

259



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

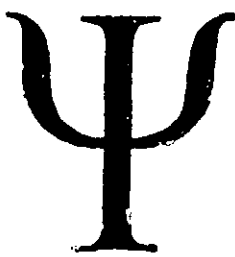
FACULTAD DE PSICOLOGIA

COMPARACION EN LOS ESTILOS DE AFRONTAMIENTO UTILIZADO POR DEPORTISTAS Y NO DEPORTISTAS EN LA VIDA COTIDIANA

0288014

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGIA PRESENTA: CARLOS ALBERTO VAZQUEZ VILLEGAS



DIRECTOR: LIC. ARTURO ISAÍAS ALLENDE F.
ASESOR: MTRO. JORGE...

ASESOR ESTADISTICO: PROFA. GEORGINA GAZANO R.



MEXICO, D. F.

2001

EXAMENES PROFESIONALES FAC. PSICOLOGIA.



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## Agradecimiento

A:

Lic. Arturo Isaias Allende F.

Mtro. Jorge Rogelio Pérez.

Mtro. Leonardo Reynoso E.

Mtro. Isaac Seligson N.

Lic. Noemí Barragán T.

Profa. Georgina Lozano R.

A mis compañeros (as) de la facultad  
que me apoyaron en todo momento.

Gracias por su apoyo y consejos.

Dedico el presente trabajo de tesis

A mis padres

José Félix Vázquez Robles  
María Lidia Villegas Ledesma

A mis hermanos

Silvia Vázquez Villegas  
José Luis Vázquez Villegas  
Félix Vázquez Villegas  
Sandra Vázquez Villegas  
Rosario Vázquez Villegas

A mis sobrinos

Yair  
Fernanda  
Mabel  
Sebastián  
Bruno

Mis cuñados

Marcos  
Amalia  
Ricardo  
Sergio

A toda mi familia, amigos (as)  
de toda la vida y mi novia Claudia

Gracias por todo su cariño, apoyo y sobretodo por creer en mi.

## INDICE

	<b>*Resumen</b>	
	<b>*Introducción</b>	
<b>Capítulo 1</b>	<b>Psicología de la Salud</b>	<b>1</b>
	Estilos de vida y salud	
<b>Capítulo 2</b>	<b>Estrés</b>	<b>6</b>
<b>Capítulo 3</b>	<b>Afrontamiento</b>	<b>12</b>
<b>Capítulo 4</b>	<b>Locus de Control</b>	<b>17</b>
<b>Capítulo 5</b>	<b>Apoyo Social</b>	<b>22</b>
<b>Capítulo 6</b>	<b>Efecto de la Actividad Física sobre la Salud</b>	<b>27</b>
	Beneficios psicológicos de la actividad física	
	Beneficios físicos de la actividad física	
<b>Capítulo 7</b>	<b>Actividad Física y Educación</b>	<b>34</b>
	La actividad física y el deporte en la niñez	
	La actividad física y la edad juvenil	
	La actividad física y la juventud adulta	
	La actividad física y la vejez	
	<b>*Justificación</b>	<b>39</b>
<b>Capítulo 8</b>	<b>Método</b>	<b>41</b>
	<b>*Procedimiento</b>	<b>53</b>
<b>Capítulo 9</b>	<b>Resultados</b>	<b>55</b>
<b>Capítulo 10</b>	<b>Conclusiones y Discusiones</b>	<b>66</b>
<b>Capítulo 11</b>	<b>Limitaciones y Sugerencias</b>	<b>70</b>
	<b>*Referencias</b>	<b>74</b>
	<b>*Anexo</b>	<b>81</b>

## Resumen

Se lleva a cabo una comparación entre los estilos de afrontamiento, redes sociales y locus de control que utilizan deportistas representativos y estudiantes de licenciatura de la Universidad Nacional Autónoma de México. Para la evaluación se utilizaron la Escala de Salud y Vida Cotidiana forma Breve "HDL" (Moos y cols, 1983) y la Escala Locus de Control (La Rosa, 1986); posteriormente se llevó a cabo un análisis de frecuencias, seguido de una "t" Test para muestras independientes, y finalmente se sometieron a un análisis de varianza factorial para identificar si existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, encontrándose diferencias estadísticamente significativas en algunas sub-escalas del HDL y en la de Locus de Control; por último se proponen algunas líneas de investigación relacionadas a los temas.

## Introducción

Uno de los aspectos importantes a resaltar dentro del campo de la salud, es la inserción que el psicólogo ha tenido en este desde hace algunos años, para lo cual se ha tenido que valer de todas las herramientas científicas disponibles para el cuidado del bienestar humano, de esta forma, vemos que la actividad física, el ejercicio y el deporte son parte fundamental para la conservación de la salud y la prevención de algunas enfermedades en cualquier etapa del desarrollo humano, además juega un papel destacable en la formación integral de las personas, siempre y cuando se lleve a cabo de una forma apropiada.

De tal forma que la actividad física, el ejercicio y el deporte son unas de las formas más importantes para mantener, cuidar la salud y sobre todo para evitar la enfermedad, ya que la actividad física constante produce efectos positivos tanto físicos como psicológicos en el ser humano, además, asumida con fines educativos y lúdicos, puede alcanzar un profundo sentido humanista y formativo si se encauza correctamente y se adapta a las condiciones vitales de quienes la practican; su contribución a la mejora de la calidad de vida es innegable (Roales-Nieto, G., J.1994).

Por lo que considero como una necesidad, crear una cultura real de la actividad física, el ejercicio y el deporte, comenzando desde etapas tempranas del desarrollo infantil, pasando por la adolescencia, hasta la vejez. Pero, para lograr este fin, debemos de incluirlos de una forma más efectiva dentro de los planes curriculares de todos los ambientes educativos, deportivos, recreativos y empresariales, y así, ayudar a la formación de un hábito saludable que pueda perdurar más tiempo en los individuos y que tenga una mayor resistencia al cambio, procurando que la actividad física sea parte fundamental de la vida.

De manera que se requiere de un gran esfuerzo, ya que el estilo de vida actual trae consigo problemas como la sobrepoblación con 2,698,425 nacimientos y solo 440,437 defunciones (INEGI, 1997), causando un gran hacinamiento, menos oportunidades de empleo, bajos salarios ya que el 35.3% recibe de 1 hasta 2 salarios mensuales en la nación (INEGI, 1999), lo cual implica estar soportando diariamente niveles altos de estrés; y que además, nos ha llevado a tener tiempo sólo para trabajar, dejando en un segundo plano la salud; por lo que considero como urgente un cambio en dichas reformas, debido a que las enfermedades relacionadas con el sedentarismo y principalmente con el estrés crónico se encuentran entre las primeras causas de mortalidad en México; por ejemplo, las enfermedades de tipo coronario son la principal causa de muerte; otra enfermedad que ha estado incrementando el número de muertes a nivel nacional es la diabetes mellitus que pasó del cuarto al tercer lugar en los últimos cuatro años; y las úlceras que ocupan el lugar número 19 según datos de la Dirección General de Estadística e Informática, Secretaría de Salud, (1998). Así vemos que éste tipo de enfermedades a consecuencia del estrés, como las de tipo coronario, podrían ser prevenidas con un estilo de vida saludable adquiriendo en edades tempranas; el hacer ejercicio de forma constante sería de gran ayuda.

Por tales motivos, en el siguiente trabajo de tesis se lleva a cabo una comparación en los estilos de afrontamiento utilizado ante situaciones estresantes de la vida con el fin de corroborar si el ejercicio físico (practicar un deporte) puede tener algún impacto positivo en los estilos de afrontamiento que utilizan los deportistas representativos de la UNAM ante situaciones estresantes de la vida cotidiana, en comparación con estudiantes que no practican ningún deporte; con el objetivo de comenzar a corroborar y a reportar información sobre estilos de afrontamiento, redes sociales y locus de control, así como su impacto en la salud en deportistas; y si existen diferencias con los sujetos que no practican un deporte. De tal forma que podríamos incluirla el ejercicio físico como terapias alternativas o a la par de otro tipo de terapias.

Por último, resalto el papel de los psicólogos no solo en el plan curativo, sino en el papel que desde mi punto de vista es el más importante, el de la prevención, en donde de nuevo la actividad física, el ejercicio, el deporte y la recreación sana, forman parte importante en el cuidado y mantenimiento de la salud.

Numerosas publicaciones se están dedicando a abordar este tema de salud en el hombre y consecuentemente los elementos relacionados con ella como son los conceptos de enfermedad, prevenciones, asistencia sanitaria, alimentación, ejercicio físico, etc.; por lo que se observa que la salud es una cuestión compleja donde intervienen muchas circunstancias sociales y personales (Jodra, P. 1995).

Sin embargo se ha observado en el presente siglo un cambio radical en las tasas de morbilidad y mortalidad un ejemplo de esto son las enfermedades asociadas con padecimientos de estrés, por ejemplo en México las enfermedades del corazón se encuentran de acuerdo con la Dirección General de Estadística e Informática, Secretaría de Salud 1998, como la primera causa de mortalidad; teniendo en tercer lugar la Diabetes Mellitus y las Ulceras Pépticas las encontramos en el lugar diecinueve. De esta forma el comportamiento desadaptativo del individuo y de la familia, parece estarse convirtiendo cada vez mas en un problema social. Con distintas nomenclaturas, desde distintos enfoques y a partir de diversas concepciones, son cada vez mas frecuentes los análisis que señalan la pérdida de la salud mental cuyas repercusiones van deteriorando y destruyendo el funcionamiento humano en prácticamente todas sus dimensiones (Sanchez & Singer, 1989). Por lo que se considera a la salud como un estado de completo bienestar físico, psíquico y social, y no meramente como ausencia de enfermedad (OMS, 1978).

Las diferencias culturales y sociales que existen en la población nos posibilitan un cumplimiento paralelo de las características que pueden ser tenidas como viables para la consecución de ese bienestar íntegro; y así, lo que para uno es patológico puede verse como algo sano y beneficioso en otros lugares. Incluso la conceptualización del término "salud" adquiere matices dependiendo de las estructuras culturales y sociales que se tomen. Los importantes avances que se generan en las disciplinas científicas posibilitan una vida cada vez más prolongada y con <<menos enfermedades>>; pero en una sociedad, el estrés de vida cotidiano y las prisas por triunfar y poseer un poderío forman un enganche en los ciudadanos, donde no hay tiempo para la relajación, el ejercicio o la comunicación adecuada entre personas, donde los medios publicitarios invaden el espacio buscando consumidores que devoren los productos; todo esto forma una sociedad que a pesar de los avances no adquirirá una salud y un bienestar social, y mucho peor todavía, las personas sufrirán una carencia de individuación que les lleve a estados de desequilibrio psico-físicos (Jodra, P. 1995).



De acuerdo con Taylor (1990), una gran parte del compromiso en la salud es mantener a las personas saludables más que esperar a tratarlas después de que llegan a enfermarse. La psicología comparte este rol con la medicina y otras disciplinas al cuidado de la salud, pero a diferencia de la medicina (la cual tiende a estudiar específicamente a la enfermedad), la psicología contribuye estudiando todo lo que se refiere a la conducta de enfermedades específicas y problemas específicos de salud. Entre las contribuciones psicológicas a la salud encontramos técnicas para cambiar conductas que han sido utilizadas en las enfermedades crónicas. De otra forma, cambiando las conductas que no son saludables, los psicólogos también han usado sus habilidades para aliviar el dolor y reducir el estrés, mejorando la complicidad con los consejos médicos, y ayudando a los pacientes y familiares a vivir con enfermedades crónicas.

Por lo tanto, es necesario incorporar dentro de las ciencias de la salud el componente social y el psicológico; de esta forma se pueden observar cuatro grupos de factores al comienzo y durante el transcurso de algunos problemas graves de salud como son: los estilos de vida saludables, los factores biológicos, las influencias ambientales y los servicios de cuidados de salud. Se ha observado que el estilo de vida (hábitos de comportamiento) explica más de la mitad de la variación de los datos. Estas conductas (patógenas) pueden ser, en principio modificadas y repercutir sobre el estatus de salud (Moos, 1977).

Prueba de ello es que en muchos problemas crónicos de salud la mayoría de las veces el individuo necesita aprender conductas nuevas o modos de comportamiento diversos, así como una reestructuración de su estilo de vida particular anterior, de manera que se adapte lo mejor posible a las secuelas psicosociales del problema de salud favoreciendo la rehabilitación y previniendo posibles recaídas (Moos, 1977).

Así, relacionando la medicina conductual y a la salud conductual, que son relativamente campos nuevos dentro del área de la psicología llamada psicología de la salud, que es una rama de la psicología que relaciona la conducta de los individuos y su estilo de vida que afecta a las personas en su salud física. Más específicamente, la psicología de la salud envuelve la aplicación de los principios psicológicos para bajar la presión sanguínea, controlar el colesterol, manejar el estrés, aliviar el dolor, dejar de fumar, moderar conductas de riesgo, animar a realizar ejercicio regularmente, así como chequeos dentales, etc. En resumen la psicología de la salud contribuye a identificar los

correlatos de salud, diagnosticando y tratando ciertas enfermedades crónicas, y modificando los factores conductuales involucrados en la rehabilitación física y psicológica (Brannon, L., y Feist, J., 1997).

Concretamente el término psicología de la salud se ha utilizando, desde finales de la década de los setenta, por un gran número de psicólogos para denominar la actividad de la psicología y de sus profesionales en el área de la salud y que se define como "la suma de las aportaciones docentes y de educación, profesionales y científicas específicas de la disciplina de la psicología para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos y diagnósticos de la salud, enfermedad y disfunciones afines y para el análisis y mejora del sistema para el cuidado de la salud, así como para la configuración de las políticas sanitarias". Ahora bien, dentro de la psicología de la salud son importantes los factores protectores y de riesgo los cuales incluyen todos aquellos comportamientos que promueven un estado de salud general, como por ejemplo seguir una dieta equilibrada, realizar actividad física, el no fumar, o el llevar puesto el cinturón de seguridad cuando se viaja en automóvil, etc. (Rodríguez, 1998); lo cual lleva al ser humano a mejorar su estilo de vida que es el conjunto de conductas, actitudes, concepciones y emociones que conforman el vivir cotidiano del individuo; en su casa, en su trabajo, en su escuela, en su comunidad, etc. (Sánchez Sosa, 1985), y que pueden ser pertinentes para el mantenimiento de su salud o que lo colocan en situación de riesgo para la enfermedad (Morales, 1997).

La actividad física apropiada a mostrado ser importante en el bienestar de los adultos en términos a largo plazo. Las actitudes y los hábitos establecidos en la infancia con respecto al ejercicio podrían tener consecuencias positivas a la larga (Labbe, E.; Welsh, C. 1993).

Así, las conductas de salud son importantes porque pueden fácilmente convertirse en hábitos de salud que son conductas relacionadas con la salud que están establecidas y arraigadas en el repertorio comportamental del individuo y que se ponen en marcha de una forma automática (Rodríguez, 1998).

Pueden distinguirse varios tipos de conductas de la salud o factores protectores, en función de su grado de vinculación o dependencia con respecto al sistema de salud: algunas conductas dependen enteramente del acceso del individuo al sistema de salud

como es el caso de las vacunas o de los exámenes periódicos. Estas conductas no pueden ser realizadas de forma individual y privada, sino que requieren la intervención directa de los profesionales sanitarios. Otro tipo de hábitos son frecuentemente recomendadas por los profesionales sanitarios, pero los individuos no solicitan la ayuda de éstos para ponerlas en práctica. Este tipo de conductas incluye que las personas por ejemplo conozcan formas efectivas de afrontar el estrés (Barragán, 1998).

### *ESTILOS DE VIDA Y SALUD*

A partir de 1970 en los países industrializados se inicia una era en la que propiamente se amplía el interés por la calidad de vida y se pone énfasis en la definición positiva de la salud (como ausencia de malestar físico, psíquico y social), en la medida en que ésta viene determinada por diversos tipos de conductas (por ejemplo, consumo de tóxicos, hábitos alimenticios, etc.), fallos en la organización social (p.ej., carencia de redes de apoyo social), factores económicos (p. ej., pobreza, mala alimentación), y factores del ambiente físico (p.ej., contaminación y degradación del medio). La especial influencia de los factores conductuales y ambientales viene corroborando las causas más frecuentes de enfermedades como los trastornos cardiovasculares, el cáncer, y otros trastornos psicofisiológico y psicosomáticos (Lemos, en Wenzel, 1982).

El término estilo de vida indica un patrón de comportamientos que puede conferir para diversas enfermedades o causas de muerte. No obstante, este concepto puede ser considerado desde una perspectiva tanto social como individual. Así, la OMS define al estilo de vida como una estructura social que mediatiza las interacciones de un individuo con los demás, entonces el estilo de vida representa un conjunto de conductas (relacionadas con la salud), de valores y actitudes adoptadas por el individuo en respuesta a su ambiente social, cultural y económico. De esta forma el elemento patogénico podría ser la combinación de diversos hábitos que configuran un patrón conductual (p. ej. el consumo de alcohol, tabaco, la mala alimentación o la exposición a estresores) la que proporciona el riesgo de enfermedad y no un solo comportamiento aislado (Wenzel, 1982).

Así, el estudio de los estilos de vida y su repercusión sobre la aparición de algunas enfermedades ha sido el centro de atención en diversos estudios longitudinales de la población en general, como son los proyectos *Alameda County* (Belloc, Breslow y Hochstim, 1971), el *Stanford Three Community Project* (Winkelstein y Marmot, 1981), o el

*North Karelia Project* (Puska *et al.*, Vienola, Kotthe, Salomen y Neittaanmak, 1981) y el *Cardia Study* (Scherwitz y Rugulies, 1992) según Wenzel, (1982).

Basándose en estudios longitudinales Berkman, Breslow y Wingard (1983) estudiaron en una muestra de 6 928 sujetos, con un rango de edad de 50 a 69 años de edad, la relación entre las variables como a) actividad física, b) consumo de tabaco, c) consumo de alcohol, d) obesidad, e) hábitos de sueño nocturno, f) desayuno diario y comer entre horas (entre comidas); el análisis de los resultados con respecto a la actividad física durante el tiempo libre, se aprecia que el riesgo de muerte aumenta cuanto menor es el ejercicio físico, en ambos sexos; las diferencias como podemos ver en el siguiente cuadro son significativas:

*Tasa de mortalidad (%) para varones y mujeres en un periodo de seguimiento de nueve años y medio (1965-1974), en función de la puesta en práctica de conductas de salud.*

Actividad Física	Varones	Mujeres
Actividad Mínima	12.4	9.1
Actividad Moderada	9.8	5.3
Actividad Frecuente	6.0	3.2

Los resultados han demostrado que, en todo el rango antes mencionado, cinco de los siete hábitos referidos han demostrado relación significativa con el riesgo de muerte. Tales hábitos son los siguientes: actividad física, consumo de tabaco, consumo de alcohol, relación talla/peso (obesidad) y hábitos de dormir, sin estar sustancialmente afectados por el estado de salud física.

Por otro lado Volden *et al.* (1990) refirió que los hombres puntúan mas alto en medidas de auto-aceptación, mientras que las mujeres lo hacen en medidas de nutrición, soporte interpersonal, ejercicio y responsabilidad de la salud. En cuanto a la edad, comprueba un incremento gradual en el interés por la nutrición y dieta con la edad, así como un aumento en la responsabilidad por la salud; un descenso en la práctica de ejercicio físico entre las edades de 25 - 54 años y un aumento entre las personas de 55 - 64 años, descendiendo de nuevo entre 65 - 74 años. Tomando como variable diferenciadora el ejercicio físico, en donde las personas que llevan acabo ejercicio puntúan más alto en la percepción de la salud, escalas de nutrición, auto-actualización, soporte interpersonal y manejo del estrés.

Un enfoque ecológico en las ciencias sociales, postula que la sociedad y las comunidades humanas son un complejo sistema de interdependencia análogo al ecosistema natural en biología. Así los biólogos definen al ecosistema como un conjunto formado por la interacción de los organismos entre sí y por los factores físicos y químicos de su ambiente (Díaz-Guerrero e Iscoe, 1984).

Por su parte Catalano y Dooley, (1977) en Ciencias de la Salud y Bronfenbrenner (1979) en Psicología han hecho importantes aportaciones al enfoque ecológico, en donde un precepto básico de éste enfoque postula que los patrones de conducta individual están condicionados por las características de su entorno físico, social y por las características de la comunidad en la que habita el individuo. Estas características comunitarias se convierten en la ecología social que interviene en provocar en el individuo y la comunidad un patrón de conducta dado. Esta ecología social se puede analizar con base en cuatro sistemas de impacto:

1. **Microsistema:** Está compuesto del ambiente inmediato en el que el individuo experimenta las interacciones voluntarias de su vida. Por ejemplo su casa, familia, amigos, etc.
2. **Mesosistema:** Representa las relaciones intersistema de importancia en el desarrollo humano. En otras palabras, los mesosistemas son los eslabones entre los microsistemas de los cuales el individuo forma parte.
3. **Exosistema:** Representa tanto las estructuras sociales formales como las informales (el mundo de trabajo, la escuela, los hospitales, las redes sociales informales, la distribución de bienes y servicios) que por sí mismos, no sólo contienen al individuo en su proceso de desarrollo, sino que imprimen o incluyen los escenarios inmediatos en los cuales se encuentra el individuo y que por lo tanto, influyen, delimitan aún determinan lo que pasa ahí.
4. **Macrosistema.** Asume los valores culturales y sistemas de creencias que existen en la comunidad y que afectan el proceso de desarrollo humano a través de su influencia sobre el desarrollo ontogenético.

Dado a que los individuos se encuentra en una constante interacción con el medio ambiente, es de gran importancia estudiar el papel que el estrés juega en el organismo

como resultado de esta interacción, así como sus consecuencias a largo plazo (Aduna, 1998).

Así, Folkman (1984) define al estrés como una relación entre la persona y el ambiente la cual es evaluada como rasando o excediendo sus recursos y dañando su bienestar; esta teoría distingue al estrés definido como un estímulo tal como un examen, un procedimiento médico aversivo, como producto de un conflicto intrapsíquico centrado en las necesidades, motivos, impulsos de un persona; o como una respuesta tal como la activación fisiológica o daño subjetivo. De esta forma el estrés tiene un relación particular entre la persona y el medio ambiente.

Para Norris, Murrell y Stanley (1987), el estrés no sólo es estable en el tiempo, también, es causado por la presencia de síntomas previos de tipo físico, psicológico e incluso social.

Barragán en 1998, también define al estrés como cualquier cosa que indique cambio en la vida de un individuo no importando si este cambio es positivo o negativo, el estrés se deriva de la interacción del individuo con su entorno, y surge en el momento en que la persona percibe su entorno o alguna situación interna o externa como algo amenazante que excede sus recursos y pone en riesgo su bienestar.

Entonces como menciona González, J. (1992) se puede observar que el estrés es un echo habitual en nuestras vidas y que no puede evitarse, ya que en cualquier cambio al que debemos adaptarnos representa estrés. Sin embargo, al pensar en hechos estresantes, siempre acuden a la mente sucesos negativos como daño, enfermedad o muerte de un ser querido, sin tener presente que un suceso positivo puede resultar igualmente estresante; así, cambiar de casa o ascender en el trabajo traen consigo el estrés de un nuevo status y de nuevas responsabilidades. Incluso enamorarnos puede representar, para algunas personas, el mismo grado de estrés que romper con una relación de ese tipo.

Existen algunas clasificaciones del estrés, algunas de ellas son las siguientes:

## **Estrés orientado al proceso**

Tiene dos significados en relación con la teoría cognoscitiva del estrés:

- La persona y el ambiente están en una relación dinámica que cambia constantemente
- Esta relación es bidireccional con la persona y el ambiente, cada uno actuando sobre el otro (Folkman, 1984).

## **Estrés ambiental**

- Definido comúnmente como circunstancias ambientales que demandan cambio y adaptación (Holmes y Masuda 1974; Selye, 1956).

## **Estrés emocional**

- Se distingue principalmente de otros estados negativos por su especificidad en relación con dos aspectos:
- esta determinado por circunstancias estresantes y amenazantes particulares del ambiente y
- es una condición que tiene límites claros y definidos más bien que un estado total y envolvente del organismo (Pearlin y Schooler, 1978).

Por su parte Lazarus y Folkman (1984) han señalado que el significado de un evento juega un papel central en determinar su impacto psicológico. Por ejemplo, están mas fuertemente asociados al estrés eventos de vida negativos o indeseables que eventos ambiguos o positivos.

Entonces el modo de interpretar y catalogar nuestras experiencias y el modo de ver el futuro puede servir tanto para relajarnos como para estresarnos (González, J. 1992).

La relación de los aspectos orientadas al proceso de la formulación de Folkman (1984) tiene importantes implicaciones con respecto a la manera en la cual las creencias sobre la evaluaciones o valoraciones del control personal son consideradas. La perspectiva relacional significa que el control debe ser visto en la relación particular de la persona y su medio ambiente en el cual está integrado. El proceso de orientación significa que la evaluación del control personal probablemente cambie durante una situación estresante como resultado de cambios en la relación persona-medioambiente.

Es decir, para Lazarus y Launier (1978) el rasgo sobresaliente de una respuesta a un estresor es la evaluación del individuo acerca de la situación.

Al igual que Folkman (1984) el significado de un evento es determinante para el proceso de evaluación cognitiva; así menciona que existen dos principales formas de evaluación:

*Evaluación o valoración primaria:* Que son juicios de una negociación irrelevante, positiva, o estresante. Una evaluación de una negociación irrelevante es cuando los juicios no tienen significancia para el bienestar, y una situación de evaluación positiva indica que una negociación no excede o excede los recursos personales e indica una consecuencia positiva y las evaluaciones estresantes pueden ser interpretadas como:

- **Pérdida:** Es un daño ya ocurrido, como la muerte de un familiar o un ser querido o una lesión accidental, o pérdida de la auto-estima.
- **Amenaza:** Esta también se refiere a un daño o pérdida, pero que es anticipado y que puede ser o no inevitable.
- **Desafío:** La oportunidad de crecer, lograr el dominio de algo o de obtener un beneficio. Difiere de las amenazas en su tono positivo aunque, como todo estresor, requiere de esfuerzos importantes de parte del individuo.

La evaluación de la pérdida y la amenaza han sido caracterizadas por emociones negativas, tales como enojo, temor, o resentimiento, a diferencia de el desafío donde la evaluación es agradable, emocionante o de anhelo (Folkman, 1984).

*Evaluación o valoración secundaria:* Que es la evaluación de los recursos y opciones de afrontamiento. Estos incluyen recursos físicos (salud, fuerza, vitalidad,



energía), sociales (sistema de redes sociales de quienes pueden obtener información, o apoyo emocional), psicológicos (creencias, habilidades para resolver problemas, auto-estima), y materiales (recursos tangibles como dinero, herramientas, y equipo) que son evaluados con respecto a las demandas de la situación.

De esta forma, un modelo que explica la relación de los eventos de vida como estresores y su impacto en provocar desórdenes psicológicos es el propuesto por Dohrenwend, Krasnoff y Askenasy (1978). Dichos efectos son los siguientes:

- **Crecimiento:** Los individuos usan el evento estresante de vida para un cambio en el desarrollo psicológico ulterior.
- **Status Quo:** Los individuos regresan a su estado psicológico pre-estrés.
- **Psicopatología:** La relación de estrés persiste y parece ser autosostenida.

Por su parte Wethington y Kessler (1986) realizaron estudios con el objeto de determinar y analizar los factores que mitigan el impacto del estrés en los procesos de enfermedad física y/o psicológica en las personas, encontrándose con mayor frecuencia las conductas de afrontamiento y el apoyo social como factores mitigantes.

Los recursos personales y ambientales están relacionados con el hecho de permanecer saludables durante períodos de vida estresantes. El afrontamiento se ha definido como cualquier intento para dominar una nueva situación que puede ser amenazante, frustrante o desafiante. Son esfuerzos cognoscitivos y conductuales para dominar, reducir o tolerar las demandas internas o externas que son creadas por el evento estresante (Moos, 1977).

Existen muchos conceptos para definir al afrontamiento, en este trabajo no expondremos todas las definiciones, mas bien nos enfocaremos a la propuesta de Folkman y Lazarus (1980) y Lazarus y Launier (1978), por considerarla como la mas sencilla de explicar y entender:

- **Afrontamiento:** "Son los esfuerzos cognitivos y conductuales para dominar, reducir o tolerar las demandas internas y/o externas que son creadas por la transacción estresante".

Un importante rasgo de esta definición es que el afrontamiento es definido independientemente de su respuesta, esto significa que el afrontamiento se refiere a los esfuerzos para manejar las demandas sin tener en cuenta el éxito de esos esfuerzos, de esta forma la efectividad de cualquier estrategia de afrontamiento dada no es inherente en el resultado (Folkman, 1984).

Lazarus (1966) y Moos (1977) clasifican y describen tres diferentes estrategias generales de afrontamiento.

- **Afrontamiento Cognitivo-Activo:** Se refiere a los intentos que hace el individuo para analizar su evaluación sobre la dificultad del evento.
- **Afrontamiento Conductual-Activo:** Se refiere a las conductas que ha llevado a cabo el individuo para tratar directamente con el problema y sus efectos.
- **Evitación del Afrontamiento:** Se refiere a evitar confrontar activamente el problema o de reducir indirectamente la tensión emocional por medio de conductas como fumar o comer más.

La investigación sobre afrontamiento ha señalado que una de las funciones de éste es la regulación de la emoción que provoca un estresor (Moos, 1977; McCrae, 1984). Por otro lado, se ha enfatizado que la función del afrontamiento en la solución de problemas es la facilitación de la toma de decisiones y/o la acción directa para remover los estresores (Averill, 1973; Silver y Wortman 1980a).

Por lo que el afrontamiento tiene principalmente dos funciones, el de regulación enfocada a la emoción y enfocada a el problema:

**Afrontamiento enfocado a la emoción:** (regulación de la emoción o estrés) Este tipo de afrontamiento puede ser usado, por ejemplo para alterar el significado de una situación y, por lo tanto, realizar el sentido de control del individuo sobre el estrés (Averill, 1973; Silver y Wortman, 1980a). Son respuestas cognoscitivas cuya finalidad es analizar las consecuencias emocionales de los estresores y ayudar a mantener el equilibrio emocional. Algunos ejemplos de este tipo de afrontamiento podría ser tratar de ver el lado bueno de la situación, o tratar de olvidar por completo las cosas (Folkman, 1984).

Así, podemos ver que formas de afrontamiento enfocadas a la emoción se incrementan en situaciones que son evaluadas no amenazantes para cambiar (Folkman, 1984), presentando conductas de afrontamiento como distanciamiento, auto-control búsqueda de apoyo social, escape- evitación , responsabilidad de aceptación y evaluación positiva (Folkman, Lazarus, Gruen, DeLongis, 1986).

**Afrontamiento enfocado al problema:** (búsqueda de información, conducta(s) dirigida(s) a resolver problemas que están causando estrés) Es el manejo del problema que esta causando la aflicción o la situación estresante (Folkman, 1984). El afrontamiento enfocado al problema se usa para controlar la relación problematizada persona-ambiente a través de resolución de problemas, toma de decisiones y/o acción directa. Son intentos por modificar o eliminar las fuentes de estrés a través de la propia conducta (Antonovsky, 1979, Lazarus, 1980; Pearlin y Scholer, 1978). Algunos ejemplos de este tipo de afrontamiento serían crear un plan de acción y seguirlo, levantarse y pelear por lo que uno ha querido (Folkman, 1984).

Por otra parte las formas de afrontamiento enfocado al problema incrementan en situaciones que son evaluadas cambiantes, en consecuencia llevan a cabo el potencial de control (Folkman, 1984), estas formas de afrontamiento incluyen esfuerzos agresivos

interpersonales para alterar la situación, en los mejores casos la racionalidad y esfuerzos deliberados para resolver el problema (Folkman, Lazarus, Gruen, DeLongis, 1986).

De esta forma Folkman y Lazarus (1980) han mostrado que ambas formas de afrontamiento son usadas en la mayoría de los encuentros estresantes y que la relativa proporción de cada una varía de acuerdo en como es valorado dicho encuentro o situación estresante.

Para Folkman, Lazarus, Gruen, DeLongis, (1986) la evaluación cognitiva y el afrontamiento son variables transaccionales, por lo cual se refieren no solo al medio ambiente o a la persona, sino a la integración de ambas en una transacción dada. Una evaluación de amenaza es una función de condiciones específicas del medio ambiente que son evaluadas por una persona en particular, con características psicológicas particulares. Similarmente, el afrontamiento consiste, en pensamientos y conductas particulares que una persona usa para manejar la demanda de una situación particular del medio ambiente de la persona y que tiene relevancia para su bienestar. Así el tipo de afrontamiento varía dependiendo de cual es el riesgo (valoración primaria) y cuales son las opciones de afrontamiento (valoración secundaria). De esta forma el proceso de afrontamiento debe ser caracterizado por lo menos como un moderador de estabilidad a través del cual los encuentros estresantes tiene un impacto en el estado adaptacional.

Con respecto al afrontamiento, Folkman, Lazarus, Gruen, DeLongis, (1986) sugieren que los esfuerzos del afrontamiento a través de diferentes tipos de situaciones son mas variables que estables, Folkman y Lazarus (1980), Pearlin y Scholer, (1978), encontraron que las personas eran mas variables que estables en el uso relativo de afrontamiento enfocado a la emoción a través de diferentes situaciones estresantes. Lo que Folkman, Lazarus, Gruen, DeLongis, (1986) sugieren que la evaluación y el procesos de afrontamiento puede no ser caracterizado por un alto grado de estabilidad.

Así, Lazaru y Folkman (1984b) sugieren tres formas a través de la cuales el afrontamiento podría afectar adversamente el estado somático de salud; primero, el afrontamiento puede influenciar en la frecuencia, intensidad, duración y en el patrón de respuestas neuroquímicas; segundo, el afrontamiento puede afectar la salud negativamente cuando envuelve al sujeto en el uso excesivo de sustancias dañinas como el alcohol, drogas o tabaco; y tercero, cuando envuelve a las personas en actividades de alto riesgo para la vida o perjudica a la salud, impidiendo adquirir conductas adaptativas relacionadas con la salud/enfermedad.

De esta forma para Folkman, Lazarus, Gruen, DeLongis, (1986) encontraron relaciones significativas entre evaluación, afrontamiento y salud somática, la cuales indican en su trabajo que la mayoría de lo sujetos que tomaron las situación estresante como amenazante, mas pobre fue su status de salud, en contraste con los que se sintieron a la situación como un desafío los cuales reportaron un mejor status de salud.

Por su parte, Udry (1997) encontró que el estilo de afrontamiento mas utilizado en atletas lesionados fue el conductual, demostrando es su investigación que este tipo de afrontamiento es predictor de adherencia en la rehabilitación, y que ciertos tipo de recursos psicosociales como el afrontamiento y el apoyo social son ligados positivamente con respecto a la adherencia en las rehabilitaciones.

Es importante mencionar que algunos autores como Paul M. V., Bezzubik, I., Daley, L., Marjatta E. A. (1985) han relacionado el constructo locus de control con las conductas de afrontamiento de los individuos.

Por lo que en los últimos años ha habido un incremento en la convicción de que las creencias sobre el control personal están fuertemente implicadas sobre el estrés y el afrontamiento; pero aún no es claro como las creencias influyen en el estrés y el afrontamiento. En antiguas investigaciones se asumió, que creyendo en que uno tiene el control sobre las respuestas aversivas se reduce el estrés; y creyendo que si uno tiene poco o ningún control sobre las situaciones estresantes incrementa el estrés, aunque se ha llegado a ser claro en el sentido de que creyendo que un evento es controlable no siempre lleva una reducción en el estrés, y creyendo que un evento es incontrolable no siempre lleva un incremento en el estrés (Folkman, 1984).

Así una importante distinción debe ser hecha entre creencias sobre el control y control de la evaluación por un lado; y por otro lado el control como un proceso de afrontamiento. Así las creencias generalizadas sobre el control y evaluación del control son factores cognitivos que influyen la evaluación de amenaza o un desafío en una situación estresante particular; y el control como un proceso que se refiere a esfuerzos cognitivos y/o conductuales para buscar control en la misma situación estresante (Wong y Sproule, 1983).

De esta forma para Anderson, C. (1977) el control interno se refiere a todos aquellos individuos quienes creen que sus reforzamientos son contingentes sobre su propia conducta, sus capacidades o atributos; esto es, la relación usualmente sigue el argumento de que los individuos quienes atribuyen las responsabilidades de su propia ejecución o conducta (ellos mismos), tienden a asumir que pueden causar ciertos cambios en su medio ambiente, lo cual les deja un incremento en la motivación para acciones futuras; por otro lado, el control externo se refiere a los individuos que creen que el reforzamiento no está bajo su propio control, mas bien se encuentra bajo control de otras personas poderosas, la suerte, las oportunidades, el destino. La razón usualmente sigue el argumento de que los individuos quienes atribuyen su responsabilidad a sus ejecuciones, tienden a asumir que ellos mismos pueden causar ciertos cambios en su medio ambiente (ellos aplican ciertos patrones de decisión), lo cual los lleva a un incremento en su motivación. De igual forma para el autor el locus de control variable impacta sobre la ejecución o conducta a través de su interacción con patrones de decisión

o patrones de conducta; de esta forma existe evidencia que hace pensar que la experiencia de la ejecución impacta en el locus de control.

Phares (1973) argumenta que las tendencias internas tienden a incrementar las aspiraciones después de los éxitos y a decrementarlos después de los fracasos. Así esta hipótesis sugiere que el constructo locus de control puede ser alterado dependiendo de los resultados de nuestras tomas de decisiones.

Otra definición similar es el propuesto en el artículo original de Rotter en 1966 en el cual el locus de control se refiere a la magnitud con la cual los individuos creen que ellos pueden controlar los eventos que les afectan. Así una variable importante que determina la conducta, es la esperanza que uno tiene de un reforzador como consecuencia de sus respuestas, de esta forma un individuo podría percibir reforzamiento como dependiente de su propia conducta (control interno) o dependiente de la oportunidad o la suerte (Rotter (1966), por lo que individuos con un elevado locus de control interno creen que los eventos resultan principalmente de sus propias conductas y acciones, a diferencia de aquellos que registran un elevado locus de control externo quienes creen que están bajo la influencia de personas poderosas, el destino o que la suerte determina sus eventos; aquellos con un elevado locus de control interno tienen mejor control sobre sus conductas y tienden a exhibir un repertorio más amplio de conductas que los que tienen un locus de control externo; también es más probable que intenten influenciara a otras personas y que asuman que sus esfuerzos serán más exitosos en un futuro.

De esta forma podemos resumir que para Rotter:

- Locus de control externo: Cuando las consecuencias de las conductas resultan de fuerzas externas al propio control del individuo
- Locus de control interno: Cuando las consecuencias resultan de los esfuerzos y de las habilidades personales

Se observa que para Rotter considera el constructo locus de control unidimensional, en que los polos del "continuum" representaría, respectivamente, la máxima internalidad y la máxima externalidad. Cuanto más interna es una persona menos externa será, y reciprocamente, cuanto más externa, menos interna será.

Así podemos ver que en opinión de diferentes autores ( *locus de control*, Rotter, 1975; Wallston y Wallston, 1982; *auto-eficacia*, Bandura, 1977; *deseo de control*, Burger, 1985; *sentido de control*, Langer, 1983; Rodin, 1986; Schulz, 1976); las distintas manifestaciones de control han demostrado relación predictiva con la salud y riesgo de enfermedad. La pérdida de control y su repercusión negativa sobre el estado de la salud ha sido objeto de investigaciones en la vejez. De esta forma, en el sentido de cambios en el trabajo y lugar de residencia afectan necesariamente a los lazos sociales, al igual que sucede con otros acontecimientos vitales; sin embargo cuando la persona puede participar en algunos aspectos de esta perturbación, la probabilidad de que tenga consecuencias negativas sobre la salud puede reducirse (Buendía, J. 1994).

Krantz y Schulz (1980) refieren que cuando los ancianos son reubicados geográficamente, la morbilidad generalmente son mucho menos pronunciadas si se les permite elegir cuándo y a dónde van a mudarse o participar en diversos aspectos de la organización de la nueva vida.

Pero el sentido de control a parte de ser característica del sujeto, también es producto de ambiente como lo comenta el trabajo de Langer y Rodin (1976), en donde ofrecieron información sobre los cambios organizativos mediante los cuales un grupo de ancianos convalecientes en sus hogares podrían tener mas control sobre los sucesos cotidianos; tras 18 meses de seguimiento, presentaron una mejoría física significativamente mayor que otro grupo que solamente fue supervisado y cuidado por el staff. En los 18 meses sólo el 15% de los sujetos objeto de la intervención fallecieron, comparativamente con el 25% de tasa de mortalidad observada en los 18 meses precedentes, en el mismo periodo, el 30% del grupo control falleció.

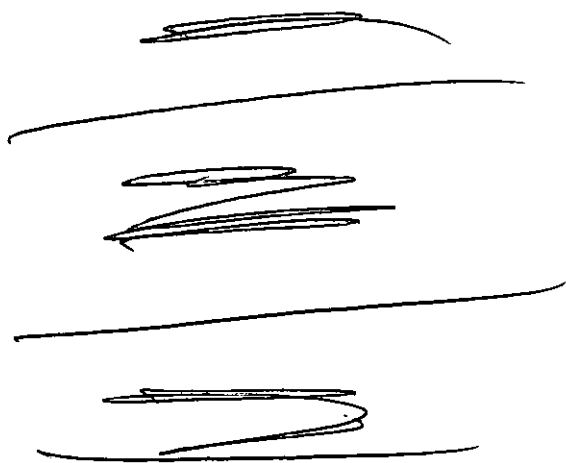
Por otra lado Labbe, E.; Welsh, C. en 1993 llevaron acabo una investigación con 124 niños de cuarto y quinto año de primaria, para evaluar los efectos físicos y psicológicos de un programa de ejercicio aeróbico. En donde los niños fueron asignados aleatoriamente para introducirlos en un programa de educación física normal o para incluirlos en un entrenamiento aeróbico tres días a la semana durante ocho semanas (corredores). Evaluaciones pre y post después de seis meses se llevaron a cabo de reducción de grasa, pulso cardiaco en reposo, flexibilidad, y tiempo en carrera de 800 metros para evaluar los efectos físicos, evaluando también mediante cuestionario la auto-motivación, locus de control y auto-eficacia y evaluar así los efectos psicológicos. Los



resultados indicaron después de seis meses diferencias estadísticamente significativas entre el grupo que se involucró en el entrenamiento aeróbico y el grupo que estuvo en el programa de educación física normal (control), en donde la media del grupo control fue mas baja que el grupo que estuvo en tratamiento aeróbico en la escala de salud de locus de control. A pesar de que un mejoramiento en la salud con respecto al locus de control fue evidente en el grupo control, este cambio no fue mostrado hasta después de seis meses posteriores a la primera evaluación. Para los autores, esto sugiere que los cambios en la internalidad con respecto al locus de control podrían tomar un largo tiempo para desarrollarse; aunque la participación en ejercicio aeróbico podría no producir cambios globales en las funciones psicológicas, cambios específicos si pueden ocurrir, esto incluye un mejor locus de control interno o auto-eficacia por mencionar algunos.

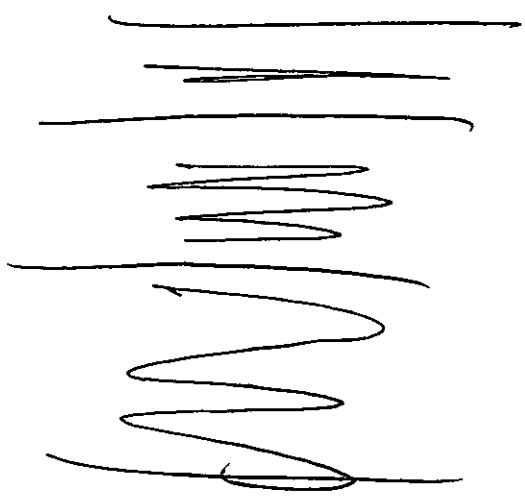
Por otro lado, hipótesis planteadas por autores como Lynn, Phelan, y Kiker (1969) hace referencia a los adolescentes que participan en equipos deportivos (de conjunto) ya que serían mas internamente orientados que aquellos que participan en deportes individuales o que no participan en un deporte. Sin embargo los datos de su investigación no demuestran que los sujetos que practican un deporte en conjunto en alguna forma facilitan el control interno. Resultados de la investigación de Raymond (1973) no apoyan la hipótesis de Lynn, Phelan, and Kiker, ya que los sujetos que participan en deportes individuales obtuvieron mayor internalidad, además, los individuos que no participan en un deporte obtuvieron los puntajes mas altos con respecto a locus de control interno; de esta forma el autor menciona que es probable que los sujetos que participan en deportes individuales estén mas internamente orientados, ya que su éxito depende exclusivamente de su propia actuación, cuando en los equipos en conjunto en cierta forma cuentan con la actuación de sus compañeros de equipo para alcanzar el éxito, lo cual de alguna forma deja el control fuera de ellos.

Otros trabajos como el de Paul M. V., Bezzubik, I., Daley, L., Marjatta E. A. (1985) hacen ver la importancia del ejercicio en las personas discapacitadas, ya que llevaron a cabo una investigación en donde evaluó el locus de control y auto-estima comparando a sujetos discapacitados que no practican deporte y a atletas discapacitados; encontrando que los atletas discapacitados obtuvieron puntajes significativamente mas altos en auto-estima, exhibieron mejor satisfacción y felicidad ante la vida, sin embargo los atletas presentaron puntajes mas altos en locus de control externo que los no-atletas, además no encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto al sexo.



**CAPÍTULO 5**

***Apoyo Social***



La literatura ha documentado que el apoyo social juega un papel determinante en los individuos en las reacciones ante el estrés (Cobb, 1976).

Amplios problemas han sido disputados concernientes a, si el apoyo social sirve solo como amortiguador en contra de los efectos estresantes de la vida, o si el apoyo social mejora la salud bajo condiciones de alto y bajo estrés (Cutrona, 1984).

Algunas personas reaccionan mejor que otras para afrontar el estrés; existen quienes tienen mejores recursos personales para afrontarlo, y uno de los mejores recursos personales parece ser el apoyo social de los miembros de la familia, amigos y de las personas que proporcionan el cuidado de la salud (Brannon, L., y Feist, J., 1997).

Dohenwend, Krasnoff y Askenasy (1978) mencionan que los apoyos sociales sirven como factores que protegen a los individuos de consecuencias fisiológicas o psicológicas derivadas de la exposición a situaciones estresantes y que pueden disminuir el estrés psicológico.

El Apoyo social por su parte se ha definido como información que lleva a las personas a creer que son amadas, estimadas y que forman parte de una red de comunicación y de obligación mutua (Cobb, 1976).

Aunque como menciona Cutrona (1984) pocos es conocido sobre la relativa importancia que tiene diferentes tipos de apoyo (por ejem. apoyo, aliento, consejo o ayuda tangible) o de diferentes recursos del apoyo (por ejem. la familia, amigos, compañeros de trabajo) para hacer frente al estrés.

Brannon, L., y Feist, J., (1997) dan una definición general de apoyo social que se refiere a una variedad de apoyos materiales y emocionales que una persona recibe de otras.

Por otro lado Caplan (1974) define los sistemas de apoyo social como conjuntas sociales continuos (principalmente interacciones continuas con otro individuo, una red, un grupo o una organización) que proporciona a los individuos oportunidades de retroalimentación acerca de ellos mismos.

De acuerdo con Caplan, las personas involucradas en el sistema de apoyo social:

- ayuda a los individuos a movilizar sus recursos psicológicos;
- comparten sus tareas;
- les proporcionan recursos tangibles o habilidades y/o les proporcionan entendimiento cognoscitivo y guía que puede mejorar el manejo de la situación.

Jacobson (1986) propone una clasificación de tipos de apoyo social:

- **Apoyo emocional:** Se refiere a la conducta que favorece sentimientos de confort y lleva a un individuo a creer que es admirado, respetado y amado y que otros están disponibles para proporcionarle cuidado y seguridad.
- **Apoyo cognoscitivo:** Se refiere a la información, conocimiento y/o consejo de otros que ayudan al individuo a entender su mundo y ajuste a los cambios dentro de él.
- **Apoyo material:** Se refiere a las bondades y servicios que le ayudan a resolver problemas.

Aunque la mayoría de la investigación en esta área a utilizado medidas cuantitativas de recursos sociales como el número de amigos o si pertenecen a un club u organización (Billings y Moos, 1981), para Holahand y Moss (1981) mencionan que la calidad del apoyo derivado del as relaciones sociales podría también estar asociada con una adecuado funcionamiento del individuo.

Así también, el problema se ha hecho mas complejo ya que diferentes aspectos del apoyo social parecen ser mas cruciales para afrontar en diferentes tipos de situaciones estresantes Billings y Moos (1982).

Por su parte Weiss's, R., (1974) propuso un modelo de la variedad de medios o recursos que se pueden obtener de las relaciones con otros.

Este tipo de recursos propuestos por Weiss's son:

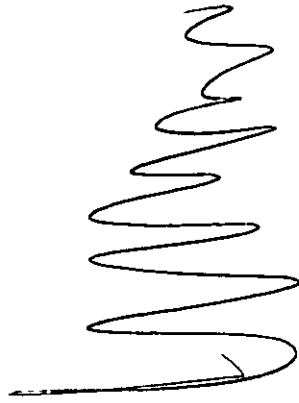
- *unión* proporcionada por una relación íntima donde la persona recibe un sentido de seguridad.
- *integración social* proporcionada por una red de trabajo en una relación en la cual comparten intereses e inquietudes o miedos.
- *oportunidad de crianza y nutrición* derivada de la relación donde la persona es responsable del bienestar de otros.
- *seguridad en el trabajo* proporcionada por la relación donde las destrezas y habilidades de las personas son reconocidas.
- *alianza fiable* derivada de la relación donde la persona puede contar con la ayuda de alguien en cualquier circunstancia.
- *guía* proporcionada por la relación con individuos de confianza que pueden proporcionarte consejo.

Por otro lado Brown y Harris (1978) encontraron que las personas que no buscan apoyo social cuando están estresadas expresan rechazo para discutir sus problemas con otros. También la asertividad influye para que las personas tengan mas intercambios de apoyos sociales ya que las personas asertivas desarrollan confianza y satisfacción en su habilidad para interactuar efectivamente con otros. (Masters y cols.; 1987). Los que no son asertivos no tienen confianza en sus sentimientos, creencias y opiniones (Jakubowski – Spector, 1973) y es menos probable que sean directos en situaciones sociales no placenteras (Pitcher y Meikle, 1980).

En cuanto al apoyo social y deportistas, se han llevado a cabo trabajos con relación a las lesiones deportivas. Como por ejemplo Festinger (1954) en donde formuló la teoría de la comparación social, en donde sugiere que es mas probable que los atletas busquen apoyo para tratar sus dolores y las lesiones con otros en circunstancias similares; así, es probables que los coaches, entrenadores atléticos, o compañeros de equipo sean alguien con significancia en el apoyo en la redes de los atletas.

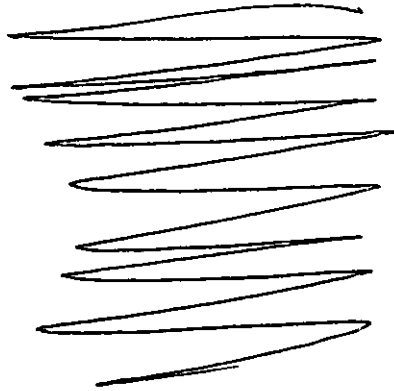
Así, para Albrecht y Adelman, (1987b) asumen que los atletas buscan apoyo en formas de guía, entendimiento, confianza y tratamiento dentro de su ambiente deportivo o en las lesiones sufridas por el juego. De esta forma cuando los apoyos son considerados suficiente, debería de dar a los atletas un mejor sentido y un sentimiento de que lo que están haciendo es apropiado (Nixon II , Howard L., 1994).

De esta forma Petrie, (1993) menciona que bajos apoyos sociales en jugadores experimentan una mayor incidencia de lesiones en altos niveles de estrés de vida.



## **CAPÍTULO 6**

### ***Efecto de la Actividad Física en la Salud***



Para Marquez. S. (1985) un cuerpo que no se mueve se aniquila, envejece mas rápidamente y da lugar a la disminución de las facultades mentales. La obesidad, arteriosclerosis, las afecciones cardiovasculares, la hipertensión y las deformaciones de la columna vertebral; los médicos afirman se deben todos a lo mismo, la falta de movimiento. Uno de los mejores medios para mantenerse en buena salud es dedicarse con regularidad a una actividad física. Así, Caspersen, Powell y Christenson, (1985) mencionan las siguientes definiciones:

*Actividad física:* es todo movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos y que produce un gasto de energía medido usualmente en calorías.

*Ejercicio:* es una actividad planeada, estructurada y repetitiva con el objetivo de adquirir, mantener o mejorar determinados aspectos o niveles físicos.

*Forma física:* es la capacidad de llevar a cabo las tareas diarias de una forma adecuada, sin fatigarse, y disponiendo de reservas energética suficiente para disfrutar de las actividades de ocio y para poder resolver situaciones imprevistas que requieran un esfuerzo suplementario.

Así, las respuestas de estrés consta de componentes psicológicos, conductuales y fisiológicos. Desde un punto de vista psicológico, estos son irritabilidad, ansiedad, pérdida de concentración y capacidades perceptivas disminuidas. Desde un punto de vista conductuales puede ser aparición de temores, pérdida del sueño y pérdida de las capacidades verbales. Los síntomas fisiológicos son los propios de una reacción de alerta: dilatación de pupilas, incremento en la frecuencia cardiaca y de la presión sanguínea también tensión muscular junto con un incremento de los niveles de catecolaminas y corticoesteroides. Si esta reacción del estrés ocurre con cierta frecuencia, pueden aparecer enfermedades psicosomáticas, como úlceras, alteraciones de las arterias coronarias, accidente cerebro-vascular, migrañas, etc. (Matheny, Aycock, Pugh, Curlette y Cannella, 1986).

De esta forma es importante demostrar teórica y dinámicamente como el ejercicio puede tener un papel importante a la hora de enfrentarse al estrés, ya que hace descender los niveles de activación, ayudándole a la persona a pensar tranquilamente y actuar de una manera más racional. También se ha abordado la posibilidad del ejercicio como medida protectora de la salud, en tanto en cuanto reduce la reactividad del



organismo ante acontecimientos estresantes de la vida, como pueden ser un divorcio o una muerte en la familia. La actividad física contribuye a mantener la salud y a incrementar la calidad de vida y por tanto no solo mejora la salud física y mental sino que puede hacer descender la mortalidad y mejorar la esperanza de vida. Existen evidencias claras de que la realización de actividad física de forma regular como hábito saludable en niveles apropiados puede añadir vida a los años y años a la vida; así, el ejercicio y el deporte contribuyen al mantenimiento de la salud física, favoreciendo la salud mental y por lo tanto la aparición de sus desórdenes (Marquez, S., 1985).

El ejercicio es una de las formas más sencillas y efectivas de reducir el estrés, constituyendo una descarga natural para el organismo cuando este se encuentra en el estado de excitación que provoca la actividad física; después de la realización de la actividad física el organismo regresa a su estado normal de equilibrio, produciendo en el individuo una sensación de sentirse fresco y relajado (Davis, M., McKay, M., Eshelman, E. 1985).

En muchos estudios realizados se ha llegado a dar una posible explicación a los efectos de una actividad física planeada en el sentido de aumento de la eficacia, ya que la percepción de las propias capacidades afecta en cómo los sujetos se comportan, a su nivel de motivación y sus patrones de pensamientos, así, los incrementos en la auto-eficacia parecen estar relacionadas con un enfrentamiento efectivo (mayor persistencia e intentos más activos para resolver los problemas); de manera que los sujetos condicionados aeróbicamente utilizan técnicas de enfrentamiento más efectivas para hacer frente al estrés que los no condicionados aeróbicamente (O'Leary, 1985).

Actividades como andar, correr, montar en bicicleta y nadar se han considerado apropiadas para reducir el estrés (Berger y Owen, 1983). Algunos autores sostienen que para que el ejercicio sea efectivo reduciendo el estrés debe tener las siguientes características: aeróbico, de baja intensidad, libre de competencia además de ser repetitivo.

En algunos estudios se ha planteado que ejercicios de baja intensidad, tales como caminar, subir escaleras o trabajar en el jardín, puede ser potencialmente benéficos desde el punto de vista psicológico para personas que están iniciando y cuya forma física no es buena, para aquellos con algún nivel de incapacidad e incluso para las personas de la tercera edad. (Weyerer y Kupfer, 1994). Sexton, Maere y Dahal, 1989 concluyeron en

una de sus investigaciones que la práctica de ejercicio no intenso de forma regular, durante 30 minutos varias veces a la semana era efectivo en el tratamiento de la depresión y la ansiedad.

De esta forma podemos ver que existen diversas investigaciones en donde se ha utilizado el ejercicio físico como una terapia alterna en el tratamiento de enfermedades de tipo mental; como por ejemplo podemos citar a Faulkner, G., y Sparkers, A., 1999, quienes llevaron a cabo un estudio etnográfico en un hostel de Londres con individuos con esquizofrenia, a quienes se les implementó un programa de ejercicio de 10 semanas asistiendo 2 veces a la semana; en la investigación se evaluó la influencia que tuvo el ejercicio tanto en las vidas de los participantes como en la salud mental de los mismos, también se exploraron los mecanismos del cambio. Los hallazgos indicaron que el ejercicio tiene el potencial para ayudar a reducir las alucinaciones auditivas, a incrementar la auto-estima, y a mejorar los patrones de sueño y de conducta en general; concluyendo en su estudio que el proceso de ejercicio que proporcionó distracción e interacción social, mas que el ejercicio físico en sí, tuvo mucha influencia en los beneficios encontrados, recomendando fuertemente la inclusión del ejercicio como un tratamiento adjunto en la rehabilitación psicoterapéutica.

Por su parte Craft, L., y Landers, D., 1998 realizaron un meta-análisis con 30 estudios sobre el efecto del ejercicio en la depresión clínica y en la depresión resultante de la enfermedad mental, donde se encontró que los programas de ejercicios que tienen una duración de 9 a 12 semanas mostraron reducciones más grandes en la depresión que los programas de ejercicios con duración de 8 semanas o menos. Otro dato importante que encontraron fue el efecto del medio ambiente, es decir, el ejercicio fue más efectivo cuando este fue llevado a cabo en el laboratorio, seguido de quienes se ejercitaron en casa o en el centro de tratamiento, también concluyeron que los programas de ejercicio de tipo aeróbico y de tipo anaerobio fueron efectivos en aliviar la depresión clínica, en donde correr produjo el más grande efecto, sin embargo este efecto no fue significativamente diferente del efecto producido por el ejercicio anaerobio; también encontraron que el grupo de individuos quienes estaban severamente deprimidos se beneficiaron mas que los del grupo que estaban medianamente deprimidos; así, el Meta-análisis demostró que el ejercicio comparado con otras intervenciones tradicionales resultó ser tan efectiva como la psicoterapia individual, grupal e intervenciones conductuales, concluyendo que es alentador si el ejercicio es tan efectivo como otras

terapias tradicionales, especialmente considerando el tiempo y costo que involucra otros tratamientos como la psicoterapia.

Por su parte Etnier, J., Salazar, W., Landers, D., Petruzzello, S., Han, M., y Nowell, P. en 1997 llevaron a cabo un Meta- análisis con 134 investigaciones, para determinar la influencia de la capacidad física y el ejercicio en las funciones cognitivas, encontrando que el ejercicio estable y duradero tiene un pequeño impacto positivo en las funciones cognitivas, también encontraron que puede causar un incremento en las funciones cognitivas en individuos sedentarios, concluyendo así, que el ejercicio leve y duradero benefician las ejecuciones cognitivas.

### *BENEFICIOS PSICOLOGICOS DE LA ACTIVIDAD FÍSICA*

Existe mucha literatura acerca de los beneficios de la práctica de actividad física vigorosa, como por ejemplo: mejora la autoconfianza, da una sensación de bienestar, mejora la satisfacción sexual, disminuye la depresión, mejora el funcionamiento intelectual y la claridad de pensamiento. También es importante mencionar que la realización de la actividad física puede distraer los estímulos causantes o productores de ansiedad y por lo tanto disminuye la tensión incrementando los niveles de energía. (Marquez, 1985). Otro de los beneficios que se obtiene incluyen cambios positivos en las auto-percepciones y el bienestar, mejora de la autoconfianza y la conciencia, cambios positivos en los estados emocionales, alivio de la tensión y de estados como la depresión y la ansiedad, de la tensión pre-mestrua, incremento del bienestar mental, la alerta y claridad de pensamientos, incremento de la energía y habilidad para enfrentarse a la vida, incremento de la diversión a partir de los contactos sociales, así como el desarrollo de estrategias de enfrentamiento positivas (Stephens, 1988). Otras de las conclusiones a las que se han llegado son que el ejercicio favorece la aparición de estados emocionales positivos produciendo sensación de bienestar, reduciendo los niveles de ansiedad a la hora de enfrentarse al estrés, (Plante y Rodin, 1990).

Márquez, 1985 resume los beneficios psicológicos de la actividad física y el ejercicio de la siguiente manera:

- El ejercicio puede ir asociado a la reducción del estado de ansiedad.

- El ejercicio puede ir asociado a la reducción de los niveles de depresión, considerando que ansiedad y depresión son síntomas de incapacidad a la hora de enfrentarse al estrés.
- El ejercicio a largo plazo puede ir asociado a la reducción de estados de neuroticismo y ansiedad.
- El ejercicio puede ser empleado como complemento en casos severos de depresión, que requiere normalmente tratamiento profesional como medicación, terapia electroconvulsiva y/o psicoterapia.
- El ejercicio puede contribuir a reducir el estrés, con reducción de la tensión muscular, recuperación de la frecuencia cardíaca.
- El ejercicio puede tener efectos emocionales beneficiosos a todas las edades y en ambos sexos.

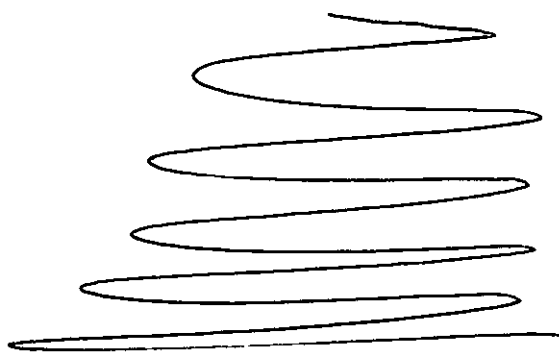
### *BENEFICIOS FISICOS DE LA ACTIVIDAD FÍSICA*

Con la actividad física no solo mejora la calidad muscular, sino que también expansiona intelectualmente, desintoxica físicamente, mejora la función de oxigenación, se conservan la elasticidad de las arterias y tonifica el ritmo cardíaco: el corazón aumenta de tamaño rindiendo más y con menos fatiga. El ejercicio adecuado y regular es la forma ideal para aumentar la fuerza, dureza y flexibilidad muscular. Representa también una excelente forma de liberar la tensión muscular, los tics y temblores. Siempre que lo combine con una dieta adecuada, el ejercicio puede ayudarle a perder kilos, quemando las calorías de más y teniendo una percepción más satisfactoria de uno mismo. Un programa regular de ejercicio aeróbico, como por ejemplo correr, mejora el funcionamiento cardiovascular y el metabolismo. El corazón se ve fortalecido, los vasos sanguíneos se hacen más elásticos, la utilización del oxígeno es más eficaz, la frecuencia del pulso en reposo baja, y los niveles de colesterol de la sangre son más fáciles de reducir; todo esto significa menor riesgo de hipertensión, arteriosclerosis, ataques al corazón o embolias y en general enfermedades crónicas debidas al estrés. La mayor flexibilidad y posiciones más correctas desarrolladas a través del ejercicio pueden aliviar el dolor de la espalda, asimismo, los cambios en el metabolismo pueden mejorar la indigestión y el estreñimiento crónico. Otros síntomas sobre los que actúa, en los que la

ciencia ha empezado a explicar la razón de que el ejercicio sea capaz de reducir la ansiedad general y la depresión son los siguientes: 20 minutos de ejercicio intenso estimula la secreción de neurotransmisores denominados catecolaminas en el cerebro y produce una liberación de endorfinas en la sangre; las personas deprimidas normalmente tienen un déficit de catecolaminas; por lo tanto, las endorfinas tienen un efecto neutralizador del dolor y elevador del ánimo. El ejercicio, especialmente el realizado en un deporte competitivo, es una buena forma de liberar las emociones estresoras, tales como el mal humor y la irritabilidad (Davis, M., Mckay, M., Eshelman, E. R. 1985).

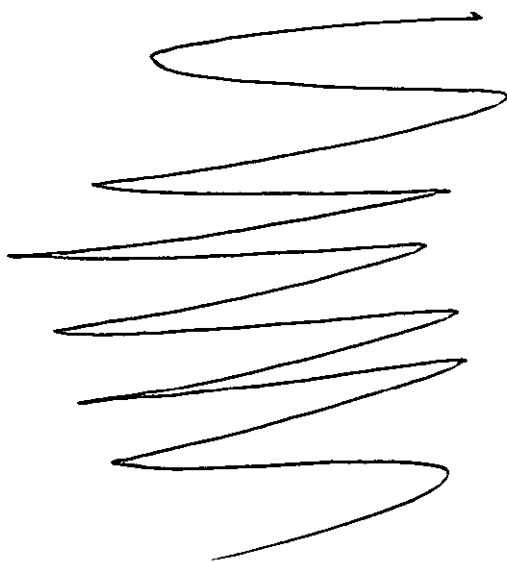
En un aspecto muy general los efectos de la actividad física sobre la salud pueden verse de la siguiente manera según Marquez:

<b>Aumenta:</b>	<b>Disminuye:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Rendimiento académico</li> <li>-Actividad</li> <li>-Confianza</li> <li>-Estabilidad emocional</li> <li>-Independencia</li> <li>-Funcionamiento intelectual</li> <li>-Locus interno de control</li> <li>-Memoria</li> <li>-Estados de ánimo</li> <li>-Percepción</li> <li>-Popularidad</li> <li>-Imagen corporal positiva</li> <li>-Autocontrol</li> <li>-Satisfacción sexual</li> <li>-Eficacia en el trabajo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Absentismo laboral</li> <li>-Abuso del alcohol</li> <li>-Enfado-cólera</li> <li>-Confusión</li> <li>-Depresión</li> <li>-Dolores de cabeza</li> <li>-Hostilidad</li> <li>-Fobias</li> <li>-Comportamiento psicótico</li> <li>-Consecuencias del estrés</li> <li>-Tensión</li> <li>-Riesgo de enfermedad coronaria</li> <li>-Problemas de espalda</li> <li>-Tabaquismo</li> </ul>



## **CAPÍTULO 7**

### ***Actividad Física y Educación***



La actividad física en el ámbito educativo tiene una proyección a futuro, pensando no solamente en la Educación Física como una materia educativa reglada dentro de los planes educativos, sino también en la actividad que se realiza durante la etapa escolar dentro y fuera de la escuela. De manera tal que, la actividad física es un conjunto de prácticas que se manifiestan de muy diversas formas y abarca desde la actividad física dentro del movimiento deportivo, la práctica física dentro de asociaciones de todo tipo, la práctica de actividad física que se vende desde las empresas de servicio y la actividad física que se realiza no organizada y libremente. Así, la actividad física es un concepto que engloba tanto a la educación física, al deporte, los juegos y otras prácticas físicas (Roales-Nieto y Delgado, 1994).

### *LA ACTIVIDAD FÍSICA Y EL DEPORTE EN LA NIÑEZ*

Para Buceta, (2000) un aspecto de suma importancia es el papel que la actividad física y el deporte conducidos adecuadamente pueden fomentar valores en edades tempranas (iniciación deportiva) como:

- Aceptación de compromiso
- Perseverancia en el máximo esfuerzo posible
- Responsabilidad individual
- Cooperación con los compañeros (trabajo en equipo)
- Respeto a las normas
- Respeto a los demás (compañeros, rivales, entrenadores, árbitros, espectadores, etc.)
- Solidaridad
- Tratamiento equilibrado entre la victoria y la derrota
- Es una buena oportunidad para la disciplina y prevención en la salud ya que se adquiere un estilo de vida saludable

También para Buceta, es una buena oportunidad para desarrollar recursos psicológicos como:

- La auto-eficacia, sensación de control que es un elemento clave para la adolescencia
- El auto-concepto y la autoestima, desarrollando así la auto-confianza
- Auto-control desarrollando tolerancia a la frustración

- Orientación motivada a la tarea
- Estilos de afrontamientos saludables

El comienzo de la vida escolar marca un momento decisivo en la niñez; el niño se incluye bruscamente en un mundo para él nuevo, donde, ya en cierto modo al margen de la autoridad y la guía familiar, debe observar un aprendizaje, una disciplina en comunidad. Y es precisamente esta época en la que ha de introducirse a los niños en el ámbito de la pedagogía deportiva, haciéndose hincapié, en que la niñez supone para el deporte una etapa formativa. El deporte, ha ser posible practicado ya desde los cuatro años de edad, estimulará su desarrollo corporal y abrirá el camino a un despertar paulatino de valores positivos de su espíritu que a la larga han de transformarle en un ser sano, en un ciudadano perfectamente identificado y articulado en su contexto social. En la niñez, el deporte tendrá el carácter de un juego, estimulando a los niños a aceptarlo como algo natural que practicará durante toda su vida con placer y satisfacción. El juego tiene en los niños la misma trascendencia que el estudio, y es en especial necesario en la época que precede a los exámenes, para combatir la fatiga y nerviosismo que se originan en estos días. El deporte infantil forma y recrea, sin perseguir nunca una especialización deportiva ni la preparación para competir, en cuanto a que el niño no está en condiciones para ello. Ni su psique poco evolucionado, inestable y por lo tanto incapaz de recibir y asimilar adecuadamente ciertas enseñanzas, especialmente las técnicas, ni su cuerpo aún débil (la masa muscular supone sólo el 27% de la totalidad del organismo; los huesos se encuentran en fase de crecimiento; la función cardiorespiratoria, aunque más desarrollada que la muscular, es incompleta todavía, al igual que sucede con la coordinación neuromuscular, serán sometidos al entrenamiento o al deporte con metas competitivas (Palacios, 1978).

### *LA ACTIVIDAD FÍSICA Y LA EDAD JUVENIL*

La época juvenil se encaja en el deporte de competencia limitada, propicia a la elección de modalidad deportiva, al aprendizaje y a la pedagogía del deporte como necesidad de salud y como elemento de superación y de contrastación personal. En el plano deportivo puro, es la época de la práctica y puesta en marcha rigurosa de la preparación general. El deporte será entonces un medio formador de jóvenes, si bien con carácter de juego distinto al de la niñez, dándose entrada paulatinamente, a medida que los años van pasando, a entrenamiento cada vez más intensos y concretos para una especialidad deportiva con fines competitivos (Palacios, 1978).



## LA ACTIVIDAD FÍSICA Y LA JUVENTUD ADULTA

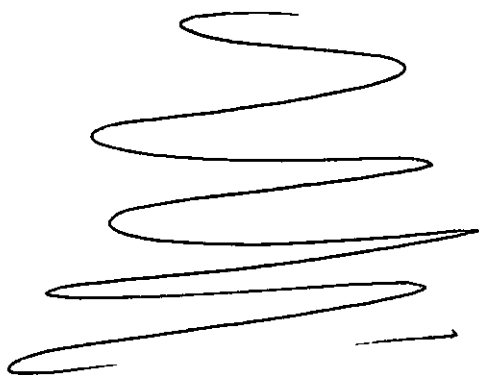
Esta edad representa la edad competitiva, en la que los individuos pueden alcanzar los máximos rendimientos atléticos en todos los deportes, llegando la preparación deportiva a sus límites fisiológicos más altos, casi experimentales, pauta de preparación que en definitiva, y según las diversas especialidades deportivas puede continuarse hasta los 30 años de edad. Es a partir de los 30 años y aproximadamente hasta los 60 años de edad, el adulto sufre paulatinamente el deterioro orgánico de la evolución y ya muy excepcionalmente estará capacitado para la competencia a niveles altos. Es entonces en donde el ejercicio físico y el deporte adquieren *un carácter* preventivo, de mantenimiento y revigorización psicofísica, que faciliten la evolución vital y más tarde el alivio de la vejez biológica y sobre todo prevengan determinadas complicaciones propias de estas edades, como la obesidad, las enfermedades cardiovasculares o respiratorias, etc. Por lo que las revisiones médicas serán periódicas y el ejercicio físico nunca podrá ser intenso ni prolongado (Palacios, 1978).

## LA ACTIVIDAD FÍSICA Y LA VEJEZ

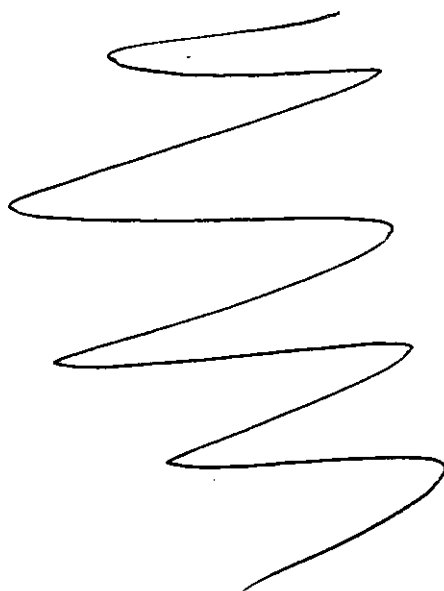
Es el momento de la vida en el que las posibilidades físicas más van a comenzar a reducirse, la musculatura se reduce en volumen y se toma menos potente, los huesos sufren de descalcificación, las articulaciones pierden elasticidad y la coordinación neuromuscular disminuye, haciéndolo también gradualmente la actividad cardiorespiratoria. La esfera psíquica se deteriora también afectándose los procesos intelectuales. Así de forma moderada y adaptada a las posibilidades psicofisiológicas individuales, y siempre que no esté contraindicado, el ejercicio físico tiene en la vejez un gran valor, activando las funciones celulares, y con ello la oxigenación del cerebro y los restantes órganos, facilitando y mejorando esta etapa final de la existencia y ampliando las posibilidades de la conducta social de las personas, manteniendo a niveles aceptables las funciones cardiovasculares y respiratoria, la eficacia neuromuscular se vigoriza, la esfera superior, mental, intelectual, se mantiene por lo general más ágil, clara y eficiente, la vida se entiende con más optimismo y alegría; sin olvidar la constancia y periodicidad que el ejercicio involucra (Palacios, 1978).

Debido a lo anterior, la actividad física se debe realizar en todas las etapas de la vida siempre y cuando no existan lesiones o enfermedades que lo impidan, cuidando ante todo de armonizar adecuadamente los fines que se buscan con la edad y el sexo del

individuo, y atendiendo mas a su edad biológica que a la cronológica. Olvidar estas premisas y lanzarse a la práctica del esfuerzo físico sin controlar alguno, puede resultar peligroso para la salud y contraproducente para las metas perseguidas. La actividad física y el deporte representan un importante elemento de cultura y deben programarse correctamente y practicarse con profusión en toda sociedad que se estime como civilizada y libre. La simple actividad física es fundamental para el cuidado de la salud, para la lucha contra el sedentarismo y la vida monótona y llevado al terreno deportivo constituye un estímulo a la emulación personal (Palacios, 1978).



***Justificación***

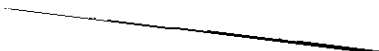
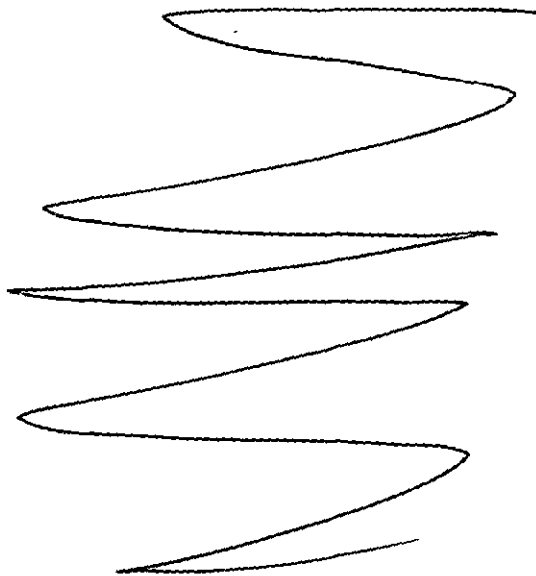


Indudablemente si el ejercicio tiene efectos positivos que van a impactar de forma positiva en la salud tanto física como psicológica del ser humano, entonces tenemos como profesionales de la salud la obligación de incluir el ejercicio como parte en las terapias alternas que en la actualidad se llevan acabo, de profundizar en la investigación en cuanto a sus beneficios, así como también tenemos que hacer un esfuerzo por crear una cultura real de la actividad física desde edades tempranas de desarrollo, que lleve a los sujetos a gozar de un estilo de vida adecuado, previniéndolo de enfermedades, retardando los efectos del envejecimiento, teniendo estilos de afrontamiento mas adecuados, lo que nos llevará a tener un estilo de vida mas sano siempre y cuando se maneje la actividad física de una manera apropiada.

Por esta razón se lleva a cabo una comparación en los estilos de afrontamiento en poblaciones totalmente excluyentes (deportistas representativos de la UNAM y personas que no realizan deporte) para conocer tales diferencias que la literatura marca y que de comprobar nuestra hipótesis será este trabajo otro importante apoyo para poner en práctica de forma estricta y real una conciencia de la cultura física y el deporte, en cualquiera de sus ámbitos (recreativo, educativo, competitivo, de alto rendimiento, de mantenimiento y cuidado de la salud, etc.)



*Método*



**Problema de Investigación:** ¿Existen diferencias estadísticamente significativas entre los estilos de afrontamiento que utilizan los deportistas representativos de la UNAM y los no deportistas de acuerdo a los puntajes obtenidos en la Escala Locus de Control (La Rosa, 1986) y la Escala de Salud y Vida Cotidiana (Moss, 1984)?.

**Hipótesis de trabajo:** Si el deporte influye en la reducción del estrés, entonces existen diferencias estadísticamente significativas en los puntajes obtenidos en la Escala Locus de Control (La Rosa, 1986) y la Escala de Salud y Vida Cotidiana (Moss, 1984) forme breve por los deportistas representativos de la UNAM y las personas que no realizan deporte.

**Hipótesis estadísticas:**

$H_0$ : No existen diferencias estadísticamente significativas entre los sujetos que realizan actividad y los sujetos que no realizan actividad física con respecto a los puntajes obtenidos en la Escala de Salud y Vida Cotidiana (Moss, 1984) forma breve y la Escala Locus de Control (La Rosa, 1986).

$H_1$ : Si existen diferencias estadísticamente significativas entre los sujetos que realizan actividad y los sujetos que no realizan actividad física con respecto a los puntajes obtenidos entre los puntajes obtenidos en la Escala de Salud y Vida Cotidiana (Moss, 1984) forma breve y la Escala Locus de Control (La Rosa, 1986).

**Variables:**

Independiente:

- Estudiantes que reportan realizar actividad física y que están representando a la UNAM en alguna disciplina deportiva, entrenando por lo menos 2 hrs. diarias durante 4 días a la semana.
- Estudiantes que reporten no realizar actividad física alguna, o en su defecto lo practican pero no cumplen el criterio anterior.

Dependiente:

- Estilo de Afrontamiento
- Puntajes obtenidos en la escala Locus de Control Interno (La Rosa, 1986)
- Puntajes obtenidos en la escala de Salud y Vida Cotidiana (Moss, 1984)

**Población:**

Estudiantes Universitarios a nivel licenciatura de la UNAM, catalogados como alumnos regulares, que no trabajen actualmente cuyas edades oscilan entre los 18 y los 39 años de edad, que no presenten problemas de sobrepeso y/o anorexia y/o bulimia.

**Muestra:** Se obtendrá una muestra de 100 estudiantes que reporten ser realizar actividad física y que participen en algún equipo representativo de la UNAM; y 100 sujetos que declaren no realizar actividad física alguna.

**Tamaño de la muestra:**

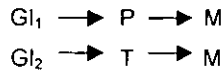
- 200 sujetos
- 100 sujetos que representen a la UNAM en algún equipo representativo, 50 mujeres y 50 hombres.
- 100 sujetos que no realizan actividad física alguna, 50 mujeres y 50 hombres

**Tipo de muestreo:** Es un muestreo por conveniencia debido a que los sujetos participan de forma voluntaria

**Tipo de Investigación:** Correlacional y comparativo *expost-facto* entre dos muestras independientes seleccionadas intencionalmente.

**Diseño:** Es un diseño cuasi-experimental de grupos intactos, ya que no se utilizan grupos al azar. Aquí no hay oportunidad de asignar al azar los sujetos a los tratamientos, ya que los grupos intactos son pre-existentes, además de que éste diseño permite la comparación entre sujetos que reciben el tratamiento y los que no, considerando la

práctica de la actividad física como la variable independiente o significativa y de tratamiento.



#### Instrumentos de Evaluación:

- Questionario de datos socioeconómicos

Que determina sexo, edad, estado civil, grado actual de estudios, deporte que practica, tiempo que lleva practicándolo, días a la semana que lo practica y tiempo diario que invierte en la práctica.

- Escala de salud y vida cotidiana ( HDL; Mooss y cools, 1983 ) Forma Breve.

Este cuestionarios está basado en un marco conceptual general que considera que los factores ambientales del entorno físico y social determinan las circunstancias estresantes de la vida diaria, y los recursos sociales y de afrontamiento como moderadores adaptativos en dichas circunstancias.

En México este instrumento fue traducido y adaptado por Ayala, Aduna, Vázquez y Lozano en 1988 y ha sido aplicado por Medina (1977); Cárdenas (1995); Cárdenas y col. (1991); Aduna (1990); Aduna y Coffin y Villa (1990); Aduna y Ayala (1989, 1991); Ayala (1988); Aduna, Lozano y Ayala (1988, 1990), Aduna (1998).

Con este cuestionario se obtienen una serie de índices relacionados con la salud, respuestas de afrontamiento y uso de recursos sociales. En el siguiente estudio se utilizó la forma breve que fue integrada por 107 reactivos, considerándose las siguientes variables:

#### ***Funcionamiento Psicológico***

Se refiere a la obtención de información relacionada con Humor depresivo y Autoconfianza, los cuales se definen como:



*Humor depresivo:* Tendencia del individuo para ubicarse en un estado de ánimo que le dificulta iniciar acciones

*Autoconfianza:* Seguridad que tiene el individuo para emprender una acción.

### ***Uso de recursos sociales***

Determinación del tipo y efectividad del empleo de redes sociales del individuo a partir de su respuesta a una serie de reactivos que evalúan cuatro índices de uso de recursos sociales en la comunidad:

- Actividades sociales con amigos
- Actividades sociales con la familia
- Número de relaciones estrechas
- Contactos sociales informales

La integración de estos índices permite la identificación del estilo individual de funcionamiento social con base en el reporte de sus actividades y el número de relaciones estrechas que el individuo tiene con su entorno.

### ***Conductas de afrontamiento***

Se refiere a las estrategias individuales de resolución de problemas y de búsqueda de ayuda, las cuales son:

#### ***Métodos de afrontamiento:***

*Afrontamiento conductual-activo:* se refiere a las conductas que ha llevado a cabo el individuo para tratar directamente con el problema y sus efectos.

*Afrontamiento cognoscitivo-activo:* Se refiere a los intentos que hace el individuo para analizar su evaluación sobre la dificultad del evento

*Evitación del afrontamiento:* Se refiere precisamente a evitar confrontar activamente el problema o a reducir indirectamente la tensión emocional por medio de conductas como fumar o comer más.

Enfoque de afrontamiento:

*Análisis lógico:* Se refiere a establecer relaciones entre experiencias pasadas y el problema que se está enfrentando. Una comprensión cuidadosa del hecho.

*Búsqueda de información:* Se refiere a comunicarse o consultar a otras personas para obtener una guía que ayude a solucionar el problema.

*Solución de problemas:* Se refiere a establecer planes de acción y determinar conductas específicas que conduzcan a un resultado positivo para la situación problemática.

*Regulación afectiva:* Se refiere a un control de la emoción negativa que se genera a partir del problema.

*Descarga emocional:* Se refiere a manifestar las emociones a través de actos y/o verbalizaciones.

Búsqueda de ayuda:

Se refiere al tipo de persona a la que recurre el estudiante cuando tiene problemas (profesionales o no profesionales de la salud mental).

Estos índices permiten determinar en que forma el individuo enfrenta su problemática cotidiana y con quién busca ayuda y el tipo de ayuda que recibe.

**PRUEBA ITEM-TEST**

Se realizó una prueba de consistencia interna (ítem-test) a la escala de Salud y Vida Cotidiana (HDL), considerándose para el análisis de los resultados sólo aquellos reactivos que cubrieron los puntajes mínimos para ser aceptados. De este modo, no se considerarán los siguientes reactivos para los análisis estadísticos.

Puntaje mínimo: 0.247

Método de Evitación:

Reactivo: 2

Enfoque de Búsqueda de Información:

Reactivo: 6

En el siguiente cuadro se muestran los puntajes obtenidos en cada uno de los reactivos; los cuadros que están sombreados son reactivos rechazados.

## ESCALA DE SALUD Y VIDA COTIDIANA

Puntaje mínimo: 0.247

Humor Depresivo					
1	2	3	4	5	6
0.586	0.561	0.469	0.656	0.647	0.558

Autoconfianza					
1	2	3	4	5	6
0.649	0.811	0.459	0.481	0.592	0.798

Relaciones Estrechas	
1	2
0.919	0.899

Actividades con la familia										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
0.451	0.437	0.354	0.415	0.661	0.584	0.636	0.529	0.45	0.544	0.583

Actividades con los amigos										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
0.549	0.445	0.282	0.499	0.301	0.692	0.51	0.47	0.478	0.524	0.56

Humor Depresivo					
1	2	3	4	5	6
0.586	0.561	0.469	0.656	0.647	0.556

Contactos sociales informales		
1	2	3
0.859	0.757	0.796

Método cognoscitivo											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
0.363	0.522	0.604	0.663	0.681	0.56	0.647	0.741	0.675	0.746	0.614	0.361

Método conductual											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
0.628	0.636	0.608	0.646	0.415	0.646	0.583	0.514	0.704	0.708	0.556	0.331

Evitación							
1	2	3	4	5	6	7	8
0.551	0.248	0.402	0.637	0.401	0.672	0.434	0.434

Búsqueda de información						
1	2	3	4	5	6	7
0.598	0.732	0.728	0.723	0.58	0.57	0.64

Descarga emocional				
1	2	3	4	5
0.58	0.425	0.6	0.593	0.613

Análisis lógico			
1	2	3	4
0.74	0.722	0.79	0.807

Regulación afectiva					
1	2	3	4	5	6
0.74	0.662	0.77	0.612	0.607	0.426

Solución de problemas				
1	2	3	4	5
0.77	0.643	0.72	0.826	0.676

Búsqueda de ayuda									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0.55	0.527	0.57	0.618	0.529	0.56	0.556	0.604	0.282	0.659

En la siguiente tabla se presentan los coeficientes obtenidos para cada una de las sub-escalas del HDL, proporcionando información acerca de su confiabilidad.

## COEFICIENTES ALFA (HDL)

	HD	AC	RS	AF	AA	CSI	COGN	COND	EVI	BI	DE	AL	RA	SP	BA
$s_{xij}^2 =$	217	4212	5206	1967	1694	6346	8791	7503	2389	4623	1054	3044	4402	3282	2056
$s_{xij} =$	217	1198	634	1125	1034	730	2401	2159	939	1279	488	830	1204	940	1112
$(sx)^2 =$	47089	1435204	401956	1265625	1069156	532900	5764801	4661281	881721	1635841	238144	688900	1449616	883600	1236544
$S_{xj}^2 =$	907	23358	9680	20201	17086	15104	94805	77981	14749	27511	4148	11534	23928	15122	19580
$S_{xj}^2 =$	8449	244468	201316	116537	99098	179286	489147	399499	117597	245003	49834	173426	247828	178038	125778
$n_j =$	6	6	2	11	11	3	12	12	8	7	5	4	6	5	10
$n_i =$	64	64	64	64	64	64	64	64	64	64	64	64	64	64	64
<b>ALFA</b>	<b>0.604</b>	<b>0.698</b>	<b>0.788</b>	<b>0.722</b>	<b>0.679</b>	<b>0.745</b>	<b>0.826</b>	<b>0.824</b>	<b>0.494</b>	<b>0.691</b>	<b>0.444</b>	<b>0.755</b>	<b>0.703</b>	<b>0.755</b>	<b>0.722</b>
rt.05	0.243	0.243	0.243	0.243	0.243	0.243	0.243	0.243	0.243	0.243	0.243	0.243	0.243	0.243	0.243
rt.01	0.317	0.317	0.317	0.317	0.317	0.317	0.317	0.317	0.317	0.317	0.317	0.317	0.317	0.317	0.317
<b>Decisión</b>	<b>p&lt;01</b>	<b>p&lt;01</b>	<b>p&lt;01</b>	<b>p&lt;01</b>	<b>p&lt;01</b>	<b>p&lt;01</b>	<b>p&lt;01</b>	<b>p&lt;01</b>	<b>p&lt;01</b>	<b>p&lt;01</b>	<b>p&lt;01</b>	<b>p&lt;01</b>	<b>p&lt;01</b>	<b>p&lt;01</b>	<b>p&lt;01</b>

HD	HUMOR DEPRESIVO
AC	AUTOCONFIANZA
RS	RELACIONES ESTRECHAS
AF	ACTIVIDADES CON LA FAMILIA
AA	ACTIVIDADES CON AMIGOS
CSI	CONTACTOS SOCIALES INFORMALES
COGN	METODO COGNITIVO
COND	METODO CONDUCTUAL
EVI	METODO DE EVITACION
BI	BUSQUEDA DE INFORMACION
DE	DESCARGA EMOCIONAL
AL	ANALISIS LOGICO
RA	REGULACION AFECTIVA
SP	SOLUCION DE PROBLEMAS
BA	BUSQUEDA DE INFORMACION

- Escala locus de control (La Rosa, 1986).

Esta escala evalúa que tanto la persona cree que las cosas se obtienen mediante los esfuerzos de uno mismo (locus de control interno) o que se obtienen por medio de fuentes ajenas a él (locus de control externo).

Para la construcción de la escala se llevaron a cabo dos estudios, el primero (estudio piloto 1) realizada con 453 sujetos y el estudio final con una muestra de tipo no probabilístico (por cuota), que estuvo constituida por 1,083 sujetos, de los cuales el 50% eran hombres y el 49.6% mujeres; en ambos estudios se realizó análisis factorial que apoya la existencia de 5 factores los cuales conforma la escala y que se describen a continuación:

Factor 1: Fatalismo/suerte. La dimensión se refiere a creencias en un mundo no ordenado en donde los refuerzos dependen de factores azarosos tales como la suerte o el destino, por ejemplo: "Un buen empleo es cuestión de suerte".

Factor 2: Poderoso del macro cosmos y subescala de enajenación socio-política. Esta dimensión se refiere a personas que tienen el control porque tienen poder, están lejanas del individuo, pero su acción repercute en su vida. Se podrían nombrar entre otros los diputados, los políticos, gobernantes de las naciones poderosas, jefes de ejecutivo a diversos niveles. Ejemplo: "El problema de la contaminación está en mano del gobierno y lo que yo haga no cambia nada".

Factor 3: Afectividad. La subescala la describe situaciones en que el individuo consigue sus objetivos a través de relaciones afectivas con quienes le rodean, v. g: "Si le caigo bien a mi jefe, puedo conseguir mejores puestos en mi trabajo".

Factor 4: Internalidad Instrumental. La subescala se refiere a situaciones en que el individuo controla su vida debido a su esfuerzo, trabajo y capacidades. Ejemplo: "Que yo consiga un buen empleo depende de mis capacidades".

Factor 5: Poderoso del micro cosmos. La dimensión se refiere a las personas que tienen el poder, están más cercanas del individuo y controlan los refuerzo que le interesan. Entre tales personas se encuentran el jefe , el patron , el

dueño de la empresa, el padre, etc. La diferencia entre poderosos del micro y macro cosmos radica en la mayor proximidad o mayor distancia que se encuentra la persona con poder del individuo. Uno hace parte del micro sistema social del individuo mientras que el otro se ubica en el macro sistema.

Se realizó un análisis factorial que reportó 11 factores con valores propios superiores a 1.0 y que explican 52.8% de la varianza total de la prueba. Para la creación de esta escala se seleccionaron los cinco factores ya descritos por su claridad conceptual, los cuales explican 40.7% de la varianza total.

Según la matriz rotada, estos cinco factores corresponden a los encontrados en el estudio piloto y se seleccionaron, en general, los reactivos con cargas iguales o superiores a .30, con tres excepciones: los reactivos 13 y 24 con .28 y el reactivo 21 con .29.

Posteriormente para la discriminación de los reactivos se calcularon la frecuencia de respuesta de los sujetos para los reactivos que cargaron en los diferentes factores así como sus respectivas estadísticas, a continuación se hicieron pruebas t de student entre las medidas de los sujetos que quedaron arriba de la mediana y los que quedaron abajo; los resultados evidenciaron que los reactivos discriminaban satisfactoriamente ( $p = 0.001$ ).

En cuanto al cálculo de la confiabilidad de las sub-escalas, el índice de consistencia interna (alpha de Cronbach) fue el siguiente:

SUBESCALAS	ALPHA
Fatalismo/Suerte	0.89
Poderoso del macrocosmos	0.87
Afectiva	0.83
Internalidad	0.82
Poderoso del microcosmos	0.78

Entre las características de la escala de locus de control (La Rosa, 1986) podemos nombrar las siguientes:

a) Es una escala multidimensional. Esto excluye una tipología del tipo interno o externo, lo que sería una excesiva simplificación. La escala permite que se haga un perfil del individuo. Así un individuo podría obtener puntajes altos en internalidad instrumental y también altos en la escala de enajenación socio-política, medianos en la escala de afectividad y bajos en la escala de fatalismo y de los poderosos del micro cosmos. Los perfiles posibles derivados de las combinaciones son innumerables y permiten una mejor comprensión del individuo porque lo configura a partir de diversos parámetros y no simplemente a partir de una limitada polaridad interno-externo.

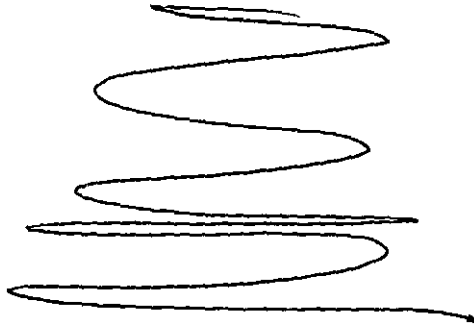
b) Proporciona la ventaja de una escala que presenta la partición de los poderosos: los del micro cosmos y los del macro sistema. La subescala de enajenación socio-política permite verificar el grado de involucramiento del individuo en los graves problemas de carácter más amplio tales como el del hambre, la vivienda, etc. Para La Rosa, 1986 ignorar la inserción del individuo en el macro sistema social sería una gran limitación.

c) Todos los reactivos son hechos en primera persona del singular de modo que, lo que se solicita al individuo es su punto de vista y no la creencia del pueblo en general.

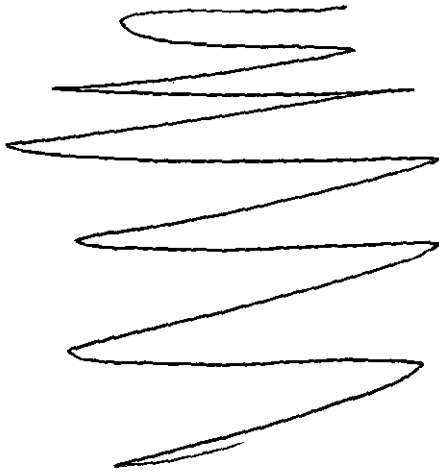
d) Hay un gran paralelismo en el contenido de los reactivos referentes a las diversas sub-escalas, de manera que una determinada meta aparece en diversas dimensiones, bajo el control de agentes diferentes.

e) El formato Likert de 61 afirmaciones permite la independencia estadística de las sub-escalas, echo que no se verifica en el caso de la elección forzada.

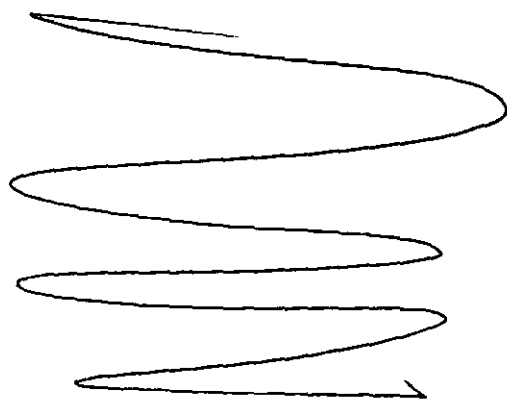




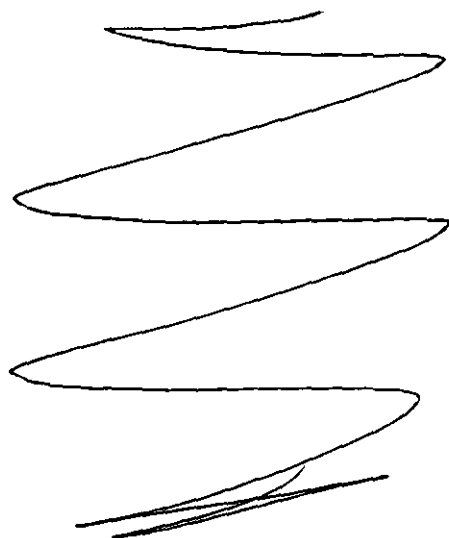
***Procedimiento***



- Explicar el objetivo y finalidad de la investigación a la población blanco
- Aplicación de la escala de salud y vida cotidiana, y la escala locus de control en la misma sesión.
- Análisis estadísticos de los resultados sometiéndolos una "t" test para muestras independientes y poder analizar si existen diferencias estadísticamente significativas entre grupos y género, posteriormente se llevará a cabo un análisis de varianza factorial para analizar con mas detalle si existen diferencias en los grupos mencionados.
- Entrega de los resultados
- Elaboración de conclusión y discusiones
- Análisis de limitaciones y sugerencias



**Resultados**



A continuación se describe el orden en el cual se presentarán los resultados de la investigación. Se comenzará con una descripción de los sujetos que participaron en la investigación comenzando con el estado civil, deporte que practican, los motivos que tienen para practicar el deporte, las horas y días a la semana que invierten en la práctica deportiva, así como los años de practicar el deporte. Posteriormente se presentan las comparaciones llevadas a cabo con la prueba "t" Test para muestras independientes de los puntajes generales de las escalas pertenecientes al HDL, seguidas de comparaciones de sujetos del mismo sexo entre personas que practican y no deporte; así como también de diferente sexo; las mismas comparaciones se presentarán con la escala Locus de control.

De esta forma se cubrió un rango de edad de 18 a 30 años con una media de 21 años, todos los sujetos de nivel licenciatura y solteros en su mayoría (*ver tabla 1*).

### Estado Civil

Estado Civil	%
Soltero	94.5
Casado	3.5
Unión libre	1.5
Separado	1.5

*Tabla 1*

*N = 200*

La muestra se conformó por 200 sujetos de los cuales 100 realizan actividad física y representan a la Universidad Nacional Autónoma de México en alguna disciplina deportiva, y otros 100 estudiantes que no realizan ninguna actividad física o deportiva (*ver tabla 2*).

### Sujetos

Género	Deportistas	No deportistas	Total
Masculino	50	50	100
Femenino	50	50	100

*Tabla2*

*N = 200*

Los 100 sujetos que practican un deporte pertenecen a distintas disciplinas deportivas de la UNAM, en donde natación, esgrima, atletismo y fútbol soccer participaron con un mayor porcentaje de sujetos (*ver tabla 3*).

### Disciplinas que participaron en la investigación

Deporte	%
Natación	19
Esgrima	17
Atletismo	15
Futbol soccer	15
Futbol americano	9
Box	7
Judo	4
Lucha	4
Fisicoculturismo	3
Voleibol	2
Ciclismo	1
Clavados	1
Basquetbol	1
Hockey de sala	1
Waterpolo	1
Total	100

Tabla 3

La siguiente tabla nos muestra los motivos por los cuales las personas entrevistadas practican un deporte, y los motivos por los cuales los estudiantes no realizan actividad física (ver tablas 4 y 5).

#### Motivo para practicar el deporte

Motivo	Porcentaje
Diversión o gusto	49
Salud	29
Ambas anteriores	20
Auto-realización	2

Tabla 4

N = 100

#### Motivo para no realiza actividad física

Motivo	%
Falta de tiempo	83.3
Flojera	10.7
No les gustan	4.8
No lo han pensado	1.2

Tabla 5

N = 100

Posteriormente la siguiente tabla nos muestra las horas diarias que invierten, en la práctica deportiva los sujetos (ver tabla 6).

### Horas de practica deportiva a la semana

Horas	%
2	48
3	44
4	7
6	1

Tabla 6

N = 100

La siguiente tabla nos muestra los días y el porcentaje que invierten en la práctica deportiva (ver tabla 7).

### Días de práctica deportiva a la semana

Días	%
5	41
4	27
6	21
7	11

Tabla 7

N = 100

La siguiente tabla nos muestra el porcentaje de años invertidos en la disciplina deportiva (ver tabla 8).

### Años de practicar la disciplina deportiva

Años	%
De 0 a 1	22
De 1 a 3	21
De 3 a 5	23
De 5 a 7	10
Mas de 7	24

Tabla 8

N = 100

## **CUESTIONARIO DE SALUD Y VIDA COTIDIANA HDL FORMA BREVE (MOOS Y COOLS, 1993)**

Posteriormente, se llevó a cabo un análisis de frecuencias entre grupos y género, para conocer las medias de los puntajes totales obtenidos en la Escala de Salud y Vida Cotidiana (HDL; Moos y cols, 1983) Forma breve; después se aplicó una "t" Test para muestras independientes y poder analizar si existen diferencias estadísticamente significativas entre grupos y género. Por último se presentan los resultados del análisis de varianza factorial.

Cabe señalar que todas aquellas sub-escalas y factores que están sombreados mostraron ser significativas a un nivel de .005 o menor (2 colas).

**SUBESCALAS :**

- Humor Depresivo (HD)
- Autoconfianza (AC)
- Relaciones Estrechadas (RE)
- Actividades con amigos (AA)
- Actividades sociales con la familia (AF)
- Redes sociales (RS)
- Afrontamiento cognitivo-activo (ACG)
- Afrontamiento conductual-activo (ACD)
- Afrontamiento de evitación (AE)
- Análisis lógico (AL)
- Búsqueda de información (BI)
- Resolución de problemas (RP)
- Regulación afectiva (RA)
- Descarga emocional (DE)
- Búsqueda de ayuda (BA)

A continuación la siguiente tabla nos muestra los puntajes obtenidos en cada sub-escala del HDL entre sujetos que practican un deporte y sujetos que no lo practican; dónde sólo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las sub-escala de HD y en la subescala de RS (*ver tabla 9*).

**Sujetos que practican deporte vs sujetos que no lo practican**

Sub-escalas	Dep. Media	No Dep. Media	t	Variancias iguales no asumidas gl	Sig. (2 colas)
HD	2.05	2.54	-2.115	196.766	.036
AC	22.82	22.32	.697	190.600	.487
RE	18.73	13.14	1.901	131.184	.060
AA	6.69	6.74	-.142	197.500	.887
AF	4.92	4.53	.796	161.936	.427
RS	16.49	10.48	3.814	160.444	.000
ACG	17.39	17.91	-.560	197.797	.576
ACD	19.13	16.49	1.043	112.623	.299
AE	2.97	3.41	-.907	195.033	.365
AL	7.89	7.99	-.223	197.989	.824
BI	7.14	7.86	-1.393	196.328	.165
RP	8.01	8.38	-.678	197.944	.498
RA	8.94	7.95	1.734	197.740	.084

DE	1.47	2.07	-1.715	176.609	.088
BA	1.54	1.78	-1.407	186.860	.161

Tabla 9

N = 200

La siguiente tabla nos muestra la comparación entre sujetos del mismo sexo (femenino) que practican y no deporte; donde sólo se encontraron diferencias estadísticamente significativa en la sub-escala de RS (ver tabla 10).

**Sexo femenino que practican deporte vs sexo femenino que no lo practica**

Sub-escalas	Dep. Media	No Dep. Media	t	Variancias iguales no asumidas gl	Sig. (2 colas)
HD	2.02	2.44	-1.495	91.542	.138
AC	22.78	22.86	-.086	90.189	.932
RE	14.7	13.92	.243	68.538	.809
AA	6.96	6.56	.882	97.492	.380
AF	4.82	5.36	-1.015	94.057	.313
RS	15.26	10.42	2.217	74.267	.030
ACG	17.58	17.72	-.106	95.358	.916
ACD	16.88	16.7	.137	96.777	.891
AE	2.54	2.82	-.475	94.540	.636
AL	7.72	7.68	.062	95.547	.951
BI	7.38	8.12	-1.065	97.710	.290
RP	7.8	8.08	-.371	97.324	.711
RA	8.9	8.2	.934	97.878	.353
DE	1.48	1.74	-.592	86.617	.555
BA	1.86	1.7	.668	94.133	.506

Tabla 10

N = 100

La siguiente tabla nos muestra la comparación entre sujetos del mismo sexo (masculino) que practican y no deporte; donde sólo se encontraron diferencias estadísticamente significativa en las sub-escalas de RE, RS y BA (ver tabla 11).

**Sexo masculino que practica deporte vs sexo masculino que no lo practica**

Sub-escalas	Dep. Media	No Dep. Media	t	Variancias iguales no asumidas gl	Sig. (2 colas)
HD	2.08	2.64	-1.509	97.911	.134
AC	22.86	21.78	.988	96.175	.326
RE	22.76	12.36	2.125	63.778	.037
AA	6.42	6.92	-.926	97.833	.357
AF	5.02	3.7	1.628	68.931	.108
RS	17.72	10.54	3.147	84.300	.002
ACG	17.2	18.1	-.682	96.984	.497



ACD	21.38	16.28	1.042	52.849	.302
AE	3.4	4	-.787	97.440	.433
AL	8.06	8.3	-.386	95.787	.700
BI	6.9	7.6	-.910	96.502	.365
RP	8.22	8.68	-.581	97.839	.563
RA	8.98	7.7	1.476	97.840	.143
DE	1.46	2.4	-1.724	88.433	.088
BA	1.22	1.86	-2.710	85.829	.008

Tabla 11

N = 100

La siguiente tabla nos muestra la comparación entre sujetos de diferente sexo que practican deporte; donde sólo se encontraron diferencias estadísticamente significativa en las sub-escalas de BA (ver tabla 12).

**Sexo femenino vs Sexo masculino que practican deporte**

Sub-escalas	Femenino	Masculino	t	Variancias iguales no asumidas gl	Sig. (2 colas)
	Media	Media			
HD	2.02	2.08	-.190	83.319	.850
AC	22.78	22.86	-.072	97.186	.943
RE	14.7	22.76	-1.489	83.483	.140
AA	6.96	6.42	1.114	94.657	.268
AF	4.82	5.02	-.237	77.015	.813
RS	15.26	17.72	-.905	97.989	.367
ACG	17.58	17.2	.283	96.361	.777
ACD	16.88	21.38	-.919	53.072	.362
AE	2.54	3.4	-1.344	89.265	.182
AL	7.72	8.06	-.532	94.322	.596
BI	7.38	6.9	.626	96.307	.532
RP	7.8	8.22	-.538	97.983	.592
RA	8.9	8.98	-.097	95.914	.923
DE	1.48	1.46	.050	92.751	.960
BA	1.86	1.22	3.190	96.212	.002

Tabla 12

N = 100

La siguiente tabla nos muestra la comparación entre sujetos de diferente sexo que no practican deporte; donde sólo se encontraron diferencias estadísticamente significativa en las sub-escalas de AF (ver tabla 13).

**Sexo femenino vs sexo masculino que no practican deporte**

Sub-escalas	Femenino	Masculino	t	Variancias iguales no asumidas gl	Sig. (2 colas)
	Media	Media			
HD	2.44	2.64	-.586	96.005	.560
AC	22.86	21.78	1.190	92.194	.237
RE	13.92	12.36	.699	90.553	.486
AA	6.56	6.92	-.703	95.617	.484
AF	5.36	3.7	3.478	97.985	.001
RS	10.42	10.54	-.075	94.235	.941
ACG	17.72	18.1	-.293	96.152	.770
ACD	16.7	16.28	.325	97.307	.746
AE	2.82	4	-1.637	94.118	.105
AL	7.68	8.3	-.982	96.738	.329
BI	8.12	7.6	.745	97.617	.458
RP	8.08	8.68	-.783	96.814	.436
RA	8.2	7.7	.629	96.052	.531
DE	1.74	2.4	-1.151	94.174	.253
BA	1.7	1.86	-.593	97.722	.555

Tabla 13

N = 100

La siguiente tabla nos muestra el análisis de varianza factorial en donde sólo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la sub-escala BA (ver tabla 14).

**Sub-escala Búsqueda de ayuda**

Sexo	Deportistas	No Deportistas
Femenino	1.74	1.86
Masculino	1.86	1.22

Tabla 14

## ESCALA LOCUS DE CONTROL (LA ROSA, 1986)

De la misma forma que el HDL, se llevó a cabo un análisis de frecuencias para conocer las medias de los puntajes obtenidos, seguido de una "t" Test para muestras independientes y poder analizar si existen diferencias estadísticamente significativas entre grupos y género. Por último se presentan los resultados del análisis de varianza factorial.

### Factores:

- FACTOR I: Fatalismo/suerte
- FACTOR II: Poderoso del macrocosmos
- FACTOR III: Afectividad
- FACTOR IV: Intemalidad
- FACTOR V: Poderoso del microcosmos

A continuación la siguiente tabla nos muestra los puntajes obtenidos de cada factor entre sujetos que practican y no deporte en la escala locus de control; donde no se encontraron diferencias estadísticamente significativas (*ver tabla 15*).

### Sujetos que practican deporte vs sujetos que no lo practican

Factor	Deporte	No Deporte	t	Variancias iguales no asumidas gl	Sig. (2 colas)
	Media	Media			
Factor 1	29.79	27.93	1.352	192.282	.178
Factor 2	27.82	28.93	-1.018	190.995	.310
Factor3	23.6	23.62	-.022	195.675	.982
Factor 4	41.94	42.15	-.195	197.305	.846
Factor 5	21.36	20.79	.677	195.573	.499
Total	167.33	166.19	.306	189.934	.760

Tabla15

N = 200

La siguiente tabla nos muestra la comparación entre sujetos del mismo sexo (femenino) que practican y no deporte; donde sólo se encontraron diferencias estadísticamente significativa en el factor 1 (*ver tabla 16*).

**Sexo femenino que practican deporte vs sexo femenino que no lo practican**

Factor	Deporte	No Deporte	t	Variancias iguales no asumidas gl	Sig. (2 colas)
	Media	Media			
Factor 1	29.94	25.36	2.387	89.522	.019
Factor 2	27.5	28.6	-.781	93.819	.437
Factor 3	23.8	23.4	.336	97.989	.738
Factor 4	42.88	44.74	-1.370	86.990	.174
Factor 5	20.92	19.36	1.479	96.170	.143
Total	167.48	164.68	.599	95.786	.551

Tabla16

N = 100

La siguiente tabla nos muestra la comparación entre sujetos del mismo sexo (masculino) que practican y no deporte; donde no se encontraron diferencias estadísticamente significativa en los factores (ver tabla 17).

**Sexo masculino que practican deporte vs sexo masculino que no lo practican**

Factor	Deporte	No Deporte	t	Variancias iguales no asumidas gl	Sig. (2 colas)
	Media	Media			
Factor 1	29.6400	30.5000	-.447	96.540	.656
Factor 2	28.1400	29.2600	-.667	94.978	.506
Factor 3	23.4000	23.8400	-.318	94.839	.751
Factor 4	41.0000	39.5600	.901	97.711	.370
Factor 5	21.8000	22.2200	-.326	95.976	.745
Total	167.1800	167.7000	-.089	92.498	.929

Tabla17

N = 100

La siguiente tabla nos muestra la comparación entre sujetos de diferente sexo que practican deporte; donde no se encontraron diferencias estadísticamente significativa en los factores (ver tabla 18).

**Sexo femenino vs sexo masculino que practican deporte**

Factor	Femenino Media	Masculino Media	t	Variancias iguales no asumidas gl	Sig. (2 colas)
Factor 1	29.9400	30.5000	.142	97.462	.888
Factor 2	27.5	28.14	-.378	95.562	.706
Factor3	23.8	23.4	.294	93.316	.769
Factor 4	42.88	41	1.199	97.971	.233
Factor 5	20.92	21.8	-.699	94.197	.486
Total	167.48	167.18	.052	91.957	.959

Tabla18

N = 100

La siguiente tabla nos muestra la comparación entre sujetos de diferente sexo que no practican deporte; donde sólo se encontraron diferencias estadísticamente significativa en el factor 1, 4 y 5 (ver tabla 19).

**Sexo femenino vs sexo masculino que no practican deporte**

Factor	Femenino Media	Masculino Media	t	Variancias iguales no asumidas gl	Sig. (2 colas)
Factor 1	25.36	30.5	-3.021	96.621	.003
Factor 2	28.6	29.26	-.474	94.491	.637
Factor3	23.4	23.84	-.361	97.720	.719
Factor 4	44.74	39.56	3.718	85.184	.000
Factor 5	19.36	22.22	-2.621	94.453	.010
Total	164.68	167.7	-.641	95.403	.523

Tabla19

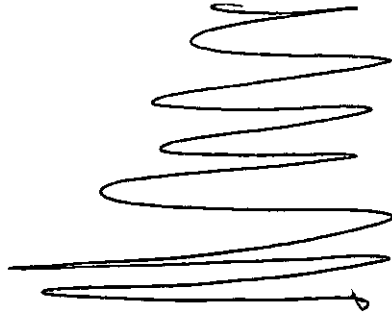
N = 100

La siguiente tabla nos muestra el análisis de varianza factorial en donde sólo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el Factor 1 (ver tabla 20).

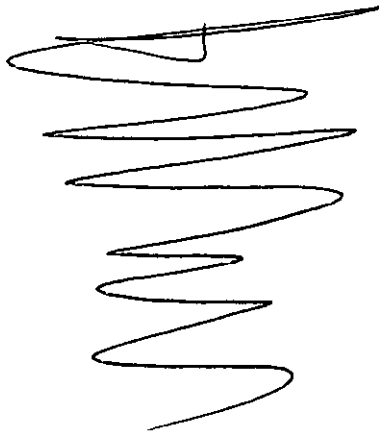
**Factor 1. fatalismo/suerte**

Sexo	Deporte	No Deporte
Femenino	29.94	25.36
Masculino	29.64	30.50

Tabla 20



## ***Conclusión y Discusiones***



En base a los resultados obtenidos tenemos evidencia a favor de la hipótesis alterna al encontrar diferencias estadísticamente significativas en algunas sub-escalas entre los sujetos que practican deporte y los sujetos que no lo practican, con respecto a los puntajes obtenidos en la Escala de Salud y Vida Cotidiana y la Escala Locus de Control; rechazando la hipótesis nula.

De acuerdo con el análisis estadístico realizado podemos abordar cinco conclusiones:

*Primero*, se encontró que el principal motivo que lleva a las personas encuestadas a practicar un deporte es la diversión seguido por la salud; también se encontró que el principal factor que impide a los sujetos no realizar actividad física es la falta de tiempo; tal como Jodra en 1995 menciona, " en una sociedad, el estrés de vida y las prisas por triunfar no dejan tiempo para la relajación, el ejercicio, formando una sociedad que a pesar de los avances no adquirirá una salud y que les llevará a un estado de desequilibrio psico-físicos".

*Segundo*, en cuanto los estilos de afrontamiento, que es el punto principal de este trabajo, se encontró que los sujetos que practican deporte muestran un mayor afrontamiento conductual (Udry, 1997), mayor auto-confianza, mayor regulación afectiva, menor afrontamiento de evitación, que los sujetos que no realizan actividad física, los cuales muestran mayor afrontamiento cognitivo-activo, mayor análisis lógico, mayor búsqueda de información, mayor resolución de problemas y mayor descarga emocional.

Es importante mencionar estas diferencias, ya que, aunque no hallan sido estadísticamente significativas, también coinciden con lo encontrado por otros autores como O'Leary (1995), en donde las personas que realizan actividad física tienen mayor persistencia e intentos más activos para resolver problemas. La práctica del ejercicio mejora la auto-confianza, disminuye la depresión y la ansiedad, (Stephens, 1988).

De esta forma, los sujetos que se ejercitan mostraron tener una red social más grande la cual fue estadísticamente significativa, Brannon y Feist, (1997) mencionan que uno de los mejores recursos personales para hacerle frente al estrés parecen ser el apoyo social de los miembros de la familia, amigos y de las personas que proporcionan el cuidado de la salud.

*Tercero*, se puede corroborar estos resultados encontrados en la escala de salud, donde vemos que la red social es más numerosa para los sujetos que practican deporte que la de los que no realizan actividad física, así también encontramos que los deportistas presentan menor humor depresivo que los sujetos que no realizan actividad física (Sexton, Maere, Dahal, 1989; y Craft, Landers, 1998), de esta forma los apoyos sociales juegan un papel muy importante, ya que sirven como factores que protegen a los

individuos de consecuencias fisiológicas o psicológicas derivadas de la exposición a situaciones estresantes y que pueden disminuir el estrés psicológico (Dohenwend, Krassnoff y Askenasy, 1978).

También el ejercicio está asociado con la reducción de los niveles de depresión (Márquez, S. 1985), ya que el ejercicio intenso estimula la secreción de neurotransmisores denominados catecolaminas en el cerebro y producen una liberación de endorfinas en la sangre, las personas deprimidas normalmente tienen un déficit de catecolaminas.

Por lo tanto, se podría argumentar que la red social más amplia en los sujetos que practican deporte tiene un efecto positivo en la salud en comparación con los sujetos que no realizan actividad física puesto que estos presentaron un humor depresivo más alto (Cobb 1976).

Otras comparaciones se llevaron a cabo entre sujetos que realizan deporte pero de diferente sexo, siendo estadísticamente significativas; donde las mujeres reportaron mayor búsqueda de ayuda ante situaciones estresantes de la vida que los hombres. En cuanto a la comparación de sujetos que no realizan actividad física pero de diferente sexo, las mujeres realizan mayores actividades con la familia que los hombres.

Después de llevar a cabo un análisis de varianza factorial, en comparaciones más finas de sujetos del mismo sexo que practican y no deporte, se encontró que los sujetos del sexo masculino que no realizan actividad física, obtuvieron puntajes más bajos en la sub-escala búsqueda de ayuda, en comparación con los sujetos del mismo sexo que si practican deporte, en donde obtuvieron puntajes más altos estadísticamente significativos. En cuanto a las mujeres, aquellas que se ejercitan obtuvieron puntajes estadísticamente significativos más bajos en la sub-escala búsqueda de ayuda en comparación con las mujeres que no se ejercitan.

*Cuarto*, por lo que respecta a las comparaciones realizadas en la escala de locus de control se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el factor 1 (fatalismo/suerte) ya que las mujeres deportistas creen más en un mundo no ordenado, en donde los refuerzos dependen de factores azarosos tales como la suerte o el destino; es decir tienen un locus de control más externo que las mujeres que no realizan actividad física apoyando el trabajo de Raymon, (1973).

Por otro lado, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las comparaciones entre sujetos que no practican deporte pero de diferente sexo; en donde los hombres tienen un mayor locus de control externo que las mujeres, en cuanto a las mujeres, obtuvieron puntajes más altos en el factor internalidad instrumental, y obtuvieron puntajes más bajos en el factor de poderosos de microcosmos, mostrando que los

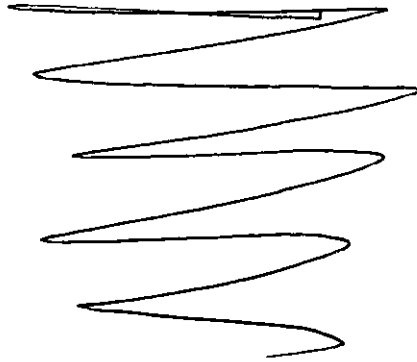


hombres tienen un mayor locus de control externo, ya que tienen la creencia en un mundo desordenado y que las cosas que les acontecen son factores de la suerte o el destino, a diferencia de las mujeres, que perciben que ellas controlan su vida debido a su esfuerzo, trabajo y capacidades.

De la misma forma, aunque sin diferencias estadísticamente significativas, los sujetos que practican deporte piensan que los refuerzos dependen de factores azarosos (factor I) y que estos reforzadores se encuentran en manos de las personas más poderosas a ellos (factor V) y son estas personas que deciden el refuerzo y no la persona en sí. Por el contrario, los sujetos que no realizan actividad física tienden a percibir que ellos consiguen sus objetivos a través de relaciones afectivas (factor IV), aunque también presentan un mayor locus de control interno, pero creen que ellos no pueden hacer nada en cuestiones de participación en problemas mundiales o nacionales, como por ejemplo combatir la contaminación ya que piensan que éste problema está en manos del gobierno y lo que ellos hagan no cambiará nada (Factor II); apoyando así las investigaciones de Raymon (1973) y Paul M. V., Bezzubik, I., Daley, L., Marjatta E. A. (1985), en donde parece ser que los sujetos que no se ejercitan están más internamente orientados con respecto al constructo locus de control que las personas que se ejercitan.



***Limitaciones y Sugerencias***



La primera limitación que se encuentra en el presente trabajo es la pequeña muestra con la que se llevó a cabo la investigación; es necesario para futuras investigaciones ampliar la muestra con los deportistas tratando de involucrar a más disciplinas deportivas y el número de participantes en cada una de ellas, pues en este trabajo hubo casos donde la muestra no es representativa de algunos deportes; por otro lado ampliar la muestra en personas que no practican deporte, es decir tratar de tomar diferentes grados académicos, o seleccionar a diferentes carreras y facultades, así como también ampliar la muestra en cuanto a la edad en general (niños, jóvenes, personas adultas, etc.).

Otra de las limitaciones encontradas en el desarrollo de la investigación fue lo relacionado a los instrumentos, pues parecieron ser muy extensos para los sujetos entrevistados, también la baja motivación para participar en el estudio por parte de los deportistas resultó ser una gran limitante; es importante comenzar a formar un vínculo muy estrecho con las dependencias deportivas con miras a poder tener acceso con facilidad a este tipo de población.

También, propongo investigar aún más con el objetivo de documentar en cuanto a los tópicos revisados pero con deportistas mexicanos y deportistas discapacitados; investigar ampliamente para conocer si existe relación con la salud entre diferentes tipos de deportes (de conjunto o individuales, de contacto, etc.), y los estilos de afrontamiento ya que en este trabajo no fue posible incluir deportes como el ajedrez, golf, maratón, etc., que se caracterizan por tener estrategias muy planeadas; son deportes donde la estrategia cognitiva juega un papel importante, a diferencia de los deportes que participaron en su mayoría en la investigación, que son más impulsivos y de reacción inmediata, donde por supuesto existe una estrategia, pero la mayoría de las veces esta no la analiza el atleta sino el staff de entrenamiento, por lo que predomina en estos deportistas la habilidad física, la fuerza bruta, la rapidez de movimientos corporales y la preparación físico-atlética. También es importante señalar que el presente trabajo solo se identificaron los estilos de afrontamiento para ambos grupos (control y experimental) ante una variedad de situaciones estresantes de la vida que no fueron controladas por el investigador; por lo que considero importante detallar y conocer los estilos de afrontamiento que utilizan ambos grupos ante diversas situaciones estresante controladas (desafío, amenaza y pérdida) y conocer las determinantes situacionales del afrontamiento y su efectividad como se han estado llevando a cabo en algunas investigaciones ( ver Mattlin, Wethington y Kessler, 1990).

De esta forma, sugiero se lleven a cabo trabajos sobre el apoyo social y deportistas mexicanos de una forma tanto cuantitativa como cualitativa, ya que en el presente trabajo se realizó la exploración de forma cuantitativa.

Otro de los tópicos que propongo estudiar con detalle, es el tema relacionado con locus de control en deportistas mexicanos, que aunque investigado en otros países todavía se obtienen resultados diferentes. Así, con respecto a los atletas entrevistados parece ser que tienden a creer en un mundo desorganizado en donde la casualidad es parte importante en su vida; esto podría interesar a los altos dirigentes y personas encargadas del deporte en México, ya que el ganar o perder para estos atletas podría ser atribuido a factores externos como la mala suerte o el destino (clima, rival, lugar donde se juega, pocos patrocinios, etc.) y no que se halla debido a una mala preparación y/o errores que ellos cometan.

Sin duda, los resultados apoyan parte de la literatura presente sobre los beneficios físicos y psicológicos de la actividad física, y al hacerlo compromete a la psicología a seguir investigando la relación existente entre salud y ejercicio, ya que como Taylor (1990) menciona, "es un compromiso en la salud mantener a las personas saludables más que esperar a tratarlas después de haber enfermado"; por tal motivo, es indispensable comenzar a formar una cultura real de la práctica del ejercicio principalmente de forma preventiva, que vaya dirigida a personas de la tercera edad, adultos, padres de familia, adolescentes, discapacitados, y sobre todo a niños pequeños, ya que al involucrar el ejercicio en etapas tempranas del desarrollo como parte fundamental de la vida, estaremos fomentando factores protectores y sobre todo creando estilos de vida saludables (hábitos del comportamiento), que han demostrado ser una variable que explica más de la mitad de la variación de los datos, ya que en muchas enfermedades los pacientes necesitan aprender conductas nuevas y hábitos saludables como la práctica del ejercicio (Moos, 1977); también como menciona Buceta, (2000) la actividad física y el deporte conducidos adecuadamente pueden fomentar valores y desarrollar recursos psicológicos desde edades tempranas.

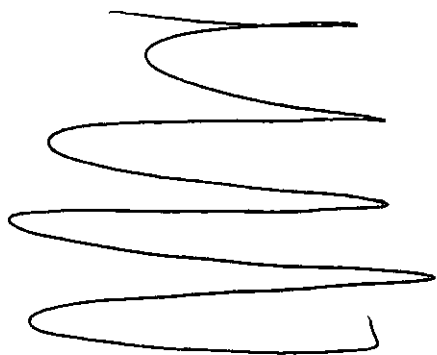
Formando así, conductas saludables que son importantes porque pueden convertirse fácilmente en hábitos y llevarse a cabo automáticamente, eliminando conductas de riesgo (Rodríguez, 1998).

De esta forma continuar atacando el problema de la enfermedad desde la prevención podrá ayudarnos a mantener la salud desde la infancia pasando por la adolescencia, hasta la tercera edad, ya que, si tenemos desde pequeños conductas saludables, es probable que éstas se mantengan hasta la vejez previniendo en esta etapa enfermedades crónicas a consecuencia del sedentarismo y el estrés, como la obesidad,

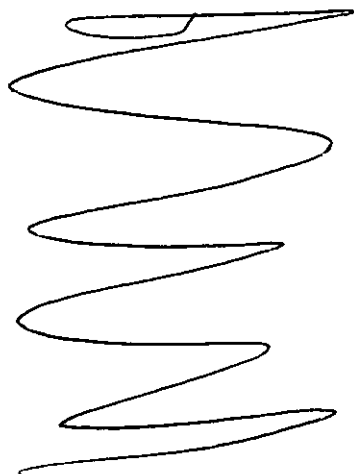
enfermedades coronarias que son la principal causa de muerte en nuestro país (Secretaría de Salud, 1997).

Ahora bien, se podría tomar como ejemplo (por mencionar alguno) a la comunidad china que en los 90' pusieron en marcha un programa de actividad física enfocada a las personas de la tercera edad; ya que este tipo de población ha estado incrementando rápidamente y las necesidades de salud con ello. Si en la actualidad se habla de un México que en su mayoría está habitado por jóvenes, en unos 20 o 30 años estará habitado en su mayoría por personas de la tercera edad.

Por último, cabe resaltar que algunos de los beneficios de la actividad física han sido demostrados en los resultados de la investigación, como son la presencia de menores estados depresivos en las personas que realizan ejercicio, una mejora autoconfianza, redes sociales más grandes, demostrando así la gran utilidad que el ejercicio nos proporciona para pensar e incluirla como una terapia alterna o a la par de otro tipo de tratamientos como la han estado llevando a cabo Craft y Landers (1998) con pacientes que presentan depresión. Esto nos llevaría a otra pregunta; ¿Qué hacer para que las personas se ejerciten?. Lo que nos obliga a seguir investigando, además de crear programas que permitan la adherencia al ejercicio en personas sedentarias, y que padecen de algún tipo de enfermedad cronicodegenerativo y sobretodo lo más importante, la creación de una cultura real de la actividad física desde la niñez comenzando en la escuela y la familia, para fomentar así estilos saludables de vida que permitan durar, pues como menciona Moss, (1977) las conductas (patógenas) pueden ser, en principio modificadas y repercutir sobre el estatus de salud.



***Referencias***



- Aduna Mondragón, A. P. (1998). Afrontamiento, apoyo social y solución de problemas en estudiantes universitarios. Estudios experimentales. UNAM: Tesis de Maestría.
- Albrecht, T. L., & Adelman, M. B. (1987b). *Communicating social support: A theoretical perspective*. En Nixon II, Howard L. (1994) Social pressure, social support, and help seeking for pain and injuries in college sports networks, *Journal of Sport and Exercise Psychology* Nov., 18. Issue 4. Pp 340.
- Alma Ata (1978) *Atención primaria de la salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud sep. 6-2.
- Anderson, C. R. (1977) Locus de control, coping behaviors, and performance in a stress setting: A Longitudinal Study, *Journal of Applied Psychology*, 62, No 4, 446-451.
- Anderson, J.R. (1983). *The structure of cognition*. Cambridge: Harvard University Press.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Averill, J.R. (1973) "Personal control over aversive stimulus and its relationship to stress" *Psychological Bulletin*, 80, 286-303.
- Barragán, L., et al. (1998). *Modelo de consejo marital basado en solución de conflictos y reforzamiento recíproco*. México: Miguel Angel Porrúa Facultad de Psicología UNAM.
- Berger, B. G. Y Owen, D. R. (1983). Mood alterations with swimming – swimmers really do "feel better". *Psychosomatic Medicine*, 45, 425-433.
- Berkman, L. F., Breslow, L., y Wingard, D. (1983) *Health practices and mortality risks.*, en Buendía, José. (1994) *Envejecimiento y psicología de la salud*. (comp). Siglo Veintiuno de España Editores, S. A. pp. 97-101.
- Billings, A., G., y Moss, R., H. (1981) The role of coping and social resources in attenuating the stress of life events. *Journal of Behavior Medicine*, 4 No 2, 139-157.
- Billings, A., G., y Moss, R., H. (1982) Social support and functioning among community and clinical groups. En Cutrona, C., E. (1984) Social support and stress in the transition to parenthood. *Journal of Abnormal Psychology*, 93, No 4, 378-390.
- Brannon, L., and Feist, J. (1997) *Health psychology: An Introduction to behavior and health*. Mc Neese State University. Brooks/Cole Publishing Company.
- Bronfenbrenner, U. (1979) *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, Massachusetts: Howard University Press.
- Brown, and Harris, T. (1978) *Social origins of depression: A study of psychiatric disorder in women*. Free Press, New York.
- Buceta, J. M. (2000) *Clase presencial del master y especialista universitarios en psicología de la actividad física y del deporte*. Universidad Nacional de Educación a Distancia Fundación Universidad. Presentada en la CONADE. México D.F.

- 📖 Buendía, José.(1994) *Envejecimiento y psicología de la salud*. (comp). Siglo Veintiuno de España Editores, S.A. pp. 89-102.
- 📖 Caplan, G. (1974). *Support systems and community mental health: Lectures on concept development*. New York: Behavioral Publications.
- 📖 Caspersen, C. J., Powell, K. E. Y Christenson, G, M. (1985). Physical activity, exercise and pysical fitness. Definitions and distinctions for healt-related research. *Public Healt Reports*, **100**, 126-131.
- 📖 Catalano, R.,, and Dooley, C. D. (1977). "Economic predictors of depressed mood and strssful life events in metropolitan comunity". *Journal of Healt and Social Behavior*, **18**, 292-307.
- 📖 Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, **38**, 300-324.
- 📖 Craft, L. L., and Landers, D. M. (1998) The effect of exercise on clinical depression and depression resulting from mentall illness: A Meta-Analysis. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, **20**, 339-357.
- 📖 Cutrona, C., E. (1984) Social support and stress in the transition to parenthood. *Journal of Abnormal Psychology*, **93**, No 4, 378-390.
- 📖 Davis, M., Mckay, M., y Eshelman, E. (1985) *Técnicas de autocontrol emocional*.
- 📖 De la Rosa, J. (1986) *Escala locus de control y autoconcepto*. UNAM: Tesis de Doctorado.
- 📖 Díaz – Guerrero, R. e Iscoe, I. (1984) "El impacto de la cultura iberoamericana tradicional y de stress económico sobre la salud mental y física: instrumentación y potencial para la investigación transcultural. *Revista Latinoamericana de Psicología*. **16**. No. 2 16 –211.
- 📖 Dirección General de Estadística e Informática, *Secretaría de Salud*. (1997)
- 📖 Dohrenwend, B.S., Krasnoff, L., Askenasy, A. R., & Dohrenwend, B.P. (1978). Exemplification of a method for scaling life events: The Peri life events scale. *Journal Of Healt and Social Behavior*, **19**, 205-229.
- 📖 D'Zurilla, T. J., & Goldfried, (1971) Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, **78**, No. 1, 107-126.
- 📖 Etnier, J. L., Salazar, W., Landers, D. M., Petruzzello, S. J., Han, M., and Nowell, P. (1997) The influence of physical fitness and exercise upon cognitive functioning: A Meta-Analysis. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, **19**, 249-277.
- 📖 Faulkner, G., Sparkes, A. (1999) Exercise as therapy for schizophrenia: An ethnographic study. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, **21**, 52-69.
- 📖 Festinger, L. (1954). Theory of social comparison processes. *Human Relations*, **7**, 117-140. En Nixon II, Howard L. (1994) Social pressure, social support, and help seeking for pain and injuries in college sports networks. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, Nov. 18. Issue 4. Pag. 340.



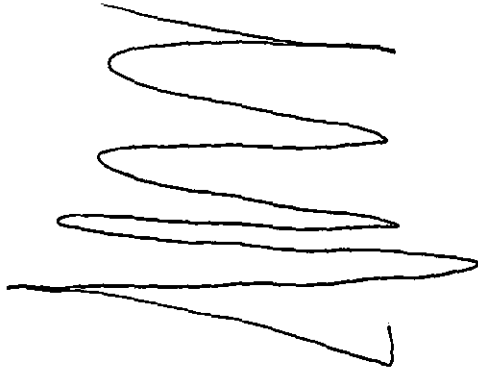
- ❏ Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping process: A Theoretical Analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, **46**, 839-852.
- ❏ Folkman, S., Lazarus, R.S., (1980) "Analysis of coping in a middle-aged community sample". *Journal of Health and Social Behavior*, **21**, 219-239.
- ❏ Folkman, S., Lazarus, R.S., Gruen R. J., DeLongis A., (1986) Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Behavior*, **50**, 571-579.
- ❏ González, J. L. (1992) *Psicología y deporte*, Biblioteca nueva, Madrid.
- ❏ Heppner, P.P. y Krauskopf, C.J. (1987). An information-processing approach to personal problem solving. *The Counseling Psychologist*, **15**, 371-447.
- ❏ Holahan, C. J., and Moos, R. H. (1981). Social support and psychological distress: A longitudinal analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, **90**, No 4, 365-370.
- ❏ Holmes, T. H. & Masuda, M. (1974) *Life changes and illness susceptibility*. In B. S. Dohrenwend & B. P. Dohrenwend (Eds.), *Stressful life events: their nature and effects*.
- ❏ Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática. (1997)
- ❏ Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática. (1999)
- ❏ Jacobson, D.E. (1986) "Types and timing of social support". *Journal of Health and Social Behavior*, **27**, September, 250-264.
- ❏ Jakubowski-Spector, P. (1973) Facilitating the growth of women through assertion training. *The Counseling Psychologist*, **4**, 75-86.
- ❏ Jodra, P. (1995) *Deporte y salud*. La realidad psicosociológica. Colección Oikos Textos – 3. Barcelona.
- ❏ Krantz, D. Y Schulz, R. (1980) A model life crisis and health outcomes: Cardiac rehabilitation and relocation of the elderly, In A. Baum y J.E. Singer (comps). *Advances in environmental psychology*, vol 3: Cardiovascular disorders and behavior, hillsdale, NJ. Erlbaum.
- ❏ Labbe, E., E.; Welsh, C. (1993) Children and running: Changes in physical fitness, self-efficacy, and health locus of control. *Journal of Sport Behavior*, Jun93, **16** Issue 2, p85, 13p, 2 charts.g
- ❏ Langer, E. J. Y Rodin, J. (1976) The effects of choice and enhanced personal responsibility for the aged: A field experiment in institutional setting, *Journal Of Personality and Social Psychology*, **34**, p. 191.
- ❏ Lazarus, R. S. (1966) *Psychological stress and the coping process*. McGraw-Hill, New York.
- ❏ Lazarus, R.S. (1980) *The stress and coping paradigm*. In Eisdorfer, C., Cohen, D., Kleinman, A., and Maxim, P. (eds.), *Theoretical Bases for Psychopathology*.

- ☞ Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984b). *"Stress, appraisal, and coping"*. New York: Springer.
- ☞ Lazarus, R.S., & Launier, R. (1978) *Stress-related transactions between person and environment*. In L.A. Pervin & M. Lewis (Eds.), *Perspectives in international psychology* (pp. 287-327), New York: plenum Press.
- ☞ Lynn, R., Phelan, J., & Kiker, V. (1969) Beliefs in internal-external control of reinforcement and participation in group and individual sports. *Perceptual and Motor Skills*, **29**, 551-553.
- ☞ Márquez, S. (1985) Beneficios psicológicos de la actividad física. *Revista de Psicología General y aplicada*. **48** (1), 185-206.
- ☞ Masters, J., Burish, T., Hollon, S., & Rimm, D. (1987) *Behavior Therapy* (3<sup>rd</sup>. ed.). New York: Marcout Brace Jovanovich.
- ☞ Matheny, K. B., Aycocock, D. W., Pugh, J. L. Curlette, W. L. Y Cannella, K. A. (1986) Stress coping: a quantitative and qualitative synthesis with implications for treatment. *The Counseling Psychologist*, **14**, 499-549.
- ☞ Mattlin, J. A., Wethington, E., Kessler, R., (1990) Situational determinants of coping effectiveness. *Journal of Health and Social Behavior*, **31**(March) 103-122.
- ☞ McCrae, R.R. (1984) Situational determinants of coping responses: loss, threat, and challenge. *Journal of Personality and Social Psychology*, **46**, No. 4, 919-928.
- ☞ Morales, C. F. (1997). *Introducción al estudio de Psicología de la Salud*. México: Universidad de Sonora.
- ☞ Moos, R. H. (1977). *Coping with Physical Illness*, Plenum, New York.
- ☞ Nixon II, Howard L. (1994) Social pressure, social support, and help seeking for pain and injuries. In College Sports Networks. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, Nov. **18**, Issue 4, Pag. 340.
- ☞ Norris, F. H., Murrell, y Stanley, A. (1987) Transitory impact of live-event stress on psychological symptoms in older adults. *Journal of Health and Social Behavior*, **28**, (June): 197-211.
- ☞ O'Leary, A. (1985) Self-efficacy and health. *Behavioral Research and Therapy*, **23**, 437-451.
- ☞ Palacios, M. (1978). *Deporte y Salud*. La medicina en el esfuerzo psicofisiológico. Editorial Stella.
- ☞ Paul M. V., Bezzubyk, I., Daley, L., Marjatta E. A. (1985) Psychological impact of sport on disabled athletes. *Psychological Reports*, **56**, 923-929.
- ☞ Pearlin, L. I. & Schooler, C. (1978) "The structure of coping". *Journal of Health and Social Behavior*, **19**, (March): 2-21.
- ☞ Petrie, T. A. (1993) The moderating effects of social support and playing status on the life stress-injury relationship. *Journal of Applied Sport Psychology*, **5**, 1-16.

- ☐ Phares, E. J. (1973). *Locus of control: A personality determinant of behavior*. Morristown, N.J. General Learning Press.
- ☐ Pitcher, S. W. and Meikle, S. (1980) The topography of assertive behavior in positive and negative situations. *Behavior Therapy*, **11**, 532-547.
- ☐ Plante, T. G. y Rodin, J. (1990) Physical fitness and enhanced psychological health. *Current Psychology: Research and Reviews*, **9**, 3-24.
- ☐ Roales-Nieto, J. G., Delgado N. M. A. (comps) (1994). *Psicología de la actividad física y del deporte*. Siglo Veintiuno de España Editores, S.A.
- ☐ Raymond, A.; Di Giuseppe. (1973). Internal-external control of reinforcement and participation in team, individual, and intramural sports. *Perceptual and Motor Skills*, **36**, 33-34.
- ☐ Rodríguez, G. (1998). *La Psicología de la Salud en América Latina*. México: Miguel Ángel Porrúa.
- ☐ Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal vs. external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, **80**, (1 Whole No. 609)
- ☐ Sánchez, J. J. (1985) *Psychology and primary prevention in public health: some implications for developing nations and progress report*. In: J. J. Sánchez Sosa (Ed.) *Health and Clinical Psychology*. Amsterdam: Elsevier Science Publisher. Pp. 403-401.
- ☐ Sánchez, J. J., & Singer, R., D. (1989) La prevención primaria en la salud mental: El papel del psicólogo hacia el fin del siglo. *Revista Intercontinental de psicología y educación*, **2**, No 1 y 2, 279-292.
- ☐ Scherwitz, L. y Rugulies, R. (1992) *Life-style and hostility en Buendía, José. (1994) Envejecimiento y psicología de la salud*. (comp). Siglo Veintiuno de España Editores, S.A. pp. 89-91.
- ☐ Selye, H. (1956) *The stress of life*. Mc Graw-Hill, New York.
- ☐ Sexton, H. Maere, A. Y Dahl, N. H. (1989). Exercise intensity and reduction in neurotic symptoms. A controlled follow-up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*.
- ☐ Silver, R.L. & Wortman, C. B. (1980a) *Coping with undesirable life events*. In Garber, J. & Seligman, M.E. *Human Helplessness. Theory and applications*. 279-340. New York: Academic Press.
- ☐ SSA/DGEI, INEGI, 1998
- ☐ Stephens, T. (1988). Physical activity and mental health in the United States and Canada: evidence from four popular surveys. *Preventive Medicine*, **17**, 35-47.
- ☐ Taylor, S. E. (1990). Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation. In Brannon, L., and Feist, J. (1997) *Health Psychology: An introduction to behavior and health*. Mc Neese State University. Brooks/Cole Publishing Company pp. 1.

ESTADÍSTICA  
 DE LA  
 UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES

- Udry, E. (1997) Coping and social support among injured athletes following suregy. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, **19**, 71-90.
- Volden, C. et al. (1990) The Relationship of age, gender, and excercise practices to measures of healt, life-style, and self-esteem., en Buendía, José. (1994) *Envejecimiento y psicología de la salud*. (comp). Siglo Veintiuno de España Editores, S.A. pp. 101-102.
- Weiss, R. S. (1974) The provisions of social relationships. En Cutrona, C., E. (1984) Social support and stress in the transition to parenthood. *Journal of Abnormal Psychology*, **93**, No 4, 378-390.
- Wenzel, E. (1982) Perspective of the regional office for europe., en Buendía, José.(1994) *Envejecimiento y psicología de la salud*. (comp). Siglo Veintiuno de España Editores, S.A. pp. 89-91.
- Wethington, E. & Kessler, R.C. (1986) "Perceived support, recived support, and adjustment to stressful life events". *Journal of Healt and Social Behavior*., Vol. 27 (March): 78-89.
- Weyerer, S. y Kupfer, B. (1994). Physical exercise and psychological healt. *Sports Medicine*, **17**, 108-116.
- Wong, P. T. P., & Sproule, C. F., (1983) An attributinal analysis of the locus of control construct an the Trent Attribution Profile. (TAP). In Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping process: A Theoretical Analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, **46**, 839-852.
- Zinzer, O. (1992) *Psicología experimental*. Mc Graw-Hill/Interamericana de México, S.A. de C.V.



**Anexo**



## ENTREVISTA SOCIODEMOGRÁFICA

### INSTRUCCIONES

Por favor contesta todas las preguntas que se te hacen con toda sinceridad posible sin dejar respuesta en blanco, recuerda que toda la información aquí recabada será estrictamente confidencial y para fines de investigación; si tienes alguna duda resuélvela con la persona encargada. De antemano muchas gracias.

#### *Ficha de identificación*

Nombre: \_\_\_\_\_ Sexo:            Fem.            Mas.  
Edad: \_\_\_\_\_  
Edo.Civil: Casado          Soltero          Divorciado          Separado          Viudo          Unión Libre  
Grado actual de estudios:  
Primaria          Secundaria          Técnico          Bachillerato          Licenciatura  
Actualmente practicas algún deporte:  
Sí ¿Porqué? \_\_\_\_\_  
No ¿Porqué? \_\_\_\_\_  
Deporte que practicas: \_\_\_\_\_  
Representas a alguna institución SI ¿Cuál? \_\_\_\_\_ NO  
¿En dónde lo practicas? \_\_\_\_\_  
¿Cuántos días a la semana lo practicas? \_\_\_\_\_  
¿Cuántas horas diarias inviertas cuando lo practicas? \_\_\_\_\_  
Tiempo de practicarlo:  
de 0 a 1 año                  de 1 a 3 años                  de 3 a 5 años                  de 5 a 7 años                  mas de 7 años

-----  
Marca con una X si has presentado algunas de las conductas que a continuación se te presentan

- ( ) Miedo intenso por ganar peso o por convertirte en obeso, incluso estando por debajo de tu peso normal
  - ( ) Ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos (solo si eres mujer)
  - ( ) De repente comes mucho en un corto espacio de tiempo (p. ej., en 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían.
  - ( ) Sensación de no poder parar de comer o falta de control en la cantidad de alimento que consumes.
  - ( ) Te provocas vómito, usas laxantes o diuréticos, ayunas o realizas ejercicio excesivo con el fin de no subir de peso
  - ( ) Sufres de alteración en la percepción del peso o de tu silueta corporal.
-

## ESCALA LOCUS DE CONTROL (LA ROSA, 1986)

A continuación hay una lista de afirmaciones. Indique en que medida está de acuerdo o en desacuerdo con cada una de ellas especificando su respuesta marcándola con una X cubriendo todo el número. solo puedes marcar una opción y no existen respuestas correctas o incorrectas. CONTESTA TODAS LAS AFIRMACIONES utilizando la siguiente escala. Gracias.

- (1) completamente en desacuerdo
- (2) en desacuerdo
- (3) ni en acuerdo ni en desacuerdo
- (4) de acuerdo
- (5) completamente de acuerdo

1. El problema del hambre está en manos de los poderosos y no hay mucho que yo pueda hacer al respecto	1	2	3	4	5
2. El que yo llegue a tener éxito dependerá de la suerte que tenga	1	2	3	4	5
3. El caerle bien a la gente me ayuda a resolver muchos de mis problemas	1	2	3	4	5
4. Los precios, en general, dependen de los empresarios y no tengo influencia al respecto.	1	2	3	4	5
5. No puedo influir en la solución del problema de la vivienda ya que depende del gobierno	1	2	3	4	5
6. Que yo tenga un buen empleo es una cuestión de suerte	1	2	3	4	5
7. Puedo mejorar mi vida si le caigo bien a la gente	1	2	3	4	5
8. Lo que me pasa es consecuencia de mis acciones	1	2	3	4	5
9. La paz entre los pueblos depende de los gobiernos y mi contribución al respecto es insignificante	1	2	3	4	5
10. El que yo llegue a tener mejores puestos en mi trabajo dependerá mucho de la suerte.	1	2	3	4	5
11. Para conseguir muchas cosas necesito ayuda de gente que tiene poder	1	2	3	4	5
12. El hecho de que yo tenga pocos o muchos amigos se debe al destino	1	2	3	4	5
13. Mi futuro depende de mis acciones presentes	1	2	3	4	5
14. Puedo tener éxito en la vida si soy simpático	1	2	3	4	5
15. Que yo tenga mucho o poco dinero es cosa del destino	1	2	3	4	5
16. El problema de la contaminación está en manos del gobierno y lo que yo hago no cambia nada	1	2	3	4	5
17. El puesto que yo ocupe en una empresa dependerá de las personas que tienen el poder	1	2	3	4	5
18. Puedo mejorar mis condiciones de vida si tengo suerte	1	2	3	4	5
19. Que yo tenga éxito en mi empleo (ocupación) depende de mí	1	2	3	4	5
20. Los problemas mundiales están en las manos de los poderosos y lo que yo haga no cambia nada.	1	2	3	4	5
21. Si le caigo bien a mi jefe puedo conseguir mejores puestos en mi trabajo	1	2	3	4	5
22. Normalmente soy capaz de defender mis intereses personales	1	2	3	4	5
23. Mi éxito dependerá de lo agradable que soy	1	2	3	4	5

24. Para subir en la vida necesito ayuda de gentes importantes	1	2	3	4	5
25. Casarme con la persona adecuada es cuestión de suerte	1	2	3	4	5
26. Me va bien en la vida porque soy simpático	1	2	3	4	5
27. Mi vida está determinada por mis propias acciones	1	2	3	4	5
28. Para resolver la mayoría de los problemas necesito ayuda de gentes importantes	1	2	3	4	5
29. Siento que es difícil influir en lo que lo políticos hacen	1	2	3	4	5
30. Como estudiante siento (sentí) que las calificaciones dependen mucho de la suerte	1	2	3	4	5
31. Mi éxito en el trabajo dependerá de que tan agradable sea yo	1	2	3	4	5
32. Puedo subir en la vida si tengo suerte	1	2	3	4	5
33. Yo siento que la gente que tiene poder sobre mí (padres, familiares, jefes, etc.) trata de decidir lo que sucederá en mi vida	1	2	3	4	5
34. Mejorar mis condiciones de vida es una cuestión de esfuerzo personal	1	2	3	4	5
35. El éxito en el trabajo dependerá de las personas que están arriba de mí	1	2	3	4	5
36. Si soy buena gente con mis profesores puedo mejorar mis calificaciones	1	2	3	4	5
37. Mi país está dirigido por pocas personas en el poder y lo que yo haga no cambia nada	1	2	3	4	5
38. El que yo llegue a tener éxito depende de mí	1	2	3	4	5
39. La gente como yo tiene poca oportunidad de defender sus intereses personales cuando estos son opuestos a los de las personas que tienen el poder	1	2	3	4	5
40. Cuando logro lo que he querido es porque he tenido suerte	1	2	3	4	5
41. El que mejoren mis condiciones de vida dependen principalmente de las personas que tienen el poder	1	2	3	4	5
42. Puedo conseguir lo que quiero si agrado a los demás	1	2	3	4	5
43. No tengo influencia en las decisiones que se toman respecto al destino de mi país	1	2	3	4	5
44. Que yo tenga el dinero suficiente para vivir depende de mí	1	2	3	4	5
45. Yo siento que mi vida está controlada por gente que tiene el poder	1	2	3	4	5
46. Cuando lucho por conseguir algo, en general lo logro	1	2	3	4	5
47. No siempre es bueno para mí planear el futuro porque muchas cosas son cuestión de buena o mala suerte	1	2	3	4	5
48. El hecho de que conserve mi empleo depende principalmente de mis jefes	1	2	3	4	5
49. Mis calificaciones dependen de mi esfuerzo	1	2	3	4	5
50. Mi éxito dependerá de las personas que tienen el poder	1	2	3	4	5
51. Muchas puertas se me abren porque tengo suerte	1	2	3	4	5
52. La cantidad de amigos que tengo depende de lo agradable que soy	1	2	3	4	5
53. Que yo consiga un buen empleo depende de mis capacidades	1	2	3	4	5
54. Las guerras dependen de los gobiernos y no hay mucho que pueda hacer al respecto	1	2	3	4	5
55. En la vida puedo conseguir muchas cosas si soy buena gente	1	2	3	4	5
56. Si tengo un accidente automovilístico ello se debe a mi mala suerte	1	2	3	4	5
57. Muchas puertas se me abren porque soy simpático(a)	1	2	3	4	5
58. Que yo obtenga las cosas que quiero depende de mí	1	2	3	4	5
59. Mi sueldo dependerá principalmente de las personas que tienen el poder económico	1	2	3	4	5



60. Puedo llegar a ser alguien importante si tengo suerte

1 2 3 4 5

61. La mejoría de las condiciones de vida depende de los poderosos  
y no tengo influencia sobre esto

1 2 3 4 5

Por favor, verifique si contestó todas las afirmaciones. GRACIAS.

**ESCALA DE SALUD Y VIDA COTIDIANA. FORMA BREVE. (Mooss y Cools, 1983).**

1. A continuación se presentan algunas formas de cómo uno se siente a veces. ¿En los últimos doce meses se ha sentido de alguna de las formas que a continuación leerá?

Si =1 No =2

- Ha sentido que no puede empezar ninguna actividad
- Ha sentido que se preocupa demasiado
- Ha sentido que su memoria no está del todo bien
- Ha sentido preocupaciones personales que le hacen sentir enfermo
- Ha sentido que nada le sale bien
- Se ha preguntado si existe algo que todavía valga la pena

2. En el siguiente listado se dan algunos adjetivos que las personas usan para describirse a sí mismas. Por cada adjetivo que lea, indíqueme ¿qué opción lo describe mejor?

No me describe nada	Me describe un poco	Me describe algo	Me describe bien	Me describe exactamente
1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> Seguro de si mismo	<input type="checkbox"/> Confiado	<input type="checkbox"/> Accesible, tolerante		
<input type="checkbox"/> Ambicioso	<input type="checkbox"/> Dominante	<input type="checkbox"/> Activo	<input type="checkbox"/> Exitoso	

**INDICE DE FUNCIONAMIENTO Y RECURSOS SOCIALES**

3. \_\_\_\_\_ ¿Cuántos amigos cercanos tienes? . Personas con quien puedes platicar tus problemas personales

4. \_\_\_\_\_ ¿ Cuántas personas conoces , de las cuales puedes esperar ayuda real en tiempos difíciles

5. Durante los últimos doce meses, ¿ha asistido a algunas de las siguientes actividades?

Si =1 No =2

**FAMILIARES**

152.\_\_\_\_

154.\_\_\_\_

156.\_\_\_\_

158.\_\_\_\_

160.\_\_\_\_

162.\_\_\_\_

164.\_\_\_\_

166.\_\_\_\_

168.\_\_\_\_

170.\_\_\_\_

172.\_\_\_\_

**AMIGOS**

153.\_\_\_\_ Evento atlético

155.\_\_\_\_ Juegos de Tablero (ajedrez, damas, etc.)

157.\_\_\_\_ Barajas

159.\_\_\_\_ Conciertos, opera o museos

161.\_\_\_\_ Pláticas de un largo tiempo

163.\_\_\_\_ Ayuda en algún proyecto

165.\_\_\_\_ Dar una vuelta caminando

167.\_\_\_\_ Reunión de club u organización

169.\_\_\_\_ Fiestas

171.\_\_\_\_ Días de campo

173.\_\_\_\_ Nadar o jugar fútbol

6. \_\_\_\_\_ Durante el último mes ¿Cuántas veces visitaste a tus amigos?

7. \_\_\_\_\_ Durante el último mes ¿cuántas veces te reuniste con ellos en otro sitio?  
(número de veces)

8. \_\_\_\_\_ Durante el último mes, ¿cuántas veces visitaste a tus familiares?  
(número de veces)

### EVENTOS OCURRIDOS EN LOS ULTIMOS DOCE MESES

9. Esta es una lista de eventos que le pueden pasar a cualquiera. ¿Ha experimentado personalmente alguno de ellos durante los últimos 12 meses.?

Si =1 No =2

- \_\_\_ Perdiste algo con valor sentimental
- \_\_\_ Muerte de algún amigo cercano
- \_\_\_ Problemas con amigos o vecinos
- \_\_\_ Te comprometiste sentimentalmente
- \_\_\_ Te casaste
- \_\_\_ Te separaste
- \_\_\_ Tuviste una reconciliación
- \_\_\_ Te divorciaste
- \_\_\_ Nacimiento de un niño en tu familia inmediata
- \_\_\_ Dificultades con parientes políticos
- \_\_\_ Muerte del cónyuge
- \_\_\_ Muerte de un miembro de la familia cercana (excepto cónyuge)
- \_\_\_ Problemas con los superiores de trabajo
- \_\_\_ Te suspendieron o despidieron del trabajo
- \_\_\_ Desempleado por un mes o más
- \_\_\_ Aumento considerable en la carga de trabajo
- \_\_\_ Te promovieron en el trabajo
- \_\_\_ Conseguiste mejor trabajo (nuevo)
- \_\_\_ Aumento substancial en el ingreso (20%)
- \_\_\_ Decremento en el ingreso (20%)
- \_\_\_ Te endeudaste fuertemente
- \_\_\_ Tuviste problemas legales
- \_\_\_ Te asaltaron o robaron

10. Elije un evento o problema de los que señalaste antes y escribe cuál  
s: \_\_\_\_\_

Si no has tenido ninguno de estos problemas, mencione otro sobre el cual desees comentar \_\_\_\_\_

Indica ¿cuál de las siguientes formas de actuar, que a continuación se mencionan empleaste para tratar de resolver el problema ?

No frecuentemente	Si, 1 o 2 veces	Si, algunas veces	Si, 3
0	1	2	3

- Trataste de saber más sobre la situación
  - Hablaste con tu cónyuge o con otras parientes cercanas acerca del problema
  - Hablaste con un amigo acerca del problema
  - Hablaste con un profesional, abogado, o cura
  - Rezáste para tener una guía para darte valor
  - Te preparáste para el peor de los casos
  - No te preocupáste. Pensáste que todo saldría bien
  - Te desquitáste con otras personas cuando te sentías enojado o deprimido
  - Tratáste de ver el lado bueno de la situación
  - Te ocupáste con otras cosas para no pensar en lo sucedido
  - Formuláste un plan de acción y lo lleváste a cabo
  - Consideráste varias alternativas para manejar la situación
  - Te guiáste por experiencias pasadas
  - No expresáste sus sentimientos
  - Tomáste las cosas como venían paso a paso
  - Tratáste de ver las cosas objetivamente
  - Pensáste sobre la situación para tratar de comprenderla mejor
  - Te dijíste cosas para ayudarte a sentir mejor
  - Intentáste no precipitarse actuando impulsivamente
  - Te olvidáste del problema por un tiempo
  - Supíste qué había que hacer y te esforzáste más para que funcionaran las cosas
  - Evitáste estar con la gente en general
  - Te propusíste que la próxima vez las cosas sería diferentes
  - Te negáste a creer lo que había sucedido
  - Lo aceptáste no podías hacer nada
  - Buscáste ayuda con personas o grupos que hubieran tenido experiencias similares
  - Negociáste para rescatar algo positivo de la situación
- Intentáste reducir la tensión:
- Tomando más
  - Comiendo más
  - Fumando más

- Haciendo más ejercicio
- Tomando tranquilizantes

### AFRONTAMIENTO DE BÚSQUEDA DE INFORMACIÓN

11. Algunas veces, cuando las personas tienen problemas acuden a ciertas personas para solicitar ayuda. En los últimos 12 meses recibiste ayuda de:

Si =1 No =2

- |  |   |                                  |
|--|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sacerdote, consejero espiritual, pastor | <input type="checkbox"/> Psiquiatra o psicólogo | <input type="checkbox"/> Abogado |
| <input type="checkbox"/> Consejero familiar o matrimonial        | <input type="checkbox"/> Policía                | <input type="checkbox"/> Jefe    |
| <input type="checkbox"/> Médico                                  | <input type="checkbox"/> Grupo de auto-ayuda    | <input type="checkbox"/> Amigos  |
| <input type="checkbox"/> Profesor                                |   |                                  |

GRACIAS POR TU COOPERACIÓN