastornos de la conducta alimentaria. Edad, género, peso, talla e índice de masa corporal.	EAT-26 IMC	El 11% de las mujeres presentaron alto riesgo de desarrollar un TCA*, frente a un 3% de deportistas masculinos. Un mayor IMC en el caso de deportistas femeninas y un valor de IMC bajo en masculinos aumentó el riesgo de trastornos alimentarios.
Li <i>et al.</i> , (2021) China	Transversal	285 Masculino y femenino 16-30 años Deportes individuales y de equipo	Ansiedad generalizada. Edad, género, tipo de deporte, lesiones, TDAH*, miedo al fracaso, tenacidad mental y satisfacción deportiva.	GAD-7 ASRS PFAI MTI STC	El 22% de los deportistas presentó ansiedad. Las lesiones deportivas, el TDAH y el miedo al fracaso se relacionaron con mayores síntomas de este trastorno. Altos niveles de fortaleza mental y satisfacción en el deporte disminuyeron el riesgo de padecerla.

Nota: SWEMWBS = Short Warwick Edinburg Mental Wellbeing Scale; GAD-7 = Generalized Anxiety Disorders; CES-D/CESD-R = Center for Epistemological Studies Depression Scale-Revised; BSSS = Berlin Social Support Scale; EAT-26 = Eating Attitudes Test; PSS = Perceived Stress Scale; ARSQ = Athletes' Received Support Questionnaire; ACSI = Athletic Coping Skills Inventory; RSE = Rosenberg Self-Esteem Scale; IMC = Índice de Masa Corporal; ASRS = Adult ADHD Self-Report Scale; PFAI = Performance Failure Appraisal Inventory; MTI = Mental Toughness Inventory; STC = Satisfaction in Training and Competition.

* M = Media; TCA = Trastorno de la conducta alimentaria; TDAH = Trastorno de déficit de atención con hiperactividad.

Tabla 3. (Continuación)

Referencia y país	Diseño	Muestra (n), género, edad y deporte	Variables analizadas y factores condicionantes	Instrumentos de valoración	Principales hallazgos
Ojio <i>et al.</i> , (2021) Japón	Transversal	251 Masculino >18 años Rugby	Ansiedad, depresión e ideación suicida. Sucesos vividos en competición y en la vida diaria y características demográficas.	K-6 BDSA-J	El 32,3% de los jugadores padecieron síntomas leves de ansiedad y depresión y el 4,8% y 5,2% síntomas moderados y graves, respectivamente. El 7,6% informaron haber experimentado ideación suicida en las últimas dos semanas. Los deportistas con problemas de salud mental experimentaron peores sucesos en competición y en la vida diaria, un rendimiento más bajo y cambios en su estado de salud.
Purcell <i>et al.</i> , (2020) Australia	Transversal	749 Masculino y femenino >17 años 37 deportes individuales y de equipo (olímpicos y paralímpicos)	Salud mental alterada, angustia psicológica y respuestas desadaptativas, autoestima, juego patológico, peso e insatisfacción corporal, consumo de alcohol, satisfacción en la vida. Eventos adversos vividos, apoyo social, búsqueda de ayuda y estrategias de afrontamiento.	GHQ-28 K-10 RSE PGSI MDRS EDE-Q AUDIT SWLS GHSQ Billings and Moos Coping Scale	Los deportistas de élite mostraron tasas más altas de malestar psicológico y casos probables que la comunidad, con casi 1 de cada 5 atletas con niveles de angustia psicológica alta o muy alta y 1 de cada 3 considerados posibles casos que debería tratar un profesional de salud. Por el contrario, informaron una mayor satisfacción corporal, con la vida en general y mayor autoestima, así como tasas más bajas de conductas peligrosas con el juego y el alcohol.
Åkesdotter <i>et al.</i> , (2019) Suecia	Transversal	333 Masculino y femenino >18 años 63 deportes individuales y de equipo	Ansiedad generalizada, ansiedad de competición, <i>burnout</i> , estrés percibido, TDAH*, consumo de alcohol. Edad de inicio, género, sobre entrenamiento, búsqueda de ayuda, episodios recurrentes y diagnósticos previos.	GAD-7 CSAI-2 PHQ-9 PSS-4 ABQ ASRS (A) AUDIT-C	El 51,7% de los deportistas ha sufrido algún trastorno mental a lo largo de su carrera profesional, con un pico de inicio alrededor de los 19 años. Los episodios recurrentes eran comunes y las mujeres habían buscado más ayuda que los hombres, sobre todo fuera de los equipos médicos de sus selecciones o clubes. Los trastornos más comunes fueron los depresivos, alimentarios o los relacionados con el estrés (<i>burnout</i>).

Nota: K-6/K-10 = Kessler; BDSA-J = Baron Depression Screener for Athletes – Japanese; GHQ-28 = General Health Questionnaire; RSE = Rosenberg Self-Esteem Scale; PGSI = Problem Gambling Severity Index; MDRS = Male Depression Risk Scale; EDE-Q = Eating Disorders Examination Questionnaire; AUDIT/AUDIT-C = Alcohol Use Disorders Identification Test; SWLS = Satisfaction with Life Scale; GHSQ = General Help Seeking Questionnaire; GAD-7 = Generalized Anxiety Disorders; CSAI-2 = Competitive State Anxiety Inventory; PHQ-9 = Patient Health Questionnaire; PSS = Perceived Stress Scale; ABQ = Athlete Burnout Questionnaire; ASRS = Adult ADHD Self-Report Scale.

* TDAH = Trastorno de déficit de atención con hiperactividad.

Tabla 3. (Continuación)

Referencia y país	Diseño	Muestra (n), género, edad y deporte	Variables analizadas y factores condicionantes	Instrumentos de valoración	Principales hallazgos
Rosenvinge <i>et al.</i> , (2018) Noruega	Transversal	966 (Deportistas = 611; Controles = 355) Masculino y femenino 15-16 años 50 deportes individuales y de equipo	Malestar psicológico. Trastornos de la conducta alimentaria, perfeccionismo, actividad física y volumen de entrenamiento.	HSCL-5 EDI-2 F-MPS	El grupo control obtuvo puntuaciones más altas en cuanto a malestar psicológico. La actividad física por encima de los niveles recomendados para este grupo de edad se relacionó con mayor angustia en el grupo control, pero no en los deportistas. En ambas muestras, las preocupaciones perfeccionistas aumentaron el malestar psicológico, siendo clínicamente significativo en los deportistas de élite. El impacto de los TCA* es insignificante.
Du Preez <i>et al.</i> , (2017) Australasia	Transversal en dos periodos	Pretemporada n = 404 En temporada n = 278 Masculino >18 años Rugby	Ansiedad, depresión y consumo de alcohol. Edad, etnia, reubicación, diagnósticos previos, lesiones y episodios de conmoción cerebral.	GAD-7 PHQ-9 AUDIT-C	Durante la pretemporada, el 12,6% y el 14,6% de los jugadores mostraron depresión y ansiedad, respectivamente. Ambas cifras disminuyeron durante la temporada, pero las diferencias no fueron significativas. Las tasas de consumo de alcohol fueron muy altas en ambos periodos. Los factores estresantes no tuvieron efecto sobre el riesgo de desarrollar depresión o ansiedad en este estudio.
Goutteborge <i>et al.</i> , (2017) Holanda	Cohortes prospectivo (12 meses)	Al inicio = 203; Tras el seguimiento = 143 Masculino y femenino >18 años Deportes individuales y de equipo	Ansiedad, depresión, malestar psicológico, alteraciones del sueño, consumo de alcohol y trastornos alimentarios. Lesiones, eventos vitales recientes e insatisfacción profesional.	GHQ-12 4DSQ PROMIS AUDIT-C ESP SARRS Greenhaus Scale	La incidencia de síntomas de malestar psicológico fue del 32%, 57% para ansiedad y depresión, 6% para el consumo nocivo de alcohol y 17% para trastornos de la conducta alimentaria. El 17% de los deportistas informó presentar dos trastornos simultáneamente, y el 19% presentó hasta tres. Los factores estresantes no tuvieron efecto significativo sobre los síntomas de estos trastornos.
Beable <i>et al.</i> , (2017) Nueva Zelanda	Transversal	187 Masculino y femenino >18 años Deportes individuales y de equipo	Depresión, estrés. Edad, género, lesiones, decisión de retirarse, tipo de deporte y otras características demográficas.	CESD-R DHS	El 21% de los deportistas presentó síntomas de depresión. Aquellos que contemplaban retirarse pronto, los que practicaban deportes individuales y menores de 25 años tuvieron mayor riesgo de desarrollar depresión. Los factores estresantes de la vida diaria afectaron más a deportistas femeninas, deportes individuales y a los que participaban en un programa centralizado.

Nota: HSCL-5 = Hopkins' Symptom Checklist; EDI-2 = Eating Disorder Inventory; F-MPS = Frost Multidimensional Perfectionism Scale; GAD-7 = Generalized Anxiety Disorders; PHQ-9 = Patient Health Questionnaire; AUDIT-C = Alcohol Use Disorders Identification Test; GHQ-12 = General Health Questionnaire; 4DSQ = Distress Screener Questionnaire; ESP = Eating disorder Screen for Primary care; SARRS = Social Athletic Readjustment Rating Scale; CESD-R = Center for Epistemological Studies Depression Scale-Revised; DHS = Daily Hassles Scale. 10

* TCA = Trastornos de la conducta alimentaria.

La gran mayoría de estudios no detallaba cómo se determinó el tamaño muestral ni cómo se tuvo en cuenta la estrategia de muestreo en el análisis. De hecho, únicamente Gouttebargue *et al.* (2017) cumplían con ambos criterios y utilizaban un diagrama de flujo en su trabajo.

En relación a la exposición de los resultados principales, ninguno de ellos acompañaba las estimaciones del riesgo relativo con estimaciones del riesgo absoluto para un periodo de tiempo relevante.

Finalmente, a pesar de la disparidad en el cumplimiento de los criterios, los 11 estudios fueron incluidos en el presente trabajo para reflejar toda la literatura existente.

Principales resultados

La síntesis de datos reveló tres categorías relacionadas con la evidencia actual sobre los trastornos mentales en los deportistas de élite: los principales trastornos analizados, las variables potenciales de riesgo o protectoras de la salud mental y los instrumentos de medición utilizados para la valoración de estos factores. Estas categorías se describen a continuación.

Trastornos mentales analizados

Uno de los trastornos más estudiados en esta población fue la ansiedad. En el estudio de Kuettel *et al.* (2021), la prevalencia total de síntomas de ansiedad fue del 13,9%, informando más de la mitad de los deportistas síntomas mínimos y solo un 3,9% síntomas severos. De forma parecida, Åkesdotter *et al.* (2019) encontraron que un 12,6% de los participantes superaron el punto de corte para síntomas moderados y un 4,2% para síntomas más severos de este trastorno. Los niveles de ansiedad también fueron bajos en el resto de estudios, ya que Li *et al.* (2021), Poucher *et al.* (2021) y Du Preez *et al.* (2017) indicaron una prevalencia global menor al 22%.

La depresión era otra de las enfermedades mentales más comunes entre la élite deportiva, ya sea junto a sintomatología ansiosa o de forma aislada. En el análisis realizado, se ha observado una prevalencia total del 12,6% y del 10,1% en los distintos periodos del estudio de Du Preez *et al.* (2017) y un 31,7% de deportistas que experimentaron síntomas depresivos en la investigación de Poucher *et al.* (2021). Dentro de los niveles moderados de depresión, se encontraron un 12,9% (Kuettel *et al.*, 2021), un 14,7% (Åkesdotter *et al.*, 2019) y un 21% (Beable *et al.*, 2017) de las distintas

muestras. En orden ascendente, Åkesdotter *et al.* (2019), Kuettel *et al.* (2021) y Beable *et al.* (2017) demostraron que un 3,6%, un 8,2% y un 8,6% de los deportistas estaban sufriendo los síntomas más severos de la enfermedad.

Sin embargo, los datos aumentaban cuando se asociaban síntomas depresivos y ansiosos, ya que Gouttebarga *et al.* (2017) y Kuettel *et al.* (2021) indicaron que un 57% y hasta un 74,8% de deportistas presentaban ambos trastornos. Además, el estudio de Ojio *et al.* (2021) encontró que aquellos deportistas con altos niveles de ansiedad y depresión experimentaban más fatiga, cambios de apetito y de peso, problemas de sueño y relacionados con el alcohol, así como una baja participación en torneos y una reducción en la competitividad.

Tras la recopilación de resultados y en función de la presencia o ausencia de síntomas de estos trastornos, Kuettel *et al.* (2021) agruparon a los participantes en tres perfiles: ascendente, con salud mental moderada y descendente. Un 64% de los deportistas se incluyeron en el primer perfil, con altos niveles de bienestar y bajos puntajes de ansiedad y depresión. Dentro del perfil de salud moderada se encontraron alrededor del 30% de los participantes, con síntomas ansiosos o depresivos leves o moderados. Por último, el tercer perfil lo conformaron un 6,5% de la muestra, con puntajes que indicaron síntomas de moderados a severos de ansiedad y depresión.

Las puntuaciones obtenidas en relación al malestar psicológico fueron muy elevadas en los estudios de Purcell *et al.* (2020) y Gouttebarga *et al.* (2017), así como la incidencia de este sentimiento de aflicción durante 12 meses de seguimiento. Por el contrario, tal y como Rosenvinge *et al.* (2018) esperaban encontrar, los participantes del grupo control puntuaron por encima del límite de angustia psicológica, casi el doble que los deportistas.

El consumo de alcohol y las conductas peligrosas con el juego eran otros de los problemas presentes en los deportistas de este nivel, aunque las cifras variaban entre estudios. Por un lado, Du Preez *et al.* (2017) encontraron una gran proporción de jugadores con niveles peligrosos de consumo de alcohol: un 68,6% en la pretemporada y un 62,8% durante la temporada. Sin embargo, otros artículos informaron de tasas bajas de consumo peligroso de alcohol o problemas con el juego, desde un 25,8% hasta solo un 6% de los deportistas (Åkesdotter *et al.*, 2019; Gouttebarga *et al.*, 2017; Purcell *et al.*, 2020).

Otras afecciones estudiadas fueron los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), las alteraciones del sueño y la ideación suicida. Los principales hallazgos relacionados con el riesgo de TCA fueron que un 8,6% de deportistas mostró síntomas relacionados en las dos semanas previas a la evaluación y una incidencia del 17% a lo largo de 12 meses (Goutteborge *et al.*, 2017; Poucher *et al.*, 2021). Solo el estudio de Goutteborge *et al.* (2017) analizó la incidencia de problemas de sueño en el periodo de un año, con una prevalencia del 19%. Por su parte, Ojio *et al.* (2021) encontraron que un 7,6% de jugadores habían sufrido ideación suicida en las semanas previas al estudio.

Por último, el bienestar mental de los deportistas de élite fue evaluado en el estudio de Kuettel *et al.* (2021), con un 78% de los participantes con niveles promedio o superiores y solo un 22% con tasas inferiores. Pese a esto, más de la mitad de deportistas informaron haber sufrido un trastorno mental alguna vez en la vida, episodios recurrentes y una manifestación temprana de los síntomas, principalmente a los 19 años (Åkesdotter *et al.*, 2019).

Factores protectores y de riesgo de la salud mental

Todos los estudios analizaron los problemas mentales más comunes entre los deportistas de élite y además evaluaron la influencia de diversos factores en su desarrollo. Estos factores eran entendidos como condicionantes que podían actuar como protectores de la salud mental o, por el contrario, podían afectar de forma negativa a la misma.

En primer lugar, dentro de los factores que aumentaban los síntomas de ansiedad se encontraron la gran carga física y psicológica de entrenamiento, numerosas lesiones durante la carrera deportiva, insatisfacción en el deporte y el sentimiento de miedo al fracaso (Goutteborge *et al.*, 2017; Li *et al.*, 2021; Poucher *et al.*, 2021). Además, y aunque la prevalencia de TDAH fue baja, la presencia de sintomatología asociada a este trastorno demostró ser un factor de riesgo para el desarrollo de ansiedad en los estudios de Li *et al.* (2021) y Åkesdotter *et al.* (2019).

Como posibles factores protectores de la ansiedad se encontraron las habilidades de afrontamiento y una buena autoestima (Poucher *et al.*, 2021) y, a pesar de que los deportistas del estudio de Li *et al.* (2021) mostraron niveles altos de tenacidad mental y satisfacción en el deporte, resultaron ser insuficientes para reducir los niveles de ansiedad.

Las diferencias sociodemográficas de los participantes influyeron en la aparición de síntomas depresivos, ya que el género femenino obtuvo mayores niveles de depresión en comparación con el masculino en varios estudios (Åkesdotter *et al.*, 2019; Kuettel *et al.*, 2021; Poucher *et al.*, 2021) y los deportistas más mayores indicaron menos síntomas de depresión que los jóvenes (Poucher *et al.*, 2021). Además, Du Preez *et al.* (2017) encontraron que, durante la pretemporada, los jugadores no europeos tenían una probabilidad tres veces mayor de desarrollar depresión frente a otras nacionalidades, un factor que no fue predictor de estos síntomas en el periodo de temporada.

Otros factores que aumentaron el riesgo de síntomas depresivos fueron los antecedentes de enfermedades mentales y el número de conmociones cerebrales previas, el volumen y la carga psicológica de los entrenamientos, insatisfacción en la carrera deportiva, contemplar retirarse próximamente, los deportes individuales y el número y la severidad de otros problemas diarios (Beable *et al.*, 2017; Du Preez *et al.*, 2017; Gouttebargue *et al.*, 2017; Poucher *et al.*, 2021). En contraste, en la investigación de Beable *et al.* (2017) no hubo diferencias en cuanto al sexo y los deportistas menores de 25 años presentaron mayor riesgo de desarrollar depresión. Por otro lado, las estrategias de afrontamiento y la autoestima de los deportistas resultaron ser beneficiosas para disminuir la sintomatología depresiva (Poucher *et al.*, 2021).

En relación al malestar psicológico y los síntomas de estrés, las diferencias respecto al género fueron claras, siendo las deportistas femeninas las que indicaron mayor sintomatología (Kuettel *et al.*, 2021; Rosenvinge *et al.*, 2018). Además, se encontró que pertenecer a un deporte de tipo individual, una gran carga física y psicológica en los entrenamientos, estar lesionado, haber sido tratado alguna vez por un problema psicológico, evitar el afrontamiento, tener un empleo a tiempo parcial y los sucesos vitales estresantes, aumentaban el riesgo de sufrir estrés y aflicción (Beable *et al.*, 2017; Gouttebargue *et al.*, 2017; Poucher *et al.*, 2021; Purcell *et al.*, 2020). El estudio de Rosenvinge *et al.* (2018) también identificó la insatisfacción corporal, las preocupaciones perfeccionistas sobre los errores y la inseguridad en las acciones como condicionantes de estrés, pero al contrario que los otros estudios, niveles bajos de actividad física predijeron mayores puntuaciones de malestar psicológico entre los participantes. Por otra parte, aquellos deportistas que indicaron tener gran apoyo social y emocional, estrategias de afrontamiento, buena autoestima y años de experiencia en competición de nivel élite,

demonstraron mejor bienestar y menor estrés psicológico (Poucher *et al.*, 2021; Purcell *et al.*, 2020).

Relacionado con el abuso de alcohol, Gouttebarga *et al.* (2017) y Purcell *et al.* (2020) encontraron diversas variables que aumentaban el riesgo de consumir de forma peligrosa, como estar lesionado o en un programa de entrenamiento adaptado debido a la lesión, sentirse insatisfecho con su carrera, tener un empleo a tiempo completo además del rol deportivo, viajar lejos del hogar por el deporte durante más de tres meses y la pérdida de eventos importantes en la vida debido a esos viajes. Mientras tanto, el género femenino, ser deportista paralímpico y tener un nivel de educación elevado se asociaron con puntajes menores de consumo de alcohol (Purcell *et al.*, 2020). El estudio de Du Preez *et al.* (2017) también mostró diferencias étnicas respecto a este trastorno, siendo los jugadores de origen Pasifika (islas del océano Pacífico) los que obtuvieron menores tasas de consumo.

Algunos estudios encontraron factores de riesgo relacionados con los TCA. Por un lado, las mujeres con mayor peso y un IMC elevado presentaron niveles altos de riesgo. Por otro lado, aunque en los hombres la prevalencia de TCA fue mucho menor, valores más bajos de IMC y una preocupación por ganar masa muscular resultaron ser grandes contribuyentes al desarrollo de este tipo de trastornos (Martínez-Rodríguez *et al.*, 2021). Como factores protectores, Poucher *et al.* (2021) identificaron haber competido en Juegos Olímpicos o Paralímpicos con anterioridad, ser un deportista veterano y tener buena autoestima.

Finalmente, teniendo en cuenta los tres perfiles del estudio de Kuettel *et al.* (2021), los deportistas del perfil ascendente obtuvieron puntuaciones altas en factores protectores relacionados con el apoyo social de padres, entrenadores y amigos; mientras que los otros dos perfiles no mostraron esa percepción de ayuda. Asimismo, se encontraron diferencias en las horas de sueño y en la percepción del entorno deportivo, siendo el primer perfil el que puntuó más alto y el perfil descendente más bajo.

Instrumentos de valoración

Para medir las variables estudiadas, los autores hicieron uso de diversos cuestionarios. Así, la mayoría optaron por utilizar la escala *Generalized Anxiety Disorder 7* (GAD-7), un cuestionario de siete ítems ampliamente utilizado para el cribado de trastornos de ansiedad y la evaluación de su gravedad en la práctica clínica y la

investigación. Los participantes debían identificar la frecuencia con la que experimentaron cada síntoma en las últimas dos semanas (Du Preez *et al.*, 2017; Kuettel *et al.*, 2021; Li *et al.*, 2021; Poucher *et al.*, 2021). Solo Åkesdotter *et al.* (2019) hicieron uso de la escala *The Competitive State Anxiety Inventory-2* (CSAI-2) con el fin de asegurar una mayor fiabilidad de respuestas en los deportistas.

Para evaluar los síntomas depresivos, Beable *et al.* (2017), Kuettel *et al.* (2021) y Poucher *et al.* (2021) utilizaron la escala *Center for Epistemological Study Depression* (CES-D). Se trata de un instrumento de 20 ítems que pregunta a los participantes sobre la frecuencia con la que experimentaron en las últimas dos semanas tristeza, pérdida de interés, cansancio, sentimiento de culpa, episodios de ideación suicida y aumento o disminución del apetito y el sueño. También se utilizó el *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9), basado en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-5, por sus siglas en inglés) (Åkesdotter *et al.*, 2019; Du Preez *et al.*, 2017).

En los estudios que evaluaron el bienestar mental, se hizo uso de la escala *General Health Questionnaire* con 12 o 28 ítems (GHQ-12; GHQ-28). Dicha escala analiza la presencia de ansiedad, insomnio, disfunción social o depresión y los posibles casos de deportistas que necesitan ayuda de profesionales de la salud mental (Gouttebarge *et al.*, 2017; Purcell *et al.*, 2020).

Tanto Purcell *et al.* (2020) como Ojio *et al.* (2021) decidieron que la escala Kessler (K-6; K-10) sería la más adecuada para detectar síntomas relacionados con el estrés y el malestar psicológico en los últimos 30 días. Sin embargo, también se utilizaron la lista de verificación *Hopkins' Symptom Checklist* (HSCL-5) (Rosenvinge *et al.*, 2018), los cuestionarios *The Athlete Burnout Questionnaire* (ABQ) (Åkesdotter *et al.*, 2019) y *The Distress Screener* (4DSQ) (Gouttebarge *et al.*, 2017) y las escalas *The Perceived Stress Scale* (PSS) (Åkesdotter *et al.*, 2019; Poucher *et al.*, 2021), *The Daily Hassles Scale* (DHS) (Beable *et al.*, 2017), *Social Athletic Readjustment Rating Scale* (SARRS) (Gouttebarge *et al.*, 2017) y *Male Depression Risk Scale* (MDRS) (Purcell *et al.*, 2020).

Las investigaciones de Poucher *et al.* (2021) y Martínez-Rodríguez *et al.* (2021) coincidieron en el uso de la escala *The Eating Attitudes Test* (EAT-26) para valorar los posibles factores socioculturales que contribuyen al desarrollo y mantenimiento de un TCA. Por su parte, Gouttebarge *et al.* (2017) y Rosenvinge *et al.* (2018) utilizaron *The Eating disorder Screen for Primary care* (ESP) y *The Eating Disorder Inventory* (EDI-

2), respectivamente, para la evaluación del riesgo de trastornos alimentarios. Por último, en el estudio de Purcell *et al.* (2020) se utilizaron subescalas del cuestionario *The Eating Disorders Examination Questionnaire* (EDE-Q) con el fin de medir la insatisfacción con el peso y la figura corporal.

Los niveles de consumo de alcohol durante los últimos 12 meses se detectaron con la escala *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT-C) formada por tres preguntas relacionadas con la frecuencia de consumo, el número de bebidas y los episodios de consumo excesivo de alcohol (Åkesdotter *et al.*, 2019; Du Preez *et al.*, 2017; Gouttebargue *et al.*, 2017; Purcell *et al.*, 2020). A su vez, Purcell *et al.* (2020) analizaron los comportamientos relacionados con el juego con el test *The Problem Gambling Severity Index* (PGSI).

Otras alteraciones relacionadas con el sueño, la presencia de TDAH y la ideación suicida se evaluaron con los cuestionarios *Patient-Reported Outcomes Measurement Information System* (PROMIS) (Gouttebargue *et al.*, 2017), *Adult ADHD Self-Report Scale* (ASRS) (Åkesdotter *et al.*, 2019; Li *et al.*, 2021) y *The Baron Depression Screener for Athletes* (BDSA) (Ojio *et al.*, 2021), respectivamente.

Algunos autores utilizaron preguntas simples para analizar los posibles factores de riesgo para la salud mental de estos deportistas, mientras que otros optaron por utilizar escalas para aumentar la validez y la fiabilidad de los resultados. De esta forma, para medir el apoyo social se emplearon las escalas *Berlin Social Support Scale* (BSSS) (Kuettel *et al.*, 2021) y *Athletes' Received Support Questionnaire* (ARSQ) (Poucher *et al.*, 2021); para la satisfacción vital y profesional la *Greenhaus Scale* (Gouttebargue *et al.*, 2017), la *Satisfaction with Life Scale* (SWLS) (Purcell *et al.*, 2020) y la *Satisfaction in Training and Competition* (STC) (Li *et al.*, 2021); y las estrategias de afrontamiento se midieron con los cuestionarios *The Athletic Coping Skills Inventory* (ACSI) (Poucher *et al.*, 2021) y *Billings and Moos Coping Scale* (Purcell *et al.*, 2020).

Referente a factores como la autoestima, el miedo al fracaso, la tenacidad mental, la búsqueda de ayuda y el perfeccionismo, fueron evaluados con *The Rosenberg Self-Esteem Scale* (RSE) (Poucher *et al.*, 2021), *The Performance Failure Appraisal Inventory* (PFAI), *Mental Toughness Inventory* (MTI) (Li *et al.*, 2021), *The General Help Seeking Questionnaire* (GHSQ) (Purcell *et al.*, 2020) y la escala *Frost Multidimensional Perfectionism Scale* (F-MPS) (Rosenvinge *et al.*, 2018), respectivamente.

4. DISCUSIÓN

El objetivo de esta revisión sistemática era determinar los trastornos mentales más prevalentes entre la élite deportiva e identificar los factores que influyen en su aparición. En los 11 artículos incluidos en este estudio se ha evidenciado que los deportistas de élite son susceptibles de experimentar una amplia gama de problemas y trastornos de salud mental, entre los que se encuentran la ansiedad, la depresión, el estrés, los TCA y los problemas de sueño o relacionados con el consumo de alcohol. La prevalencia oscila entre un 17% y un 68,8%, siendo los TCA los que menos se han detectado y el consumo abusivo de alcohol el que aparece con mayor frecuencia. Además, se han detectado numerosos factores que afectan negativamente a la salud mental de esta población, principalmente la gran carga de entrenamiento, las lesiones, la insatisfacción profesional y retirarse de la carrera deportiva. Mientras tanto, una buena autoestima, las estrategias de afrontamiento y el apoyo social y emocional se consideraron factores protectores.

Estos trastornos se suelen analizar de forma aislada, sin embargo, Goutteborge y sus compañeros han demostrado en varios de sus estudios que entre la élite deportiva es bastante común sufrir distintas enfermedades de forma simultánea (Goutteborge *et al.*, 2015, 2017, 2018). De hecho, Kuettel *et al.* (2021) demostraron en su análisis que hasta un 74,8% de deportistas sufrían ansiedad y depresión conjuntamente.

En esta revisión y en la mayoría de estudios se afirma que la prevalencia de enfermedades mentales es similar o superior en los deportistas de este nivel que en la población general (Goutteborge *et al.*, 2019, 2021; Poucher *et al.*, 2019; Reardon, 2021), a excepción de Rosenvinge *et al.* (2018), que encontraron mayor estrés y malestar psicológico en el grupo control de su investigación. Para explicar el contraste de los resultados existe, por un lado, la perspectiva de que la participación en el deporte implica la organización del tiempo libre y un contacto más estrecho con adultos que actúan como figuras de apoyo, lo que puede ser beneficioso para la salud mental. Además, la participación en deportes de alto rendimiento genera una serie de habilidades y estrategias psicológicas que el atleta puede aplicar en otros contextos de su vida (Lundqvist & Andersson, 2021; Rosenvinge *et al.*, 2018). Por otro lado, los deportistas de élite tienen que hacer frente a numerosos estresores específicos y a las exigencias físicas del deporte durante toda su carrera. Por lo tanto, dado que la población general puede que nunca tenga que lidiar con la presión del entorno deportivo de alto rendimiento, algunos autores se

plantean si la comparación de estos grupos es realmente justa (Lebrun & Collins, 2017; Reardon *et al.*, 2019).

El estudio de Kuettel *et al.* (2021) evaluó el bienestar mental de los deportistas profesionales, obteniendo un 78% de participantes con niveles promedio o superiores. Teniendo en cuenta estos resultados, se podría asumir que todos los deportistas que no muestran un trastorno clínico tienen buena salud mental. Sin embargo, esta afirmación es muy simplista ya que muchos de ellos pueden estar experimentando síntomas depresivos, ansiosos o de cualquier otro trastorno sin cumplir los criterios para su diagnóstico. De hecho, es habitual encontrar signos de este tipo en el periodo de recuperación de una lesión o cuando participan en una competición importante, por ejemplo (Kuettel & Larsen, 2019; Perry *et al.*, 2021; Reardon, 2021; Reardon *et al.*, 2019). Y no solo eso, sino que es posible que los deportistas de este nivel, a pesar de poder estar sufriendo algún trastorno mental diagnosticado, puedan percibir bienestar y conseguir un buen rendimiento (Kuettel & Larsen, 2019).

Relacionado con los problemas de sueño, los resultados de esta revisión concuerdan con la literatura científica (Reardon, 2021; Reardon *et al.*, 2019) en que los deportistas de élite no duermen lo suficiente (menos de 7 horas por noche), lo que aumenta las probabilidades de sufrir lesiones, un rendimiento pobre y síntomas de sobreentrenamiento o fatiga crónica. Algunas situaciones que propician un mal descanso en esta población son los viajes a otros países con grandes diferencias horarias, en los que el deportista tiene que adaptarse a un nuevo ritmo circadiano, y las noches previas a una competición. Otros factores menos estudiados en jóvenes deportistas son el uso de dispositivos electrónicos y el tiempo frente a pantallas por la noche, que pueden derivar en un sueño inadecuado (Goutteborge *et al.*, 2017).

Si bien la prevalencia de trastornos relacionados con la alimentación y la figura corporal no fue muy elevada —entre un 8,6% y un 17% de deportistas (Goutteborge *et al.*, 2017; Poucher *et al.*, 2021)—, los TCA son unas de las enfermedades mentales más estudiadas entre los deportistas de alto rendimiento. Generalmente, se suele elegir a las deportistas femeninas para analizar el riesgo de sufrir un trastorno alimentario, conociendo que las tasas son más elevadas entre las mujeres y en aquellos deportes de tipo estético que enfatizan la figura delgada (ej. gimnasia artística, patinaje artístico, natación sincronizada). Sin embargo, tras el análisis de los resultados, y coincidiendo con otros estudios consultados (Martínez-Rodríguez *et al.*, 2021; Walton *et al.*, 2021), se ha

encontrado que los deportistas masculinos y de otras disciplinas también pueden verse afectados y han sido relativamente excluidos en la literatura, existiendo casos en deportes como fútbol, baloncesto, balonmano o voleibol.

En los estudios de Li *et al.* (2021) y Åkesdotter *et al.* (2019) se demostró que aquellos deportistas con TDAH tenían más riesgo de desarrollar ansiedad. Aunque ha sido relativamente poco estudiado, la presencia de este trastorno entre la élite deportiva puede ser tan común o incluso más frecuente que en la población general. Es posible que los deportistas con TDAH se sientan atraídos por el deporte debido a la activación física y de atención que produce. No obstante, se debe diferenciar la hiperactividad que se manifiesta en algunos deportistas del trastorno diagnosticable (Reardon, 2021; Reardon *et al.*, 2019).

La literatura consultada describe notables diferencias en la prevalencia de ciertos trastornos según el género, la edad, el tipo de deporte, el entorno deportivo y el apoyo recibido. En esta revisión se han encontrado diferentes resultados en cuanto a la prevalencia de trastornos según el género, siendo las mujeres las que presentaron mayor sintomatología depresiva (Åkesdotter *et al.*, 2019; Kuettel *et al.*, 2021; Poucher *et al.*, 2021), malestar psicológico y estrés (Kuettel *et al.*, 2021; Rosenvinge *et al.*, 2018) y TCA (Martínez-Rodríguez *et al.*, 2021). El hecho de que las deportistas femeninas sean más propensas a desarrollar afecciones mentales puede deberse a una diferencia real entre género, o quizá refleja el impacto de las creencias sociales sobre la tenacidad mental y el estigma entre los deportistas masculinos, provocando la negación u ocultación de síntomas por su parte (Poucher *et al.*, 2019).

El estigma es una de las principales barreras para iniciar tratamiento psicológico tanto en hombres como en mujeres deportistas, ya que existe la creencia general de que acudir a un profesional de la salud mental se asocia a una personalidad frágil y conlleva ser considerado débil por parte de compañeros y entrenadores. Si a esto se añade el miedo a que no le permitan participar en torneos o partidos, la presión por parte de familiares y organizaciones deportivas por conseguir el éxito, la pérdida de patrocinadores y ganancias financieras y las críticas de los medios de comunicación, las consecuencias negativas de pedir esa ayuda superan cualquier beneficio de salud (Bauman, 2015; Stillman *et al.*, 2019; Van Slingerland *et al.*, 2019). Aquellos que aun así deciden tratarse, no lo hacen con el equipo médico de su club, sino que prefieren buscar ayuda fuera del contexto deportivo, tal vez por la estigmatización que les rodea (Åkesdotter *et al.*, 2019).

Analizando cómo afecta la edad a la presencia de afecciones mentales, diferentes estudios señalaron que los atletas más jóvenes eran más propensos a sufrir un trastorno, sobre todo los menores de 25 años (Beable *et al.*, 2017; Poucher *et al.*, 2021). Una posible explicación para este hallazgo es que los deportistas mayores utilizan las habilidades y estrategias de afrontamiento adquiridas a lo largo de los años para afrontar de forma más eficaz los factores estresantes del deporte de alto rendimiento (Beable *et al.*, 2017; Poucher *et al.*, 2021).

Relacionado con la edad, se ha observado que las transiciones de carrera, especialmente el paso de *junior* a *senior* y la salida del deporte de élite, son considerados fases críticas para la salud mental de los deportistas (Kuettel & Larsen, 2019). Pese a que son pocos los estudios que eligen a deportistas retirados para sus investigaciones, se conoce ampliamente que aquellos que siguen compitiendo pero están planeando retirarse y los oficialmente fuera del deporte se enfrentan a un proceso difícil que puede conducir a problemas de salud tanto física como mental y social (Beable *et al.*, 2017; Gouttebarga *et al.*, 2017). Es por eso que Kuettel y Larsen (2019) y Beable *et al.* (2017), entre otros, destacan la importancia de investigar este área con el fin de poder desarrollar las estrategias de apoyo y de intervención adecuadas que permitan a estas personas encontrar el sentido de la vida tras el final de su carrera deportiva.

Practicar un deporte individual o colectivo también puede suponer un riesgo a nivel psicológico. Por un lado, Nicholls *et al.* (2020) y Beable *et al.* (2017) afirman que en los deportes de tipo individual la prevalencia de trastornos mentales es mucho mayor, posiblemente porque pertenecer a un equipo se percibe como un mecanismo de protección. En contraste, las tasas sobre el consumo de alcohol encontradas entre los participantes del estudio de Du Preez *et al.* (2017) fueron sorprendentemente elevadas, y teniendo en cuenta que se trata de jugadores de rugby masculinos, la literatura científica sugiere que los deportistas masculinos y aquellos que participan en deportes de equipo son más propensos al consumo de sustancias (Reardon, 2021); quizá por las normas masculinas tradicionales ya establecidas o por presión de grupo (Poucher *et al.*, 2019). Esta hipótesis se puede corroborar con la información reportada en los estudios de Åkesdotter *et al.* (2019), Purcell *et al.* (2020) y Gouttebarga *et al.* (2017), ya que en ellos tanto el género como el tipo de deporte practicado por los participantes eran muy variados y, por tanto, las cifras de consumo de sustancias fueron mucho menores.

Si bien el entorno de un deportista de élite no provoca problemas psicológicos *per se*, puede mejorar o deteriorar su salud mental. De esta forma, la presión por entrenar y competir aun estando lesionado, los entrenamientos y la especialización a una edad temprana, la obligación de renunciar a cualquier actividad y amistades no deportivas, los periodos de entrenamiento intensos sin suficiente descanso y la presión por conseguir medallas se convierten en una amenaza potencial para la salud mental de los deportistas (Henriksen *et al.*, 2019; Kuettel & Larsen, 2019). Por el contrario, un ambiente deportivo basado en la confianza, que brinda a los atletas la oportunidad de tomar decisiones autónomas, aprender de sus errores y donde pueden actuar como modelos a seguir, ha demostrado promover el empoderamiento de los deportistas, el desarrollo de su talento y una mejora de su bienestar mental (Henriksen *et al.*, 2019; Kuettel *et al.*, 2021).

Todo esto justifica que Kuettel *et al.* (2021) encontraran en su estudio que el perfil con peor salud mental calificara las características de su entorno deportivo sustancialmente más bajas que los otros dos perfiles. Además, aquellos que indicaron a su familia como principal fuente de apoyo emocional y conductual coincidieron con los perfiles de mejor bienestar mental; lo que demuestra que probablemente los padres exigentes y muy críticos son una fuente clave de ansiedad, estrés y depresión para esta población (Walton *et al.*, 2021).

Dada la cantidad de variables que se han analizado en los trabajos revisados, no es de extrañar la diversidad de cuestionarios que se han utilizado para valorarlas. Sin embargo, instrumentos ampliamente utilizados como el GAD-7 o el CES-D se toman prestados de la investigación clínica y no son específicos para su uso en deportistas ni están adaptados al contexto del alto rendimiento (Kuettel & Larsen, 2019). Por ejemplo, está establecido utilizar el IMC para evaluar el riesgo de conductas alimentarias patológicas, pero quizá no es el mejor indicador en esta población. Los deportistas de élite suelen realizar entrenamientos muy intensos, estar sujetos a restricciones en la dieta, tener un peso corporal específico o porcentajes de grasa más bajos que la población general, lo que puede reflejar un valor de IMC demasiado alto o bajo e interpretarse de forma equivocada (Lebrun & Collins, 2017).

Por otro lado, en esta revisión se ha comprobado que para un mismo trastorno se han utilizado distintos cuestionarios. Si a esto se añade el uso de distintos puntos de corte para un mismo instrumento de valoración o incluso que muchos de ellos, como el ABQ o el CSAI-2, carecen de criterios de corte validados, intentar hacer una comparación

precisa entre investigaciones se hace muy difícil (Åkesdotter *et al.*, 2019; Poucher *et al.*, 2021).

También debe recordarse que estas escalas son autoadministradas e indican únicamente síntomas de posibles trastornos mentales. Debido a esto, para realizar una evaluación diagnóstica adecuada se requerirían, al menos, distintas entrevistas y un seguimiento por parte de médicos expertos (Åkesdotter *et al.*, 2019; Du Preez *et al.*, 2017).

Como respuesta a las recomendaciones declaradas en el consenso del Comité Olímpico Internacional sobre la salud mental de los deportistas de élite, se desarrollaron dos herramientas específicas para la evaluación y el manejo de los síntomas y afecciones mentales durante la carrera de estos deportistas. *The Sport Mental Health Assessment Tool 1* (SMHAT-1) permite a los profesionales de la salud identificar de forma temprana a aquellos deportistas que necesitan tratamiento psicológico y debería utilizarse en el periodo de pretemporada, durante la misma y en cualquier momento en el que el deportista experimente algún evento importante en su vida. La segunda herramienta, *The Sport Mental Health Recognition Tool 1* (SMHRT-1), va dirigida a los propios deportistas, entrenadores, familia y cualquier persona del entorno del atleta para facilitar la detección de pensamientos, sentimientos o comportamientos atribuibles a un trastorno mental y promover, de esta forma, la búsqueda de ayuda psicológica en aquellos que lo necesitan (Gouttebauge *et al.*, 2020).

Para acabar esta discusión, y añadiendo aún más complejidad a la salud mental, ¿los problemas están ocurriendo porque el individuo es deportista de alto rendimiento o existen otras razones, tal vez biológicas, que podrían estar provocándolos independientemente de la elección de su profesión? E incluso, ¿cuántos de ellos se protegen de la enfermedad mientras sigan compitiendo? Las razones por las que un individuo desarrolla un trastorno mental difieren de una persona a otra y, por tanto, de un deportista a otro. Es por eso que antes de realizar un diagnóstico, establecer prevalencias y hacer comparaciones, se deben examinar minuciosamente el historial clínico del deportista, su personalidad y el contexto familiar, deportivo y social (Lebrun & Collins, 2017; Reardon *et al.*, 2019).

Y no solo eso, sino que la literatura científica señala que existen otros trastornos de tipo comportamental, incluyendo el uso excesivo de Internet, las redes sociales, los

videojuegos y la adicción al ejercicio. Dichos factores no han recibido la suficiente atención por parte de los investigadores por no estar incluidos en el DSM-5 y son motivo de preocupación en esta población (Reardon *et al.*, 2019). Además, el siglo XXI expone a los deportistas a otros factores de riesgo como el mayor uso de las redes sociales para conseguir patrocinadores y seguidores, más obligaciones impuestas por los medios de comunicación, preocupaciones de tipo financiero y compromisos de viajes por largos periodos de tiempo que deben estudiarse para confirmar si suponen un reto para la salud mental de los deportistas de élite (Beable *et al.*, 2017).

Limitaciones

Esta revisión sistemática tiene algunas limitaciones que deben ser señaladas. Primeramente, ha sido difícil encontrar estudios escritos en castellano y realizados en España, lo que supone un obstáculo a la hora de conocer la realidad sobre los deportistas de alto rendimiento de nuestro país. Otra limitación ha sido la muestra escogida en los artículos, debido a que generalmente era muy heterogénea en relación al número de participantes, edad y deporte practicado, además de que no se consideraron las diferencias culturales a la hora de interpretar los resultados. Una tercera limitación es la metodología utilizada por los estudios incluidos, ya que la mayoría son investigaciones de tipo transversal que no permiten ver las relaciones entre las variables a lo largo del tiempo. Por último, dada a la variedad de cuestionarios que existen para evaluar los trastornos mentales, no siempre se escoge el más adecuado o el que mejor se adapta a los deportistas de alto rendimiento, obteniendo como consecuencia resultados contradictorios o poco fiables.

Futuras líneas de investigación

Se plantean varias consideraciones para futuras investigaciones sobre los trastornos mentales en los deportistas de élite. En primer lugar, realizar un mayor número de estudios en la población española, con el fin de conocer la prevalencia y las características psicológicas de los deportistas nacionales. También, dado que la mayoría de investigaciones se han realizado en países occidentales, predominantemente en Europa y Oceanía, sería necesario escoger como participantes a deportistas de distintas nacionalidades y culturas, incluyendo aquellos retirados y paralímpicos, con el fin de conocer las necesidades de salud mental de cada grupo y desarrollar los sistemas de apoyo adecuados en todo el mundo. Por otro lado, utilizar una metodología longitudinal y

cualitativa para estudiar en profundidad cómo evoluciona la salud mental de un atleta durante su carrera deportiva y sus posibles cambios a lo largo del tiempo. Además, se debería investigar e incluir en los estudios programas de prevención y detección temprana, así como el abordaje multidisciplinar y al mismo tiempo individualizado del deportista. También sería importante establecer un criterio estandarizado para el uso de herramientas de valoración que se adapten a las características de la población estudiada y que evalúen la salud mental de estos deportistas de forma específica utilizando, por ejemplo, las nuevas herramientas desarrolladas por el Comité Olímpico Internacional. Por último, y a pesar de no estar incluidos en el DSM-5, se deberían tener en cuenta otros trastornos y factores de riesgo que rodean a los deportistas de alto rendimiento de la actualidad, con el fin de acercarnos más a su situación real y actuar de manera preventiva y eficaz.

5. CONCLUSIONES

Esta revisión sistemática ha demostrado que los deportistas de alto rendimiento son una población susceptible de experimentar cualquier síntoma o trastorno de salud mental. Principalmente se han detectado la ansiedad, la depresión, el estrés, los TCA, el consumo de sustancias, el juego patológico y los problemas de sueño como los trastornos más prevalentes. Además, el contexto deportivo de élite expone a los atletas a un gran número de factores estresantes, únicos y específicos del deporte que potencian el riesgo de sufrir una afección psicológica.

Sin embargo, los resultados obtenidos deben interpretarse con precaución ya que, a pesar de disponer de múltiples herramientas para la evaluación de estos trastornos, la mayoría no están validadas o adaptadas a la población deportista de élite. Por esta razón, se hace necesario profundizar más en el tema y estandarizar el uso de herramientas específicas, así como tener en cuenta otras afecciones mentales y factores que aún no han sido estudiados por los investigadores.

Finalmente, derivado de la información analizada en esta revisión, parece fundamental diseñar estrategias de prevención e intervención individualizados que eviten la cronicidad y las graves consecuencias de estos trastornos, tanto en la salud como en su rendimiento deportivo.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Åkesdotter, C., Kenttä, G., Eloranta, S., & Franck, J. (2019). The prevalence of mental health problems in elite athletes. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 23(4), 329–335. <https://doi.org/10.1016/j.jsams.2019.10.022>
- Asociación Estadounidense de Psiquiatría (2013). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5 (5ª ed.). <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnosticoestadistico-trastornos-mentales.pdf>
- Bauman, N. J. (2015). The stigma of mental health in athletes: are mental toughness and mental health seen as contradictory in elite sport? *British Journal of Sports Medicine*, 50(3), 135–136. <https://doi.org/10.1136/BJSPORTS-2015-095570>
- Beable, S., Fulcher, M., Lee, A. C., & Hamilton, B. (2017). SHARPSports mental Health Awareness Research Project: Prevalence and risk factors of depressive symptoms and life stress in elite athletes. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 20(12), 1047–1052. <https://doi.org/10.1016/j.jsams.2017.04.018>
- Du Preez, E. J., Graham, K. S., Gan, T. Y., Moses, B., Ball, C., & Kuah, D. E. (2017). Depression, Anxiety, and Alcohol Use in Elite Rugby League Players Over a Competitive Season. *Clinical Journal of Sport Medicine*, 0(0), 1–6. <https://doi.org/10.1097/JSM.0000000000000411>
- Gouttebauge, V., Frings-Dresen, M. H. W., & Sluiter, J. K. (2015). Mental and psychosocial health among current and former professional footballers. *Occupational Medicine*, 65(3), 190–196. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqu202>
- Gouttebauge, V., Bindra, A., Blauwet, C., Campriani, N., Currie, A., Engebretsen, L., Hainline, B., Kroshus, E., McDuff, D., Mountjoy, M., Purcell, R., Putukian, M., Reardon, C. L., Rice, S. M., & Budgett, R. (2021). International Olympic Committee (IOC) Sport Mental Health Assessment Tool 1 (SMHAT-1) and Sport Mental Health Recognition Tool 1 (SMHRT-1): Towards better support of athletes' mental health. *British Journal of Sports Medicine*, 55(1), 30–37. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2020-102411>
- Gouttebauge, V., Castaldelli-Maia, J. M., Gorczynski, P., Hainline, B., Hitchcock, M. E., Kerkhoffs, G. M., Rice, S. M., & Reardon, C. L. (2019). Occurrence of mental health symptoms and disorders in current and former elite athletes: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of Sports Medicine*, 53(11), 700–706. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2019-100671>
- Gouttebauge, V., Hopley, P., Kerkhoffs, G., Verhagen, E., Viljoen, W., Wylleman, P., & Lambert, M. (2018). A 12-month prospective cohort study of symptoms of common mental disorders among professional rugby players. *European Journal of Sport Science* 18(7), 1004–1012. <https://doi.org/10.1080/17461391.2018.1466914>
- Gouttebauge, V., Jonkers, R., Moen, M., Verhagen, E., Wylleman, P., & Kerkhoffs, G. (2017). A prospective cohort study on symptoms of common mental disorders among Dutch elite athletes. *Physician and Sportsmedicine*, 45(4), 426–432. <https://doi.org/10.1080/00913847.2017.1370987>
- Hainline, B., & Reardon, C. L. (2019). Breaking a taboo: why the International Olympic Committee convened experts to develop a consensus statement on mental health in elite athletes. *British Journal of Sports Medicine*, 53(11). <https://doi.org/10.1136/BJSPORTS-2019-100681>

- Henriksen, K., Schinke, R., Moesch, K., McCann, S., Parham, W. D., Larsen, C. H., & Terry, P. (2019). Consensus statement on improving the mental health of high performance athletes. *International Journal of Sport and Exercise Psychology*, 18(5), 553–560. <https://doi.org/10.1080/1612197X.2019.1570473>
- Kuettel, A., & Larsen, C. H. (2019). Risk and protective factors for mental health in elite athletes: a scoping review. *International Review of Sport and Exercise Psychology*, 13(1), 231–265. <https://doi.org/10.1080/1750984X.2019.1689574>
- Kuettel, A., Pedersen, A. K., & Larsen, C. H. (2021). To Flourish or Languish, that is the question: Exploring the mental health profiles of Danish elite athletes. *Psychology of Sport and Exercise*, 52. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2020.101837>
- Lebrun, F., & Collins, D. (2017). Is elite sport (really) bad for you? Can we answer the question? *Frontiers in Psychology*, 8, 1–6. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00324>
- Li, C., Fan, R., Sun, J., & Li, G. (2021). Risk and Protective Factors of Generalized Anxiety Disorder of Elite Collegiate Athletes: A Cross-Sectional Study. *Frontiers in Public Health*, 9, 1-6. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.607800>
- Lundqvist, C., & Andersson, G. (2021). Let’s Talk About Mental Health and Mental Disorders in Elite Sports: A Narrative Review of Theoretical Perspectives. *Frontiers in Psychology*, 12, 1–9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.700829>
- Martínez-Rodríguez, A., Vicente-Martínez, M., Sánchez-Sánchez, J., Miralles-Amorós, L., Martínez-Olcina, M., & Sánchez-Sáez, J. A. (2021). Eating disorders in top elite beach handball players: Cross sectional study. *Children*, 8(3), 1–10. <https://doi.org/10.3390/children8030245>
- Nicholls, A. R., Madigan, D. J., Fairs, L. R. W., & Bailey, R. (2020). Mental health and psychological well-being among professional rugby league players from the UK. *BMJ Open Sport and Exercise Medicine*, 6(1), 1–5. <https://doi.org/10.1136/bmjsem-2019-000711>
- Ojio, Y., Matsunaga, A., Hatakeyama, K., Kawamura, S., Horiguchi, M., Yoshitani, G., Kanie, A., Horikoshi, M., & Fujii, C. (2021). Anxiety and depression symptoms and suicidal ideation in japan rugby top league players. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(3), 1–11. <https://doi.org/10.3390/ijerph18031205>
- Organización Mundial de la Salud. (30 de marzo de 2018). *Salud mental: fortalecer una respuesta*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Perry, C., Champ, F. M., Macbeth, J., & Spandler, H. (2021). Mental health and elite female athletes: A scoping review. *Psychology of Sport and Exercise*, 56, 1-17. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2021.101961>
- Poucher, Z. A., Tamminen, K. A., Sabiston, C. M., Cairney, J., & Kerr, G. (2021). Prevalence of symptoms of common mental disorders among elite Canadian athletes. *Psychology of Sport and Exercise*, 57, 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2021.102018>
- Poucher, Z. A., Tamminen, K. A., Kerr, G., & Cairney, J. (2019). A Commentary on Mental Health Research in Elite Sport. *Journal of Applied Sport Psychology*, 33(1), 60–82. <https://doi.org/10.1080/10413200.2019.1668496>
- Purcell, R., Rice, S., Butterworth, M., & Clements, M. (2020). Rates and Correlates of Mental Health Symptoms in Currently Competing Elite Athletes from the Australian National High-Performance Sports System. *Sports Medicine*, 50(9), 1683–1694. <https://doi.org/10.1007/s40279-020-01266-z>

- Reardon, C. L. (2021). The Mental Health of Athletes: Recreational to Elite. *Current Sports Medicine Reports*, 20(12), 631–637. <https://doi.org/10.1249/JSR.0000000000000916>
- Reardon, C. L., Hainline, B., Aron, C. M., Baron, D., Baum, A. L., Bindra, A., Budgett, R., Campriani, N., Castaldelli-Maia, J. M., Currie, A., Derevensky, J. L., Glick, I. D., Gorczynski, P., Gouttebauge, V., Grandner, M. A., Han, D. H., McDuff, D., Mountjoy, M., Polat, A., ... Engebretsen, L. (2019). Mental health in elite athletes: International Olympic Committee consensus statement (2019). *British Journal of Sports Medicine*, 53(11), 667–699. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2019-100715>
- Rosenvinge, J., Sundgot-Borgen, J., Pettersen, G., Martinsen, M., Stornæs, A. V., & Pensgaard, A. M. (2018). Are adolescent elite athletes less psychologically distressed than controls? A cross-sectional study of 966 Norwegian adolescents. *Open Access Journal of Sports Medicine*, 9, 115–123. <https://doi.org/10.2147/oajsm.s156658>
- Stillman, M. A., Glick, I. D., McDuff, D., Reardon, C. L., Hitchcock, M. E., Fitch, V. M., & Hainline, B. (2019). Psychotherapy for mental health symptoms and disorders in elite athletes: a narrative review. *British Journal of Sports Medicine*, 53(12), 767–771. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2019-100654>
- Vandenbroucke, J. P., Von Elm, E., Altman, D. G., Gøtzsche, P. C., Mulrow, C. D., Pocock, S. J., Poole, C., Schlesselman, J. J., & Egger, M. (2009). Mejorar la comunicación de estudios observacionales en epidemiología (STROBE): explicación y elaboración. *Gaceta Sanitaria*, 23(2), 1–28. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2008.12.001>
- Van Slingerland, K. J., Durand-Bush, N., Bradley, L., Goldfield, G., Archambault, R., Smith, D., Edwards, C., Delenardo, S., Taylor, S., Werthner, P., & Kenttä, G. (2019). Canadian Centre for Mental Health and Sport (CCMHS) Position Statement: Principles of Mental Health in Competitive and High-Performance Sport. *Clinical Journal of Sport Medicine*, 29(3), 173–180. <https://doi.org/10.1097/JSM.0000000000000665>
- Walton, C. C., Rice, S., Hutter, R. I., Currie, A., Reardon, C. L., & Purcell, R. (2021). Mental Health in Youth Athletes: A Clinical Review. *Advances in Psychiatry and Behavioral Health*, 1(1), 119–133. <https://doi.org/10.1016/J.YPSC.2021.05.011>

ANEXO 1

Declaración STROBE: lista de puntos esenciales que deben describirse en la publicación de estudios observacionales.

1. (a) Indique, en el título o en el resumen, el diseño del estudio con un término habitual.
(b) Proporcione en el resumen una sinopsis informativa y equilibrada de lo que se ha hecho y lo que se ha encontrado.
2. Explique las razones y el fundamento científicos de la investigación que se comunica.
3. Indique los objetivos específicos, incluida cualquier hipótesis preespecificada.
4. Presente al principio del documento los elementos clave del diseño del estudio.
5. Describa el marco, los lugares y las fechas relevantes, incluido los períodos de reclutamiento, exposición, seguimiento y recogida de datos.
6. (a) Estudios de cohortes: proporcione los criterios de elegibilidad, así como las fuentes y el método de selección de los participantes. Especifique los métodos de seguimiento.
Estudios de casos y controles: proporcione los criterios de elegibilidad, así como las fuentes y el proceso diagnóstico de los casos y el de selección de los controles. Proporcione las razones para la elección de casos y controles.
Estudios transversales: proporcione los criterios de elegibilidad y las fuentes y métodos de selección de los participantes.
(b) Estudios de cohortes: en los estudios apareados, proporcione los criterios para la formación de parejas y el número de participantes con y sin exposición.
Estudios de casos y controles: en los estudios apareados, proporcione los criterios para la formación de las parejas y el número de controles por cada caso.
7. Defina claramente todas las variables: de respuesta, exposiciones, predictoras, confusoras y modificadoras del efecto. Si procede, proporcione los criterios diagnósticos Fuentes de datos/medidas.
8. Para cada variable de interés, proporcione las fuentes de datos y los detalles de los métodos de valoración (medida). Si hubiera más de un grupo, especifique la comparabilidad de los procesos de medida.

9. Especifique todas las medidas adoptadas para afrontar fuentes potenciales de sesgo.
10. Explique cómo se determinó el tamaño muestral.
11. Explique cómo se trataron las variables cuantitativas en el análisis. Si procede, explique qué grupos se definieron y por qué.
12. (a) Especifique todos los métodos estadísticos, incluidos los empleados para controlar los factores de confusión.
(b) Especifique todos los métodos utilizados para analizar subgrupos e interacciones.
(c) Explique el tratamiento de los datos ausentes (missing data).
(d) Estudio de cohortes: si procede, explique cómo se afrontan las pérdidas en el seguimiento.
Estudios de casos y controles: si procede, explique cómo se aparearon casos y controles.
Estudios transversales: si procede, especifique cómo se tiene en cuenta en el análisis la estrategia de muestreo.
(e) Describa los análisis de sensibilidad.
13. (a) Describa el número de participantes en cada fase del estudio; por ejemplo: cifras de los participantes potencialmente elegibles, los analizados para ser incluidos, los confirmados elegibles, los incluidos en el estudio, los que tuvieron un seguimiento completo y los analizados.
(b) Describa las razones de la pérdida de participantes en cada fase.
(c) Considere el uso de un diagrama de flujo.
14. (a) Describa las características de los participantes en el estudio (p. ej., demográficas, clínicas, sociales) y la información sobre las exposiciones y los posibles factores de confusión.
(b) Indique el número de participantes con datos ausentes en cada variable de interés.
(c) Estudios de cohortes: resuma el período de seguimiento (p. ej., promedio y total).
15. Estudios de cohortes: describa el número de eventos resultado, o bien proporcione medidas resumen a lo largo del tiempo de resultado.
Estudios de casos y controles: describa el número de participantes en cada categoría de exposición, o bien proporcione medidas resumen de exposición.

Estudios transversales: describa el número de eventos resultado, o bien proporcione medidas resumen.

16. (a) Proporcione estimaciones no ajustadas y, si procede, ajustadas por factores de confusión, así como su precisión (p. ej., intervalos de confianza del 95%). Especifique los factores de confusión por los que se ajusta y las razones para incluirlos.
 - (b) Si categoriza variables continuas, describa los límites de los intervalos.
 - (c) Si fuera pertinente, valore acompañar las estimaciones del riesgo relativo con estimaciones del riesgo absoluto para un período de tiempo relevante.
17. Describa otros análisis efectuados (de subgrupos, interacciones o sensibilidad).
18. Resuma los resultados principales de los objetivos del estudio.
19. Discuta las limitaciones del estudio, teniendo en cuenta posibles fuentes de sesgo o de imprecisión. Razone tanto sobre la dirección como sobre la magnitud de cualquier posible sesgo.
20. Proporcione una interpretación global prudente de los resultados considerando objetivos, limitaciones, multiplicidad de análisis, resultados de estudios similares y otras pruebas empíricas relevantes.
21. Discuta la posibilidad de generalizar los resultados (validez externa) Otra información.
22. Especifique la financiación y el papel de los patrocinadores del estudio y, si procede, del estudio previo en el que se basa el presente artículo.

Tabla 4. Análisis de la calidad metodológica según la Declaración STROBE

Ítems	Kuettel <i>et al.</i> , 2021	Poucher <i>et al.</i> , 2021	Martínez-Rodríguez <i>et al.</i> , 2021	Li <i>et al.</i> , 2021	Ojio <i>et al.</i> , 2021	Purcell <i>et al.</i> , 2020	Åkesdotter <i>et al.</i> , 2019	Rosenvinge <i>et al.</i> , 2018	Du Preez <i>et al.</i> , 2017	Grouetteborge <i>et al.</i> , 2017	Beable <i>et al.</i> , 2017
1 a.)	No	No	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
b.)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
2	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
3	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
4	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí
5	No	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
6 a.)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
b.)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
7	No	No	No	No	No	Sí	No	No	No	Sí	No
8	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
9	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
10	No	No	No	Sí	No	No	No	No	Sí	Sí	No
11	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
12 a.)	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
b.)	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
c.)	No	Sí	No	Sí	-	No	-	No	Sí	No	No
d.)	No	Sí	No	No	No	No	No	No	No	Sí	No
e.)	Sí	Sí	No	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	No
13 a.)	No	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
b.)	No	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No
c.)	No	No	No	No	No	No	No	No	No	Sí	No
14 a.)	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
b.)	No	No	No	No	-	No	-	Sí	No	No	No
c.)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Sí	-
15	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
16 a.)	No	No	No	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí
b.)	Sí	Sí	No	No	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
c.)	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
17	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
18	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
19	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
20	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
21	No	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí
22	No	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí

-. No aplicable para el estudio.