

# Relación entre síntomas depresivos y deterioro de la calidad de vida en futbolistas de la Primera División del Perú

Relationship between depressive symptoms and deterioration of quality of life in Peruvian First Division soccer players

Samantha Maguiña-Figueroa<sup>1</sup> , Cesar Silva-Barboza<sup>1</sup> ,  
Alvaro M. Ñaña-Cordova<sup>1,2</sup> , Betzy C. Torres-Zegarra<sup>1,2</sup> ,  
Nallely V. Chapoñan-Agip<sup>1,2</sup> , Fernando M. Runzer-Colmenares<sup>3</sup> 

## RESUMEN

Se estima que la depresión afecta a unos 280 millones de personas a nivel mundial. Entre los factores vinculados con esta condición clínica, se encuentran las relaciones interpersonales, la calidad de vida, la pérdida de autonomía y otros. En épocas recientes, el fútbol profesional ha venido ocupando un lugar cada vez más importante en el desenvolvimiento de la vida pública y social de la población, fenómeno que impone altas expectativas en la conducta y acciones de los deportistas: el fútbol ha pasado a ser así una profesión con muchas exigencias y presiones constantes, dando lugar a que la calidad de vida de sus practicantes en el Perú se pueda ver afectada. **Objetivo:** Determinar la asociación entre calidad de vida y depresión en deportistas de la Federación Peruana de Fútbol (FPF) en el período 2019-2020. **Materiales y métodos:** Diseño de tipo observacional, analítico y retrospectivo. Se trata de un análisis secundario del estudio «Diagnóstico situacional de salud física, mental, nutricional y social de futbolistas», en el que se incluye a los deportistas inscritos en todas las categorías de la Primera División de la Federación Peruana de Fútbol. **Resultados:** De un total de 168 participantes, el 54,8 % (n = 92) muestra una calidad de vida descrita como «pobre» y el 17,3 % (n = 29) evidencia síntomas depresivos según la escala CESD-7. En el análisis bivariado, el 21,7 % (n = 20) de deportistas con síntomas depresivos reportó tener baja calidad de vida. Con la regresión de Poisson se encontró que deportistas con síntomas depresivos tenían un deterioro 1,42 veces mayor en su calidad de vida (IC 95 %: 1,05-1,93). **Conclusiones:** La calidad de vida de una proporción de futbolistas profesionales en el Perú parece estar afectada por manifestaciones depresivas demostrables.

### Citar como:

Maguiña-Figueroa S, Silva-Barboza C, Ñaña-Cordova AM, Torres-Zegarra BC, Chapoñan-Agip HV, Runzer-Colmenares FM. Relación entre síntomas depresivos y deterioro de la calidad de vida en futbolistas de la Primera División del Perú. *Rev Neuropsiquiatr* [Internet]. 2024; 87(2): 118-130. DOI: 10.20453/rnp.v87i2.4965

**Recibido:** 16-11-2023

**Aceptado:** 04-06-2024

**En línea:** 28-06-2024

### Correspondencia:

Fernando M. Runzer-Colmenares  
Dirección: UCSUR Campus Villa II, Ctra. Panamericana S 19, Villa El Salvador 15067, Perú  
Teléfono: 942 190 471  
Contacto:  
frunzer@cientifica.edu.pe



Artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional.

© Los autores

© *Revista de Neuro-Psiquiatría*

<sup>1</sup> Universidad Científica del Sur, Facultad de Ciencias de la Salud. Lima, Perú.

<sup>2</sup> Universidad Científica del Sur, Sociedad Científica de Estudiantes de Medicina de la Universidad Científica del Sur (SCIEM-UCSUR). Lima, Perú.

<sup>3</sup> Universidad Científica del Sur, CHANGE Research Working Group, Facultad de Ciencias de la Salud. Lima, Perú.

**Palabras clave:** síntomas depresivos; calidad de vida; psicología del deporte; salud mental.

## ABSTRACT

Currently, depression is estimated to affect 280 million people worldwide. Depression is related to a variety of factors such as interpersonal relationships, quality of life, loss of autonomy, and others. In recent years, football (or soccer) has gained a prominent position in the social life of the Peruvian population, leading to high expectations about the life and behavior of its athletes. Soccer has, thus, turned into a profession with numerous demands and constant pressures, which has impacted negatively the quality of life of Peruvian players. **Objective:** To determine the association between quality of life and depression in athletes of the Peruvian Football Federation (FPF) in the period 2019-2020. **Methods:** An observational, analytical, and retrospective design type of study, this is a secondary analysis of the "Situational Diagnosis of Physical, Mental, Nutritional, and Social Health of Soccer Players" project. It focused on athletes registered in all categories of the first Division of the Peruvian Football Federation. **Results:** Of a total of 168 participants, 54.8% (n=92) reported an inadequate quality of life, and 17.3% (n=29) had depressive symptoms according to the CESD-7 scale. In the bivariate analysis, 21.7% (n=20) of athletes with depressive symptoms reported a low quality of life. With the Poisson regression, it was found that athletes with depressive symptoms had 1,42 times more deterioration in their quality of life (95% CI 1,05-1,93). **Conclusions:** The quality of life of a proportion of professional soccer players in Perú, appears to be affected by demonstrable depressive manifestations.

**Keywords:** depressive symptoms; quality of life; sports psychology; mental health.

## INTRODUCCIÓN

La salud mental es un componente integral y esencial de la salud porque permite a las personas hacer frente a las tensiones normales de la vida y funcionar productivamente (1, 2). Puede verse alterada en deportistas por distintas afecciones y por el aumento de los síntomas de ansiedad y depresión a través del sobreentrenamiento, las lesiones y el agotamiento (3). La depresión es la causa principal de la carga de enfermedades relacionadas con la salud mental y es una de las principales causas de discapacidad que afecta a 280 millones de personas aproximadamente (4, 5). Por ejemplo, en el Perú, en 2023, se atendieron 280 917 casos de depresión (6). Ello afecta negativamente a la vida en distintos aspectos, y, en relación con el tratamiento, la actividad física suele indicarse de forma paralela a tratamientos farmacológicos (7). También la ansiedad y la disminución de la capacidad de concentración pueden reducirse con la actividad física, debido a la capacidad de activar la neurogénesis en el hipocampo, en un contexto de práctica cotidiana fuera de una actividad de alta competencia, por lo cual es una gran medida de promoción de la salud (1, 8, 9).

Si bien existe relación entre la actividad física y los síntomas de ansiedad y depresión, en un estudio se asoció que la población joven, como los estudiantes, con niveles más altos de actividad física obtuvieron puntuaciones más bajas en las escalas de depresión y ansiedad (10). Lo mencionado se justifica en que la participación deportiva y la práctica de ejercicio tienen beneficios para el estado mental al generar un mejor estado de ánimo y una mejor calidad de vida sin necesidad de una estratificación por nivel de actividad (11). El ejercicio confiere efectos protectores sobre la depresión y puede promover la plasticidad cerebral, lo cual aumenta el volumen del hipocampo (12), reduce la atrofia neuronal y fomenta un mejor estilo de vida en el paciente. Sin embargo, la falta de energía en personas con síntomas depresivos puede interferir en el progreso de su bienestar. En ese sentido, en deportistas profesionales hay factores que demandan su estilo de vida, como el contexto de gran competitividad y las intensas exigencias físicas y mentales, los cuales pueden aumentar la susceptibilidad a ciertas alteraciones mentales, como la depresión y las conductas de riesgo, y, por ende, afectar a su calidad de vida (13).

Existen estudios que sugieren que los jóvenes deportistas de élite también podrían presentar riesgo de trastornos mentales, como la depresión, en relación con la población general (13). Cabe señalar que hay casos en los que este grupo de deportistas recibe apoyo con entrenamiento psicológico como parte de su programa deportivo y pueden haber desarrollado fortaleza mental y resiliencia para hacer frente al estrés, la ansiedad e incluso la depresión (3). Por ello, el bienestar emocional está presente al momento de explorar la salud mental del jugador y crear estrategias para guiar al jugador en obtener un mejor rendimiento (14). No obstante, se ha observado que entre los deportistas de élite aún existe estigma a la hora de reportar problemas de salud mental porque lo consideran signos de «debilidad», ello puede dar lugar a que se opte por suprimir, ignorar y no buscar ayuda cuando sea necesario (15).

Por otro lado, en el Perú el fútbol es el deporte más popular, pero las investigaciones sobre la depresión en deportistas son nulas y a nivel regional son escasas. Sumado a ello, los futbolistas pueden experimentar distintas situaciones, sobre todo por la presión mental que esta disciplina genera y lo susceptibles que pueden ser frente a las lesiones ocurridas o la soledad (14). La depresión en deportistas tiene un impacto considerable en la pérdida de salud y podría generar mayores complicaciones en su vida social y laboral. Esto es importante porque se describe a la depresión como un factor de riesgo para el suicidio (16).

Conociendo la severidad de la repercusión de enfermedades como la depresión en la calidad de vida, buscamos mediante este estudio mejorar y sugerir la futura implementación de pruebas de cribado periódicas en los deportistas, promover la elaboración de herramientas psicológicas para obtener resultados deportivos positivos, y conocer los factores relacionados con la depresión, para tratarla a tiempo y evitar el deterioro o la afectación de la funcionalidad de los implicados (14, 15). El objetivo del presente estudio fue determinar la asociación entre calidad de vida y depresión en deportistas de la Federación Peruana de Fútbol (FPF) en el período 2019-2020.

## MATERIALES Y MÉTODOS

El presente estudio fue de tipo observacional, analítico y retrospectivo. Se analizó la base de datos del estudio «Diagnóstico situacional de salud física, mental, nutricional y social de futbolistas» de la FPF. Para el estudio original se solicitó a la FPF el listado de todos los deportistas inscritos en sus respectivos equipos de

diferentes categorías. Se exportó dicho listado a una hoja de cálculo de Microsoft de Excel, excluyendo los datos de aquellos que no consintieron su participación ( $n = 47$ ) y, de manera aleatoria simple, se escogió a 168 para ser invitados a participar en el estudio, 98 hombres y 70 mujeres. Dichos deportistas fueron contactados mediante los servicios sociales de sus equipos y se compartieron los formularios con los cuestionarios y el consentimiento informado para participar en el estudio. La recolección de datos fue realizada en el período 2019-2020, se evaluaron a futbolistas de categorías masculina y femenina inscritos en dichos años a través de encuestas virtuales y evaluaciones presenciales. El objetivo del estudio original fue describir las características físicas y de salud de los deportistas. El estudio original tuvo los siguientes criterios de inclusión y exclusión: se incluyeron a los deportistas que pertenecían a los equipos profesionales de la FPF en el momento de la realización del estudio; se excluyeron a quienes no deseaban participar y a aquellos que durante el reclutamiento del estudio no se encontraban en sus respectivas ciudades. Para el presente análisis secundario se incluyeron todos los datos de los participantes.

Las variables utilizadas para el estudio son las siguientes:

- Se evaluó la «calidad de vida» a través de la escala KS-10, que es un instrumento genérico que evalúa la calidad de vida y ha sido validado en varios países de Europa (17); asimismo, ha sido aplicado por otro estudio donde se valora la calidad de vida relacionada a la actividad física (18). Consta de 10 ítems valorados unidimensionalmente. A mayor puntaje, mayor calidad de vida. Se asignaron parámetros de persona (PP) a cada posible respuesta. Los PP se transformaron en valores con una media de 50,0 y una desviación estándar (DE) de 10,0, donde 0 = adecuada y 1 = pobre (19). (Para mayor detalle del instrumento, ver anexo).
- Se evaluó la variable «síntomas depresivos» con la escala CESD-7, la cual consta de siete ítems, valorados unidimensionalmente, que miden la frecuencia de síntomas o molestias en los últimos siete días. Se consideró depresión con un punto de corte de mayor o igual a 9 según el estudio realizado por Salinas-Rodríguez et al. en el artículo «Validación de punto de corte para Escala de Depresión del centro de Estudios Epidemiológicos» (20). Se analizó como una variable categórica. La valoración asignada fue 0 = no deprimidos y 1 = deprimidos. (Para mayor detalle del instrumento, ver anexo).

- Se evaluaron variables sociodemográficas, como edad, número de años de estudio, número de personas en casa, estado civil (soltero, casado, divorciado/viudo), número de años en el club, número de partidos en el equipo, días de para por lesión. Asimismo, se preguntó sobre dificultades económicas, autorreporte de estado físico (muy malo, malo, regular, bueno, muy bueno), autorreporte de salud (muy malo, malo, bueno, muy bueno), autorreporte de rendimiento deportivo (muy malo, malo, bueno, muy bueno), consumo reciente de cigarrillos, drogas y alcohol (sí, no), índice de masa corporal, comorbilidades. (Para mayor detalle del instrumento, ver anexo).

Para el análisis estadístico se utilizó el programa STATA versión 15.0. Las variables categóricas se expresaron en frecuencias y porcentajes; y las variables numéricas en promedios y desviaciones estándar, pues tuvieron distribución normal según el gráfico del histograma. Además, se hizo un análisis bivariado basado en la variable «calidad de vida», donde se utilizó la prueba t de Student para el análisis de variables numéricas y la prueba exacta de Fisher para el análisis de variables categóricas. Finalmente, se calcularon las razones de

prevalencia mediante una regresión de Poisson para cuantificar la asociación entre depresión y calidad de vida. El cálculo de la potencia estadística fue realizado a través del programa OpenEpi v 3.0, asumiendo un tamaño muestral de 204 participantes, con un intervalo de confianza de 95 %, una frecuencia de síntomas depresivos del 82 % en atletas con autorreporte de calidad de vida alterada y una frecuencia de síntomas de ansiedad o depresivos de 61 % en atletas jóvenes. La potencia estadística de nuestro estudio asciende a 99,65 %.

El estudio fue aprobado por el Comité Institucional de Ética e Investigación de la Universidad Científica del Sur. Todos los participantes firmaron un consentimiento informado antes de aceptar formar parte del proyecto de investigación. La base de datos fue anónima.

## RESULTADOS

El total de participantes fue de 168 (98 hombres y 70 mujeres). En la tabla 1, se muestra un promedio de edad de 18,42 años (DE = 4,7) y encontramos que el 54,8 % de la población estudiada tuvo calidad de vida pobre (n = 92) y un 17,3 % tuvo presencia de síntomas depresivos según la escala CESD (n = 29).

**Tabla 1.** Análisis descriptivo de las variables de estudio (n = 168).

VARIABLES	n	%	Media	DE
Edad en años			18,42	4,65
Años de estudio			0,44	0,5
Sexo				
Hombres	97	57,74		
Mujeres	71	42,26		
Estado civil				
Soltero	158	94,05		
Casado	7	4,17		
Divorciado/viudo	3	1,79		
Personas que viven en casa			5,4	2,9
Dificultad económica				
No reporta	50	29,8		
Sí	67	39,9		
No	51	30,4		
Años en el club			8,6	9,2
Número de partidos en el equipo titular		8,9	13,9	

<b>Variab</b> les	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Media</b>	<b>DE</b>
Autorreporte de estado físico				
Muy malo	1	0,6		
Malo	4	2,4		
Regular	33	19,64		
Bueno	93	55,4		
Muy bueno	37	22,02		
Autorreporte de salud				
Muy malo	1	0,6		
Malo	17	10,12		
Bueno	87	51,8		
Muy bueno	63	37,5		
Autorreporte de rendimiento deportivo				
Muy malo	2	1,19		
Malo	28	16,7		
Bueno	109	64,9		
Muy bueno	29	17,26		
Comorbilidades (#)			1,25	1,09
Reporte de consumo de cigarrillos recientemente				
Sí	160	95,24		
No	8	4,76		
Reporte de consumo de alcohol recientemente				
Sí	127	75,6		
No	41	24,4		
Reporte de consumo de drogas ilícitas recientemente				
Sí	165	98,21		
No	3	1,79		
Índice de masa corporal			22,3	2,9
Número de semanas de para por lesión			4,7	6,53
CESD-depresión				
Sí	29	17,26		
No	139	82,7		
Calidad de vida				
Adecuada	76	45,24		
Pobre	92	54,76		

DE: desviación estándar; CESD: Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos.

En la tabla 2, se aprecia el análisis bivariado entre la calidad de vida y las demás covariables. Se evidencia que el promedio de edad en los deportistas con

calidad de vida pobre era significativamente mayor que los que tenían calidad de vida normal. Asimismo, hay diferencias estadísticamente significativas

entre el autorreporte de estado físico y la calidad de vida. Adicionalmente, entre los participantes que reportaron una calidad de vida pobre, un 8,7 % (n = 8) señala haber consumido cigarrillos recientemente y un 31,5 % (n = 29) indica haber consumido alcohol

recientemente, en ambos casos con resultados estadísticamente significativos. Finalmente, un 21,7 % (n = 20) de deportistas con depresión reportaron tener una calidad de vida pobre.

**Tabla 2.** Análisis bivariado basado en la calidad de vida en futbolistas (n = 168).

Variables	Calidad de vida adecuada	Calidad de vida pobre	Valor de p
Edad en años: media (DE)	17,50 (4,30)	19,17 (4,81)	0,02
Años de estudio: media (DE)	0,49 (0,50)	0,40 (0,49)	0,27
Sexo: frecuencia (%)			0,54
Hombres	44 (57,89)	53 (57,61)	
Mujeres	32 (42,11)	39 (42,39)	
Estado civil: frecuencia (%)			0,70
Soltero	73 (96,05)	85 (92,39)	
Casado	2 (2,63)	5 (5,43)	
Divorciado/viudo	1 (1,32)	2 (2,17)	
Personas en casa: media (DE)	5,17 (2,39)	5,63 (3,1)	0,30
Dificultad económica: frecuencia (%)			0,40
No reporta	25 (32,89)	25 (27,17)	
Sí	26 (34,22)	41 (44,57)	
No	25 (32,89)	26 (28,26)	
Años en el club: media (DE)	9,03 (12,63)	8,30 (5,09)	0,60
Número de partidos en el equipo titular: media (DE)	8,7 (13,46)	9,15 (14,41)	0,84
Autorreporte de estado físico: frecuencia (%)			0,01
Muy malo	1 (1,32)	0 (0,00)	
Malo	1 (1,32)	3 (3,26)	
Regular	5 (6,58)	28 (30,43)	
Bueno	47 (61,84)	46 (50,00)	
Muy bueno	22 (28,95)	15 (16,30)	
Autorreporte de salud: frecuencia (%)			0,09
Muy malo	1 (1,32)	0 (0,00)	
Malo	4 (5,26)	13 (14,13)	
Bueno	38 (50,0)	49 (53,26)	
Muy bueno	33 (43,42)	30 (32,61)	
Autorreporte de rendimiento deportivo: frecuencia (%)			0,24
Muy malo	0 (0,00)	2 (2,17)	
Malo	9 (11,84)	19 (20,65)	
Bueno	52 (68,42)	57 (61,96)	
Muy bueno	15 (19,74)	14 (15,22)	



Variables	Calidad de vida adecuada	Calidad de vida pobre	Valor de p
Comorbilidades (#): media (DE)	1,28 (1,01)	1,22 (1,15)	0,71
Reporte de consumo de cigarrillos recientemente: frecuencia (%)			0,01
Sí	0 (0,00)	8 (8,70)	
No	76 (100,00)	84 (91,30)	
Reporte de consumo de alcohol recientemente: frecuencia (%)			0,20
Sí	12 (15,79)	29 (31,52)	
No	64 (84,21)	63 (68,48)	
Reporte de consumo de drogas ilícitas recientemente: frecuencia (%)			0,25
Sí	0 (0,00)	3 (3,26)	
No	76 (100,00)	89 (96,74)	
Índice de masa corporal: media (DE)	22,03 (3,09)	22,61 (2,68)	0,19
Número de semanas de para por lesión: media (DE)	4,43 (6,86)	4,82 (6,29)	0,70
CESD-depresión: frecuencia (%)			0,10
Sí	67 (88,16)	72 (78,26)	
No	9 (11,84)	20 (21,74)	

DE: desviación estándar. Para el análisis de variables categóricas se utilizó la prueba exacta de Fisher y para las numéricas la t de Student.

En la tabla 3, se muestra la regresión de Poisson para calcular razones de prevalencias e intervalos de confianza en un modelo crudo y ajustado con varianza robusta. En el modelo crudo se incluyeron todas las variables y las que tuvieron significancia estadística (depresión, edad, rendimiento deportivo, consumo de cigarrillos, alcohol y drogas) pasaron al modelo ajustado. En este modelo solo se asoció con pobre calidad de vida a la depresión, donde tener depresión se asoció con 1,42 veces

(IC 95 %: 1,05-1,93) más probabilidades de tener pobre calidad de vida en comparación con los que no tienen depresión; por otro lado, los que consumían cigarrillos de forma reciente tenían una probabilidad 1,73 veces (IC 95 %: 1,25-2,39) mayor de tener pobre calidad de vida en comparación con los que reportaron no haber consumido cigarrillos, en un modelo ajustado por edad, rendimiento deportivo, consumo de alcohol y consumo de drogas.

**Tabla 3.** Análisis de regresión de Poisson para determinar la asociación entre calidad de vida, síntomas depresivos y demás covariables (n = 168).

Variables	Modelo crudo RP (IC 95 %)	Modelo ajustado RP (IC 95 %)
Edad en años	1,03 (1,01-1,06)	1,01 (0,98-1,04)
Años de estudio	0,58 (0,64-1,14)	
Sexo		
Hombres	1,19 (0,71-1,98)	
Mujeres	1,42 (0,99-2,44)	
Estado civil		
Soltero	Referencia	
Casado	1,33 (0,81-2,17)	
Divorciado/viudo	1,24 (0,55-2,80)	

Variables	Modelo crudo RP (IC 95 %)	Modelo ajustado RP (IC 95 %)
Personas en casa	1,02 (0,99-1,06)	
Dificultad económica	1,01 (0,84-1,21)	
Años club	0,99 (0,98-1,01)	
Número de partidos en el equipo titular	1,01 (0,99-1,01)	
Autorreporte de estado físico		
Muy malo	Referencia	
Malo	4,4 (0,41-6,76)	
Regular	8,21 (2,56-12,18)	
Bueno	1,45 (0,66-3,12)	
Muy bueno	2,44 (0,70-4,41)	
Autorreporte de salud	0,86 (0,70-1,06)	
Autorreporte de rendimiento deportivo	0,82 (0,67-0,99)	0,85 (0,70-1,02)
Comorbilidades	0,98 (0,86-1,11)	
Reporte de consumo de cigarrillos recientemente	1,90 (1,64-2,21)	1,73 (1,25-2,39)
Reporte de consumo de alcohol recientemente	1,43 (1,09-1,86)	1,22 (0,84-1,77)
Reporte de consumo de drogas ilícitas recientemente	1,85 (1,61-2,14)	0,96 (0,71-1,30)
Índice de masa corporal	1,04 (0,99-1,09)	
Número de semanas de para por lesión	1,01 (0,98-1,02)	
CESD-depresión	1,33 (1,03-1,78)	1,42 (1,05-1,93)

RP (IC 95 %): razón de prevalencias (intervalo de confianza al 95 %); DE: desviación estándar; CESD: Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos.

## DISCUSIÓN

El objetivo del presente estudio fue determinar la relación entre síntomas depresivos y deterioro de la calidad de vida en futbolistas de la FPF; y encontramos que aquellos que padecían de síntomas depresivos tenían 1,42 veces (IC 95 %: 1,05-1,93) más probabilidades de deterioro de su calidad de vida en comparación con los que no presentaban síntomas depresivos.

En primera instancia, el factor biológico y social es crucial para asegurar el rendimiento físico y mental de los deportistas. De acuerdo con Jurecka et al. (21), entre los factores importantes asociados con la calidad de vida que pueden afectar la salud mental de los atletas profesionales, destacan la alteración del sueño y el aislamiento social que se reflejaron en un contexto de pandemia por COVID-19. En relación con el primer punto, el sueño tiene un efecto reparador en el organismo de los atletas ante sus exigencias fisiológicas y mentales que mantienen durante el

entrenamiento y la competencia, por ende, debe ser de calidad y duración adecuada (22).

Sumado a lo anterior, debido a que la actividad física influye en procesos biológicos y psicosociales implicados en la fisiopatología de la depresión, genera cambios en la neuroplasticidad, la inflamación, el estrés oxidativo, el sistema endocrino, la autoestima, el apoyo social y la autoeficacia (23). De igual forma, en relación con el factor social, en el fútbol, al ser un trabajo en equipo, existe mayor probabilidad de que los deportistas adquieran hábitos poco saludables, como el consumo de tabaco, puesto que se puede generar una sensación de poca responsabilidad con respecto a los logros en equipo al no hacer énfasis su rendimiento físico individual (24). En ese sentido, el equipo interdisciplinario conformado por especialistas de la salud mental, familiares cercanos y terapeutas físicos es importante para el rendimiento del deportista, lo cual deberá complementarse habitualmente con sesiones de psicoterapia (25).



En segunda instancia, los factores psicológicos conllevan que se pueda agravar la presencia de síntomas depresivos en deportistas, como lo es sufrir de una lesión que le impida ejercer el deporte (26). Por ejemplo, en un estudio de Alemania se evidenció que los jugadores lesionados suelen tener tasas de depresión más altas que los jugadores no lesionados (27). Lo mencionado recalca la influencia que tienen los deportistas al enfrentar una respuesta sobre cómo actúan frente a lesiones y enfermedades al momento del entrenamiento (28). Para contrarrestar este factor, se ha encontrado la asociación entre el apoyo social y una disminución de los síntomas depresivos y ansiosos (29).

Del mismo modo, en una revisión sistemática, se encontró que atletas de élite enfrentan un mayor riesgo a tener problemas de salud mental debido a los rigurosos programas de entrenamiento y a la presión por mejorar constantemente su rendimiento; sin embargo, buscar tratamiento puede ser desafiante debido al estigma asociado de ser un «atleta fuerte y ganador» en lugar de «ser humano débil y deprimido», lo que puede empeorar la situación y, en ocasiones, llevar al retiro del deportista (15).

En tercera instancia, en otra revisión sistemática llevada a cabo en 2023, se encontró que los futbolistas de la Liga Nacional de Fútbol (NFL) experimentaron beneficios tanto sociales como emocionales, incluida una mejora en su autoestima y salud mental. A pesar de estos hallazgos positivos, casi todos los jugadores enfrentaron al menos un problema de salud mental durante su carrera, que incluyó depresión, ansiedad o dificultades para controlar su temperamento (30). De la misma forma, en otro estudio realizado en 2019, se encuestaron a once consejeros registrados para trabajar en la Asociación de Futbolistas Profesionales (PFA), quienes mencionaron que las lesiones sufridas por los futbolistas son un factor estresante que puede predisponer a sufrir síntomas de salud mental, como la depresión, junto con una disminución del rendimiento, entre otros (31).

Por otro lado, Brown et al. (32) señalaron que, dentro de sus participantes, existió una afectación en la calidad de vida de los atletas debido a problemas en su salud mental, principalmente relacionados con ansiedad o depresión, independientemente del sexo. Esto se justifica en la exposición de estrés a la que están sometidos los atletas de élite, así como la presión constante para rendir, el sobreentrenamiento, los viajes extensos y los desafíos en la vida familiar y social, lo que puede generar problemas de salud mental (33).

Finalmente, Junge y Prinz (26), en un estudio en el que se utilizó la escala CES-D en 17 equipos de la primera división de la liga alemana (Bundesliga), hallaron que el 16,6 % presentó síntomas de depresión leve, el 14,4 % presentó síntomas de depresión severa y la mayor prevalencia fue en la segunda división de fútbol alemán, encontrando que 1 de cada 5 jugadores (20,6 %) presentó síntomas de depresión severa. De igual forma, los jugadores de fútbol que anteriormente pertenecieron a la selección mostraron un bajo porcentaje de depresión y de suicidio (34); por ende, se puede establecer una relación comparativa entre los jugadores que pertenecieron y los que ya no forman parte, obteniéndose como resultado que la tasa de depresión disminuye en aquellos que se han retirado del fútbol. Es así que se puede señalar que en los deportistas existen factores que contribuyen al desarrollo de un cuadro depresivo que interfieren negativamente en su calidad de vida.

El presente estudio contó con algunas limitaciones, una de ellas fue que las conclusiones serían extrapolables a la población de deportistas peruanos. Por otro lado, debido a que parte del estudio se realizó durante la pandemia por COVID-19, los deportistas evaluados podrían haber estado predispuestos a padecer estrés, ansiedad o síntomas depresivos. De igual forma, el estudio se limitó a considerar solo futbolistas de la Primera División, no se tuvo grupo control y, al tratarse de un estudio transversal, no puede estimarse causalidad. Tampoco se hizo una comparación entre hombres y mujeres para evaluar la diferencia entre ambos sexos, conocer de manera holística si existen factores vulnerables dependiendo del género, dimensiones de calidad de vida o mayor susceptibilidad a lesiones. De esta forma, se invita a continuar con investigaciones que consideren evaluar cómo el género influiría en la adquisición de algún trastorno psicológico y cómo funciona en cada uno de los atletas.

## CONCLUSIONES

Debemos tener en cuenta que los futbolistas se enfrentan a grandes situaciones de estrés competitivo que puede afectar a su salud mental, esto a pesar de los múltiples estudios que indican al ejercicio como antidepresivo (2).

Por otro lado, nuestros hallazgos apoyan las publicaciones realizadas acerca de la afectación de la calidad de vida por depresión en deportistas y la necesidad de promover la implementación de pruebas de cribado, no solo médicas, sino también psicológicas,

como herramienta fundamental para el óptimo rendimiento de los atletas, reiterando la importancia que juega el aspecto psicológico en un deportista de alta competitividad (35).

**Conflicto de intereses:** Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

**Financiamiento:** Fondo Semilla Beca Cabieses 2020, de la Universidad Científica del Sur, Lima, Perú.

#### Contribución de autoría:

**SMF y CSB:** conceptualización, investigación, metodología, *software*, validación, visualización, redacción de borrador original, redacción (revisión y edición).

**AMÑC:** curación de datos, análisis formal, investigación, metodología, *software*, supervisión, validación, visualización, redacción de borrador original, redacción (revisión y edición).

**BCTZ y NVCA:** curación de datos, análisis formal, investigación, metodología, *software*, validación, visualización, redacción de borrador original, redacción (revisión y edición).

**FMRC:** conceptualización, curación de datos, análisis formal, adquisición de fondos, investigación, metodología, administración del proyecto, recursos, *software*, supervisión, validación, visualización, redacción de borrador original, redacción (revisión y edición).

**Agradecimientos:** El apoyo de este proyecto se proporcionó a través de una subvención entre la Federación Peruana de Fútbol y el financiamiento mediante el Fondo Semilla Beca Cabieses 2020, de la Universidad Científica del Sur, Lima, Perú.

#### REFERENCIAS

1. Fusar-Poli P, Salazar de Pablo G, de Micheli A, Nieman DH, Correll CU, Kessing LV, et al. What is good mental health? A scoping review. *Eur Neuropsychopharmacol* [Internet]. 2020; 31: 33-46. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2019.12.105>
2. Johnston SA, Roskowski C, He Z, Kong L, Chen W. Effects of team sports on anxiety, depression, perceived stress, and sleep quality in college students. *J Am Coll Health* [Internet]. 2021; 69(7): 791-797. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/07448481.2019.1707836>
3. Rice SM, Purcell R, de Silva S, Mawren D, McGorry PD, Parker AG. The mental health of elite athletes: a narrative systematic review. *Sports Med* [Internet]. 2016; 46(9): 1333-1353. Disponible en: <https://doi.org/10.1007%2Fs40279-016-0492-2>
4. Pearce M, Garcia L, Abbas A, Strain T, Schuch FB, Golubic R, et al. Association between physical activity and risk of depression: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry* [Internet]. 2022; 79(6): 550-559. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2022.0609>
5. Oliffe JL, Rossnagel E, Seidler ZE, Kealy D, Ogrodniczuk JS, Rice SM. Men's depression and suicide. *Curr Psychiatry Rep* [Internet]. 2019; 21(10): 103. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1088-y>
6. El Peruano. La depresión es uno de los trastornos de salud mental más frecuentes en el país [Internet]. 2024, 12 de enero. Disponible en: <https://www.elperuano.pe/noticia/233287-la-depresion-es-uno-de-los-trastornos-de-saludmental-mas-frecuentes-en-el-pais>
7. Schuch FB, Stubbs B. The role of exercise in preventing and treating depression. *Curr Sports Med Rep* [Internet]. 2019; 18(8): 299-304. Disponible en: <https://doi.org/10.1249/JSR.0000000000000620>
8. Bueno-Antequera J, Munguía-Izquierdo D. Exercise and depressive disorder. *Adv Exp Med Biol* [Internet]. 2020; 1228: 271-287. Disponible en: [https://doi.org/10.1007/978-981-15-1792-1\\_18](https://doi.org/10.1007/978-981-15-1792-1_18)
9. Micheli L, Ceccarelli M, D'Andrea G, Tirone F. Depression and adult neurogenesis: positive effects of the antidepressant fluoxetine and of physical exercise. *Brain Res Bull* [Internet]. 2018; 143: 181-193. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.brainresbull.2018.09.002>
10. Salas M, Herrera-Melo J, Diaz X, Cigarroa I, Concha-Cisternas Y. Fuerza de presión manual y calidad de vida en personas mayores autovalentes. *Rev Cubana Med Milit* [Internet]. 2021; 50(3): e02101328. Disponible en: <https://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/1328>
11. Yuing TA, Soto-Espíndola C, Valdés-Valdés NA, Méndez-Rebolledo G, Guzmán-Muñoz E. Auto percepción de la condición física, funcionalidad y calidad de vida en estudiantes universitarios. *Rev Cubana Med Milit* [Internet]. 2021; 50(2): e02101223. Disponible en: <https://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/1223>
12. Gorczynski PF, Coyle M, Gibson K. Depressive symptoms in high-performance athletes and non-athletes: a comparative meta-analysis. *Br J Sports Med* [Internet]. 2017; 51(18): 1348-

1354. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bjsports-2016-096455>
13. Gulliver A, Griffiths KM, Mackinnon A, Batterham PJ, Stanimirovic R. The mental health of Australian elite athletes. *J Sci Med Sport* [Internet]. 2015; 18(3): 255-261. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jsams.2014.04.006>
  14. Sarmiento H, Frontini R, Marques A, Peralta M, Ordoñez-Saavedra N, Duarte JP, et al. Depressive symptoms and burnout in football players: a systematic review. *Brain Sci* [Internet]. 2021; 11(10): 1351. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/brainsci11101351>
  15. Castaldelli-Maia JM, Gallinaro JG, Falcão RS, Gouttebarga V, Hitchcock ME, Hainline B, et al. Mental health symptoms and disorders in elite athletes: a systematic review on cultural influencers and barriers to athletes seeking treatment. *Br J Sports Med* [Internet]. 2019; 53(11): 707-721. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bjsports-2019-100710>
  16. Smith A. Depression and suicide in professional sports work. *Research in the Sociology of Sport* [Internet]. 2018; 11: 79-95. Disponible en: <https://doi.org/10.1108/S1476-285420180000011006>
  17. Bouwmans C, van der Kolk A, Oppe M, Schawo S, Stolk E, van Agthoven M, et al. Validity and responsiveness of the EQ-5D and the KIDSCREEN-10 in children with ADHD. *Eur J Health Econ* [Internet]. 2014; 15(9): 967-977. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10198-013-0540-x>
  18. Piñeiro-Cossio J, Fernández-Martínez A, Nuviala A, Pérez-Ordás R. Psychological wellbeing in physical education and school sports: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021; 18(3): 864. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph18030864>
  19. Ravens-Sieberer U, Erhart M, Rajmil L, Herdman M, Auquier P, Bruil J, et al. Reliability, construct and criterion validity of the KIDSCREEN-10 score: a short measure for children and adolescents' wellbeing and health-related quality of life. *Qual Life Res* [Internet]. 2010; 19(10): 1487-1500. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11136-010-9706-5>
  20. Salinas-Rodríguez A, Manrique-Espinoza B, Acosta-Castillo I, Téllez-Rojo M, Franco-Núñez A, Gutiérrez-Robledo LM, et al. Validación de un punto de corte para la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos, versión abreviada (CESD-7). *Salud Pública Mex* [Internet]. 2013; 55(3): 267-274. Disponible en: <https://doi.org/10.21149/spm.v55i3.7209>
  21. Jurecka A, Skucińska P, Gądek A. Impact of the SARS-CoV-2 Coronavirus pandemic on physical activity, mental health and quality of life in professional athletes—A systematic review. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021; 18(17): 9423. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph18179423>
  22. Doherty R, Madigan S, Warrington G, Ellis J. Sleep and nutrition interactions: implications for athletes. *Nutrients* [Internet]. 2019; 11(4): 822. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/nu11040822>
  23. Kandola A, Ashdown-Franks G, Hendrikse J, Sabiston CM, Stubbs B. Physical activity and depression: towards understanding the antidepressant mechanisms of physical activity. *Neurosci Biobehav Rev* [Internet]. 2019; 107: 525-539. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2019.09.040>
  24. De Nitto S, Stefanizzi P, Bianchi FP, Castellana M, Ascagnino L, Notarnicola A, et al. Prevalence of cigarette smoking: a cross-sectional survey between individual and team sport athletes. *Ann Ig* [Internet]. 2020; 32(2): 132-140. Disponible en: <https://doi.org/10.7416/ai.2020.2337>
  25. Carmody S, Anemaat K, Massey A, Kerkhoff's G, Gouttebarga V. Health conditions among retired professional footballers: a scoping review. *BMJ Open Sport Exerc Med* [Internet]. 2022; 8(2): e001196. Disponible en: <https://doi.org/10.1136%2Fbmjsem-2021-001196>
  26. Junge A, Prinz B. Depression and anxiety symptoms in 17 teams of female football players including 10 German first league teams. *Br J Sports Med* [Internet]. 2019; 53(8): 471-477. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bjsports-2017-098033>
  27. Golding L, Gillingham RG, Perera NK. The prevalence of depressive symptoms in high-performance athletes: a systematic review. *Phys Sportsmed* [Internet]. 2020; 48(3): 247-258. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/00913847.2020.1713708>
  28. Chang CJ, Putukian M, Aerni G, Diamond AB, Hong ES, Ingram YM, et al. Mental health issues and psychological factors in athletes: detection, management, effect on performance, and prevention: American medical society for sports medicine position statement. *Clin J Sport Med* [Internet]. 2020; 30(2): e61-e87. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/jsm.0000000000000817>
  29. Sullivan L, Ding K, Tattersall H, Brown S, Yang J. Social support and post-injury depressive and

- anxiety symptoms among college-student athletes. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2022; 19(11): 6458. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph19116458>
30. Gervis M, Pickford H, Hau T. Professional footballers' association counselors' perceptions of the role long-term injury plays in mental health issues presented by current and former players. *J Clin Sport Psychol* [Internet]. 2019; 13(3): 451-468. Disponible en: <https://doi.org/10.1123/jcsp.2018-0049>
  31. Fernandes GS, Parekh SM, Moses J, Fuller CW, Scammell B, Batt ME, et al. Depressive symptoms and the general health of retired professional footballers compared with the general population in the UK: a case-control study. *BMJ Open* [Internet]. 2019; 9(9): e030056. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-030056>
  32. Brown BJ, Aller TB, Lyons LK, Jensen JF, Hodgson JL. NCAA student-athlete mental health and wellness: a biopsychosocial examination. *J Stud Aff Res Pract* [Internet]. 2022; 59(3): 252-267. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/19496591.2021.1902820>
  33. Kvillemo P, Nilsson A, Strandberg AK, Björk K, Elgán TH, Gripenberg J. Mental health problems, health risk behaviors, and prevention: a qualitative interview study on perceptions and attitudes among elite male soccer players. *Front Public Health* [Internet]. 2023; 10: 1044601. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1044601>
  34. Batty GD, Frank P, Kujala UM, Sarna SJ, Kaprio J. Suicide and depression in former contact sports participants: population-based cohort study, systematic review, and meta-analysis. *EclinicalMedicine* [Internet]. 2023; 60: 102026. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2023.102026>
  35. De la Vega R, Román M, Ruiz R, Hernández JM. ¿Cómo perciben los entrenadores de fútbol el rol del psicólogo del deporte?: un estudio comparativo. *Cuad Psicol Deporte* [Internet]. 2014; 14(2): 27-36. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/pdf/cpd/v14n2/psicologia\\_deporte3.pdf](https://scielo.isciii.es/pdf/cpd/v14n2/psicologia_deporte3.pdf)

## ANEXO

En este material suplementario describimos las preguntas utilizadas en cada escala. Además, se presentan las variables sociodemográficas recolectadas.

### Escala KS-10 (calidad de vida)

Cada elemento se respondió en una escala de 1 a 5 puntos con las siguientes respuestas: «para nada», «un poco», «regular», «mucho», «muchísimo».

1. Bienestar físico: *¿Te has sentido lleno de energía?*
2. Bienestar psicológico: *¿Has estado de buen humor?*
3. Estado de ánimo y emociones: *¿Te has sentido triste?*
4. Autopercepción: *¿Te ha preocupado tu aspecto?*
5. Autonomía: *¿Has tenido suficiente tiempo para ti?*
6. Relación con los padres y vida familiar: *¿Te has sentido feliz en casa?*
7. Amigos y apoyo social: *¿Has podido confiar en tus amigos/as?*
8. Entorno educativo: *¿Te ha ido bien en los estudios?*
9. Rechazo social: *¿Se han reído de ti otros chicos/as?*
10. Recursos económicos: *¿Has tenido suficiente dinero para tus gastos?*

### Escala CESD-7 (tamizaje de síntomas depresivos)

Consta de siete ítems, para cada pregunta hubo una

posible respuesta puntuada de la siguiente forma: rara vez o nunca = 0; algunas veces o pocas veces = 1; ocasionalmente o en una moderada cantidad de días = 2; la mayor parte del tiempo = 3. Se especificó a los participantes que deberían responder en relación con la última semana.

1. *¿Sentía como si no pudiera quitarse de encima la tristeza?*
2. *¿Le costaba concentrarse en lo que estaba haciendo?*
3. *¿Se sintió deprimido/a?*
4. *¿Le parecía que todo lo que hacía era un esfuerzo?*
5. *¿No durmió bien?*
6. *¿Disfrutó de la vida?*
7. *¿Se sintió triste?*

### Variable «comorbilidades»

Se construyó mediante el autorreporte de las siguientes condiciones médicas: arritmias, hipertensión, asma, alergias a alimentos, alergias a medicamentos, alergias al polvo, alergias a la humedad, colesterol alto, triglicéridos altos, glucosa alta o diabetes, sobrepeso u obesidad, problemas musculares, problemas articulares, fracturas, anemia, caries, problemas de tiroides, problemas para ver de cerca, problemas para ver de lejos, problemas de audición, dolor de espalda, dolor de cabeza, estreñimiento, parásitos, tuberculosis y neumonía.