

**CARACTERÍSTICAS DE LA ANSIEDAD Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN
DEPORTISTAS UNIVERSITARIOS DE ALTO RENDIMIENTO DE LA CIUDAD DE MEDELLÍN**

SEBASTIÁN GIRALDO MARTÍNEZ

Trabajo de grado para obtener el título de psicólogo

Asesor

ROBINSON DARÍO ORTIZ SÁNCHEZ

Psicólogo



UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

MEDELLÍN

2018

Tabla de contenido

RESUMEN	5
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
2. JUSTIFICACIÓN	20
3. OBJETIVOS	23
3.1 Objetivo General	23
3.2 Objetivos específicos	23
4. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN	24
5. MARCO TEÓRICO	36
5.1 Aproximación al concepto de ansiedad	36
5.2 Modelos teóricos de la ansiedad	40
5.2.1 Enfoque Psicodinámico	40
5.2.2 Conductismo Clásico y Enfoque Experimental	41
5.2.3 Enfoque Psicométrico Factorial y Teorías De La Personalidad	43
5.2.4 Enfoque Cognitivo-Conductual	45
5.2.5 Enfoque Psicofisiológico-Multidimensional	46
5.3 Características de la ansiedad y el miedo	48
5.3.1 Manifestaciones del miedo	51
5.3.2 Manifestaciones de la ansiedad	52
5.4 Trastornos psicológicos asociados a la ansiedad	53
5.4.1 Trastorno de pánico sin agorafobia	55
5.4.2 Trastorno de pánico con agorafobia	57
5.4.3 Agorafobia sin historia de trastorno de pánico	58
5.4.4 Trastorno por estrés agudo	59
5.4.5 Trastorno por estrés postraumático	61
5.4.6 Trastorno por Ansiedad Generalizada	63
5.4.7 Fobia específica	64
5.4.8 Fobia social	65
5.4.9 Trastorno Obsesivo Compulsivo	67

5.4.10 Trastorno de ansiedad inducido por sustancias	70
5.4.11 Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica	71
5.4.12 Trastorno de ansiedad no especificado	72
5.5 Aproximación al concepto de afrontamiento	73
5.5.1 Estilos de afrontamiento	75
5.5.2 Estrategias de afrontamiento	77
5.6 Acercamiento al concepto de deporte	82
5.6.1 Actividad física	84
5.6.2 Ejercicio físico	85
5.6.3 Deporte de alto rendimiento	86
6. METODOLOGIA	89
6.1 Tipo de investigación	89
6.2 Diseño de investigación	89
6.3 Población y muestra	90
6.4 Criterios de inclusión y exclusión	91
6.5 Variables de estudio	93
6.6 Instrumentos de recolección de información	93
6.6.1 Inventario de ansiedad pre-competitiva: CSAI-2R	94
6.6.2 Inventario de Ansiedad Estado Rasgo: STAI	95
6.6.3 Inventario multidimensional de respuesta ante el estrés: Brief COPE	96
6.7 Procedimiento de recolección de la información	98
6.8 Plan de análisis	99
6.9 Consideraciones éticas	100
7. RESULTADOS	102
7.1 Resultados sociodemográficos	102
7.2 Fiabilidad de los instrumentos	110
7.3 Resultados descriptivos	111
7.3.1 Descriptivos comparativos de la ansiedad y las estrategias de afrontamiento según la edad	114

7.3.2 Descriptivos comparativos de la ansiedad y las estrategias de afrontamiento según el sexo	118
7.3.3 Descriptivos comparativos de la ansiedad y las estrategias de afrontamiento según el estrato socioeconómico	121
7.3.4 Descriptivos comparativos de la ansiedad y las estrategias de afrontamiento según el tipo de universidad	125
7.3.5 Descriptivos comparativos de la ansiedad y las estrategias de afrontamiento según la modalidad del deporte	128
7.3.6 Descriptivos comparativos de la ansiedad y las estrategias de afrontamiento según el tiempo aproximado entrenando el deporte	133
7.3.7 Descriptivos comparativos de la ansiedad y las estrategias de afrontamiento según la cantidad de días de entrenamiento semanales	136
7.3.8 Descriptivos comparativos de la ansiedad y las estrategias de afrontamiento según el tiempo dedicado a cada entrenamiento	140
7.4 Correlaciones entre la ansiedad y las estrategias de afrontamiento	144
8. DISCUSION	148
9. CONCLUSIONES	155
10. BIBLIOGRAFIA	159
ANEXOS	165
ANEXO 1. Formato datos sociodemográficos	165
ANEXO 2. CUESTIONARIO DE ANSIEDAD ESTADO (STAI)	166
ANEXO 3. INVENTARIO DE ANSIEDAD PRECOMPETITIVA (CSAI 2R)	167
ANEXO 4. CUESTIONARIO Brief COPE	168

Índice de tablas

Tabla 1. Relación entre medallas e inversión en el deporte	13
Tabla 2. Diferencias en las manifestaciones del miedo y la ansiedad	51
Tabla 3. Variables, dimensiones e indicadores de estudio	93
Tabla 4. Edad de los deportistas	103
Tabla 5. Edad agrupada	103
Tabla 6. Género	104
Tabla 7. Estrato socioeconómico	104
Tabla 8. Estrato socioeconómico agrupado	104
Tabla 9. Universidades	105
Tabla 10. Universidades agrupadas	105
Tabla 11. Deportes	106
Tabla 12. Deportes individuales o de conjunto	106
Tabla 13. Tiempo que llevan los deportistas entrenando su deporte agrupados en meses	107
Tabla 14. Tiempo que lleva entrenando agrupados en años	108
Tabla 15. Días de entrenamiento a la semana	108
Tabla 16. Días de entrenamiento a la semana (agrupados)	109
Tabla 17. Horas dedicadas a cada entrenamiento	109
Tabla 18. Duración de los entrenamientos	109
Tabla 19. Alfa de Cronbach Instrumentos Psicológicos	110
Tabla 20. Alfa de Cronbach del CSAI 2R si se elimina alguno de sus ítems	111
Tabla 21. Estadísticos descriptivos de las pruebas aplicadas	113
Tabla 22. Descriptivos comparativos de la ansiedad respecto a la edad	115
Tabla 23. Descriptivos comparativos de las estrategias de afrontamiento respecto a la edad	116
Tabla 24. Descriptivos comparativos de la ansiedad precompetitiva respecto a la edad	118
Tabla 25. Descriptivos comparativos de la ansiedad estado respecto al género	119

Tabla 26. Descriptivos comparativos de las estrategias de afrontamiento respecto al género	119
Tabla 27. Descriptivos comparativos de la ansiedad precompetitiva respecto al género	121
Tabla 28. Descriptivos comparativos de la ansiedad estado respecto al estrato	122
Tabla 29. Descriptivos comparativos de las estrategias de afrontamiento respecto al estrato	123
Tabla 30. Descriptivos comparativos de la ansiedad precompetitiva respecto al estrato	125
Tabla 31. Descriptivos comparativos de la ansiedad estado respecto al tipo de universidad	126
Tabla 32. Descriptivos comparativos de las estrategias de afrontamiento respecto al tipo de universidad	127
Tabla 33. Descriptivos comparativos de la ansiedad precompetitiva respecto al tipo de universidad a la que pertenece el deportista	128
Tabla 34. Descriptivos comparativos de la ansiedad precompetitiva respecto a la modalidad deportiva	130
Tabla 35. Descriptivos comparativos de las estrategias de afrontamiento respecto a la modalidad deportiva	130
Tabla 36. Descriptivos comparativos de la ansiedad precompetitiva respecto a la modalidad deportiva	132
Tabla 37. Descriptivos comparativos de la ansiedad estado respecto al tiempo aproximado que llevan los deportistas practicando el deporte	133
Tabla 38. Descriptivos comparativos de las estrategias de afrontamiento respecto al tiempo aproximado que llevan los deportistas practicando el deporte	134
Tabla 39. Descriptivos comparativos de la ansiedad precompetitiva respecto al tiempo aproximado que llevan los deportistas practicando el deporte	136
Tabla 40. Descriptivos comparativos de la ansiedad estado respecto a los días de entrenamiento semanales	137
Tabla 41. Descriptivos comparativos de las estrategias de afrontamiento respecto a los días de entrenamiento semanales	138

Tabla 42. Descriptivos comparativos de la ansiedad precompetitiva respecto a los días de entrenamiento semanales	140
Tabla 43. Descriptivos comparativos de la ansiedad estado respecto al tiempo dedicado a cada entrenamiento	141
Tabla 44. Descriptivos comparativos de las estrategias de afrontamiento respecto al tiempo dedicado a cada entrenamiento	142
Tabla 45. Descriptivos comparativos de la ansiedad precompetitiva respecto al tiempo dedicado a cada entrenamiento	144
Tabla 46. Correlaciones significativas entre ansiedad y estrategias de afrontamiento	147

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue identificar las características de la ansiedad y las estrategias de afrontamiento en deportistas universitarios de alto rendimiento (n= 46) pertenecientes a cuatro universidades, públicas y privadas, de la ciudad de Medellín. Se escogieron atletas de cuatro disciplinas distintas y diferentes modalidades. Se utilizó el inventario de ansiedad STAI específicamente su escala estado, el inventario de ansiedad precompetitiva CSAI 2R, y el inventario multidimensional de respuesta ante el estrés Brief COPE. Los resultados de los tres instrumentos fueron relacionados con variables sociodemográficas como edad, sexo, estrato socioeconómico, tipo de universidad, modalidad deportiva, tiempo aproximado entrenando el deporte, cantidad de entrenamientos a la semana y duración de cada entrenamiento. Entre los hallazgos, se encuentra que la media de ansiedad estado y precompetitiva general se ubica en un rango normal, pero con tendencia alta; los deportistas de mayor edad tuvieron puntuaciones más altas en ansiedad que los de menor edad; los jugadores con estrato socioeconómico bajo (1 y 2) tuvieron puntuaciones de ansiedad mucho mayores que los de estrato medio-alto (3, 4 y 5); además, las puntuaciones de los participantes que practican deportes de conjunto fueron mayores a las obtenidas por deportistas de disciplinas individuales, contrario a las conclusiones de estudios que incluyen esta comparación; en cuanto a las estrategias de afrontamiento, se evidencia una tendencia por el uso de estrategias centradas en el problema más que en la emoción o en la evitación, relacionándose esto con los niveles normales de ansiedad registrados.

Palabras clave: ansiedad, ansiedad estado, ansiedad precompetitiva, estrategias de afrontamiento, deporte de alto rendimiento, estudiantes universitarios.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El lugar otorgado al deporte a lo largo de la historia ha tenido grandes cambios que dependen de la época en la cual se le enmarque. Los primeros indicios que se tiene acerca de la actividad deportiva datan del 4000 a.C. en China, lugar en el cual eran muy practicados deportes como el suju (deporte con reglas similares al fútbol) y la gimnasia, siendo esta última una disciplina icónica de la República Popular China. Sin embargo, este tipo de actividades eran reservadas solo para las familias más adineradas que tenían la posibilidad de costear su enseñanza y aprendizaje. Siglos más tarde, la civilización griega incursionó en el mundo con los primeros Juegos Olímpicos, según autores de la época, en el año 777 a.C. celebrados cada cuatro años en Olimpia, el emplazamiento más importante del dios Zeus. Dicho certamen tuvo una duración de seis días y con un limitado número de deportes, entre los cuáles se encontraban lucha, carreras de carros y atletismo. Los Juegos Olímpicos representaron así una manifestación religiosa importante por el acatamiento de las órdenes divinas, trayendo consigo una concepción diferente del cuerpo y del alma, además de una mejoría de las relaciones entre los pueblos. El carácter religioso se puede evidenciar en la corona que se le otorgaba al ganador de cada prueba, símbolo de cercanía con los dioses. Por ello, todas las actividades en Grecia quedaban suspendidas durante la duración de los juegos, pues tenían un gran impacto social.

(Rodríguez, 2008)

Con el pasar de las épocas, las naciones comenzaron a darle una importancia mayor al deporte, pues se fue convirtiendo en el medio por el cual estas buscaban demostrar su superioridad a otras mediante competencias previamente organizadas o simplemente la

guerra. Al seleccionar un grupo de personas cuyas capacidades cumplieran con los requisitos exigidos para pertenecer a determinada disciplina, otorgarles una preparación adecuada para que tuvieran un óptimo desempeño y abastecerlos de los implementos necesarios es clara muestra de la relevancia que ha cobrado el deporte. (Tortosa y Civera, 2006).

Al haber una disminución de las guerras, el establecimiento de más acuerdos de paz y, por consecuencia, el incremento de la industrialización global, el deporte ha tenido cabida dentro de los eventos organizados a nivel mundial, en donde se sigue buscando demostrar la capacidad de competencia en las disciplinas existentes. Esto ha generado interés por parte de investigadores debido a que se pretende mejorar el desempeño de cada deportista, en un principio enfocado solo en el fortalecimiento corporal y fortalecimiento de habilidades físicas; posteriormente, con la incursión y el reconocimiento de los procesos mentales en el campo científico en la primera guerra mundial, se empezó a tener en cuenta en las investigaciones de rendimiento deportivo las variables psicológicas por su posible influencia en el desempeño de los deportistas, encontrando que factores como la concentración, autoestima, autoconfianza, estrés, motivación y ansiedad, entre otras, pueden facilitar u obstaculizar un buen rendimiento en la disciplina deportiva, siendo esta última uno de los grandes focos de atención de las investigaciones deportivas en las últimas décadas como queda registrado por varios autores (Guillén, Sánchez, y Márquez, 2009; Hackfort, y Spielberg, 1989; Martens, Vealey y Burton, 1990; Wadey y Hanton, 2008; Olmedilla Zafra, Andreu Álvarez, Ortín Montero y Blas Redondo, 2009).

Hasta el momento no hay un censo oficial que contenga datos de la cantidad existente de deportistas de alto rendimiento en todo el mundo. La cifra de los participantes en los Juegos Olímpicos de Río de Janeiro 2016 fue de 11551 atletas de todas las delegaciones inscritas y disciplinas deportivas (Olympics, 2016), teniendo a Estados Unidos con la mayor cantidad de deportistas participantes (554 inscritos). Además, deportes como el golf y el rugby fueron incluidos dentro del certamen y las delegaciones de Kosovo y Sudán del Sur realizaron su debut. En el caso de Colombia hubo una participación de 147 deportistas en 23 disciplinas, la mayor participación hasta el momento en la cita olímpica de dicha delegación. Todos estos datos arrojan una pista de la cantidad de deportistas de alto rendimiento en todo el mundo, siendo los clasificados a Río 2016 solo los participantes de deportes olímpicos, sin contar disciplinas no olímpicas como el patinaje, el ajedrez o el beisbol.

La cantidad de deportistas participantes en un certamen deportivo depende de la inversión que su delegación realice. Estados Unidos invirtió en el deporte una suma cercana a los 1000 millones de dólares, según la revista Forbes (El Comercio, 2016). Otras potencias mundiales que siguen a USA en materia de inversión deportiva son Alemania, Canadá o Japón, las cuales no distan mucho de dicha cifra. Aunque los valores tienen amplia diferencia entre sí, en América Latina hay países que también realizan grandes inversiones en la preparación de sus atletas. Para el ciclo olímpico de Río 2016, Brasil invirtió alrededor de 842 millones de dólares en infraestructura, viajes y preparación de sus atletas, siguiéndole México con 233 millones de dólares, Chile con 213 millones de dólares y en cuarto lugar Colombia con 170 millones de dólares (Forbes, 2015). A esto se

suma la cantidad de medallas que se obtienen, encontrando una fuerte relación entre la inversión realizada y el número de preseas. La página Medals Per Cápita realizó un análisis de las medallas obtenidas por cada país y contrastó estos datos con el PIB y la población de cada uno, encontrando que entre más alto sean estos valores, más medallas había.

(Medals Per Cápita, 2016)

A continuación, se presenta una tabla con algunas delegaciones, el lugar que ocuparon en los Juegos Olímpicos de Río de Janeiro 2016, el número de deportistas que participaron en representación de cada una y la inversión realizada para dicho ciclo deportivo.

Tabla 1. Relación entre medallas e inversión en el deporte

PUESTO EN JJOO	PAÍSES	DEPORTISTAS PARTICIPANTES	MEDALLAS	INVERSIÓN DEPORTIVA
1	Estados Unidos	554	121	1000 mdd
2	Reino Unido	366	67	426 mdd
3	China	416	70	1000 mdd
7	Brasil	465	19	842 mdd
23	Colombia	147	8	169 mdd
27	Argentina	213	4	30 mdd

Nota: Medallero Olímpico en los Juegos Olímpicos de Río 2016. Información tomada de AS Colombia.

La inversión realizada por los países es proporcional al número de atletas participantes y a la cantidad de preseas conseguidas en los Juegos Olímpicos. Para Colombia, esta ha sido la mejor participación en dicho evento, ganando 3 medallas de oro, 2 de plata y 3 de

bronce. Así mismo, la inversión realizada en la preparación para las competencias olímpicas es la mayor hasta el momento. Sin embargo, las dificultades de Colombia para hacerse de logros deportivos, no solo en los Juegos Olímpicos sino en el deporte mundial como tal, pueden dividirse en dos razones: la primera tiene que ver con el poco presupuesto y apoyo gubernamental con que cuentan las escuelas de iniciación, dejando como resultado un pobre aprovechamiento de las capacidades individuales de cada deportista en sus inicios; la segunda tiene que ver con la situación económica y laboral del país, limitando la práctica del deporte de alto rendimiento solo a aquellas personas que gozan de una situación financiera mejor o de los pocos deportistas que logran sobresalir y, por tanto, llamar la atención en el deporte de élite. Por lo general la primera razón es consecuencia de la segunda.

Existen razones de peso para destinar un presupuesto a las escuelas de iniciación deportiva. Algunas características deben adquirirse en la niñez, etapa en la cual es más apropiado adoptar movimientos característicos de algunos deportes, como la gimnasia. La coordinación en el fútbol y el desarrollo de la potencia muscular en atletismo son atributos que deben potenciarse desde que se es pequeño. Pero no solo se debe trabajar con características físicas en la iniciación deportiva, sino mejorar aquellas habilidades psicológicas que hacen posible alcanzar determinados objetivos, o, por el contrario, identificar y trabajar con aquellos factores que pueden representar una dificultad a corto, mediano y largo plazo para el deportista en formación

Respecto a lo anterior, varios deportistas de alto rendimiento han sido noticia por sus dificultades de orden psicológico, relacionadas principalmente con depresión y ansiedad.

Michael Phelps, el famoso nadador y deportista que más ha ganado medallas en la historia de los Juegos Olímpicos (23 medallas de oro, 3 de plata y 2 de bronce), estuvo internado durante 45 días en una clínica para rehabilitación por problemas relacionados con la depresión. Phelps relata cómo esa “oscuridad” lo abrazó a tal punto de considerar el suicidio, y fue en ese momento en el cual decidió buscar ayuda (CNN Español, 2017). Sin embargo, Phelps ya había tenido otro tipo de problemas con la justicia de Estados Unidos por consumo de alcohol, drogas y conducción en estado de embriaguez. La aceptación de sus dificultades y su tratamiento, según lo relata él mismo, fue lo que le permitió estar en Río 2016. Otro caso es el del ex tenista profesional Mardy Fish, ganador de la medalla de plata en los Juegos Olímpicos de Atenas 2004, se retiró del deporte de alto rendimiento en el año 2013 luego de ser diagnosticado con un Trastorno de Ansiedad Generalizada. Declinó su participación en la segunda ronda del Abierto de los Estados Unidos contra Roger Federer, según recuerda Fish, porque literalmente no fue capaz de hacerlo. Luego de su retiro habla de cómo está rehaciendo su vida luego de que en su pasado la ansiedad afectó cada una de las esferas de su vida, y afirma que su historia es la evidencia de cómo se puede superar una enfermedad mental por medio de una correcta educación y tratamiento (Marca, 2015). El delantero del Stoke City Bojan Krkic relata los ataques de ansiedad que debía afrontar cuando militaba en el F.C. Barcelona. Recuerda que, debido a la presión a la que se veía sometido, en medio de los partidos sentía mareos, inestabilidad y aumento de su temperatura, síntomas que solo remitían con fármacos. También refiere que el momento que debió haber sido el más feliz de su vida fue el más difícil, y fue

cuando se negó, por miedo, al llamado de la selección de su país para participar con 17 años en la Eurocopa (Goal, 2016).

Las anteriores noticias refieren solo algunos de los casos más conocidos de deportistas de talla mundial cuyo rendimiento se vio afectado por la manifestación de las variables psicopatológicas, al punto de tomar como opción el abandono de su deporte. La ansiedad es, según la mayoría de estos reportes, la dificultad que más aqueja los atletas a la hora de competir, manifestándose desde la activación fisiológica en altos o bajos niveles, pasando por la valoración de las situaciones amenazantes, y pudiendo llegar a un ataque de pánico.

Según la Sociedad Española para el estudio de la Ansiedad y el Estrés SEAS (2011) “la ansiedad es una emoción natural que comprende las reacciones que tienen los seres humanos ante la amenaza de un resultado negativo o incierto. Este tipo de reacciones se producen ante los exámenes, al hablar en público, al sentirse evaluados, en situaciones sociales, o ante cualquier situación que nos resulte amenazante.” Además, el SEAS agrega que “si el estado de activación por ansiedad y estrés es muy intenso y, sobre todo, si se prolonga en exceso, se producen consecuencias negativas a tres niveles: disminución del rendimiento, problemas de salud física y problemas de salud mental”, pasando evidentemente al plano psicopatológico de la ansiedad, generando respuestas desadaptativas para el individuo. El manual diagnóstico para trastornos mentales DSM IV (1994) reconoce un amplio espectro de trastornos de ansiedad, entre los cuales menciona el Trastorno de Ansiedad Generalizada, trastorno de pánico con y sin agorafobia (distinguiendo entre ambos tipos), trastorno por estrés postraumático, entre otros. Entre esos, el Trastorno de Ansiedad Generalizada es el de mayor prevalencia, llegando a tener

un predominio del 5% en la población mundial y del 12% en aquellas personas que acuden a tratamientos para trastornos de ansiedad.

En un informe realizado respecto a la situación actual del estado de la salud mental, la Organización Mundial de la Salud (2016) indica que entre 1990 y 2013 el número de personas afectadas por problemas de depresión o ansiedad aumentó casi un 50%, pasando de 416 millones a 615 millones, representando así un 10% de la población mundial.

La Organización Panamericana de la Salud (2012) reveló que en América Latina la depresión es el trastorno mental más común con un 5% de prevalencia en los países latinoamericanos, seguida de la ansiedad con un 3,4%, añadiendo al respecto que el 76,5% de los países latinos cuenta con un plan nacional de salud para hacerle frente a la problemática.

En el contexto local, la Encuesta Nacional de Salud Mental (2015) realizada por la Universidad Javeriana, Colciencias y el Ministerio de salud encuestó a 13555 familias validadas de las cuales se obtuvo datos relevantes respecto a los síntomas ansiosos reportados por los participantes del censo, pues 13 de cada 100 encuestados notificaban entre tres y cuatro síntomas ansiosos, mientras que el 16% aseguró tener cuatro o más síntomas clínicos de ansiedad.

Respecto a los indicadores clínicos que figuran en el DSM IV referentes al Trastorno de Ansiedad Generalizada, la principal característica es la ansiedad y preocupación excesivas que se observan por un periodo superior a 6 meses y que se relacionan con una gran cantidad de acontecimientos. Además, se utilizan los siguientes criterios diagnósticos:

- Criterio A: la persona presenta dificultades para controlar el estado de preocupación.
- Criterio B: la ansiedad y la preocupación están acompañados de síntomas tales como inquietud, fatiga, problemas de concentración, irritabilidad y trastornos del sueño.
- Criterio C: la naturaleza de las preocupaciones abarca una amplia gama de situaciones y no se limita solo a la preocupación por presentar crisis de angustia, vergüenza pública, contraer enfermedades, engordar o por tener una enfermedad grave, como los síntomas de un trastorno del Eje I.
- Criterio D: la ansiedad y la preocupación generan un malestar clínicamente significativo y un deterioro en áreas sociales y laborales de la persona.
- Criterio E: este tipo de alteraciones no son debidas al efecto de un fármaco o una sustancia psicoactiva.

Tal como señala el criterio D, la naturaleza de las preocupaciones se convierte en un problema que irrumpe en todas las esferas vitales del individuo, llegando a incapacitarle e imposibilitando su desempeño en aquellas actividades que, en condiciones saludables, podría desarrollar con normalidad. En el caso de los deportistas de alto rendimiento, al ser la competencia un evento potencialmente elicitor de respuestas ansiosas, la valoración cognitiva y las estrategias de afrontamiento que utilice el deportista determinarán el rendimiento que pueda tener.

Aunque en Colombia se han realizado estudios para evaluar las características ansiosas y estrategias de afrontamiento de las situaciones ansiosas y estresantes que genera la competencia en los deportistas de diferentes deportes (Aguirre Loaiza y Ramos, 2011; Torres y Núñez, 2012; Dinas Garay, 2016), actualmente no se cuenta con planes de

intervención bien estructurados o programas de educación para los deportistas en las diferentes ligas del territorio nacional, en especial por el poco apoyo económico dado por el gobierno. En la ciudad de Medellín no se han encontrado investigaciones que hayan evaluado o indagado por las variables individuales de los deportistas frente a la ansiedad experimentada previamente a la competencia, durante o después de la misma.

Frente a esta falta de estudios en el contexto local, añadiendo además la falta de información sobre planes de educación en estrategias de afrontamiento ante situaciones estresantes, surge la iniciativa de realizar una investigación acerca de las características de la ansiedad y los estilos de afrontamiento que tienen los estudiantes deportistas de alto rendimiento de diferentes universidades de Medellín en medio del ambiente competitivo. Por lo tanto, es importante realizar la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son las características de la ansiedad en deportistas de alto rendimiento de diferentes universidades de la ciudad de Medellín?, y ¿Qué estrategias de afrontamiento se presentan en deportistas con diferentes grados de ansiedad?

2. JUSTIFICACIÓN

En el deporte de alto rendimiento, el nivel de ansiedad que presenten los atletas antes, durante y después de una competición deportiva dependerá en gran parte de la forma como interpreten este tipo de situaciones. Determinado nivel de manifestación ansiosa en el deportista puede ser beneficioso por la activación fisiológica que conlleva, pudiendo tener así un despliegue de sus habilidades que le favorezcan al momento de competir; por el contrario, una sintomatología ansiosa muy alta podría repercutir de manera negativa en el rendimiento, llegando inclusive a incapacitar a la persona. Existen momentos en los cuales los niveles de activación son necesarios, por ejemplo, un futbolista que necesita correr para defender un balón que ha filtrado el equipo rival, teniendo que hacer uso de todos sus recursos disponibles. Sin embargo, si a dicho futbolista le correspondiera ejecutar un tiro libre, de poco le serviría contar con ese mismo nivel de activación cuando realmente requiere usar su precisión de manera muy controlada y poder mandar el balón al punto que él desea. Desde la teoría de la facilitación social (Zajonc, 1965) se puede explicar por qué el ex guardameta del equipo chileno de fútbol Colo Colo, Álvaro Salazar, tuvo una caída pronunciada de su rendimiento deportivo al aprender ciertas respuestas de manera sistemática que le conducían al error, esto probablemente consecuencia de la presión y evaluación a la que constantemente estaba sometido por parte de la hinchada, sus compañeros, el cuerpo directivo, etcétera, los cuales facilitaban una activación “más allá de la cuenta” y el aprendizaje y repetición de dichos errores (AS Chile, 2017).

Como se ha planteado, es evidente que la inversión en salud mental en el campo deportivo es poca. Muestra de esto es la carencia de planes de educación e intervención

con deportistas de diversos niveles de rendimiento, haciendo que los ya existentes se enfoquen en el tratamiento de determinados problemas solo en momentos en los que sea una urgencia (en la mayoría de ocasiones aspectos físicos del deportista), cuando se podría suponer que resultaría más valioso para la persona un enfoque desde la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad que le permita disponer de herramientas de valoración y afrontamiento de las situaciones que considere ansiosas mediante la elección de las estrategias apropiadas para mantener un nivel de arousal adecuado, el cual es definido por Gould y Krane (1992) como una activación general fisiológica y psicológica del organismo que varía en un continuo y que va desde el sueño profundo hasta el nivel máximo de activación. Se sugiere un enfoque desde la promoción de la salud (OMS, 2016), pues esta permite que las personas tengan un mayor control de su salud y de las variables que pueden afectarla, además de que uno de los componentes de la misma es la educación sanitaria, mediante la cual las personas han de adquirir conocimientos y tener disponible información que les permita optar por estrategias en pro del beneficio de su salud; desde la prevención de la enfermedad primaria se designarían estrategias, mediante la enseñanza y el aprendizaje de diferentes opciones, para reducir los factores de riesgo que facilitarían la adquisición de enfermedades o trastornos específicos, lo cual extendería el abanico de posibilidades en los estilos de afrontamiento del deportista.

Debido a la falta de investigaciones en Medellín sobre las características de la ansiedad en deportistas universitarios locales de alto rendimiento, se considera apropiado comenzar a realizar estudios con dicha población que den cuenta de aquellas variables que posibilitan o dificultan la adquisición de logros deportivos para los atletas, así como

un mejor desempeño en sus competiciones. Esta falta de estudios puede ser una causa del limitado presupuesto que se le brinda a la investigación y a planes de intervención en salud mental deportiva, además de no tener un problema claramente delimitado. Además, resulta útil a la psicología deportiva en el contexto local al contribuir con información que permita ahondar en la formulación y búsqueda de mecanismos y estrategias de afrontamiento usadas frente a situaciones estresantes que puedan tener mejores resultados que las ya conocidas, esto con base a los datos que se obtengan sobre los rasgos de la población objeto de esta investigación.

Resulta importante entonces identificar las características de ansiedad individuales en este tipo de deportistas para establecer relaciones en cuanto a la manifestación ansiosa y las estrategias de afrontamiento que se generen, a la vez que se diferencian ambas variables en cada deportista. Tener esta claridad podría posibilitar en un futuro la creación de planes encaminados a la educación de los atletas (tanto en su iniciación, como en el deporte de alto rendimiento) en cuanto a dichas estrategias que, de manera individual, puedan ser usadas y tener un mejor desempeño.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

Identificar las características de la ansiedad y las estrategias de afrontamiento presentes en deportistas universitarios de alto rendimiento de la ciudad de Medellín.

3.2 Objetivos específicos

- Describir las características de la ansiedad presentes en los deportistas antes de la competición deportiva.
- Describir las estrategias de afrontamiento usadas por los deportistas antes de la competición deportiva.
- Comparar las características de la ansiedad y las estrategias de afrontamiento de los deportistas según su edad, género, estrato socioeconómico, tipo de deporte que practican y el tiempo que llevan practicando dicha disciplina.
- Examinar el tipo de correlación entre las características de la ansiedad y las estrategias de afrontamiento durante situaciones estresantes.

4. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN

El análisis de la influencia de las variables psicológicas en el rendimiento de los deportistas ha cobrado fuerza en la última década, lo cual se evidencia en las investigaciones realizadas en el campo de la psicología deportiva. La presencia de determinados trastornos mentales, principalmente la depresión y la ansiedad, han tenido un papel central en noticias de deportistas de talla mundial quienes vieron afectado no solo el deporte que practicaban, sino otras esferas de su vida. Sin embargo, más que una búsqueda de tratamientos efectivos para los trastornos psicológicos, la mayor parte de estudios que hasta el momento se han realizado en este campo han tenido como propósito identificar aquellos factores que permiten u obstaculizan un óptimo desempeño de los deportistas, tanto en su iniciación como en las competencias más exigentes. Variables a evaluar que suelen tener en común este tipo de investigaciones son la motivación, la ansiedad y las estrategias que se usan para mitigar el estrés causado por el ambiente competitivo, ya que el percibir la competencia como un estímulo potencialmente amenazante lleva al deportista a tomar un papel activo en la disminución de su malestar, poniendo de manifiesto sus recursos para afrontar dichas situaciones.

A continuación, se presentan los resultados de una revisión de varias investigaciones, en cuyo objeto de estudio se encontraron variables como la ansiedad y/o las estrategias de afrontamiento y su relación con distintos factores de deportistas de varias partes del mundo, como el sexo, la edad, estrato socioeconómico, etc.

Para la búsqueda de antecedentes, se utilizaron las bases de datos Redalyc, Scielo y ResearchGate delimitando la búsqueda a trabajos con menos de seis años de realización

(2011-2017). Inicialmente, se encontraron ocho investigaciones que van en una línea similar al objetivo de investigación del presente trabajo, realizados en los siguientes años: tres en el 2011, uno en el 2013, uno en el 2016 y tres en el 2017. Así mismo, en estos se presenta que cinco artículos de trabajos fueron realizados en España, uno en Portugal, uno en México y una en Colombia. Los términos y palabras clave para buscar los antecedentes de investigación fueron: ansiedad, deporte, estrategias de afrontamiento, deportistas, alto rendimiento.

Se indicarán entonces algunos aspectos relacionados con los constructos teóricos que se presentan en los antecedentes de investigación. Debe aclararse que las investigaciones encontradas establecen diferencias entre el deporte aficionado y el deporte competitivo de acuerdo al número de horas semanales que la persona entrene, la disponibilidad de un entrenador y las metas que el deportista tiene respecto a su participación en determinados certámenes.

Inicialmente los autores de los artículos consultados coinciden al proponer la ansiedad como una variable de gran interés en la psicología deportiva por la influencia que tiene en el rendimiento de los atletas, teniendo dos niveles de respuesta: somático (taquicardia, sudoración, hiperventilación), cognitivo (dificultades atencionales, pensamientos distorsionados, rumiación) y motor (inquietud, torpeza, tensión corporal), haciendo la claridad de que este constructo no debe tratarse como unitario sino como un concepto multidimensional (González, Quezada, Díaz y Cano, 2014). Además, la valoración de situaciones como amenazantes y por ende la sintomatología ansiosa que presente el deportista depende primero de la ansiedad rasgo, definida como las disposiciones

individuales que tiene cada persona para percibir los estímulos como amenazantes o no, y se determina por la frecuencia con que la persona experimenta aumentos en su ansiedad; contrario a la ansiedad rasgo está la ansiedad estado, en la cual los síntomas dependen de la situación en la cual se encuentre la persona y, por lo tanto, es modificable en el tiempo (Spielberg, 1972). Diversas investigaciones han asociado estas manifestaciones a efectos negativos en los deportistas, especialmente en eventos competitivos, los cuales difieren mucho de los tiempos de entrenamiento por ser eventos potencialmente estresores al incluir variables como la presión del cuerpo técnico, compañeros, el público y hasta las mismas expectativas que el deportista tiene respecto a su rendimiento. No obstante, Ferreira, Valdés y González (2002) afirman que un estado de estrés puede ser positivo para mantener al organismo en un estado de alerta y motivación para afrontar la situación deportiva.

Frecuentemente se relaciona la ansiedad con la autoconfianza, la cual es definida como la convicción de que es posible ejecutar con éxito una conducta requerida y producir un resultado (Nicolás, 2009), y puesta a prueba reiteradamente en el ámbito competitivo. Es aquí donde el deportista pone en juego sus estrategias de afrontamiento y su resiliencia psicológica frente a los resultados poco satisfactorios, siendo posible que este sea refractario a las inquietudes, presiones y angustias que puedan surgir o, por el contrario, que termine absorbiendo estos efectos negativos al no poder afrontar de manera adecuada la situación (Dramisino, 2007). Un estudio enfocado en la sensibilidad a la ansiedad y la presión psicológica (Molina, Sandín y Chorot, 2013) habla del “choking under pressure” o asfixia bajo presión que se refiere a una reducción del rendimiento deportivo

a pesar de los esfuerzos del deportista por mejorar, causado por la presión que conlleva el ambiente competitivo y las diversas variables, igualmente estresoras, que allí se encuentran (Baumeister, 1984). Este concepto surge como alternativa al arousal, hablando así del deterioro crítico del rendimiento en vez del desempeño óptimo al que usualmente se hace alusión en investigaciones en psicología deportiva. Sin embargo, a pesar de las numerosas investigaciones que se han realizado en el campo y de la teoría que se ha logrado construir, aún no está lo suficientemente clara la relación que pueda existir entre la ansiedad y el rendimiento deportivo y por ello surge la necesidad de continuar haciendo estudios y realizar mayores precisiones al respecto.

La mayoría de los estudios evalúan los efectos de la ansiedad, tanto positivos como negativos, de acuerdo a la conocida ley de Yerkes y Dodson (1908) que relaciona el nivel de arousal con el rendimiento en una tarea. Según esta ley, el rendimiento tiene forma de U invertida, y existe un punto específico en el cual el nivel de activación proporciona un desempeño óptimo y, por encima o por debajo de este nivel, el rendimiento baja, sea por sobre sobreactivación o por falta de activación. Sin embargo, las revisiones que se han hecho a esta ley afirman que el rango óptimo de la U invertida varía en función de la actividad que se ejecute, por lo que actividades que requieran una mayor concentración necesitarían una menor activación para un óptimo desempeño, y otras tareas que requieran un despliegue más grande de habilidades físicas necesitarían de mayor nivel de activación para tener el mejor rendimiento. Otras investigaciones toman como base la teoría de la Zona de Funcionamiento Óptimo (Hanin, 1978) para la identificación y evaluación de características ansiosas. Esta teoría difiere de la ley de la U invertida al

afirmar que el rendimiento óptimo del deportista se encuentra en cualquier lugar dentro del continuo de la ansiedad (muchas o pocas activaciones), y que esto depende de las características individuales del sujeto más que de la naturaleza de la tarea. Resultaría apropiado ahondar en investigaciones basadas en esta teoría por hacer posible atender a los estilos de afrontamiento propios de cada individuo y entendiendo ese desempeño óptimo dentro de las variables individuales.

La metodología usada en los artículos consultados varió en función del objetivo de investigación. En un primer momento se encontró una revisión sistemática (Nuñez y García, 2017) acerca del estado del arte de las investigaciones en psicología deportiva que intentaban aclarar las relaciones existentes entre la ansiedad y el rendimiento deportivo. Esta revisión centró su búsqueda en el portal Web of Science, identificando si en las investigaciones se tomaba como marco de referencia la Ley de la U invertida para explicar los resultados obtenidos o explicaban los mismos desde la teoría de la Zona de Funcionamiento Óptimo, ambos constructos mencionados anteriormente. Los autores concluyen la revisión afirmando que la relación entre la ansiedad y el rendimiento no está lo suficientemente clara, por lo cual hacen falta más estudios para definir si la primera tiene alguna influencia sobre la segunda.

Se encontraron también seis estudios cuantitativos de corte transversal y alcance descriptivo, no experimentales, centrados en la identificación de las características de la ansiedad, tanto somática como cognitiva, y la autoconfianza en deportistas de alto rendimiento practicantes de diferentes disciplinas. Sin embargo, el estudio realizado sobre la influencia del control del estrés en el rendimiento deportivo (González, Valdivia,

Cachón, Zurita y Romero, 2017) además de identificar los niveles de ansiedad y autoconfianza en futbolistas semiprofesionales, añadió la variable “control del estrés” para analizar la ansiedad y el rendimiento deportivo a la luz de las estrategias de afrontamiento usadas por los deportistas participantes del estudio. Los instrumentos utilizados en los trabajos tuvieron una única aplicación, a excepción del trabajo realizado por Ries, Castañeda, Campos y Del Castillo (2012) que buscaba establecer la relación entre ansiedad-rasgo y ansiedad-estado en la competición deportiva mediante la aplicación de los cuestionarios WAI-T y WAI-S en dos ocasiones: cuatro días antes de la competencia y el día de la misma, antes de competir.

Además, entre los estudios consultados, el realizado por Molina, Sandín y Chorot (2013) con adolescentes de un colegio practicantes de bádminton tuvo un diseño cuantitativo con dos condiciones experimentales, distribuido en cuatro fases: una primera fase para aplicación de cuestionarios de autoinforme, en el cual se notificaba a los estudiantes de la investigación en cuestión y se diligenciaba un consentimiento informado; una segunda fase para la familiarización deportiva de los alumnos con el bádminton, incluyendo 15 sesiones de 55 minutos de duración cada una; la tercera fase correspondía a una primera intervención con baja presión deportiva, la cual fue un partido de bádminton que se realizó fuera del horario de clase, no evaluable y sin público presente, en el cual se registraron los puntos, aciertos y fallos de los jugadores; la cuarta fase (segunda intervención) consistió en un partido con alta presión deportiva que se llevó a cabo en las horas de clase en el cual había público presente para aumentar la presión, el

desempeño de los alumnos era evaluable por el profesor de educación física y el partido fue grabado con una cámara, registrando igualmente aciertos y fallos en los participantes.

La principal diferencia encontrada en los estudios consultados se refiere a la población participante, en la cual, algunas variables como el género (presenta mayor prevalencia la participación de hombres), respecto a la disciplina que practican (deportes individuales como atletismo, natación, ciclismo o judo, y deportes de conjunto como baloncesto, fútbol, voleibol o balonmano), la frecuencia con la que entrenan y compiten los deportistas (deportistas que entrenan desde dos veces por semana, hasta atletas que entrenan todos los días, más de una vez al día), el nivel de competencia en el cual se encuentran y al cual aspiran, etc. En el estudio realizado por Aguirre y Ramos (2011) se identifican las características de la ansiedad-estado en 93 futbolistas juveniles colombianos que están en la etapa final de un torneo local; Ruiz, Zarauz y Flores (2016) evalúan la ansiedad precompetitiva presente en corredores de fondo de categoría popular (hombres y mujeres) de todas las edades; en la investigación realizada por Días, Cruz y Fonseca (2011) se contó con la participación de 550 deportistas de un amplio espectro de deportes (baloncesto, balonmano, fútbol, gimnasia artística, etc.) para la identificación de las características ansiosas, la percepción de amenaza y las estrategias de afrontamiento en el ámbito competitivo. Además, fue el único estudio realizado con una población cuya participación no era de alto rendimiento; Ponseti, García, Cantallops y Vidal (2017) centraron su estudio en la identificación de las características ansiosas solo en hombres y mujeres, independiente del deporte que se practicara, aunque se escogieron baloncesto y

natación para analizar los resultados a la luz de deportes de conjunto e individuales, respectivamente.

Es importante señalar, que en las investigaciones consultadas no se logra identificar una tendencia en cuanto al uso de los instrumentos, no obstante, se encuentran similitudes en las escalas y cuestionarios utilizados. En la investigación de Ries (2012) se presentan los instrumentos WAI-T (con una consistencia interna de $\alpha = 0.78$ y $\alpha = 0.79$ para sus dos subescalas) y WAI-S (con una consistencia interna de $\alpha = .81$ para la ansiedad somática y $\alpha = .81$ para su dimensión cognitiva) de Brand (2009), que evalúan las características somáticas y cognitivas de la ansiedad rasgo y ansiedad estado; por otra parte, en la investigación de Aguirre (2011), el instrumento que se usó fue el STAI (con una consistencia interna de 0.90 - 0.93 en la subescala Estado y 0.84 – 0.87 en la subescala Rasgo) de Spielberg, Gorsuch y Lusene (1970), el cual consiste en un cuestionario tipo Likert encargado de medir tanto ansiedad rasgo como ansiedad estado en 20 ítems. En esta misma línea, los instrumentos SAS (teniendo una consistencia interna entre 0.74 – 0.92) de Smith (1990) y SAS-2 de Smith, Smoll, Cumming y Grossbard, (2006) que pretenden evaluar la ansiedad en sus dos dimensiones (cognitiva y somática), dejando claro que los instrumentos suelen apuntar a variables y

Los resultados de estas investigaciones convergen al establecer relaciones entre el rendimiento deportivo y variables como la autoconfianza, ansiedad y el control de la misma. La discusión que hacen los autores respecto a esta relación abarca varios puntos de vista que pueden tomarse como una base para la formulación de hipótesis en relación al presente estudio o a futuros trabajos que se hagan en este campo. El principal aspecto a

resaltar en lo anterior es el aumento de la ansiedad-estado de los deportistas días próximos a la competencia y un aumento significativo el día de la misma, datos registrados en la investigación realizada por Ries (2011). Este aumento de la ansiedad depende de la ansiedad-rasgo, suposición hecha por Spielberg (1972), por ser una característica estable en la persona, pero que tiene mucho que ver en la percepción de amenaza que la persona realice respecto a las situaciones en las cuales se ve inmerso. De hecho, Días (2011) afirma que los procesos de valoración cognitiva (la interpretación de la situación) que tiene el deportista y las estrategias de afrontamiento que use tienen un papel relevante en su desempeño. Los resultados de dicha investigación arrojan que los deportistas con niveles más elevados de ansiedad evidenciaban una mayor percepción de amenaza que aquellos que tenían un nivel de ansiedad menor, además de que los deportistas con un alto nivel de percepción de amenaza usaban estrategias de afrontamiento centradas en la emoción (autodistracción, descarga emocional) y no centradas en el problema. La educación en estrategias de control del estrés y la ansiedad como parte inherente del entrenamiento deportivo de los atletas podría incidir en una mayor autoconfianza, variable que depende mucho de factores como la categoría en la cual compiten (popular o élite) el tiempo que llevan los deportistas entrenando y compitiendo, el nivel deportivo que tienen, los resultados que han obtenido en competiciones pasadas y las expectativas que tienen respecto a su carrera deportiva; tener niveles altos de autoconfianza supondría a una reducción del malestar causado por los síntomas ansiosos previos a la competencia y, por tanto, un mayor control de las situaciones que implican una alta presión psicológica, regulando el arousal para que el

deportista pueda mantenerlo en un nivel adecuado para un óptimo rendimiento (González, Valdivia, Cachón, Zurita y Romero 2017; Ruiz, Zarauz y Flores, 2016).

Respecto al género, en un estudio de Ponseti, García y Cantallops (2017) que pretendía establecer las diferencias de sexo respecto de la ansiedad en la competición deportiva, se encontró un mayor puntaje en niveles de ansiedad somática en mujeres que en hombres. En este estudio se evaluaron tanto hombres como mujeres que practicaban baloncesto y natación, para tener datos de deportes de conjunto e individuales, respectivamente. Los autores relacionan esta diferencia de puntajes a una posible mayor sensación de responsabilidad en las mujeres, sin que este factor por sí solo implique una disminución en su rendimiento. Este estudio también confirma lo ya dicho acerca de la importancia de la valoración del deportista y las implicaciones que tiene para la elevación de su ansiedad y, posteriormente, para su rendimiento.

En cuanto al tipo de deporte practicado, el estudio de Ponseti (2017) afirma que es una variable relevante para determinar el significado de los valores de ansiedad somática y competitiva que se presenten. Las expectativas que se tengan respecto al rendimiento difieren en deportes de conjunto y en deportes individuales, por lo que en muchas ocasiones se han encontrado menores niveles de ansiedad en deportes de conjunto (como el baloncesto) posiblemente porque la responsabilidad es compartida por todo el equipo, a diferencia de deportes individuales (como natación o atletismo) en los cual hay una menor tolerancia a los errores individuales, pues la responsabilidad reside en una sola persona. El arousal también puede determinarse según el tipo de deporte, ya que en deportes de conjunto el nivel de activación va en aumento hasta establecerse en un punto

máximo, mientras que en los deportes individuales hay un nivel de activación alto porque la exigencia es máxima desde el inicio.

En conclusión, todos estos estudios logran establecer relaciones entre la ansiedad y el rendimiento deportivo, pero no se logra identificar del todo si la ansiedad es causa de un buen o mal desempeño en la competencia. Queda clara la importancia que tiene la valoración que haga cada deportista de la competición, y esto podría determinar por tanto el nivel de ansiedad que se experimente. La competencia genera de por sí un estado de activación anticipatorio, el cual es necesario para movilizarse en dirección a unos objetivos establecidos, pero es esa valoración la que nivelará dicha activación. Existen limitaciones metodológicas en varias de las investigaciones consultadas al tener sus cuestionarios de evaluación una única aplicación (antes de la competencia), por lo que se sugiere en futuros estudios la implementación de modelos A-B-A en la investigación en psicología deportiva respecto de los niveles de ansiedad para tener más posibilidades de análisis de dichas características. Esto permitirá una aproximación mayor a las expectativas que tiene el deportista sobre su rendimiento y la valoración que haga antes y después de competir. Esto resultaría importante porque las experiencias que el atleta tenga al competir podrían repercutir en la valoración de eventos posteriores que le sean similares.

En el presente estudio se pretende seguir la línea de investigación planteada en el trabajo realizado por Aguirre y Ramos (2011) cuyo objetivo fue evaluar las características de la ansiedad estado en futbolistas juveniles, en relación con sus características demográficas y de rendimiento deportivo; además, el estudio realizado por Días, Cruz y Fonseca (2011) que tuvo como propósito analizar los niveles de percepción de amenaza y

estrategias de afrontamiento en deportistas con distintos niveles de ansiedad rasgo. Se han elegido estas dos investigaciones como guías respecto a los argumentos teóricos y aspectos metodológicos porque van en una línea similar a los objetivos planteados, los cuales tienen que ver con una identificación de las características de la ansiedad y las estrategias de afrontamiento en deportistas de alto rendimiento, comparar los datos respecto a variables sociodemográficas de las personas evaluadas, y analizar las correlaciones entre estas dos variables.

5. MARCO TEÓRICO

Como se ha mencionado, el presente proyecto tiene como objetivo principal identificar y analizar la posible asociación entre las características de la ansiedad y las estrategias de afrontamiento en deportistas universitarios de alto rendimiento de la ciudad de Medellín. Para ello, es necesario comprender el constructo de ansiedad, sus antecedentes, las definiciones que dan los manuales diagnósticos, las teorías formuladas por diversos autores, los trastornos asociados a la ansiedad, entre otros conceptos relacionados; seguidamente se debe tener conocimiento acerca de las estrategias de afrontamiento, su definición, lo que algunos autores plantean respecto a estos estilos de hacer frente a las situaciones y las diferentes estrategias que pueden usar las personas, desde alguien que no practique deporte frecuentemente hasta un deportista de alto rendimiento, como lo es la población objetivo.

Por último, se establecerán diferencias en cuanto al tipo de nivel de desempeño de los deportistas, definiendo en primer lugar un nivel estándar de rendimiento deportivo (o rendimiento normal) y el deporte de alto rendimiento propiamente dicho, para poder tener aquellos aspectos que identifican cada uno de ellos y que permitan un análisis de los resultados acorde a un constructo teórico sólido.

5.1 Aproximación al concepto de ansiedad

A continuación, se presentan algunas de las definiciones y teorías que formulan varios autores respecto al concepto de ansiedad y que han guiado las investigaciones en este campo.

Bellack y Hersen (1977) definen que la ansiedad es un estado del organismo caracterizado por la emisión de respuestas fisiológicas, como sudoración, palpitaciones, temblores, náuseas y mareos (DSM, 1995), y motoras (movimientos repetitivos) que se corresponden con aquellas asociadas al reducir un estado de estrés, y que van acompañadas de ciertas percepciones cognitivas, siendo una de ellas percibir el estado de ansiedad como negativo y disfórico, y atribuyéndolo, en la mayoría de los casos, a la existencia de un estímulo percibido como potencialmente nocivo. En esta misma línea, Beck (1985) explica este concepto desde su modelo de ansiedad generalizada, afirmando que el sujeto, a lo largo de su vida, ha desarrollado unos esquemas cognitivos (maneras de ver las cosas) referentes a las amenazas, que se activan en ciertas situaciones. Esta activación e interpretación pondría en marcha distorsiones cognitivas y pensamientos automáticos que están relacionados, a nivel cognitivo, con expectativas, incapacidad percibida de afrontamiento, imágenes amenazantes, pero al mismo tiempo también generaría una activación emocional y conductual en el sujeto. Es importante señalar la relación que tienen los esquemas cognitivos con las percepciones cognitivas mencionadas en la teoría de Bellack y Hersen en cuanto a la interpretación que la persona haga de sus situaciones, pues esto puede demostrar que existe una tendencia seguida por los autores para poder definir el concepto de ansiedad

Por su parte, Sandín y Chorot (1995) definen la ansiedad como una respuesta que el organismo genera ante una situación de amenaza o peligro físico o mental, cuyo objeto es que el organismo disponga de suficiente energía para anular o contrarrestar el peligro mediante una acción, sea de huida o de pelea. Las definiciones anteriores señalan que el

concepto de percepción cognitiva es un elemento necesario para el desencadenamiento de los síntomas ansiosos, pero Sandín y Chorot añaden que la ansiedad cumple funciones de adaptación al permitirle al organismo disponer de la energía necesaria para que este pueda hacer frente a las situaciones que le representen una amenaza, logrando esta adaptación mediante determinadas conductas. Un hombre que se vea asechado por una fiera probablemente emprenderá una conducta de huida para poder sobrevivir, y si es necesario, luchará contra ella para mantenerse con vida. En el ámbito deportivo, las conductas de pelea se evidencian por los fines competitivos que tiene cada deportista, ya que en la competición de por sí existe una rivalidad entre dos o más personas que intentan hacerse con el triunfo, lo cual implica un gasto de recursos de la persona para estar por encima de sus rivales y lograr los objetivos propuestos. Desde esta perspectiva adaptativa, Fernández Abascal (2003) también plantea en su definición de la ansiedad que esta es “un sistema supraordinal de detección y procesamiento de información para la organización de recursos ajenos con un objetivo único que es preservar a la persona de posibles daños”. Esta organización de recursos hace referencia a los procesos de elicitación de las reacciones que acompañan al estrés o ansiedad (somáticas y motoras, descritas anteriormente) y a su vez a procesos de afrontamiento, que tienen que ver más con las percepciones cognitivas y la interpretación propia que haga cada persona.

Ayuso (1988) describe la ansiedad como un estado de agitación, inquietud y zozobra del ánimo, siendo una reacción generadora de malestar para la persona y que se manifiesta mediante la tensión emocional (como la expectación permanente, inquietud, insatisfacción) acompañada de un correlato somático (sudoración, taquicardia,

hiperventilación, temblores), siendo así una combinación de respuestas tanto físicas como mentales, originadas por la percepción anticipada de peligros que no representan una amenaza para la persona, aunque esta interprete lo contrario. Muchos atletas, horas antes de una competencia, suelen manifestar una preocupación intensa por el rendimiento que puedan tener, además de experimentar síntomas fuertes de ansiedad como mareo, sudoración, hiperventilación, temblores, inestabilidad, etc., muchas veces producto de la percepción que realizan de la situación que están por afrontar. Estos síntomas se encontrarían dentro de la definición que realizan Kiriadou y Sutcliffe (1987), pues consideran a la ansiedad como una respuesta del individuo con efectos negativos (tristeza, ira, inquietud, cólera) que incluye múltiples aspectos que resultan nocivos para la persona, y que está “acompañada de cambios fisiológicos potencialmente patógenos (descargas hormonales, incremento de la tasa cardiaca, etc.)” (Citado por Virues, 2005).

Según lo observado, autores como Bellack, Hersen y Beck (et al) optan por una definición de la ansiedad centrada en las percepciones cognitivas y la valoración que realiza el individuo de las situaciones que vivencia, y dependiendo de si el estímulo se valora o no como amenazante se podrían desencadenar síntomas ansiosos en las dimensiones somática, motora y cognitiva; desde una perspectiva más adaptativa, Sandín, Chorot y Fernández (et al), describen a la ansiedad como una reacción del organismo que logra reunir la energía necesaria para hacer frente a situaciones amenazantes mediante conductas de huida o lucha, esto mediante la organización de recursos somáticos y cognitivos; Ayuso, Kiriadou y Sutcliffe (et al) definen la ansiedad como un resultado negativo de la percepción del individuo, además de ser anticipatoria

(se produce antes de que el evento percibido como amenazante tenga lugar) y trae consecuencias nocivas para la persona en diferentes dimensiones. Por lo anterior, puede considerarse que una definición aproximada al concepto de ansiedad sería la de una respuesta de activación anticipada del organismo, la cual surge ante la identificación de estímulos percibidos como potencialmente amenazantes, manifestándose a nivel somático, comportamental y cognitivo, y su objetivo es responder a las demandas del medio para intentar buscar una adaptación a este con los recursos de los que dispone la persona.

5.2 Modelos teóricos de la ansiedad

Diferentes formas de conocimiento en psicología han aportado ideas para formular teorías que intentan explicar la ansiedad desde sus respectivos enfoques, desde la psicología clínica como en la experimental, dando como resultado varias explicaciones que se exponen a continuación.

5.2.1 Enfoque Psicodinámico

Sigmund Freud es el principal exponente de esta corriente, pues la ansiedad juega un papel principal en su teoría. Ya lo exponía él mismo en su tesis hablando de la ansiedad como un estado emocional caracterizado por una dimensión motora acompañada de una sensación de malestar y una señal de peligro, percibidas por el individuo, pues el “yo” no logra reprimir determinados impulsos (Freud, 1936). Esta respuesta del organismo se da por la sobreexcitación que se deriva de la libido (impulso sexual) para posteriormente llegar a convertirse en una señal de peligro, por lo que existe una lucha entre el superyó y los instintos prohibidos (el ello) del individuo, en donde los estímulos instintivos

inaceptables para el sujeto desencadenarían un estado de ansiedad (Virues, 2005).

Actualmente resulta complicado acertar a una definición específica que Freud tiene del concepto de ansiedad, pues en su obra se encuentra que esta funciona como respuesta, constructo o motivación. Las distintas teorías que de allí se despliegan, más que intentar apuntar a una definición rigurosa del concepto de ansiedad, se centran más en una construcción filosófica.

5.2.2 Conductismo Clásico y Enfoque Experimental

En contraposición a los aportes realizados desde el psicoanálisis y la corriente psicodinámica, en el condicionamiento clásico se encuentran los primeros intentos por explicar la ansiedad de una manera experimental. Watson y Rainer (1920) consideraron la ansiedad como una respuesta condicionada relacionada con las historias individuales de aprendizaje de cada persona. En estas décadas, las teorías del aprendizaje comenzaban a tener su auge, permitiendo al enfoque experimental enriquecerse de estos aportes. Por lo tanto, desde esta perspectiva se realizaban las primeras explicaciones sobre la ansiedad de forma experimental, definiéndola desde dos conceptos: como una respuesta clásicamente condicionada; y como un impulso o “drive” que motiva al organismo a realizar una determinada tarea. (Hull, 1921, 1943 y 1952).

Wolpe (1958) afirma que la ansiedad responde al esquema de respuesta automática generado por la presentación de un estímulo nocivo. Esta respuesta automática (incondicionada) tiene diversas manifestaciones, como las simpáticas (hiperventilación, aumento de la frecuencia cardíaca), respuestas parasimpáticas (vómitos, diarrea, deseos

de orinar) y un aumento de la irritabilidad como consecuencia de la presencia de diferentes efectos automáticos (Hess, 1957).

Frente al concepto de la ansiedad como “drive”, Hull (1921, 1943 y 1952) explica que esta se aprende mediante procesos de condicionamiento clásico y que funciona como componente motivacional para la ejecución de distintas respuestas, a lo que posteriormente Mowrer (1950, 1960) intenta explicar la adquisición de este tipo de conductas mediante el condicionamiento instrumental. Dollard y Miller (1950) utilizan conceptos como el refuerzo, el conflicto y la generalización para explicar el origen y el mantenimiento de la ansiedad. Estos dos autores son considerados los primeros en experimentar con la ansiedad en un ambiente de laboratorio.

Sin embargo, un autor que tuvo una gran influencia en la psicología aplicada fue el fisiólogo ruso Ivan Pavlov (1927) al intentar explicar la ansiedad como una respuesta condicionada. Pavlov, en una situación de laboratorio y mediante condicionamiento clásico, logra inducir en sus perros lo que él denomina una “neurosis experimental”. Se les enseñó a discriminar entre diferentes estímulos a los cuales les seguiría, después de su presentación, un plato de comida, logrando la respuesta de salivación cada que se presentaran dichos estímulos. No obstante, los investigadores aumentaron la dificultad con la que los perros discriminarían entre unos estímulos u otros, provocando fuertes reacciones emocionales como la ira y el temor en los sujetos de estudio. El famoso estudio del pequeño Albert realizado por Watson y Rainer (1920) tiene resultados similares. Se presentó a un bebé una rata blanca (estímulo previamente neutro) acompañada de un sonido fuerte, para así generar respuestas de miedo y ansiedad en el niño y asociar ambos

estímulos presentados. Posteriormente se le mostraría solo la rata, identificando que el niño manifestaría las mismas respuestas de ansiedad que si se le presentaba el sonido fuerte. Estos resultados terminan dando más firmeza a las afirmaciones de Pavlov sobre la naturaleza de la ansiedad como una respuesta aprendida.

5.2.3 Enfoque Psicométrico Factorial y Teorías De La Personalidad

Esta línea se caracteriza por su preocupación psicométrica de definir la ansiedad, apoyándose en las técnicas de análisis factorial, así como en la teoría de los rasgos de la personalidad. Se le atribuye a Raimond Cattell (1957) el papel pionero en la medición e identificación del constructo de ansiedad, entendiéndola como “la repercusión afectiva de la incertidumbre respecto al refuerzo o bien como algo específicamente asociado al motivo de miedo resultante de la privación de cualquier motivo” (Cattell y Sheier, 1961), denominando a estas dos formas de manifestación como ansiedad-rasgo y ansiedad-estado. Desde esta perspectiva, la ansiedad no solo existe en el sustrato de la personalidad, sino que se retoma aquel componente motivacional del enfoque experimental, pero que Cattell llama “rasgos dinámicos”, entendiendo la ansiedad como una supresión de la expresión del comportamiento que se combina paradójicamente con un incremento de la disposición dinámica (Cattell y Kline, 1982).

Desde la psicología de la personalidad, se define la ansiedad rasgo como un conjunto de disposiciones individuales que tiene la persona para percibir determinados estímulos como amenazantes o no. Al estar asociada con el sustrato de la personalidad, las interpretaciones y manifestaciones son estables y consistentes en el tiempo. Estas características se establecen en mayor o menor medida por la influencia de factores

biológicos y factores de aprendizaje, por lo que ciertas personas interpretan las situaciones como amenazantes y responden de forma ansiosa, mientras que otras no le conceden mayor importancia. La ansiedad estado se entiende como una fase de activación, percibida por el individuo como patológica, generando una activación autonómica y somática. La intensidad de la respuesta emocional varía en cuanto corresponde a la percepción del estímulo como amenazante, por lo que habrá mayor activación en situaciones percibidas como amenazantes y menor activación en las que no representen un riesgo. Desde este punto de vista, la ansiedad podría caracterizarse como adaptativa o desadaptativa (o patológica) dependiendo de la frecuencia y la intensidad de las respuestas (Endler y Okada, 1975; Eysenck, 1967, 1975; Gray, 1982; Sandín, 1990)

Uno de los principales representantes que ha difundido las teorías de la ansiedad estado y rasgo ha sido Spielberg (1966, 1972), entendiéndola no solo como una característica de la personalidad, sino como un estado transitorio. A este respecto, identifica que la ansiedad estado “será la combinación de sentimientos de tensión, aprensión, nerviosismo, pensamientos molestos y preocupaciones, asociado todo ello a una elevada activación del organismo, consecuencia de una situación percibida como amenazante” mientras que la ansiedad rasgo “sería una disposición de la personalidad, tendencia o rasgo a percibir un amplio espectro de situaciones como amenazantes y responder a ellas con niveles elevados de ansiedad estado”. Por tanto, un componente importante en la teoría de Spielberg (1966) es la valoración cognitiva que el individuo realice sobre las situaciones, las cuales determinarán la frecuencia e intensidad de las respuestas ansiosas, tanto estado como rasgo.

5.2.4 Enfoque Cognitivo-Conductual

Desde estas teorías se asume que la respuesta comienza por una valoración cognitiva del sujeto acerca de los estímulos externos y de su situación interna, mediada por características rasgo de ansiedad.

Anteriormente se mencionó la importancia de la valoración cognitiva del individuo para Spielberg, concepto en el cual se esforzaría Lazarus (1966, 1967, 1969, 1970 y 1972) para elaborar una teoría centrada en el concepto de “estrés”, al cual definiría como estímulo por ser una circunstancia externa que le supone a la persona un esfuerzo mayor al usual; y como respuesta indicando cuatro tipos de reacciones correspondientes al estrés: autoinformes de emociones nocivas como miedo, ira o ansiedad; conductas motoras; cambios inadecuados del funcionamiento cognitivo; y cambios fisiológicos. Además, Lazarus también estudió las estrategias de afrontamiento que realizan las personas para paliar el estrés. Es aquí en donde afirma que los procesos de evaluación son mediadores de estas transacciones realizadas entre el individuo y el entorno, asumiendo una predisposición del individuo a valorar una situación como daño o amenaza (Lazarus y Folkman, 1984).

En esta misma línea, Beck (1976) también formuló sus definiciones y las llevó al campo de la clínica. Como se dijo en líneas anteriores, Beck define la ansiedad a partir de los esquemas que la persona desarrolla, por lo que esta tiene una tendencia a valorar las situaciones bajo ciertas pautas, poniendo en marcha distorsiones y pensamientos disruptivos y automáticos, que generan el estado de ansiedad. Además, Beck plantea diferencias entre el miedo y la ansiedad, y aunque acepta que el miedo es necesario para

la supervivencia del individuo al preparar el cuerpo para responder ante los peligros, resulta maladaptativo cuando se encuentra presente en los trastornos de ansiedad, pues conlleva una exageración o valoración errónea, de manera anticipada, de una amplia gama de estímulos, generando un deterioro notable del funcionamiento de la persona.

La teoría James-Lange (1884) surge justamente de los aportes realizados por William James y Carl Lange (sus aportes son similares y se realizaron de manera simultánea, pero de manera independiente). Esta teoría habla de que se producen respuestas fisiológicas y motoras (sudoración, temblores o aumento de la frecuencia cardíaca) luego de la percepción de un estímulo que resulta relevante para la persona (una sorpresa, malas noticias, una situación de miedo, etc.). Estas respuestas generan el estado emocional que se conoce como ansiedad. La teoría se opuso a la concepción de ese entonces, en la cual se afirmaba que la percepción conllevaba una emoción, y de allí se desencadenaban las respuestas fisiológicas. Resulta importante señalar que ya desde el siglo 19, época en la que el reconocimiento de la subjetividad por parte de la comunidad científica apenas estaba teniendo su auge, se realizaron aproximaciones sobre la importancia que tiene la valoración del sujeto sobre los estímulos que percibe, y que dicha percepción e interpretación puedan ser desencadenantes de reacciones emocionales.

5.2.5 Enfoque Psicofisiológico-Multidimensional

Desde este enfoque se proponen modelos que integran varias dimensiones en las cuales se manifiesta la ansiedad. De hecho, fue Lang (1968) quien formuló una teoría desde la cual se empezó a concebir a la ansiedad como un fenómeno que se manifestaba en tres dimensiones o sistemas: cognitivo (aspectos subjetivos y displacenteros), motor

(conductas observables) y fisiológico (activación del sistema nervioso autónomo y el sistema nervioso simpático), suponiendo una gran ventaja al abarcar un amplio espectro de manifestaciones que se presentan junto con la ansiedad. Esta teoría plantea que existe una relativa independencia de cada dimensión, ya que, al manipular, por ejemplo, el arousal, la activación en los otros sistemas no varía al mismo tiempo (Ballesteros, 1983).

Pelechano (1973) propone un modelo relacional que incluye tres grandes factores referidos a las dimensiones básicas, al núcleo de factores motivacionales y a los factores situacionales. Según esta propuesta, la personalidad del sujeto es la responsable de interpretar los elementos de su ambiente. Más adelante, Pelechano (1989) propone el “modelo de parámetros” en el cual explica, además de las interacciones, las indeterminaciones. Los parámetros de los cuales habla son: los estímulos (físicos y sociales), la persona (su biología, estructura psicológica) y el parámetro de respuesta analizada a la luz de las dimensiones propuestas en el modelo de Lang (cognitivo, motor y fisiológico), mediante los cuales se puede profundizar en las características de dichas respuestas, como la frecuencia, duración, latencia, estrategias utilizadas frente a las situaciones estresantes, errores presentados, etc.

Los enfoques cognitivo-conductual (el cual intenta dar una explicación de la ansiedad formulando la idea de que el sujeto, a partir de las percepciones cognitivas que tiene respecto a sus situaciones, puede manifestar un grado alto o bajo de activación a nivel fisiológico y conductual) y multidimensional (plantea que la ansiedad se puede manifestar en diferentes dimensiones las cuales serían, según varios autores, cognitiva, fisiológica y motora, y cada dimensión tiene relativa independencia de las otras) que son adecuados

para tener un mejor entendimiento de la génesis y mantenimiento de la ansiedad y para intentar cumplir con los objetivos del presente estudio. Ambos enfoques permitirán identificar apropiadamente las características de la ansiedad en las diferentes dimensiones (somática, cognitiva y conductual) y a su vez permitirán entender de una mejor manera las estrategias de afrontamiento que usen los deportistas de alto rendimiento luego de realizar la interpretación de sus situaciones.

5.3 Características de la ansiedad y el miedo

Como parte de la naturaleza y el éxito evolutivo de los animales, el miedo ha representado un mecanismo imprescindible para garantizar la supervivencia. Es una emoción básica, inherente al reino animal, cuya función es netamente adaptativa ya que prepara al organismo para afrontar de la mejor manera un estímulo potencialmente peligroso o amenazante mediante reacciones fisiológicas y conductuales similares a las que se dan en la ansiedad, para poder asegurar la supervivencia. De hecho, Barlow (2002) afirma que el miedo es una alarma primitiva que se activa en respuesta a un peligro presente, y que se caracteriza por una activación muy alta y su tendencia a generar conductas de huida y lucha, principalmente. Es automático, y conlleva una valoración cognitiva del estímulo que constituye una amenaza para la integridad física o mental del individuo. El mismo autor, en oposición al miedo, habla de la ansiedad como una emoción que está orientada hacia el futuro, en la cual predominan percepciones de incontrolabilidad e impredecibilidad respecto a sucesos potencialmente aversivos o dañinos para la integridad de la persona. Las respuestas (manifestadas en planos conductual, cognitivo y fisiológico) se dan de manera anticipada a dichos sucesos. Lo

anterior no implica que el miedo sea un factor aislado de la ansiedad. Beck (2012) afirma que la persona con rasgos de ansiedad marcados se halla constantemente en un estado de activación intensa, además de un constante nerviosismo por estar a la espera de aquellos estímulos que pueden hacerle daño (por ejemplo, alguien con un Trastorno Obsesivo Compulsivo relacionado con la repetición). Sin embargo, en el momento en que la persona experimente y esté en contacto con el estímulo aversivo, experimentará el miedo por percibirlo como un peligro inminente (la persona con TOC sentiría miedo al momento de no repetir determinadas conductas que tiene en sus rituales, algo que considera como necesario para asegurar su supervivencia y la de los demás).

Tanto el miedo como la ansiedad pueden encontrarse en niveles bajos y normales en muchas personas, el primero resulta de gran utilidad ante situaciones realmente peligrosas o de emergencia, y la ansiedad leve que puede surgir ante eventos que la persona espera, como el encuentro con una amistad que no ve hace mucho tiempo. Sin embargo, Beck y Clark (2012) mencionan cinco aspectos que ayudarían a diferenciar los estados normales de ansiedad y miedo de las respuestas que son desadaptativas:

- **Cognición disfuncional:** el miedo y la ansiedad desadaptativos son el resultado de una valoración exagerada y errónea de una situación y que no se confirma con la observación directa. Justamente la activación de estos esquemas desencadena niveles altos de ansiedad y miedo, que son incompatibles con la situación real.

- **Deterioro del funcionamiento:** las funciones de la persona en la vida laboral y personal se ven deterioradas por sus dificultades de adaptación y afrontamiento. En los momentos en que la persona experimenta ansiedad o miedo, puede haber desde parálisis físicas hasta respuestas más agresivas.
- **Persistencia:** como se mencionaba anteriormente, una ansiedad desadaptativa implica un constante estado de nerviosismo por la expectativa y la pérdida de control frente a un estímulo potencialmente nocivo. Estas respuestas ansiosas son persistentes en el tiempo.
- **Falsas alarmas:** evidencia de esto son los ataques de pánico o crisis de angustia que tienen lugar de manera espontánea, sin que existan necesariamente señales de amenaza en el medio.
- **Hipersensibilidad a los estímulos:** para las personas con un marcado rasgo de ansiedad, el espectro de estímulos que identifican como potencialmente amenazante resulta muy amplio. Por tanto, tienden a generalizar un conjunto determinado de situaciones que les elicitán respuestas elevadas de ansiedad y miedo, pero la intensidad de la amenaza resulta realmente leve.

A continuación, se presenta un cuadro comparativo para tener más claridad en las manifestaciones que se presentan tanto en la ansiedad como en el miedo:

Tabla 2. Diferencias en las manifestaciones del miedo y la ansiedad

VARIABLE/TIPO DE EMOCIÓN	MIEDO	ANSIEDAD
Respuesta fisiológica	Activación vegetativa	Activación vegetativa
Respuesta psicológica	Huida y/o afrontamiento	Alteraciones cognitivas y/o conductuales
Estímulo provocador	Concreto, real, peligroso	Difuso, subjetivamente peligroso. A veces inexistente.

Tomado de: Psicopatología (2006)

Como se puede ver, si bien no puede establecerse una diferencia importante en las características de la activación vegetativa que poseen la ansiedad y el miedo, para ambos estados se dan respuestas distintas en la dimensión psicológica y hay diferencias en los estímulos que elicitán dicho espectro de respuestas. Por tanto, es importante señalar y diferencia algunas manifestaciones posibles.

5.3.1 Manifestaciones del miedo

Se debe recordar que el miedo es un mecanismo que está en todos los animales (humanos y no humanos) y resulta imprescindible porque asegura la supervivencia. El inicio del miedo ocurre en el sistema límbico, la parte del sistema nervioso encargada de las emociones. Allí, al detectar una amenaza, se manda una señal de activación a la amígdala cerebral y, por tanto, se generan manifestaciones en diferentes dimensiones para hacer frente a la situación, sea huyendo o luchando.

Entre las respuestas fisiológicas se presentan: aumento de la presión arterial y la glucosa en la sangre, aumento de la actividad cerebral, incremento del metabolismo celular, dilatación de las pupilas para permitir la entrada de más luz, agitación, el corazón bombea sangre a mayor velocidad para llevar adrenalina y otras hormonas a las células, se detiene el sistema inmunitario y otras funciones no esenciales, irrigación de la sangre a las extremidades, taquicardia, sudoración, temblores, el sistema límbico se centra en el estímulo amenazante y los lóbulos frontales, encargados de cambiar la atención de un estímulo a otro, se desactivan de manera parcial.

De igual manera, se pueden encontrar respuestas psicológicas y comportamentales como: en el miedo, la persona detecta y focaliza un estímulo que es concreto y peligroso, pues realmente pone en peligro su integridad física o psicológica. Las reacciones en estas dos dimensiones se dan cuando el peligro está presente. Para afrontarlo, se reconocen dos tipos de conducta que se pueden poner en marcha: lucha, afrontando el estímulo de manera activa; o huida, utilizando los recursos propios para evitar el afrontamiento y asegurar la supervivencia.

5.3.2 Manifestaciones de la ansiedad

Como ya se ha dicho, la ansiedad tiene como característica principal que es una respuesta anticipatoria a un estímulo que se percibe como amenazante. No obstante, no se encuentran grandes diferencias en las manifestaciones fisiológicas del miedo y la ansiedad, pero sí en las respuestas psicológicas y cognitivas.

Respecto a las respuestas fisiológicas en la ansiedad se pueden presentar las mismas respuestas fisiológicas que en el miedo. Una diferencia entre estas puede ser que en la ansiedad su carácter es anticipatorio, pues las manifestaciones se dan sin que la amenaza esté presente.

En cuanto a las respuestas psicológicas, se evidencian aspectos como: anticipaciones catastrofistas, creencias erróneas, dificultades de atención y concentración, sentimiento de fracaso, pensamientos irreales negativos, sensación de tristeza y desinterés. Por lo general estas respuestas vienen acompañadas de respuestas conductuales como: huida, pérdida del control de la situación, evitación del estímulo temido, aislamiento, urgencia por escapar, irritabilidad, llanto, inhibición motora o incluso parálisis.

5.4 Trastornos psicológicos asociados a la ansiedad

Hasta el momento se ha descrito cómo la ansiedad se puede generar como producto de la valoración que haga el sujeto de sus situaciones, manifestándose en respuestas más o menos altas, dependiendo de la interpretación de dichas situaciones. Sin embargo, si la persona realiza una percepción errónea que es reiterativa, que es reforzada, o no cuenta con las estrategias de afrontamiento apropiadas para lidiar con una situación excepcionalmente estresante, se puede llegar a manifestar la ansiedad de manera patológica, es decir, generar un trastorno de ansiedad.

Las investigaciones de las últimas décadas han permitido reconocer que la ansiedad no se manifiesta como una entidad homogénea, sino que existen diferentes conjuntos de respuestas agrupadas bajo lo que se conoce hoy en día como trastornos de ansiedad, los

cuales representan la evidencia de una ansiedad completamente desadaptativa. Aunque un factor común en estos trastornos sea la activación en diferentes dimensiones, existen características que los diferencian claramente.

Para su clasificación existen varios manuales diagnósticos creados bajo diferentes teorías o modelos de la salud, pero el más usado en el campo de la salud mental es el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM, editado por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría. Este manual clasifica una amplia gama de trastornos de personalidad, del ánimo, ansiedad, sexuales, de la alimentación, etc. En el presente trabajo se pretende abordar el objeto de estudio desde el DSM 4 (1994) puesto que su quinta versión aún necesita ser revisada.

El DSM 4, en su clasificación de los trastornos de ansiedad, nombra un total de 12 trastornos. Frente a esta lista de patologías, el manual define el concepto de “crisis de angustia” o “ataques de pánico”, los cuales consisten en la aparición repentina de miedo o malestar de manera intensa, acompañada de por lo menos 13 síntomas somáticos o cognitivos, los cuales pueden ser: palpitaciones, sudoración, temblores, sensación de ahogo, sensación de atragantarse, opresión torácica, náuseas o molestia abdominal, mareos, desrealización o despersonalización, miedo a perder el control, miedo a morir, parestesias y escalofríos. Los ataques de pánico pueden aparecer en cualquiera de los trastornos de ansiedad, y suelen ser de tres tipos: ataques de pánico que se dan de manera repentina e inesperada; ataques de pánico situacionales, desencadenadas por estímulos ambientales; y ataques de pánico que se pueden relacionar con estímulos

determinados, es decir, que el sujeto desencadenará la crisis al presentársele cierto estímulo.

El DSM también define el concepto de “agorafobia” como una característica del trastorno de angustia con agorafobia y en la agorafobia sin historia de trastorno de angustia. El elemento principal de la agorafobia es la aparición de ansiedad en lugares en los cuales pueda ser difícil escapar, huir o, en caso de tener una crisis de angustia, no sea posible recibir la ayuda necesaria. La persona que experimenta esta ansiedad suele poner en marcha mecanismos de evitación de múltiples escenarios de los cuales piense que no podrá escapar, como aviones, autobuses, puentes, multitudes, etc. Estos síntomas ansiosos son similares a los experimentados en los ataques de pánico, pero solo llegan a experimentarse unos cuantos, por lo cual nunca se llega al ataque de pánico como tal.

A continuación, se presentan las definiciones realizadas por el DSM respecto a su clasificación de los trastornos de ansiedad:

5.4.1 Trastorno de pánico sin agorafobia

La característica principal de este trastorno es la presencia de ataques de pánico inesperados seguidas de la aparición, como mínimo de un mes, de preocupaciones persistentes por la posibilidad de experimentar un nuevo ataque. Un ataque de pánico inesperado, como es de suponerse, aparece sin ningún motivo identificable y alcanza su expresión máxima en los primeros 10 minutos. Para poder realizar un diagnóstico de trastorno de angustia, la persona debe haber experimentado como mínimo dos ataques de pánico inesperados.

Las personas que padecen de ataques de pánico tienen una constante preocupación por las implicaciones que estas puedan generarles, por lo cual se generan ciertos efectos. Algunos individuos temen que los ataques sean un anuncio de una enfermedad no diagnosticada que esté poniendo en peligro su vida. Otros tienen cambios comportamentales, como abandonar su puesto de trabajo.

En algunos casos, los cambios en la vida del sujeto (como pérdida de relaciones interpersonales importantes, del estatus o el empleo) pueden tener relación con el inicio de un trastorno de angustia. Además, las personas con este trastorno muestran una gran incidencia de trastorno depresivo mayor.

Para diagnosticar un trastorno por ataque de pánico sin agorafobia deben cumplirse los siguientes criterios:

- Los ataques de pánico son inesperados y recidivantes.
- Al menos una de las crisis se ha seguido durante 1 mes (o más) por una preocupación por experimentar nuevos ataques, preocupación por las implicaciones que puedan tener los ataques en la persona, o un cambio significativo en los comportamientos.
- Ausencia de agorafobia.
- Los ataques de pánico no son el efecto directo de la ingesta de sustancias o de una enfermedad médica.
- Los ataques de pánico no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, como la fobia social (ataques que aparecen ante situaciones

sociales temidas), fobia específica (ataques que aparecen ante situaciones o estímulos específicos), trastorno obsesivo compulsivo (exponerse a la suciedad cuando el centro de la obsesión es la aversión a la contaminación), entre otros.

5.4.2 Trastorno de pánico con agorafobia

Este trastorno es muy similar al anterior, con la diferencia de que la persona que experimenta los ataques de pánico los asocia a situaciones específicas, es decir, síntomas agorafóbicos, lo cual constituye la característica principal de esta patología. Por tanto, ante el temor de experimentar un nuevo ataque de pánico, el sujeto desarrolla conductas de evitación para estas situaciones, teorizando que, si se encuentra en ellas, podría volver a sufrir otro ataque de pánico. Estas situaciones pueden ser salir solo a la calle, estar dentro de multitudes, viajar en avión o en bus, manejar en autopistas, etc.

Los criterios diagnósticos para este trastorno son similares a los expuestos en el trastorno de pánico sin agorafobia, y se exponen a continuación:

- Los ataques de pánico son inesperados y recidivantes.
- Al menos una de las crisis se ha seguido durante 1 mes (o más) por una preocupación por experimentar nuevos ataques, preocupación por las implicaciones que puedan tener los ataques en la persona, o un cambio significativo en los comportamientos.
- Presencia de agorafobia.
- Los ataques de pánico no son el efecto directo de la ingesta de sustancias o de una enfermedad médica.

- Los ataques de pánico no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, como la fobia social (ataques que aparecen ante situaciones sociales temidas), fobia específica (ataques que aparecen ante situaciones o estímulos específicos), trastorno obsesivo compulsivo (exponerse a la suciedad cuando el centro de la obsesión es la aversión a la contaminación), entre otros.

5.4.3 Agorafobia sin historia de trastorno de pánico

Las características de este trastorno son similares a las presentes en el trastorno de pánico con agorafobia, excepto en el hecho de que existe temor a la aparición de síntomas similares a los presentes en el ataque de pánico, pero que no llega a ser un ataque por la gravedad o la cantidad de síntomas que se experimentan. Evidentemente, las personas con este trastorno presentan agorafobia, por lo que evitan situaciones o lugares determinados que la persona perciba como desencadenadores de ansiedad.

En relación a los criterios diagnósticos del trastorno con agorafobia sin historia de trastorno de pánico, se exponen los siguientes:

- Aparición de agorafobia en relación con el temor de desarrollar síntomas similares al ataque de pánico (mareos, taquicardia, diarrea).
- Nunca se han cumplido los criterios diagnósticos del trastorno de pánico.
- El trastorno no es efecto directo de la ingestión de sustancias o de una enfermedad médica.

- Si la persona presenta una enfermedad médica, el temor descrito en el primer criterio (a padecer síntomas de ataque de pánico) es claramente excesivo en comparación con el habitualmente asociado a la enfermedad médica.

5.4.4 Trastorno por estrés agudo

Este trastorno se caracteriza por la aparición de ansiedad, síntomas disociativos, disminución de la reactividad emocional y síntomas de otro tipo, los cuales aparecen luego de un acontecimiento o una situación estresante excepcional, como pueden ser acontecimientos que pongan en riesgo la integridad física de la persona o sus familiares (catástrofes naturales, guerras, violación, diagnóstico de enfermedades potencialmente mortales) o un cambio brusco en el entorno social (pérdida súbita de familiares). Al inicio del trastorno, la persona recuerda constantemente el acontecimiento traumático (imágenes, pensamientos, sueños, ilusiones, episodios de flashback, sensación de estar reviviendo el trauma). También aparece un aumento del arousal, por lo que se producen dificultades para conciliar el sueño, irritabilidad, hipervigilancia, falta de concentración, inquietud motora, etc., como respuesta a estímulos que resulten similares al suceso traumático.

El DSM expone los siguientes criterios diagnósticos respecto al trastorno por estrés agudo:

- La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el cual ha experimentado, presenciado o le han explicado uno o más acontecimientos

caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física y la de los demás, a lo cual la persona ha respondido con un temor, desesperanza u horror intensos.

- Durante o después del acontecimiento traumático la persona presenta tres o más de los siguientes síntomas disociativos: ausencia de reactividad emocional, reducción del conocimiento de su entorno (estar aturdido), desrealización, despersonalización, amnesia disociativa (incapacidad para recordar un aspecto importante del acontecimiento traumático).

- El acontecimiento traumático se reexperimenta de forma persistente mediante sueños, imágenes, recuerdos, flashback o sensación de malestar al estar en contacto con estímulos que le recuerden al trauma.

- Evitación de estímulos relacionados con el acontecimiento traumático (lugares, personas, conversaciones, objetos, etc.).

- Síntomas ansiosos o aumento de la activación, como irritabilidad, insomnio, hipervigilancia, mala concentración, respuestas exageradas de sobresalto, inquietud motora, etc.

- Deterioro en una o más esferas de su vida, producto de las alteraciones asociadas a la vivencia traumática, lo cual genera un malestar clínicamente significativo, interfiriendo con su capacidad para llevar a cabo tareas indispensables.

- La duración de las alteraciones es de mínimo dos días y máximo cuatro semanas.

- La sintomatología no es un efecto directo de consumo de sustancias o una enfermedad médica.

5.4.5 Trastorno por estrés postraumático

Comparte muchas características con el trastorno por estrés agudo pues, luego de presenciar un evento traumático, la persona puede desencadenar síntomas disociativos, de ansiedad, de evitación de estímulos que le resulten asociados al trauma, reexperimentación de la vivencia, etc. Sin embargo, hay una mayor alteración de la esfera afectiva, anhedonia, y síntomas depresivos como desesperanza de cara al futuro.

El evento traumático también puede ser generado por terceros, por lo que situaciones de abuso sexual, secuestro o encarcelamientos pueden dar cabida a alteraciones conductuales, como impulsividad, conductas autodestructivas, hostilidad, etc.

Los síntomas del trastorno por estrés postraumático aparecen los tres meses posteriores al evento traumático, y usualmente se clasifica en tres subtipos diferentes según la duración de los síntomas y el tiempo transcurrido entre la exposición al traumatismo y a la aparición de la sintomatología:

- Agudo: la duración de los síntomas es inferior a 3 meses.
- Crónico: la duración de los síntomas es igual o superior a los tres meses.
- De inicio demorado: entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo seis meses.

Los criterios diagnósticos para este trastorno son muy similares a los expuestos en el trastorno por estrés, y son los siguientes:

- La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el cual ha experimentado, presenciado o le han explicado uno o más acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física y la de los demás, a lo cual la persona ha respondido con un temor, desesperanza u horror intensos.

- Durante o después del acontecimiento traumático la persona presenta tres o más de los siguientes síntomas disociativos: ausencia de reactividad emocional, reducción del conocimiento de su entorno (estar aturdido), desrealización, despersonalización, amnesia disociativa (incapacidad para recordar un aspecto importante del acontecimiento traumático).

- El acontecimiento traumático se reexperimenta de forma persistente mediante sueños, imágenes, recuerdos intrusivos, flashback, y hay un malestar intenso al estar en contacto con estímulos, internos y externos, que le recuerden al trauma. También existen respuestas fisiológicas ante la exposición a dichos estímulos.

- Evitación de estímulos relacionados con el acontecimiento traumático. Hay esfuerzos para evitar pensamientos, conversaciones, sentimientos o actividades que rememoren el trauma. También puede haber incapacidad para recordar aspectos del suceso, sensación de desapego o enajenación de los demás, restricción de la vida afectiva, desesperanza y catastrofización del futuro.

- Síntomas persistentes de aumento de la activación fisiológica, ausentes antes del trauma, como irritabilidad, insomnio, hipervigilancia, mala concentración, respuestas exageradas de sobresalto, inquietud motora.

- Las alteraciones descritas anteriormente se prolongan más de un mes.
- Existe un malestar clínico significativo y un deterioro social, explicado en los criterios diagnósticos del trastorno por estrés agudo.

5.4.6 Trastorno por Ansiedad Generalizada

La característica principal de este trastorno es una marcada preocupación por situaciones vitales y cotidianas, como la salud, la familia, el trabajo, etc. La persona suele tener dificultades para puntualizar qué es exactamente lo que hacer que surjan sus síntomas, por lo cual se dice que la persona tiene “ansiedad difusa”. Los sujetos con este tipo de trastorno, además de síntomas somáticos, suelen manifestar síntomas del estrés, como dolores de cabeza, colon irritable, trastornos gástricos, insomnio, náuseas, etc.). Al tener una preocupación constante por los temas cotidianos, suelen presentar reacciones adversas ante cualquier cambio no esperado que surja. Es de carácter crónico, y tiene picos y valles en los cuales los síntomas se agravan o remiten parcialmente.

A continuación, se presentan los criterios diagnósticos para el Trastorno por Ansiedad Generalizada:

- Ansiedad y preocupación excesivas sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades que se prolonga más de 6 meses.
- Dificultad de parte de la persona para controlar el estado de preocupación.
- La ansiedad y la preocupación se asocia a tres (o más) de los siguientes síntomas: inquietud o impaciencia, fatigabilidad fácil, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular, alteraciones del sueño.

- La ansiedad y la preocupación provocan un malestar clínicamente significativo, generando un deterioro en varias esferas (social, laboral, económica, etc.).
- Las alteraciones no son resultado de la ingesta de sustancias, una enfermedad médica, y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

5.4.7 Fobia específica

La fobia se define como el miedo persistente e irracional a un objeto, actividad o situación, y genera en el sujeto la necesidad de evitar o huir del objeto en cuestión. La persona es consciente de que su miedo es irracional y exagerado, y aunque lo reconoce, no puede evitar sentir ansiedad y le es muy difícil disminuirla. Esto les genera un notable malestar en el sujeto. El miedo se genera por las posibles consecuencias que se pueden derivar al entrar en contacto con el objeto. Su curso es crónico y puede agravarse si no se recibe una intervención adecuada.

Este trastorno posee tres componentes:

- Ansiedad anticipatoria, que aparece ante la posibilidad de crear contacto con el objeto temido.
- El temor central en sí mismo.
- Conductas de evitación.

Los criterios para el diagnóstico de fobia específica son los siguientes:

- Temor persistente que es excesivo e irracional, desencadenado por la presencia o anticipación a un objeto o situación específicos (volar, animales, agujas, precipicios, etc.).
- La exposición al estímulo fóbico genera casi invariablemente una respuesta de ansiedad, la cual puede tomar la forma de un ataque de pánico situacional, relacionado con un estímulo determinado.
 - La persona reconoce que el miedo es irracional.
 - Las situaciones fóbicas se evitan o se soportan con un nivel de malestar significativo.
 - Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa y el malestar causado por el estímulo temido generan un malestar notable en las labores cotidianas de la persona.
 - En menores de 18 años, estos síntomas deben persistir mínimo 6 meses.
 - La ansiedad, las crisis de angustia o los comportamientos fóbicos de evitación no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno, por ejemplo, el Trastorno Obsesivo Compulsivo en el cual hay un miedo a la suciedad e ideas de obsesión por contaminación.

5.4.8 Fobia social

Este trastorno comparte características respecto a las respuestas ansiosas generadas ante la presentación o anticipación de estímulos temidos. El miedo central en la fobia social es que la persona teme que su actuar lo pueda someter a una situación de vergüenza ante los demás. Por ende, existe evitación en determinadas circunstancias,

como el contacto con otras personas, hablar en público, ir a fiestas, estar en baños públicos, acudir a entrevistas, etc. Un miedo común de este tipo de personas es que los demás detecten su ansiedad y que la ridiculicen públicamente. Los sujetos con fobia social suelen tener síntomas característicos, como ruborización, sequedad bucal, y la sudoración. Se pueden presentar ataques de pánico como respuesta a estas situaciones. Además, existe una ansiedad anticipatoria ante el suceso temido, por lo tanto, hay una activación fisiológica bastante alta.

La fobia social puede conducir al aislamiento social y a un deterioro incapacitante. No obstante, existen personas que tienen una fobia social dirigida a una situación en específico, por lo que pueden vivir asintomáticas hasta que deben enfrentar la situación temida.

El inicio de esta fobia puede ser agudo (un episodio lo suficientemente relevante para la persona) o insidiosa (se forma progresivamente). Es de carácter crónico.

Se debe tener en cuenta que el miedo central de las personas con fobia social reside en que sus actos les generen una humillación pública. A continuación, se presentan los criterios diagnósticos correspondientes para la fobia social:

- Temor acusado o persistente por una o más situaciones sociales en las que el sujeto se vea expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación de los demás. La persona teme actuar de un modo humillante o demostrar sintomatología ansiosa.

- La exposición a situaciones sociales temidas provoca casi invariablemente respuestas ansiosas que pueden tomar la forma de ataques de pánico como respuesta al evento temido.
- El individuo reconoce que el temor es excesivo e irracional.
- Las situaciones sociales se evitan o se experimentan con un malestar significativo.
- Los comportamientos de evitación, anticipación o malestar que aparecen en las exposiciones sociales interfieren con la rutina normal de la persona, generando malestar en distintas esferas, (social, económica, laboral, etc.).
- En personas menores de 18 años, los síntomas deben tener una duración de mínimo 6 meses.
- Los síntomas de este trastorno no son efecto directo de ingesta de drogas o de una enfermedad médica.
- Si hay una enfermedad médica u otro trastorno mental, el temor descrito en el primer criterio no se relaciona con estos procesos (el miedo no es debido a la tartamudez, temblores generados por la enfermedad de parkinson).

5.4.9 Trastorno Obsesivo Compulsivo

La característica principal de este trastorno es la presencia de pensamientos obsesivos o actos compulsivos recurrentes. Los pensamientos obsesivos son ideas, imágenes o impulsos mentales que irrumpen de manera repetitiva en la mente del individuo, y suelen ser desagradables por su contenido violento, obsceno, porque carecen de sentido, y la persona que los padece suele resistirse a ellos, aunque no tenga éxito en esta tarea. Son

involuntarios. Por su parte, los actos compulsivos son conductas estereotipadas y repetitivas que se manifiestan en forma de rituales, con la supuesta función de evitarle a la persona un mal que esta ve probable que suceda. Los actos compulsivos como tal no son agradables y no tienen un fin determinado, pero se hacen para prevenir que tenga lugar un hecho objetivamente improbable. Para el individuo que posee un TOC, la perfección es inalcanzable, y allí está la razón por la cual repiten una y otra vez sus actos.

En el TOC, las obsesiones son un concepto central, y se pueden manifestar de las siguientes formas:

- Dudas obsesivas: ideas reiterativas relacionadas con algo que quizá no se haya hecho o no se haya realizado bien (ponerle seguro a la puerta de su casa).
- Obsesiones nosofóbicas: preocupación por adquirir enfermedades, más dirigido a si ha realizado los procedimientos necesarios para evitar contraerlas, como lavarse muchas veces las manos, practicarse el mismo examen repetidamente.
- Escrupulos obsesivos: la persona piensa si actuó correctamente, por lo que vive asediado por sentimientos de culpa y pecado, e intenta enmendarlo si actúa de manera que es incorrecta para el sujeto.
- Ideas de contraste: ideas bruscas, intrusivas, que llegan a la mente del paciente y se van repentinamente. Son contradictorias con sus creencias (pesar en erotismo al entrar a la iglesia).
- Fobias de impulsión: se experimenta el temor de perder el control en determinadas situaciones (arrojarse al vacío si se encuentra en un balcón).

- Cavilaciones obsesivas: son problemas de carácter filosófico que tiene el sujeto, lo cual le genera ansiedad por no poder resolverlo.
- Aritmomanía: necesidad de contar, sumar, comprobar si una cifra es capicúa, contar baldosas antes de entrar a un cuarto, entre otras conductas.

Así mismo, los actos obsesivos acompañan a las ideas obsesivas, entre los cuales se distinguen:

- Compulsiones: actos que el sujeto se siente obligado a hacer, los cuales son innecesarios o absurdos, pero generan una gran ansiedad en él si no se realizan.
- Actos obsesivos secundarios a obsesiones ideativas: son los denominados “rituales compulsivos) y son las actividades que se realizan para disminuir la ansiedad que acompaña una idea obsesiva, como lavarse las manos recurrentemente por temer a tener gérmenes. Sin embargo, no todos los rituales se vinculan a una idea obsesiva, pues en ocasiones se realizan sin sentido alguno.

Este trastorno es de un curso crónico y puede llegar a incapacitar a la persona dependiendo de la naturaleza de las obsesiones. Además, suele asociarse con el trastorno depresivo mayor.

El DSM describe los siguientes criterios diagnósticos para el Trastorno Obsesivo Compulsivo:

- Las obsesiones y compulsiones se cumplen de acuerdo a lo descrito anteriormente en las definiciones y tipos de manifestaciones para cada una.

- La persona, en algún momento del transcurso del trastorno, ha reconocido que las obsesiones y compulsiones son exageradas e irracionales.
- Las obsesiones generan un malestar clínico significativo, generan una pérdida de tiempo (suponen más de 1 hora al día) e interfieren con la cotidianidad de la persona.
- El trastorno no se debe a los efectos de ingesta de sustancias o de una enfermedad médica.

5.4.10 Trastorno de ansiedad inducido por sustancias

La característica esencial de este trastorno es la presencia de sintomatología ansiosa que se da como efecto secundario de la ingesta de drogas, fármacos o sustancias tóxicas. Los síntomas se pueden presentar tanto en el periodo de intoxicación como en el de abstinencia, dependiendo de la sustancia o droga que se haya ingerido. Estos síntomas se pueden presentar en forma de ataques de pánico, fobias y obsesiones o compulsiones.

En este trastorno, el tipo de sustancia que se haya ingerido puede marcar el transcurso de las manifestaciones patológicas. Los síntomas ansiosos pueden aparecer, en el caso de la abstinencia, hasta varias semanas después de detener el consumo de la sustancia en cuestión (en el caso de algunas benzodiazepinas, la ansiedad puede presentarse a las 4 semanas de cesar su consumo).

Los criterios diagnósticos que sugiere el DSM para este trastorno son los siguientes:

- La ansiedad de carácter prominente, los ataques de pánico y las obsesiones o compulsiones predominan en el cuadro clínico.

- A partir de la historia clínica, exploración física o pruebas de laboratorio, se demuestra que la sintomatología ansiosa experimentada aparece durante la intoxicación o abstinencia o en el primer mes siguiente; también puede verificarse que el consumo del medicamento está relacionado con las alteraciones.
- La sintomatología ansiosa no se puede explicar por un trastorno de ansiedad no inducido por sustancias. Además, los síntomas persisten por un tiempo considerable (9 meses) después del final del periodo agudo de intoxicación o abstinencia.
- La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.
- La alteración provoca un malestar clínicamente significativo en diferentes dimensiones de la persona (económica, social, laboral, etc.)

5.4.11 Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica

La característica esencial en este trastorno es que la sintomatología ansiosa experimentada es considerada secundaria a los efectos fisiológicos de una enfermedad médica. La ansiedad es prominente, y puede haber ataques de pánico, obsesiones y compulsiones.

Para poder realizar este diagnóstico, se deben determinar de manera meticulosa las razones por las cuales se considera que el mecanismo fisiológico de la enfermedad médica diagnosticada es la causante de la sintomatología ansiosa. Por tanto, este trastorno no puede explicarse mejor por la presencia de otro trastorno de ansiedad, incluido que el trastorno de ansiedad inducido por sustancias.

Los criterios diagnósticos propuestos para el trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica son los siguientes:

- La ansiedad de carácter prominente, los ataques de pánico y las obsesiones o compulsiones predominan en el cuadro clínico.
- A partir de la historia clínica, la exploración física o las pruebas de laboratorio, se puede determinar que la sintomatología ansiosa es consecuencia fisiológica de una enfermedad médica.
- Los síntomas no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno de ansiedad.
- Las alteraciones no aparecen en el transcurso de un delirium.
- La sintomatología ansiosa genera un malestar clínicamente significativo en las diferentes dimensiones del sujeto (laboral, social, económica, etc.)

5.4.12 Trastorno de ansiedad no especificado

En esta categoría se presentan los trastornos con sintomatología ansiosa o evitación fóbica que no reúnen los criterios para ser diagnosticados dentro de un trastorno de ansiedad específico. Algunos ejemplos son:

- Trastorno mixto ansioso depresivo: se presentan síntomas de ansiedad y depresión que generan un malestar clínicamente significativo para la persona, pero no cumple los criterios para ser diagnosticado dentro de un trastorno afectivo o un trastorno de ansiedad.

- Síntomas de fobia social clínicamente significativa relacionada con el impacto social provocado por una enfermedad médica o un trastorno mental (enfermedad de párkinson, enfermedades dermatológicas, tartamudez, anorexia nerviosa, etc.).
- Situaciones en las cuales se confirma la presencia de un trastorno de ansiedad, pero es imposible determinar si es del carácter de un trastorno de ansiedad primario, un trastorno de ansiedad inducido por sustancias o un trastorno de ansiedad debido a una enfermedad médica.

5.5 Aproximación al concepto de afrontamiento

Como se ha descrito ya en varios apartados, las situaciones por sí solas no son las responsables de provocar una reacción emocional en el individuo, sino que es la valoración que este haga acerca de la situación lo que desencadenará determinadas manifestaciones emocionales. Este proceso de valoración cognitiva (Lazarus y Folkman, 1984) pasa por una valoración primaria, en la cual se analiza el estímulo o situación, otorgándole a este una carga positiva, negativa o neutra y se analizan las posibles consecuencias que pueda haber al respecto en el presente y en el futuro. Posteriormente tiene lugar una valoración secundaria, centrada en los recursos de afrontamiento disponibles para encarar la situación. Son estas dos valoraciones, la percepción de los estímulos internos y externos y los recursos de afrontamiento disponibles, las que constituyen la respuesta de ansiedad o estrés.

Respecto a lo anterior, Lazarus y Folkman (1984), además de proponer un modelo de valoración cognitiva, definen los recursos o estrategias de afrontamiento como "aquellos

esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo". Desde este punto de vista, el concepto se concibe como algo dinámico, cuya variación depende de la función que tenga que poner en marcha el individuo, por ejemplo, defenderse de una amenaza, o idear soluciones a un problema específico. Everly (1979), además de coincidir con esta definición, añade que las estrategias de afrontamiento pueden ser adaptativas (reducen el estrés y promueven la salud a largo plazo) o inadaptativas (reducen el estrés a corto plazo, pero hay efectos negativos sobre la salud a largo plazo).

Es importante señalar que los teóricos cognitivos establecen diferencias entre las estrategias de afrontamiento y los estilos de afrontamiento, siendo las estrategias los recursos o procesos concretos utilizados en cada contexto frente a situaciones percibidas como amenazantes, y los estilos de afrontamiento son aquellas predisposiciones individuales para hacer frente a las situaciones, y es debido a estos estilos que la persona tiene una tendencia a escoger una u otra estrategia de afrontamiento (Fernández Abascal, 1997). Por su parte, Pelechano (2000) considera que ambos conceptos son complementarios, ya que los estilos vendrían a ser tendencias estables para la elección de determinadas estrategias, a las cuales define como "las acciones más específicas para afrontar la situación".

Lazarus (1990) propuso dos tipos generales de estrategias de afrontamiento: las centradas en la resolución de problemas y las centradas en la emoción; sin embargo, Endler y Parker (1990), mediante su Inventario Multidimensional de Afrontamiento, identificaron de

manera más específica que las personas tienen una tendencia a usar determinadas estrategias, independientemente del estímulo estresante que se presente. Estos autores identificaron tres dimensiones: afrontamiento orientado a la tarea (estrategias usadas para alcanzar la solución de un problema), afrontamiento orientado a la emoción (estrategias usadas para intentar controlar las emociones y disminuir el estrés), y el afrontamiento orientado a la evitación (aplazamiento del afrontamiento para ordenar los recursos propios).

A continuación, se expondrán en detalle los estilos de afrontamiento mencionados por algunos autores, así como las diferentes estrategias que se pueden usar frente a situaciones o estímulos estresantes.

5.5.1 Estilos de afrontamiento

Ya se ha mencionado que los estilos de afrontamiento hacen referencia a las tendencias, consistentes en el tiempo, que tienen las personas para optar por determinadas estrategias y modos de afrontar una situación estresante. Sin embargo, existen estudios que han determinado, de manera sistemática, los estilos de afrontamiento por los cuales se inclinan las personas.

- Evitación y confrontación: los individuos pueden optar por una tendencia a actuar mediante la evitación de sucesos que perciben como amenazantes que, si bien podría funcionar y tener beneficios a corto plazo, estos efectos pueden actuar como un reforzador de la conducta de evitación que implique efectos en la salud a largo plazo (Taylor, 1990); un ejemplo de esto es la persona que evita ir al

odontólogo, pero que mantiene una constante tensión laboral. Por otra parte, está el estilo de confrontación en el cual el sujeto se muestra más vigilante y atento y, por tanto, actúa más activamente. Suele ser útil para afrontar estímulos amenazantes que se presentan repetidamente, y permite anticiparse a las situaciones ideando soluciones o planes de acción; en ocasiones, el afrontamiento activo puede verse permeado con comportamientos agresivos mediante los cuales se busca lograr el control de la situación. Se podría asumir que, en general, las personas con un estilo de afrontamiento por evitación optarían por estrategias de afrontamiento centradas en la emoción, ya que la evitación suele usarse en aquellas situaciones percibidas como amenazantes que tienen una corta duración; por el contrario, un estilo de afrontamiento apoyado en la confrontación probablemente contaría con estrategias centradas en el problema pues, como se ha dicho, este estilo suele estar presente en situaciones que suelen presentarse de manera reiterativa.

- **Catarsis o búsqueda de apoyo social:** el término catarsis es fielmente acuñado por la tradición psicoanalítica y consiste en la liberación emocional por medio de la expresión verbal de las preocupaciones, buscando que el otro haga una validación del malestar sentido respecto a la amenaza percibida. En este estilo de afrontamiento se parte de la creencia de que habrá una mayor adaptación en cuanto se reciba el apoyo social. No obstante, esto puede reforzar de manera progresiva la búsqueda de este apoyo en la mayoría de las situaciones amenazantes, dejando a la persona completamente vulnerable al estrés en

aquellos casos en los cuales no se obtenga la asistencia del otro. Algunos estudios (Penneba y Susman, 1988) sugieren que, si bien la catarsis no necesariamente sea una estrategia de afrontamiento por sí sola, la persona que comunica sus preocupaciones a otra puede recibir de esta una mejor información o recursos alternativos para hacer frente a la situación estresante. Se genera así una retroalimentación del problema y, por tanto, se pueden obtener perspectivas distintas para apreciar la situación en cuestión.

- Uso de múltiples estrategias: según la naturaleza de la demanda, las personas pueden tener la flexibilidad suficiente como para optar por el uso de estrategias que correspondan a diferentes estilos de afrontamiento. Desde la pérdida del matrimonio hasta dificultades laborales, el uso de diferentes estrategias puede terminar en un afrontamiento exitoso. Un estilo de afrontamiento flexible podría facilitar una adecuada elección de las estrategias más adecuadas para las situaciones percibidas como amenazantes. Por ejemplo, prescindir de estrategias centradas en la emoción para atender un problema que se ha venido presentando constantemente podría implicar elegir estrategias centradas en el problema, y viceversa.

5.5.2 Estrategias de afrontamiento

Si bien existe una tendencia por afrontar las situaciones de determinada manera, el uso de una u otra estrategia de afrontamiento depende en gran medida de la naturaleza del estresor. Las estrategias son el componente instrumental u operante del proceso de afrontamiento, y son aquellas acciones específicas llevadas a cabo para disminuir el

malestar generado por la situación estresante. Desde el psicoanálisis se habla de mecanismos de defensa para hacer referencia a aquellos procesos automáticos que tienen lugar ante vivencias displacenteras. Por otro lado, los estudios realizados por Lazarus y Folkman (1984) proponen que el afrontamiento se realiza de una manera activa y consciente, resultando en estrategias tanto de orden cognitivo como comportamental. Estos estudios resultan a día de hoy icónicos para la comprensión de la relación existente entre estrés y afrontamiento, y se han identificado y establecido varias estrategias o actos concretos que usan las personas, agrupados de la siguiente manera:

Estrategias centradas en el problema: son actos que van encaminados a buscar información respecto a la situación estresante, como sus causas, las repercusiones que tiene, su composición, etc. Es un afrontamiento en el cual la persona tiene un papel activo, percibe el problema como algo modificable o controlable. Algunas de estas son: afrontamiento activo (intentos de solucionar el problema de manera directa que implican respuestas concernientes a la amenaza percibida), búsqueda de apoyo social instrumental (búsqueda de ayuda informativa y apoyo en personas que están dentro del círculo de apoyo de la persona), confrontación (esfuerzos de la persona para cambiar la situación, constituyendo un cierto grado de riesgo), planificación (identificación de pasos a seguir para poner en marcha soluciones al problema), supresión de estrategias que compitan entre sí (priorización entre estrategias centradas en el problema y centradas en la emoción).

Estrategias centradas en la emoción: este tipo de afrontamiento busca disminuir el impacto que un estresor pueda generar, sin que necesariamente se solucione el

problema. Suelen ser estrategias utilizadas por personas que perciben las situaciones estresantes como incontrolables. La mejoría puede experimentarse a corto plazo, pero si la situación persiste, podrían generarse complicaciones a largo plazo, por lo que se estaría hablando de estrategias desadaptativas (Lazarus, 1990). Se mencionan algunas: búsqueda de apoyo social (se busca el consejo y la validación de las propias emociones), inhibición conductual (regulación de determinadas conductas que pueden tener lugar impulsivamente), inhibición emocional (regulación de las propias emociones y sentimientos), reinterpretación positiva y crecimiento (percepción de los aspectos positivos que puede tener una situación estresante), negación (rechazo de la situación a modo de evitar la responsabilidad), aceptación (reconocimiento del papel que se tiene en la situación).

Estrategias basadas en la evitación: los individuos que optan por estas estrategias deciden no tener contacto con el estímulo estresor. Estos comportamientos tienen lugar cuando la persona no percibe tener un control de sus recursos o de las variables externas. No constituye un modo de afrontamiento como tal, pues las estrategias están basadas en la evasión de la situación. Estos comportamientos pueden ser: distracción (realizar actividades o generar pensamientos distintos a los concernientes al estresor), tomar distancia del evento (evitar tomar responsabilidad en la situación), desconexión (renunciar a afrontar el problema).

Para efectos de la presente investigación, se describen las 14 estrategias de afrontamiento incluidas en el instrumento Brief COPE, creado por Carver (1997) basándose en la teoría de Lazarus y Folkman (1982):

- Autodistracción: estrategia utilizada para escapar del problema centrándose en otros estímulos o actividades que impidan pensar en el problema.
- Afrontamiento activo: iniciar acciones directas o incrementar los esfuerzos para disminuir los efectos del estresor.
- Negación: negar la realidad del suceso estresante.
- Uso de sustancias: apartar u olvidar el problema mediante el uso de drogas o alcohol.
- Apoyo emocional: búsqueda de comprensión y afecto (empatía) en otras personas que puedan dar solución al problema.
- Apoyo instrumental: búsqueda de apoyo de manera más estructurada en personas, materiales o guías de ayuda que permitan tener una comprensión mayor del problema, e intentar solucionarlo.
- Planificación: se formula un proceso o pasos a seguir para solucionar el problema en cuestión.
- Desahogo: expresión del malestar emocional (sentimientos) que la situación estresante genera en el individuo.
- Desconexión: reducción o renuncia de los esfuerzos para tratar con el problema, buscando evitarlo.
- Reinterpretación positiva: reinterpretación de la situación problemática, intentando buscarle un nuevo sentido para buscar nuevas alternativas.
- Aceptación: reconocimiento y asimilación de la situación por la cual se transcurre, ante lo cual se puede actuar de manera activa o pasiva.

- Religión: se realizan conductas que estén encaminadas a la fe o creencias espirituales de la persona para intentar reducir el estrés.
- Humor: se realizan bromas sobre la situación estresante con el fin de no otorgarle una carga negativa y así restarle importancia.
- Autoinculpación: ser consciente de los límites propios, utilizando la autocrítica, culpabilizándose por lo sucedido.

Un estudio realizado por Gantiva, Luna, Dávila y Salgado (2010) comparó dos grupos de personas: uno que presentaba puntuaciones altas de ansiedad y otro que presentaba puntuaciones normales (comprobado mediante el Inventario de Ansiedad de Beck) respecto a las estrategias de afrontamiento que usaban normalmente para sortear sus problemas, esto mediante el EEC-M (Escala de Coping Modificada). Se pudo concluir que las personas que presentaban niveles bajos de ansiedad tienden a usar estrategias relacionadas con la solución de problemas, la reevaluación positiva y la búsqueda de apoyo social, intentando abordar el estresor de manera directa para minimizar sus efectos. El grupo de personas que presentó niveles altos de ansiedad manifestó usar la solución de problemas y la reevaluación positiva, pero con un uso muchísimo menor; a diferencia del primer grupo, las personas ansiosas de este estudio optaban por estrategias como la evitación cognitiva o, simplemente, conductas de evitación que terminarían siendo desadaptativas, intentando disminuir las reacciones emocionales que pudieran surgir frente al problema. Dicho de otro modo, este afrontamiento correspondía al centrado en la emoción, centrado en cambiar el significado de la situación estresante para regular el resultado negativo de las propias emociones.

5.6 Acercamiento al concepto de deporte

El término resulta bastante amplio como para definirlo de una sola manera, ya que disciplinas como la sociología, la biomecánica o hasta la filosofía tienen como objeto de estudio el deporte, lo cual ha hecho aún más complejo consensuar una definición. El diccionario de la Real Academia Española (1992) habla del deporte, en una primera definición, como “actividad física, ejercida como juego o competición, cuya práctica supone entrenamiento y sujeción a normas” pero en su segunda definición se encuentra que el deporte también puede ser concebido como “recreación, pasatiempo, placer, diversión o ejercicio físico, por lo común al aire libre”. Por su parte, el Diccionario de las Ciencias del Deporte si bien no apunta a una definición clara del concepto, establece que este se encuentra en las disciplinas deportivas, en la escuela, en ámbitos higiénicos y sanitarios (deporte de recreación o hecho por salud) o formas de organización (como la danza) y menciona términos característicos del deporte, como la competición y las reglas. Según estas definiciones, el deporte no solo se encuentra en disciplinas deportivas que se perfilan a las competiciones, sino que también puede ser visto como una práctica para favorecer la salud, caso concreto, de las personas con sobrepeso, colesterol alto o algunas enfermedades cardíacas.

Algunos autores tienen definiciones similares a las dadas por la RAE y el Diccionario de las Ciencias del Deporte. El filósofo José María Cagigal (1985) define el deporte como cada tipo de actividad física que se realiza con un deseo de superación, sea hacia los otros o hacia sí mismo, pero que también puede hacerse de manera lúdica o gratificadora. Al respecto, autores como García Ferrando (1990) y Sánchez Bañuelos (1992) coinciden al

señalar que el deporte tiene una naturaleza competitiva y que se realiza con un deseo de superación, inicialmente con uno mismo.

Por su parte, Castejón (2001) también afirma que en la actividad deportiva existe un deseo de superación consigo mismo y con los demás y que debe cumplir unas reglas en todo momento, pero añade que es la actividad en la cual la persona manifiesta y elabora un conjunto de movimientos de los cuales tiene control, dependiendo de sus propias capacidades o en cooperación de otros con el afán de superar sus propios límites. Además, el deporte es un juego reglado y existe una relación entre varios elementos que lo componen: como juego, como actividad física, competición, y unos participantes que están bajo unas normas. (Castejón, 2004).

Todas estas definiciones tienen conceptos en común, como la competición, el deporte recreativo, el ánimo de superarse a sí mismo y estar regidos bajo unas mismas reglas de juego. Sin embargo, una definición que llega a englobar gran parte de todos estos conceptos, y por tanto resultaría más apropiada para el presente trabajo, es la realizada por la Carta Europea del Deporte (Unisport, 1992), la cual define al deporte como “aquellas formas de actividades que, a través de una participación, organizada o no, tienen como objetivo la expresión o la mejora de la condición física o psíquica, el desarrollo de las relaciones sociales y la obtención de resultados en competición de todos los niveles”.

Teniendo como base la definición de la Carta Europea del Deporte, deben distinguirse aquellas actividades que pueden definirse como deportivas a aquellas que no lo son. Para

ello, se establecerán algunas distinciones del deporte frente a dos conceptos, estrechamente relacionados, que están presentes en el estudio de las disciplinas deportivas: actividad física y ejercicio físico.

5.6.1 Actividad física

Se debe partir de la idea de que la actividad física, en un principio, cuenta con una participación física por parte del individuo. Esto hace mucho más difícil definir el concepto, ya que tiende a confundirse con la actividad deportiva.

La OMS define la actividad física como “todos los movimientos que forman parte de la vida diaria, incluyendo el trabajo, la recreación, el ejercicio y las actividades deportivas”, asumiendo que actividades cotidianas como caminar o realizar trabajos caseros entrarían dentro de dicha definición. Autores como Becerro (1985) y Bañuelos (1996) también concuerdan con la definición dada por la OMS al afirmar que la actividad física no es más que el movimiento de ciertas estructuras óseas y musculares, pero que conllevan determinado gasto energético.

De lo anterior se puede inferir que la actividad física vendría siendo la base del ejercicio y el deporte, pues supone un movimiento tanto de estructuras musculares y óseas, muchas veces con el propósito de alcanzar una meta, y dicha movilización tiene un consumo de energía mayor al experimentado en reposo. Ejemplificando, la característica principal de la actividad física reside en que esta puede ir desde caminar o trabajar en el jardín hasta bailar o correr.

5.6.2 Ejercicio físico

Aunque pocos autores hablen del concepto, existe un consenso bastante evidente frente a la definición de ejercicio físico. Escalante (2011) y Heredia (2006) definen el ejercicio como aquella actividad física planificada, estructurada y repetida, cuyo objetivo es adquirir, mantener o mejorar la condición física.

Por tanto, mientras que la actividad física puede ser cualquier actividad cotidiana que se realice, el ejercicio físico va encaminado a mejorar la salud y el estado físico, poniendo en marcha una actividad física planeada y estructurada, con una intensidad y un tiempo predefinidos, cuyo objetivo es conseguir una mejoría en la calidad de vida. Un médico puede recomendar a una persona con sobrepeso que realice ejercicio físico para generar hábitos de vida saludable y, por tanto, contribuir a un mejor estado físico.

De esta definición se puede inferir que, a diferencia del ejercicio físico, el deporte requiere la participación en actividades que tengan una reglamentación ya definida, y que puede ser competitiva o recreativa. El ejercicio, conforme se ha especificado, tiene como objetivo principal un impacto positivo en la salud y una mejoría del estado físico, mientras que la práctica del deporte si bien genera una mejoría en el estado físico y psicológico, busca principalmente la superación de uno mismo o de los demás. El baloncesto, natación, atletismo y fútbol son ejemplos de disciplinas deportivas, con unas reglas definidas.

5.6.3 Deporte de alto rendimiento

En párrafos anteriores se ha hablado del deporte como una participación a actividades que no necesariamente tienen un fin competitivo, pues también pueden realizarse de forma recreativa. Dentro de la definición del deporte se encuentra “el ánimo por superarse a sí mismo o a los demás”, pues la competitividad es una característica inherente al ser humano al encontrarse bajo un ambiente que posea estas condiciones. Sin embargo, la práctica deportiva está determinada por el rendimiento y los resultados que posee cada persona. Cierta nivel de rendimiento determinará factores en los ritmos de entrenamiento como la duración de los mismos, la intensidad y su frecuencia, además de demarcar los objetivos que el deportista se plantee respecto a la práctica de su disciplina. Es en este punto en el cual se habla de una trascendencia del deporte común (que cualquier persona puede practicar) al deporte de alto rendimiento el cual posee, entre muchos de sus objetivos, una mejoría constante del propio rendimiento deportivo, buscando con esto, primordialmente, superar a los demás.

Según el portal de Coldeportes (2010) el deporte de alto rendimiento “es la práctica deportiva de organización y nivel superiores que comprende procesos integrales orientados hacia el perfeccionamiento de las cualidades y condiciones físico-técnicas de deportistas, mediante el aprovechamiento de adelantos tecnológicos y científicos”. La misma entidad se refiere al atleta de alto rendimiento como aquel que se desarrolla en la alta competencia y que entrena de manera sistemática con el fin de obtener altos logros deportivos. Esta definición deja claro que en la actividad deportiva existen diferentes niveles de rendimiento, siendo la alta competencia el nivel que mayores exigencias hace a

los deportistas. En este punto se ubican certámenes como los Juegos Olímpicos, el mundial de fútbol, el Campeonato de Wimbledon, etc.

El objetivo del deporte de alto rendimiento, en un primer momento, es forjar deportistas de élite usando la innovación y la tecnología mediante la cual se les puede evaluar, tratar, diagnosticar, realizarles planes de entrenamiento y nutrición, etc. En un segundo momento, el deporte de alto rendimiento pretende desplegar ideales pertenecientes al olimpismo, como la competencia regulada (tener deportistas altamente preparados para que compitan al mejor nivel), el juego limpio, el espectáculo y la juventud (Vargas, 1994).

Pastene (2016) destaca ciertos aspectos necesarios para que el deportista pueda acceder al alto rendimiento. En un primer momento hace referencia a la “pesquisa” o a la identificación de ciertos deportistas que son talentosos. Para eso, es necesario organizar eventos deportivos desde niveles escolares para lograr identificar aquellos atletas que tienen aptitudes adecuadas para practicar su deporte, y poder planificar un entrenamiento adecuado que potencie estas capacidades.

De igual forma, Pastene considera que un factor muy importante es el apoyo que el deportista reciba. Aquí se identifica principalmente la inversión económica, pues permite suplir al deportista de los insumos necesarios para que pueda dedicarse de lleno a la práctica de su disciplina sin tener que preocuparse por otras cosas. Los entes gubernamentales y empresas juegan un papel activo en cuanto al patrocinio del atleta de alto rendimiento; también está la inversión socio-educativa, que tiene que ver con la

iniciación de los atletas a edades tempranas para comenzar un desempeño lo más adecuado posible, y así mismo, para dar término a su carrera deportiva de la mejor manera cuando sea necesario; por último menciona la inversión en salud, pues el deportista de alto rendimiento está constantemente entrenando a un nivel de exigencia muy superior, lo cual le representa una carga física y mental elevada. Contar con un equipo especializado en salud que pueda asistirlo (médico, psicólogo, kinesiólogo, nutricionista, etc.) permitirá que lleve la práctica de su deporte de la mejor manera. Por ello, un deportista de alto rendimiento se caracteriza por ser capaz de desempeñarse deportivamente a niveles muy superiores que se materializan en resultados y productos, como medallas y récords, lo que requiere un proceso de formación agudo de muchos años (García Naveira,2010). Requiere un alto nivel de compromiso de parte del atleta con los objetivos que corresponden a la alta competencia. Por ello, la planificación en cuanto a los entrenamientos y al estilo de vida que se lleve es igual de exigente.

6. METODOLOGIA

6.1 Tipo de investigación

Para el presente estudio se propone una investigación empírico analítica, cuantitativa, pretendiendo evaluar y analizar las características de la ansiedad, las estrategias de afrontamiento y la posible correlación de ambas variables en deportistas universitarios de alto rendimiento de la ciudad de Medellín.

La investigación presenta inicialmente un alcance descriptivo, pues se busca puntualizar en aspectos concernientes a las variables objeto de estudio como son las características de la ansiedad presentes antes de una competición deportiva y las estrategias de afrontamiento usadas en dichos contextos; además se pretende comparar ambas variables respecto a diferentes aspectos sociodemográficos como la edad, género o deporte practicado. El estudio también posee un alcance correlacional en cuanto se busca conocer el grado de asociación que tienen ambas variables durante situaciones estresantes.

6.2 Diseño de investigación

La presente es una investigación no experimental, pues no se busca manipular variables sino observarlas y describirlas directamente en el ambiente en el cual se manifiestan. Se utilizó un diseño transversal, pues se recolectarán los datos de las variables en un único momento.

6.3 Población y muestra

La población objetivo estuvo conformada por deportistas de alto rendimiento diferentes universidades de Medellín que cuentan con equipos deportivos representativos. No se tuvo un registro exacto de cuántos deportistas entrenaban en los equipos de cada universidad, pero con base en la participación de los juegos universitarios ASCUN del 2017 se estimó que, en promedio, cada institución contó con la siguiente cantidad de deportistas matriculados, que se han desempeñado en el alto rendimiento dentro de las disciplinas deportivas ya delimitadas, y que han participado en la alta competencia:

- 25 deportistas de ambos sexos practican atletismo.
- 15 deportistas de ambos sexos practican natación.
- 30 deportistas practican fútbol, tanto en el equipo masculino como en el femenino.
- 20 deportistas de ambos sexos practican baloncesto.

En el presente estudio, se optó por evaluar estudiantes de las siguientes universidades: Universidad de Antioquia, Universidad Nacional, Universidad EAFIT y Politécnico Jaime Isaza Cadavid, dando un total aproximado de 390 deportistas de las disciplinas seleccionadas.

Para la muestra, se decidió utilizar un total de 46 deportistas de las cuatro universidades mencionadas, intentando mantener una equivalencia entre el número de participantes hombres y mujeres. Es un tipo de muestra no probabilística, pues la selección de los

participantes depende de las características que posean y la relación de estas con la investigación, más no de la probabilidad.

6.4 Criterios de inclusión y exclusión

A continuación, se nombran los criterios de inclusión que se tomaron en cuenta para seleccionar las personas que participaron de la investigación:

- Deportistas hombres y mujeres.
- Edad comprendida entre los 17 y los 28 años de edad.
- El estrato socioeconómico es indiferente (en la ciudad de Medellín los estratos van del 1 al 6).
- Estar matriculados como estudiantes en alguna de las siguientes universidades: Universidad de Antioquia, Universidad Nacional, Universidad EAFIT o Politécnico Colombiano Jaime Isaza Cadavid.
- Practicar alguno de los siguientes deportes: atletismo, natación, fútbol o baloncesto.
- Entrenar su disciplina mínima tres veces por semana.
- Pertenecer al equipo de representación de la universidad en la cual se encuentran matriculados.
- Haber competido en representación de su universidad, al menos una vez, en eventos oficiales de ASCUN (Asociación Colombiana de Universidades) a nivel nacional o de la ciudad de Medellín, o en eventos de liga organizados por Indeportes Antioquia.

De igual manera, se describen como criterios de exclusión los siguientes¹:

- Deportistas menores a 17 años y mayores a 28 años.
- Personas que no se encuentren matriculadas en una de las siguientes universidades: Universidad de Antioquia, Universidad Nacional, Universidad EAFIT y Politécnico Colombiano Jaime Isaza Cadavid.
- Practicar un deporte distinto a los siguientes: atletismo, natación, fútbol o baloncesto.
- Entrenar su disciplina menos de tres veces a la semana.
- No haber participado en representación de su universidad en algún evento organizado por ASCUN o Indeportes Antioquia.
- No hacer parte del equipo de representación de su universidad, aunque entrenen la disciplina requerida.
- Hacer parte del equipo de representación de una universidad y no estar matriculado como estudiante en esta.

¹ Estos criterios indican aspectos relacionados con el muestreo y no están relacionados con aspectos excluyentes. La restricción de participantes se realiza para tener mayor control de la muestra seleccionada.

6.5 Variables de estudio

Tabla 3. Variables, dimensiones e indicadores de estudio

VARIABLES	DIMENSIÓN	INDICADORES
Ansiedad	Manifestaciones fisiológicas	Aumento de la presión arterial, agitación, irrigación de sangre a las extremidades, taquicardia, sudoración, temblores, detención del sistema inmunitario y funciones no esenciales.
	Manifestaciones cognitivas	Anticipaciones catastrofistas, creencias erróneas, dificultades de atención, sentimiento de fracaso, pensamientos negativos, sensación de tristeza.
Estrategias de afrontamiento	Estrategias centradas en la emoción.	Desahogo, búsqueda de apoyo emocional, desconexión conductual, negación, aceptación.
	Estrategias centradas en el problema.	Afrontamiento activo, búsqueda de apoyo social, contención, planificación, supresión de estrategias que compitan entre sí.
	Estrategias basadas en la evitación.	Distracción, tomar distancia, evitar actividades relacionadas.

Fuente: elaboración propia

6.6 Instrumentos de recolección de información

Para la evaluación se usaron un total de tres instrumentos: el inventario de ansiedad pre-competitiva en su versión revisada (CSAI-2R) para identificar las características de la ansiedad en sus dimensiones somática y cognitiva; el Inventario de Ansiedad Estado Rasgo STAI, pero únicamente la escala que evalúa la ansiedad estado; y el inventario multidimensional de respuesta ante el estrés Brief COPE para identificar los estilos y

estrategias de afrontamiento que usan los deportistas ante la competición. Se decidió utilizar dos instrumentos para la medición de la ansiedad ya que el CSAI-2R solo dispone de 5 reactivos que evalúan ansiedad cognitiva. Por esta razón, se usó la escala de ansiedad estado del STAI, que, aunque no está dirigido a deportistas, puede arrojar información acerca de las manifestaciones de la ansiedad (tanto somática como cognitiva) que perciben los participantes respecto a la competición. No se usaron los reactivos correspondientes a la ansiedad rasgo, pues sus objetivos de evaluación no obedecen a los de esta investigación.

Se realizó una única aplicación de estas pruebas, la cual tuvo lugar inmediatamente antes de la competencia.

6.6.1 Inventario de ansiedad pre-competitiva: CSAI-2R

El inventario de ansiedad pre-competitiva (versión revisada) es un test cuantitativo que se encarga de evaluar las dimensiones cognitiva y somática de la ansiedad de los deportistas antes de una competencia, además de la variable “autoconfianza”. Es un cuestionario tipo Likert en el cual hay 4 opciones de respuesta, donde 1 es “nada”, 2 es “poco”, 3 es “moderadamente” y 4 es “mucho”.

El test está compuesto por 17 ítems que se distribuyen de la siguiente forma: 5 ítems (2, 5, 8, 11, 14) evalúan ansiedad cognitiva, e identifican las sensaciones que tiene el sujeto respecto a su rendimiento y las consecuencias del resultado que obtenga en la competición. 7 ítems (1, 4, 6, 9, 12, 15, 17) evalúan ansiedad somática, que hace referencia a indicadores fisiológicos de la ansiedad como malestar estomacal, aumento de

la frecuencia cardíaca, sudoración o tensión muscular. 5 ítems (3, 7, 10, 13, 16) evalúan autoconfianza, la cual se explica mejor como la seguridad que posee el sujeto respecto a sus posibilidades de éxito en la competición. El CSAI-2R es la versión revisada del test de ansiedad precompetitiva CSAI-2 creado por Rainer Martens en 1990. Esta primera versión contó con 27 ítems que medían ansiedad cognitiva, ansiedad somática y autoconfianza. Pese a la rigurosidad para la creación del instrumento, se encontraron fallas en algunos ítems que se destinaban para evaluar ansiedad cognitiva pero evaluaban autoconfianza. En 2003, Cox, Martens y Rusell decidieron eliminar 10 ítems de manera sistemática para dar lugar a una versión revisada y mejorada del instrumento.

Su aplicación puede ser de forma individual o colectiva y tiene una duración aproximada de 10 minutos. Para la puntuación, se realiza la suma de las respuestas diligenciadas por el participante y, según el resultado, se establece si existe una ansiedad baja o alta. Los ítems que afirman una valoración positiva del rendimiento antes de la competencia (ejemplo: confío en mí) se puntúan de forma invertida. El cuestionario original tuvo un coeficiente de consistencia interna que osciló entre 0.81 y 0.86, el cual resulta adecuado para la aplicación de la prueba.

6.6.2 Inventario de Ansiedad Estado Rasgo: STAI

El STAI es un cuestionario encargado de identificar y evaluar las características de la ansiedad estado (causada por un evento en específico) y la ansiedad rasgo (características disposicionales de la persona) en la población general, tanto adolescentes como adultos. Esta evaluación se realiza por dos escalas separadas, encargadas de medir cada tipo de ansiedad de manera independiente. Cada escala consta de 20 reactivos, para un total de

40 cuestiones en toda la prueba. Es un cuestionario tipo Likert con 4 opciones de respuesta que van desde 0, que significa “nada”, 1 que es “algo”, 2 sería “bastante” y 3 es “mucho”. La creación del instrumento comenzó desde el año 1964 de mano de Spielberg, Gorsuch y Lushore. El STAI posee una consistencia interna que oscila entre 0.90 y 0.93 en su escala de Ansiedad Estado, y en su escala de Ansiedad Rasgo posee una consistencia interna que oscila entre 0.84 y 0.87. La aplicación del instrumento puede ser individual o colectiva y tiene una duración aproximada de 15 minutos. Respecto a su calificación se evidencia que entre mayores son las puntuaciones, se presenta mayor nivel de ansiedad. En ambas escalas existen ítems cuya calificación se realiza de manera inversa, es decir, se dan tres puntos si el evaluado marca el 0, dos puntos si marca el 1, un punto si marca el 2 y cero puntos si señala el 3. Los ítems calificados de manera inversa en ambas escalas son los siguientes:

- Escala Ansiedad Estado: 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 y 20
- Escala Ansiedad Rasgo: 21, 26, 27, 30, 33, 36 y 39.

El test incluye baremos para comparar el puntaje obtenido. Como se mencionó, se hizo uso únicamente de la escala de Ansiedad Estado, pues es útil para evaluar la ansiedad que pueden presentar los deportistas en el momento en que se presenta la competencia, aunque el instrumento no esté destinado específicamente para dicha población.

6.6.3 Inventario multidimensional de respuesta ante el estrés: Brief COPE

Es un inventario encargado de identificar y evaluar las diferentes estrategias que usan las personas frente a situaciones estresantes. El instrumento está compuesto por 14 subescalas, que son evaluadas por dos ítems cada una (para un total de 28 ítems en todo

el test), y se puede identificar si la persona utiliza estrategias basadas en la emoción, estrategias basadas en el problema y estrategias basadas en la evitación en su afrontamiento del estrés.

Las 14 subescalas de las cuales se compone el Brief COPE son las siguientes:

1. Afrontamiento activo (ítems 2, 10).
2. Planificación (ítems 6, 26).
3. Apoyo emocional (ítems 9, 17).
4. Apoyo social (ítems 1, 28).
5. Religión (ítems 16, 20).
6. Reevaluación positiva (ítems 14, 18).
7. Aceptación (ítems 3, 21).
8. Negación (ítems 5, 13).
9. Humor (ítems 7, 19).
10. Autodistracción (ítems 4, 22).
11. Autoinculpación (ítems 8, 27).
12. Desconexión (ítems 11, 25).
13. Desahogo (ítems 12, 23).
14. Uso de sustancias (ítems 15, 24).

El Brief COPE presenta una escala tipo Likert con 4 opciones de respuesta. Están redactados en términos de la acción, es decir, la forma como responde a las situaciones. Las opciones de respuesta van desde 0 (que significa “nunca hago esto”) a 3 (que sería “siempre hago esto”).

El instrumento fue creado por Carver, Scheier y Weintraub, pero es la versión abreviada del COPE, creado en 1989 por los mismos autores. Este primer instrumento disponía de 60 ítems distribuidos en 15 escalas. No obstante, Carver (1997) presenta el Brief COPE, la versión abreviada del primer cuestionario, omitiendo dos subescalas y modificando otras tres, pues se encontraron dificultades en su validez.

Para el presente estudio se usó el COPE 28, adaptación española del Brief COPE realizada por Morán y Manga (2009).

6.7 Procedimiento de recolección de la información

Se asistió a los entrenamientos de los equipos deportivos de cada universidad con el fin de contactar presencialmente a los entrenadores encargados de las disciplinas para explicar el proyecto, los objetivos y la metodología que se planea implementar. Si se obtenía la autorización necesaria, se pasaría a repetir el mismo procedimiento con los deportistas, aclarando dudas al respecto. De igual manera, se obtendría información sobre el cronograma de competencia que tenga cada equipo para el presente semestre y así poder concertar las fechas de aplicación de las pruebas a los participantes. Solo los entrenadores tuvieron conocimiento de estas fechas para evitar alteración en los resultados dados por los deportistas ante la posible expectativa de aplicación de la prueba.

Para la aplicación, se contactó con el entrenador días antes a la competencia para establecer los horarios y el lugar en el cual sería la competencia. Antes de la aplicación de las pruebas, los participantes diligenciaron un consentimiento informado en el cual se aclaró la confidencialidad de los datos, su interpretación de manera general, y que su

recolección se realizó solo con fines académicos. La administración de ambos instrumentos se realizó inmediatamente antes a la prueba competitiva, específicamente en los 20 minutos previos a la misma.

6.8 Plan de análisis

Para el análisis de la confiabilidad se hizo uso del coeficiente del alpha de Cronbach, el cual permite evaluar la fiabilidad de un instrumento psicométrico mediante el conjunto de ítems o cuestiones por las cuales está compuesto, que deberían medir un mismo constructo teórico y mantener una relación entre sí. Entre más cerca esté la puntuación del alpha de Cronbach de 1, mayor consistencia interna de la evaluación realizada se habrá encontrada. Por tanto: un coeficiente igual o menor 0.5 es inaceptable, igual a 0.6 es cuestionable, igual a 0.7 es aceptable, igual 0.8 es bueno, e igual a 0.9 es excelente. Por ejemplo, los diversos estudios que se han realizado con el Inventario de Depresión de Beck para su validación en diferentes contextos han demostrado que el instrumento tiene un alpha de Cronbach que oscila entre 0.80 y 0.95, dando como resultado una muy buena consistencia interna.

Se describieron las puntuaciones más típicas de la ansiedad obtenidas en los resultados de las pruebas, así como las puntuaciones obtenidas en el Brief COPE para identificar una tendencia de los participantes a usar determinadas estrategias de afrontamiento.

También se realizó una descripción de la muestra respecto a la cantidad de deportistas utilizando análisis de frecuencias; además se hizo análisis descriptivo de los datos arrojados por los diferentes instrumentos se compararon las puntuaciones obtenidas con base a criterios sociodemográficos (el género, estrato socioeconómico o la edad) y el tipo

de deporte practicado (individual o de conjunto). Para los descriptivos comparativos se procedió con un análisis bivariado (ANOVA) en el caso en el que se presentaban dos variables como los hombres y las mujeres; así mismo en el caso en el que se presentaran tres variables o más, se realizó un análisis multivariado (MANOVA), por ejemplo, en el caso de los estratos socioeconómicos. Es importante indicar que las diferencias significativas a nivel estadístico son aquellas registradas por debajo de 0.05.

Finalmente, los análisis de las correlaciones se realizaron teniendo en cuenta el coeficiente de correlación de Pearson el cual indica que dos variables se encuentran asociadas cuando la significatividad puntúa menor a 0.5 y que tienen una buena fuerza de asociación cuando presentan puntuaciones mayores a 0.6.

Todo el análisis estadístico se realizó utilizando el software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) en su versión 21.

6.9 Consideraciones éticas

Los aspectos éticos tenidos en cuenta para el presente trabajo fueron tomados en cuenta con base al código deontológico y bioético de psicología de Colombia de 2006.

Lo primero que se tuvo en cuenta fue el principio de beneficencia y no maleficencia, mediante el cual se procuró el no causar ningún tipo de daño físico o psicológico a los participantes, obedeciendo al carácter académico de este trabajo.

La confidencialidad fue otro aspecto tenido en cuenta, pues se procuró al máximo mantener bajo resguardo los datos obtenidos con el fin de respetar los derechos de los deportistas. Al respecto, estos resultados se representarían de manera estadística, sin hacer puntualizaciones individuales.

De igual manera se siguió el principio de autonomía, mediante el cual la persona pudo decidir libre y voluntariamente participar en la investigación, teniendo la posibilidad de retirarse de la misma si en algún momento lo consideraba necesario.

Finalmente se contó con un consentimiento informado entregado a cada participante en el cual se detallaban los objetivos del estudio, su justificación, el tiempo de duración de aplicación de los instrumentos y se hizo énfasis en que su participación sería completamente voluntaria y en cualquier momento podría retirarse del estudio. Así mismo, se hizo claridad en la confidencialidad que se tendría con los resultados obtenidos en las pruebas aplicadas.

7. RESULTADOS

En el presente apartado se detallan los resultados obtenidos de la aplicación de las pruebas psicológicas Brief COPE, STAI y CSAI 2R, las cuales fueron administradas a 46 deportistas universitarios de cuatro universidades (Universidad de Antioquia, Universidad Nacional, Politécnico Colombiano Jaime Isaza Cadavid). Además, se pidió a los deportistas diligenciar algunos datos sociodemográficos con el fin de realizar distintas comparaciones de los resultados de las pruebas.

7.1 Resultados sociodemográficos

El análisis de las características sociodemográficas permite tener una visión general de los participantes del presente estudio. Por tanto, se describirán estos datos y se ilustrarán mediante tablas.

Inicialmente, en la tabla 4 se presentan las edades de los deportistas, y en la tabla 5 estas edades se agrupan de tres formas: grupo 1 con edades comprendidas entre los 17 y los 19 años, grupo 2 con edades entre los 20 y los 23 años, y grupo 3 con edades comprendidas entre los 24 y los 28 años.

Se puede apreciar que en el grupo 1 se ubica la mayor cantidad de deportistas (47,8%), seguido por el grupo 2 (32,6%) y en último lugar, con menor frecuencia presentada, el grupo 3 (19,6%). La edad que presenta mayor frecuencia en los deportistas evaluados son los 18 años (19,6%), seguida de los 19 años (17,4%); en último lugar se encuentra la edad de 28 años (2,2%).

Tabla 4. Edad de los deportistas

Edades	Frecuencia	Porcentaje
17	5	10,9
18	9	19,6
19	8	17,4
20	7	15,2
21	6	13,0
22	2	4,3
23	1	2,2
24	5	10,9
25	2	4,3
28	1	2,2
Total	46	100,0

Fuente: elaboración propia

Tabla 5. Edad agrupada

Grupos	Frecuencia	Porcentaje
1	22	47,8
2	15	32,6
3	9	19,6
Total	46	100,0

Fuente: elaboración propia

En la tabla 6 se presentan los datos de los evaluados según su género, en donde se aprecia que un 56,5% de los evaluados son hombres y un 43,5% son mujeres, dando como resultado una muestra homogénea.

Tabla 6. Género

Género	Frecuencia	Porcentaje
Hombres	26	56,5
Mujeres	20	43,5
Total	46	100,0

Fuente: elaboración propia

Las tablas 7 y 8 presentan los estratos socioeconómicos y la forma como fueron agrupados en bajo (estratos 1 y 2) y medio-alto (estratos 3, 4 y 5), respectivamente. Se evidencia que la mayoría de los deportistas se encuentran en el grupo de estratos medio-alto (58,7%), mientras que los demás deportistas se encuentran en el grupo bajo (41,3%). Así mismo, la tabla 7 muestra una mayor prevalencia de deportistas en estrato 3 (41,3%), seguido por deportistas con estrato socioeconómico nivel 2 (34,8%). Los deportistas evaluados en estratos 1 (6,5%) y 5 (4,3%) presentan una menor frecuencia.

Tabla 7. Estrato socioeconómico

Estrato	Frecuencia	Porcentaje
1	3	6,5
2	16	34,8
3	19	41,3
4	6	13,0
5	2	4,3
Total	46	100,0

Fuente: elaboración propia

Tabla 8. Estrato socioeconómico agrupado

Tipo de estrato	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	19	41,3
Medio-alto	27	58,7
Total	46	100,0

Fuente: elaboración propia

Respecto a la cantidad de deportistas participantes de cada universidad, la tabla 9 muestra que la Universidad de Antioquia presenta la mayor cantidad de evaluados (47,8%), seguida del Politécnico Colombiano Jaime Isaza Cadavid (19,6%), la universidad EAFIT (19,6%) y la Universidad Nacional de Colombia (4,3%). Así mismo, en la tabla 10 se evidencia que el 52,2 % de los deportistas evaluados pertenecen a universidades públicas (Universidad de Antioquia y Universidad Nacional), y el 47,8% a universidades privadas (Universidad EAFIT y Politécnico Colombiano Jaime Isaza Cadavid).

Tabla 9. Universidades

Universidad	Frecuencia	Porcentaje
Universidad EAFIT	9	19,6
Politécnico Colombiano Jaime Isaza Cadavid	13	28,3
Universidad de Antioquia	22	47,8
Universidad Nacional de Colombia	2	4,3
Total	46	100,0

Fuente: elaboración propia

Tabla 10. Universidades agrupadas

Tipo de universidad	Frecuencia	Porcentaje
Universidades públicas	24	52,2
Universidades privadas	22	47,8
Total	46	100,0

Fuente: elaboración propia

La tabla 11 presenta los cuatro deportes tomados para la evaluación en el presente estudio (atletismo, baloncesto, fútbol y natación) y la cantidad de deportistas que practican dichos deportes. Se aprecia que natación cuenta con la mayor cantidad de evaluados (32,6%), seguido de fútbol (30,4%), atletismo (21,7%) y baloncesto (15,2%). En la tabla 12 se presentan estas disciplinas agrupadas en deportes individuales (atletismo y

natación) y deportes grupales o de conjunto (fútbol y baloncesto); se encuentra que las disciplinas individuales cuentan con el 54,3% de deportistas participantes en el estudio, mientras que las grupales cuentan con el 45,7% de la muestra.

Tabla 11. Deportes

Deporte	Frecuencia	Porcentaje
Atletismo	10	21,7
Baloncesto	7	15,2
Fútbol	14	30,4
Natación	15	32,6
Total	46	100,0

Fuente: elaboración propia

Tabla 12. Deportes individuales o de conjunto

Modalidad	Frecuencia	Porcentaje
Grupal	21	45,7
Individual	25	54,3
Total	46	100,0

Fuente: elaboración propia

Otra variable que se tuvo en cuenta fue el tiempo estimado (en meses) que llevaban los deportistas entrenando su respectiva disciplina. En la tabla 13 se pueden apreciar los siguientes porcentajes: el 15,2% de los deportistas llevan 48 meses entrenando su deporte; tres grupos de 10,9% de deportistas llevan entrenando 36, 60 y 120 meses, respectivamente; así mismo, otros tres grupos conformados por un 8,7% de deportistas manifestaron llevar 24, 72 y 96 meses, cada grupo; dos grupos conformados por 6,5% de evaluados llevan, respectivamente, con 84 y 108 meses de entrenamiento en su deporte; un 4,3% de evaluados lleva 12 meses entrenando; y cuatros grupos, conformados cada

uno por el 2,2% del total de deportistas participantes, llevan 18, 34, 144 y 204 meses de entrenamiento, respectivamente.

Los meses que cada deportista ha entrenado su deporte se agruparon de tres maneras: 2 años de entrenamiento, de 2 a 5 años de entrenamiento, y de 5 años en adelante entrenando. En la tabla 14 se puede observar que una gran cantidad de deportistas (45,7%) lleva 5 años o más entrenando su disciplina; un 39,1% ha entrenado el deporte, hasta el momento de la evaluación, entre 2 y 5 años; por último, el 15,2% de atletas restante lleva 2 años de entrenamiento.

Tabla 13. Tiempo que llevan los deportistas entrenando su deporte agrupados en meses

Tiempo entrenando el deporte (meses)	Frecuencia	Porcentaje
12	2	4,3
18	1	2,2
24	4	8,7
34	1	2,2
36	5	10,9
48	7	15,2
60	5	10,9
72	4	8,7
84	3	6,5
96	4	8,7
108	3	6,5
120	5	10,9
144	1	2,2
204	1	2,2
Total	46	100,0

Fuente: elaboración propia

Tabla 14. Tiempo que lleva entrenando agrupados en años

Grupos	Frecuencia	Porcentaje
2 a 5 años	18	39,1
2 años	7	15,2
5 años en adelante	21	45,7
Total	46	100,0

Fuente: elaboración propia

Las tablas 15 y 16 describen el número de días que entrenan los deportistas a la semana y, de acuerdo a esto, están en tres grupos: 2 y 3 días (grupo 1), 4 y 5 días (grupo 2), 6 y 7 días (grupo 3). Los datos obtenidos muestran que el grupo 2 contiene la mayor cantidad de deportistas (60,9%), seguido por el grupo 1 (26,1%) y completando la muestra con el grupo 3 (13%). En la tabla 15 se evidencia que el 39,1% de los deportistas entrena 5 días a la semana, seguido por el 23,9% que entrena 3 días, el 21,97% entrena 4 días, el 10,9% entrena 6 días semanalmente y por último se encuentran dos grupos, cada uno del 2,2%, que entrenan 2 y 6 días a la semana, respectivamente.

Tabla 15. Días de entrenamiento a la semana

Días de entrenamiento	Frecuencia	Porcentaje
2	1	2,2
3	11	23,9
4	10	21,7
5	18	39,1
6	5	10,9
7	1	2,2
Total	46	100,0

Fuente: elaboración propia

Tabla 16. Días de entrenamiento a la semana (agrupados)

Grupos	Frecuencia	Porcentaje
1	12	26,1
2	28	60,9
3	6	13,0
Total	46	100,0

Fuente: elaboración propia

Una última variable que se incluyó en el estudio fue la cantidad de tiempo que los deportistas dedican a cada entrenamiento. Estos datos fueron divididos en dos grupos: duración de entrenamiento moderada (2 horas) y duración de entrenamiento prolongada (3 y 4 horas). En las tablas 17 y 18 se puede observar que la gran mayoría de los evaluados (78,3%) tienen una duración de entrenamiento moderada, y el resto (21,7%) manifiesta que sus entrenamientos son de duración prolongada; en este segundo grupo, el 17,4% tiene entrenamientos de 3 horas de duración, mientras que el 4,3% restante dedica 4 horas a sus entrenamientos.

Tabla 17. Horas dedicadas a cada entrenamiento

Horas de entrenamiento	Frecuencia	Porcentaje
2	36	78,3
3	8	17,4
4	2	4,3
Total	46	100,0

Fuente: elaboración propia

Tabla 18. Duración de los entrenamientos

Duración	Frecuencia	Porcentaje
Moderada	36	78,3
Prolongada	10	21,7
Total	46	100,0

Fuente: elaboración propia

7.2 Fiabilidad de los instrumentos

Se calculó la fiabilidad de los tres instrumentos usados mediante el Alfa de Cronbach en el software de análisis estadístico SPSS 21. En la tabla 19 se presentan los coeficientes obtenidos por cada test luego de su aplicación a los evaluados.

Tabla 19. Alfa de Cronbach Instrumentos Psicológicos

Instrumento	Alfa de Cronbach	N de elementos
STAI (ansiedad estado)	,921	20
Brief COPE (Estrategias afrontamiento)	,602	28
CSAI 2R (Ansiedad precompetitiva)	,742	17

Fuente: elaboración propia

Se puede apreciar que el Inventario de Ansiedad Estado Rasgo (STAI) posee un índice de confiabilidad adecuado (0,921), indicando que el test realmente evalúa el constructo teórico al cual hace referencia. No obstante, respecto a la escala de estrategias de afrontamiento (Brief COPE) se evidencia una confiabilidad cuestionable (0.602), por lo cual los resultados deben ser tenidos en cuenta con cuidado. Al realizar el análisis de confiabilidad y excluyendo algunos elementos, el programa estadístico no sugiere ítems que puedan ser omitidos del instrumento para aumentar la fiabilidad, por lo cual se procede a presentar los resultados tal como fueron analizados originalmente.

En cuanto al instrumento de ansiedad precompetitiva (CSAI 2R), en un principio el análisis arrojó un índice de fiabilidad del 0,689, siendo un resultado también bastante cuestionable. Sin embargo, el programa estadístico indicó que, mediante la exclusión del ítem 16, la confiabilidad del instrumento aumentaría a 0,742. Por esta razón se procedió a prescindir de dicho ítem y presentar el análisis con este último índice. En la tabla 20 se

presenta el numeral de cada ítem del instrumento CSAI 2R y, al frente de cada uno, la varianza en el Alfa de Cronbach si se omite alguno de ellos.

Tabla 20. Alfa de Cronbach del CSAI 2R si se elimina alguno de sus ítems

Numeral de los ítems del CSAI 2R	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1	38,07	37,662	,503	,650
2	37,98	36,377	,583	,638
3	37,43	46,918	-,312	,726
4	38,37	36,194	,588	,637
5	38,04	36,976	,475	,650
6	38,57	38,029	,538	,649
7	37,63	47,216	-,326	,730
8	37,98	33,355	,678	,615
9	37,89	37,210	,540	,645
10	37,59	46,692	-,274	,727
11	37,80	35,850	,544	,640
12	38,63	39,083	,412	,662
13	37,78	48,663	-,416	,743
14	38,11	36,855	,432	,655
15	38,63	36,327	,572	,639
16	37,85	48,621	-,418	,742
17	38,61	37,310	,576	,644

Fuente: elaboración propia

7.3 Resultados descriptivos

En la tabla 21 se presenta el análisis descriptivo de los tres instrumentos usados y, al frente de cada uno, las dimensiones evaluadas por cada uno, las puntuaciones mínimas y máximas obtenidas, la media (medida de tendencia central elegida para esta descripción) y su desviación típica.

En las puntuaciones directas del STAI se puede apreciar que la puntuación mínima obtenida por los deportistas es de 1, mientras que la puntuación máxima es de 47; el promedio obtenido fue de 21,80 y su desviación típica de 11,202. Los centiles de esta misma prueba muestran puntuaciones mínimas de 1 y puntuaciones máximas de 99, con un promedio ubicado en 50,46 y una desviación típica de 31,215. Por último, en los decatipos se aprecian puntuaciones mínimas de 1, puntuaciones máximas de 10 y una media de 5,54 con una desviación estándar de 2,188. Las puntuaciones anteriormente descritas muestran que los deportistas presentan, antes de una competencia, una ansiedad estado media-alta, ubicada en el rango normal pero limitando con las puntuaciones de alta ansiedad.

Para el caso del test Brief COPE se puede apreciar que la estrategia de afrontamiento con mayor puntuación media es la aceptación (3,78), seguida del afrontamiento activo (3,67) y en tercer lugar se ubica la reevaluación positiva (3,46). Por el contrario, el uso de sustancias (0,39), la desconexión y la negación (1,02) fueron las estrategias reportadas como menos usadas por los deportistas. Estas puntuaciones demuestran una tendencia hacia el uso de estrategias de afrontamiento centradas en la emoción.

El test CSAI 2R evidencia que, en el caso de la ansiedad cognitiva, las puntuaciones máximas fueron de 20, las mínimas de 5, con un promedio de 12,26 y una desviación estándar de 4,538. Por otro lado, la ansiedad somática presentó puntuaciones máximas de 26, mínimas de 7, con un promedio de 14,28 y una desviación estándar de 4,801. En el caso de la autoconfianza, las puntuaciones máximas fueron de 16, las mínimas de 6, con una media ubicada en 11,30 y una desviación estándar de 2,682. Al totalizar estas

puntuaciones, los puntajes máximos de ansiedad fueron de 53, los puntajes mínimos de 26, el promedio obtenido fue de 37,85 y una desviación estándar de 6,973. Lo anterior describe que los deportistas poseen una ansiedad total precompetitiva ubicada en el rango normal; la ansiedad cognitiva se ubica en un rango normal con tendencia baja, mientras que la ansiedad somática, aunque también se ubique en un rango normal, tiene una tendencia alta.

Tabla 21. Estadísticos descriptivos de las pruebas aplicadas

Instrumentos	Variables evaluadas	Mínimo	Máximo	Media	Desviación típica
STAI	Ansiedad Estado	1	47	21,80	11,202
	Centiles	1	99	50,46	31,215
	Decatipos	1	10	5,54	2,188
Brief COPE	Afrontamiento activo	0	6	3,67	1,415
	Planificación	0	6	3,43	1,409
	Apoyo emocional	0	6	2,30	1,562
	Apoyo social	0	6	2,43	1,500
	Religión	0	5	1,39	1,437
	Reevaluación positiva	0	6	3,46	1,629
	Aceptación	1	6	3,78	1,348
	Negación	0	3	1,02	1,085
	Humor	0	6	3,13	1,973
	Autodistracción	0	6	2,67	1,477
	Autoinculpación	0	6	3,07	1,467
	Desconexión	0	6	1,02	1,358
	Desahogo	0	6	2,15	1,398
	Uso de sustancias	0	6	,39	1,085
	CSAI 2R	Ansiedad cognitiva	5	20	12,26
Ansiedad somática		7	26	14,28	4,801
Autoconfianza		6	16	11,30	2,682
Total Ansiedad		26	53	37,85	6,973

Fuente: elaboración propia

En el siguiente apartado se presentarán las comparaciones de estos resultados según variables sociodemográficas (como la edad, sexo, estrato socioeconómico, tipo de

universidad, modalidad deportiva, tiempo aproximado entrenando el deporte, cantidad de días de entrenamiento a la semana y tiempo dedicado a cada entrenamiento) con el fin de especificar las correlaciones encontradas entre la ansiedad y las estrategias de afrontamiento respecto a cada una de estas variables.

7.3.1 Descriptivos comparativos de la ansiedad y las estrategias de afrontamiento según la edad

A continuación, se presentan las tablas de comparación entre los resultados de los tres instrumentos y las variables sociodemográficas incluidas en el estudio. En las tablas se encuentran datos como las puntuaciones medias, su desviación típica y el nivel de significatividad existente entre las dos variables comparadas (realizado mediante un ANOVA), el cual se tomó como aceptable siempre que su puntuación fuese significativa ($p < 0.05$).

En este apartado se describe la comparación realizada entre los resultados obtenidos de los tres instrumentos utilizados y la edad de los deportistas. Se recuerda que para esta variable se clasificó la edad en 17 a 19 años (grupo 1), 20 a 23 años (grupo 2) y 24 a 28 años (grupo 3).

En la tabla 22 se presentan los resultados de la prueba STAI comparados con la edad de los deportistas. En la puntuación directa de ansiedad, el grupo 3 registra una puntuación media de 23, seguido por el grupo 2 (22,87) y por último el grupo 1 (20,59). En las puntuaciones centiles, se encuentra que el grupo 2 presenta mayores puntuaciones promedio (54,20) que el grupo 3 (51,78) y el grupo 1 (47,36). En los decatipos ocurre lo

mismo, pues el grupo 2 presenta la mayor puntuación media (5,87) seguido por el grupo 3 (5,44) y por último el grupo 1 (5,36). En promedio, los grupos 2 y 3 presentan una ansiedad alta (por encima de 50), esto según los baremos del STAI. Además, las puntuaciones de la tabla 22 refieren que los deportistas con edades comprendidas entre los 20 y los 23 años presentan una ansiedad más alta momentos previos a la competencia deportiva. No se encontraron valores de significatividad aceptables.

Tabla 22. Descriptivos comparativos de la ansiedad respecto a la edad

Variables	Grupo edad	Media	Desviación típica	F	ANOVA Sig.
Ansiedad Estado	17 a 19 años	20,59	11,367	,239	,788
	20 a 23 años	22,87	10,460		
	24 a 28 años	23,00	12,942		
Centil	17 a 19 años	47,36	30,325	,216	,807
	20 a 23 años	54,20	31,387		
	24 a 28 años	51,78	35,895		
Decatipo	17 a 19 años	5,36	2,194	,239	,789
	20 a 23 años	5,87	2,232		
	24 a 28 años	5,44	2,297		

Fuente: elaboración propia

En la tabla 23 se presentan los resultados del Brief COPE comparados con la edad. En el caso del grupo 1, las estrategias en promedio más usadas fueron la aceptación (3,95), la reevaluación positiva (3,68) y el afrontamiento activo (3,55); el grupo 2 registra que las estrategias de afrontamiento que más frecuentemente usan son planificación (3,80), aceptación (3,80) y afrontamiento activo (3,47); por último, se evidencia que el grupo 3 suele usar más a menudo estrategias como el afrontamiento activo (4,33), reevaluación positiva (4) y humor (3,44). Las estrategias menos usadas por los tres grupos fueron: uso de sustancias, negación y desconexión. Según los datos, se puede afirmar que tanto el

grupo 1 como el grupo 3 tienen una tendencia a usar estrategias centradas en la emoción, como son la reevaluación positiva y el humor; por su parte, el grupo 2 tiende a usar estrategias centradas en el problema, como la planificación y el afrontamiento activo.

Tabla 23. Descriptivos comparativos de las estrategias de afrontamiento respecto a la edad

Variables	Grupo edad	Media	Desviación típica	F	ANOVA Sig.
Afrontamiento activo	17 a 19 años	3,55	1,335	1,242	,299
	20 a 23 años	3,47	1,552		
	24 a 28 años	4,33	1,323		
Planificación	17 a 19 años	3,32	1,393	,810	,451
	20 a 23 años	3,80	1,656		
	24 a 28 años	3,11	,928		
Apoyo emocional	17 a 19 años	2,55	1,920	,603	,552
	20 a 23 años	2,20	1,265		
	24 a 28 años	1,89	,928		
Apoyo social	17 a 19 años	2,23	1,445	,847	,436
	20 a 23 años	2,40	1,549		
	24 a 28 años	3,00	1,581		
Religión	17 a 19 años	1,59	1,709	,428	,654
	20 a 23 años	1,27	1,163		
	24 a 28 años	1,11	1,167		
Reevaluación positiva	17 a 19 años	3,68	1,359	2,017	,145
	20 a 23 años	2,80	1,935		
	24 a 28 años	4,00	1,500		
Aceptación	17 a 19 años	3,95	1,397	,670	,517
	20 a 23 años	3,80	1,207		
	24 a 28 años	3,33	1,500		
Negación	17 a 19 años	1,05	1,090	,010	,990
	20 a 23 años	1,00	1,069		
	24 a 28 años	1,00	1,225		
Humor	17 a 19 años	3,41	1,843	1,021	,369
	20 a 23 años	2,53	1,959		
	24 a 28 años	3,44	2,297		
Autodistracción	17 a 19 años	2,82	1,593	,195	,824
	20 a 23 años	2,53	1,356		
	24 a 28 años	2,56	1,509		

Autoinculpación	17 a 19 años	3,23	1,232	1,422	,252
	20 a 23 años	3,27	1,624		
	24 a 28 años	2,33	1,658		
Desconexión	17 a 19 años	1,09	1,630	,317	,730
	20 a 23 años	,80	1,014		
	24 a 28 años	1,22	1,202		
Desahogo	17 a 19 años	2,00	1,380	,842	,438
	20 a 23 años	2,53	1,642		
	24 a 28 años	1,89	,928		
Uso de sustancias	17 a 19 años	,18	,588	3,141	,053
	20 a 23 años	,93	1,668		
	24 a 28 años	0,00	0,000		

Fuente: elaboración propia

Como la estrategia “uso de sustancias” presenta un valor F de 3,141 y una significatividad de ,053, se procedió a realizar un análisis multivariado (MANOVA) entre los grupos de edad y la estrategia en cuestión para verificar si la relación entre ambas variables era aceptable. En la tabla 23.1 se describe el análisis en el cual se evidencia que los valores de significatividad no resultan aceptables, pues ninguno está por debajo de 0.05.

Tabla 23.1 Análisis multivariado entre estrategia “uso de sustancias” y edad

Variab	Grupos a comparar		MANOVA. Sig.
Uso de sustancias	17 a 19 años (,18)	20 a 23 años (,93)	,108
		24 a 28 años (0)	1,000
	20 a 23 años (,93)	24 a 28 años (0)	,115

Fuente: elaboración propia

Los resultados del test CSAI 2R se presentan en la tabla 24; en el marcador de ansiedad cognitiva, el grupo 1 es el que presenta el mayor puntaje promedio (21,41) seguido por el grupo 3 (12,22) y por último el grupo 2 (12,07), lo que quiere decir que el grupo 1 puede sentir una mayor preocupación por su rendimiento momentos previos a la competencia; en cuando a la ansiedad somática, el grupo 3 obtuvo la mayor puntuación media (17,78) seguido por el grupo 2 (13,93) y por último el grupo 1 (13,09), siendo los resultados del

grupo 3 correspondientes a una ansiedad somática alta. Por último, en la variable autoconfianza, el grupo 2 obtuvo mayores puntuaciones medias (11,87), siguiente con el grupo 1 (11,41) y por último el grupo 3 (10,11). Estos resultados permiten afirmar que el grupo 2 puede sentir mayor sensación de confianza respecto al rendimiento en la competencia deportiva, momentos previos a esta. Además, se encuentran valores de significatividad aceptable con el factor “ansiedad somática”.

Tabla 24. Descriptivos comparativos de la ansiedad precompetitiva respecto a la edad

Variables	Grupo edad	Media	Desviación típica	F	ANOVA Sig.
Ansiedad cognitiva	17 a 19 años	12,41	4,090	,025	,976
	20 a 23 años	12,07	5,496		
	24 a 28 años	12,22	4,353		
Ansiedad somática	17 a 19 años	13,09	4,820	3,438	,041
	20 a 23 años	13,93	3,693		
	24 a 28 años	17,78	5,191		
Autoconfianza	17 a 19 años	11,41	2,482	1,251	,296
	20 a 23 años	11,87	3,114		
	24 a 28 años	10,11	2,261		

Fuente: elaboración propia

7.3.2 Descriptivos comparativos de la ansiedad y las estrategias de afrontamiento según el sexo

En la tabla 25 se presentan los resultados obtenidos de la prueba STAI comparados con el género de los participantes. Se encontró que las mujeres deportistas registran en promedio puntuaciones más altas en ansiedad estado (23,20) que los hombres (20,73). Resultados similares se pueden apreciar en las puntuaciones centiles (52,00 para mujeres y 49,27 para hombres) y los decatipos (5,70 en mujeres y 5,42 en hombres). No se encontró un nivel de significatividad aceptable.

Tabla 25. Descriptivos comparativos de la ansiedad estado respecto al género

Variables	Sexo	Media	Desviación típica	F	ANOVA Sig.
Ansiedad Estado	Hombres	20,73	11,065	,544	,465
	Mujeres	23,20	11,510		
	Total	21,80	11,202		
Centil	Hombres	49,27	30,626	,085	,772
	Mujeres	52,00	32,698		
	Total	50,46	31,215		
Decatipo	Hombres	5,42	2,230	,178	,675
	Mujeres	5,70	2,179		
	Total	5,54	2,188		

Fuente: elaboración propia

En la tabla 26 se pueden evidenciar las estrategias de afrontamiento más usadas por cada género. En el caso de las mujeres se encuentra que, en promedio, el afrontamiento activo (4,10), la reevaluación positiva (3,70) y la planificación (3,65) son las estrategias que más usan; por su parte, los hombres registraron optar, en promedio, por la aceptación (4,19), el afrontamiento activo (3,35) y la planificación (3,27). Al analizar ambos grupos por separado, tanto en el caso de los hombres como en el de las mujeres, no existe una tendencia demasiado clara por elegir determinadas estrategias de afrontamiento que estén centradas en la emoción o en el problema. Además, se encuentra que la estrategia “aceptación” tiene un valor F de 3,378 y una significación de ,017, dando como resultado una relación significativa.

Tabla 26. Descriptivos comparativos de las estrategias de afrontamiento respecto al género

Variables	Sexo	Media	Desviación típica	F	ANOVA Sig.
Afrontamiento activo	Hombres	3,35	1,573	3,378	,073
	Mujeres	4,10	1,071		
	Total	3,67	1,415		

Planificación	Hombres	3,27	1,402	,823	,369
	Mujeres	3,65	1,424		
	Total	3,43	1,409		
Apoyo emocional	Hombres	2,08	1,495	1,276	,265
	Mujeres	2,60	1,635		
	Total	2,30	1,562		
Apoyo social	Hombres	2,31	1,569	,424	,519
	Mujeres	2,60	1,429		
	Total	2,43	1,500		
Religión	Hombres	1,12	1,275	2,266	,139
	Mujeres	1,75	1,585		
	Total	1,39	1,437		
Reevaluación positiva	Hombres	3,27	1,779	,787	,380
	Mujeres	3,70	1,418		
	Total	3,46	1,629		
Aceptación	Hombres	4,19	1,201	6,152	,017
	Mujeres	3,25	1,372		
	Total	3,78	1,348		
Negación	Hombres	1,04	1,148	,014	,907
	Mujeres	1,00	1,026		
	Total	1,02	1,085		
Humor	Hombres	3,15	2,073	,008	,928
	Mujeres	3,10	1,889		
	Total	3,13	1,973		
Autodistracción	Hombres	2,46	1,421	1,244	,271
	Mujeres	2,95	1,538		
	Total	2,67	1,477		
Autoinculpación	Hombres	3,19	1,386	,443	,509
	Mujeres	2,90	1,586		
	Total	3,07	1,467		
Desconexión	Hombres	1,08	1,521	,097	,757
	Mujeres	,95	1,146		
	Total	1,02	1,358		
Desahogo	Hombres	2,04	1,311	,390	,535
	Mujeres	2,30	1,525		
	Total	2,15	1,398		
Uso de sustancias	Hombres	,46	1,303	,246	,622
	Mujeres	,30	,733		
	Total	,39	1,085		

Fuente: elaboración propia

En la tabla 27 se observan los resultados obtenidos en el CSAI 2R comparados con el género; se puede apreciar que las mujeres obtienen una puntuación promedio de 13,35 en ansiedad cognitiva, y los hombres obtienen una puntuación media de 11,42. En el factor ansiedad somática, las mujeres también registran un puntaje mayor (15,05) al registrado por los hombres evaluados (13,69). Por último, en el factor autoconfianza, los hombres logran registrar una puntuación media de 11,54, siendo esta mayor que la registrada en el caso de las mujeres (11). Según estos resultados, se evidencia que las deportistas universitarias, en momentos previos a una competencia deportiva, han presentado niveles mayores de ansiedad que el sexo masculino, lo cual es coherente con los puntajes de autoconfianza observados en este mismo sexo, pues resultan ser mayores a los manifestados por el sexo femenino. No se encontró significatividad aceptable.

Tabla 27. Descriptivos comparativos de la ansiedad precompetitiva respecto al género

Variables	Sexo	Media	Desviación típica	F	ANOVA Sig.
Ansiedad cognitiva	Hombres	11,42	4,851	2,087	,156
	Mujeres	13,35	3,951		
	Total	12,26	4,538		
Ansiedad somática	Hombres	13,69	5,214	,902	,347
	Mujeres	15,05	4,211		
	Total	14,28	4,801		
Autoconfianza	Hombres	11,54	2,746	,450	,506
	Mujeres	11,00	2,636		
	Total	11,30	2,682		

Fuente: elaboración propia

7.3.3 Descriptivos comparativos de la ansiedad y las estrategias de afrontamiento

según el estrato socioeconómico

El estrato socioeconómico se clasificó en dos grupos: bajo (grupo 1-estratos 1 y 2), medio-alto (grupo 2-estratos 3, 4 y 5).

En la tabla 28 se presenta la comparación entre el STAI y el estrato socioeconómico. En las puntuaciones directas de ansiedad se encuentra que el grupo 1 de participantes tiene la mayor puntuación media (26,21) seguida por el grupo 2 (18,70). Resultados similares se evidencian en los puntajes centil (grupo 1 con 62,37 y grupo 2 con 42,07) y decatipo (grupo 1 con 6,36 y grupo 2 con 4,96). Los puntajes obtenidos por el grupo 1 corresponden a una ansiedad estado alta, por lo que estos deportistas pueden experimentar sintomatología ansiosa momentos previos a la competencia. Además, se encontró que los valores de F y del análisis de significatividad son aceptables, pues se ubican por debajo de ,05.

Tabla 28. Descriptivos comparativos de la ansiedad estado respecto al estrato

Variables	Estrato grupo	Media	Desviación típica	F	ANOVA. Sig.
Ansiedad Estado	1	26,21	10,438	5,510	,023
	2	18,70	10,844		
	Total	21,80	11,202		
Centil	1	62,37	28,615	5,148	,028
	2	42,07	30,707		
	Total	50,46	31,215		
Decatipo	1	6,37	1,802	5,012	,030
	2	4,96	2,278		
	Total	5,54	2,188		

Fuente: elaboración propia

La tabla 29 muestra las comparaciones realizadas entre las estrategias de afrontamiento y el estrato socioeconómico. Se encuentra que, en promedio, las estrategias más usadas por el grupo 1 son el afrontamiento activo (3,58), la planificación (3,53) y la autoinculpción (3,47). Aunque esta última hace parte de un afrontamiento centrado en la emoción, las dos primeras marcan un mayor uso de estrategias centradas en el problema; por su parte, el grupo 2 registró como más usadas las estrategias aceptación (4,04), afrontamiento activo (3,74) y reevaluación positiva (3,59), siendo estrategias que hacen parte de un afrontamiento más enfocado a la emoción. En cuanto a las menos usadas, ambos grupos se decantaron por estrategias como el uso de sustancias, la desconexión y la negación. Además, debe añadirse que el análisis de significatividad no arrojó resultados aceptables.

Tabla 29. Descriptivos comparativos de las estrategias de afrontamiento respecto al estrato

Variables	Estrato grupo	Media	Desviación típica	F	ANOVA. Sig.
Afrontamiento activo	1	3,58	1,017	,143	,707
	2	3,74	1,655		
	Total	3,67	1,415		
Planificación	1	3,53	1,349	,134	,716
	2	3,37	1,471		
	Total	3,43	1,409		
Apoyo emocional	1	1,95	1,615	1,719	,197
	2	2,56	1,502		
	Total	2,30	1,562		
Apoyo social	1	2,16	,958	1,105	,299
	2	2,63	1,779		
	Total	2,43	1,500		
Religión	1	1,37	1,342	,008	,929
	2	1,41	1,526		
	Total	1,39	1,437		
Reevaluación positiva	1	3,26	1,558	,451	,506

	2	3,59	1,693		
	Total	3,46	1,629		
Aceptación	1	3,42	1,121		
	2	4,04	1,454	2,399	,129
	Total	3,78	1,348		
Negación	1	1,05	1,129		
	2	1,00	1,074	,026	,873
	Total	1,02	1,085		
Humor	1	2,79	1,960		
	2	3,37	1,984	,966	,331
	Total	3,13	1,973		
Autodistracción	1	3,37	1,300		
	2	2,19	1,415	8,328	,006
	Total	2,67	1,477		
Autoinculpación	1	3,47	1,541		
	2	2,78	1,368	2,600	,114
	Total	3,07	1,467		
Desconexión	1	1,05	1,268		
	2	1,00	1,441	,016	,899
	Total	1,02	1,358		
Desahogo	1	2,05	1,079		
	2	2,22	1,601	,161	,690
	Total	2,15	1,398		
Uso de sustancias	1	,32	,749		
	2	,44	1,281	,154	,697
	Total	,39	1,085		

Fuente: elaboración propia

En la tabla 30 se encuentra que, para la variable ansiedad cognitiva, el grupo 1 presenta una puntuación media mayor (13,58) que el grupo 2 (11,33); de la misma forma, en la variable ansiedad somática el grupo 1 registró una mayor puntuación (15,79) que el grupo 2 (13,22), correspondiendo la puntuación del grupo 1 con una ansiedad precompetitiva alta, lo que quiere decir que estos deportistas, en momentos previos a la competencia, pueden experimentar síntomas como sudoración, taquicardia, fatiga, tensión muscular, etc. Por último, la variable autoconfianza es coherente con los datos anteriores, pues el grupo 2 presenta una mayor autoconfianza (11,89) que el grupo 1 (10,47), y esto puede

repercutir en la ansiedad, tanto cognitiva como somática, que pueda experimentarse antes de la competencia. No se encontraron valores aceptables de significatividad.

Tabla 30. Descriptivos comparativos de la ansiedad precompetitiva respecto al estrato

Variables	Estrato grupo	Media	Desviación típica	F	ANOVA. Sig.
Ansiedad cognitiva	1	13,58	4,273	2,842	,099
	2	11,33	4,566		
	Total	12,26	4,538		
Ansiedad somática	1	15,79	5,513	3,355	,074
	2	13,22	4,003		
	Total	14,28	4,801		
Autoconfianza	1	10,47	2,632	3,261	,078
	2	11,89	2,607		
	Total	11,30	2,682		

Fuente: elaboración propia

7.3.4 Descriptivos comparativos de la ansiedad y las estrategias de afrontamiento según el tipo de universidad

Las universidades tomadas en cuenta en este estudio se clasificaron, según el tipo de institución, en dos grupos: universidades públicas (Universidad de Antioquia y Universidad Nacional) y universidades privadas (Politécnico Colombiano Jaime Isaza Cadavid y Universidad EAFIT).

La tabla 31 presenta las comparaciones entre los resultados del STAI y el tipo de universidad. El grupo de universidades públicas tiene una media de ansiedad estado mayor (24,13) que el grupo de universidades privadas (19,27). Resultados similares se evidencian en las puntuaciones centil (públicas con 57,83 y privadas con 42,41) y decatipo (públicas con 6 y privadas con 5,05). Lo anterior permite afirmar que los deportistas pertenecientes a universidades públicas, además de presentar una mayor ansiedad que

los de universidades privadas, presentan una ansiedad alta y podrían presentar sintomatología ansiosa en momentos previos a la competencia como tensión, nerviosismo o cansancio. No se encontraron valores de significatividad aceptables.

Tabla 31. Descriptivos comparativos de la ansiedad estado respecto al tipo de universidad

Variables	Tipo universidad	Media	Desviación típica	F	ANOVA. Sig.
Ansiedad Estado	Privada	19,27	11,683	2,211	,144
	Pública	24,13	10,448		
	Total	21,80	11,202		
Centil	Privada	42,41	31,769	2,922	,094
	Pública	57,83	29,430		
	Total	50,46	31,215		
Decatipo	Privada	5,05	2,236	2,245	,141
	Pública	6,00	2,085		
	Total	5,54	2,188		

Fuente: elaboración propia

En la tabla 32 se describen las comparaciones realizadas entre los resultados del Brief COPE y el tipo de universidad. En el caso de las públicas, se encuentra que los deportistas que pertenecen a este tipo de universidades suelen elegir estrategias como la aceptación (4,04), el afrontamiento activo (3,67) y la reevaluación positiva (3,54), las cuales estarían más centradas en la emoción; de manera muy similar, los deportistas de universidades privadas registran que normalmente escogen estrategias como el afrontamiento activo (3,68), la aceptación (3,50) y la planificación (3,45), siendo la primera y la última estrategias centradas en el problema. Estrategias de afrontamiento como el uso de sustancias (públicas con 0,50 y privadas con 0,27), la negación (públicas con 0,88 y privadas con 1,18) o la desconexión (públicas con 1,08 y privadas con 0,95) fueron las que menos puntajes medios registraron en ambos grupos. No se encontró una significatividad aceptable.

Tabla 32. Descriptivos comparativos de las estrategias de afrontamiento respecto al tipo de universidad

Variables	Tipo universidad	Media	Desviación típica	F	ANOVA. Sig.
Afrontamiento active	Privadas	3,68	1,492	,001	,972
	Públicas	3,67	1,373		
	Total	3,67	1,415		
Planificación	Privadas	3,45	1,438	,008	,929
	Públicas	3,42	1,412		
	Total	3,43	1,409		
Apoyo emocional	Privadas	2,36	1,364	,060	,808
	Públicas	2,25	1,751		
	Total	2,30	1,562		
Apoyo social	Privadas	2,36	1,465	,093	,762
	Públicas	2,50	1,560		
	Total	2,43	1,500		
Religión	Privadas	1,41	1,681	,006	,937
	Públicas	1,38	1,209		
	Total	1,39	1,437		
Reevaluación positiva	Privadas	3,36	1,677	,134	,716
	Públicas	3,54	1,615		
	Total	3,46	1,629		
Aceptación	Privadas	3,50	1,406	1,889	,176
	Públicas	4,04	1,268		
	Total	3,78	1,348		
Negación	Privadas	1,18	1,006	,916	,344
	Públicas	,88	1,154		
	Total	1,02	1,085		
Humor	Privadas	3,00	2,225	,181	,673
	Públicas	3,25	1,751		
	Total	3,13	1,973		
Autodistracción	Privadas	2,91	1,630	1,071	,306
	Públicas	2,46	1,318		
	Total	2,67	1,477		
Autoinculpación	Privadas	3,09	1,444	,013	,911
	Públicas	3,04	1,517		
	Total	3,07	1,467		
Desconexión	Privadas	,95	1,046	,101	,752
	Públicas	1,08	1,613		
	Total	1,02	1,358		

Desahogo	Privadas	2,05	1,133	,242	,625
	Públicas	2,25	1,622		
	Total	2,15	1,398		
Uso de sustancias	Privadas	,27	,703	,498	,484
	Públicas	,50	1,351		
	Total	,39	1,085		

Fuente: elaboración propia

Las comparaciones entre la ansiedad precompetitiva y el tipo de universidad se describen en la tabla 33. Se encuentran puntajes medios similares en ansiedad cognitiva, pues el grupo de universidades públicas puntuó 12,29 y el de universidades privadas 12,23; en el caso de la ansiedad somática, los deportistas de universidades públicas tuvieron un mayor puntaje (14,83) que los pertenecientes a las privadas (13,68). Los puntajes de la escala de autoconfianza van en la misma dirección que los puntajes obtenidos en las dos escalas anteriores, ya que los deportistas de universidades privadas evidencian mayores puntuaciones de confianza (11,45) que los pertenecientes a universidades públicas (11,17). No se encontraron valores de significatividad aceptables en esta prueba.

Tabla 33. Descriptivos comparativos de la ansiedad precompetitiva respecto al tipo de universidad a la que pertenece el deportista

Variables	Tipo universidad	Media	Desviación típica	F	ANOVA. Sig.
Ansiedad cognitiva	Privadas	12,23	4,587	,002	,962
	Públicas	12,29	4,592		
	Total	12,26	4,538		
Ansiedad somática	Privadas	13,68	4,168	,655	,423
	Públicas	14,83	5,346		
	Total	14,28	4,801		
Autoconfianza	Privadas	11,45	2,632	,130	,720
	Públicas	11,17	2,777		
	Total	11,30	2,682		

Fuente: elaboración propia

7.3.5 Descriptivos comparativos de la ansiedad y las estrategias de afrontamiento

según la modalidad del deporte

A continuación, se describen las comparaciones de los tres instrumentos usados respecto a la modalidad deportiva que se practica. Los deportes incluidos en el estudio se clasificaron en dos grupos: individuales (atletismo y natación) y grupales (fútbol y baloncesto).

En la tabla 34 se pueden apreciar las puntuaciones medias obtenidas en el STAI por los deportistas de manera agrupada, según su modalidad deportiva. En las puntuaciones directas de Ansiedad Estado, los deportistas que practican deportes grupales tuvieron mayores puntuaciones (26,33) que los deportistas que practican deportes individuales (18,00). Se registraron resultados similares en las puntuaciones centil (deportes grupales con 62,43 e individuales con 40,30) y decatipo (deportes grupales con 6,38 e individuales con 4,84). Las puntuaciones obtenidas por los deportistas que practican deportes grupales refieren que experimentan una ansiedad alta momentos previos a la competencia deportiva, lo cual se refiere a síntomas como tensión, nerviosismo, falta de confianza, sobreexcitación, etc. Además, se encontraron valores F aceptables con una significatividad por debajo de ,05, lo cual permite afirmar que existe una diferencia de medias aceptable entre los grupos.

Tabla 34. Descriptivos comparativos de la ansiedad precompetitiva respecto a la modalidad deportiva

Variable	Modalidad del deporte	Media	Desviación típica	F	ANOVA. Sig.
Ansiedad Estado	Grupal	26,33	10,763	7,183	,010
	Individual	18,00	10,283		
	Total	21,80	11,202		
Centil	Grupal	62,43	27,885	6,361	,015
	Individual	40,40	30,794		
	Total	50,46	31,215		
Decatipo	Grupal	6,38	1,910	6,332	,016
	Individual	4,84	2,192		
	Total	5,54	2,188		

Fuente: elaboración propia

Los resultados de la tabla 35 presentan las comparaciones realizadas entre los resultados del Brief COPE y las modalidades deportivas. Se encuentra que los practicantes de deportes grupales optan principalmente por estrategias como la aceptación (4,29), el afrontamiento activo (4,14) y la planificación (4,14), estrategias que estarían centradas en el problema; los deportistas de deportes individuales suelen usar principalmente la reevaluación positiva (3,40), la aceptación (3,36) y el humor (3,36), mostrando una tendencia a usar estrategias centradas en la emoción. Además, se encontró una significatividad de F menor a ,05 en las estrategias afrontamiento activo, planificación y aceptación, existiendo una relación significativa entre las variables.

Tabla 35. Descriptivos comparativos de las estrategias de afrontamiento respecto a la modalidad deportiva

Variable	Modalidad del deporte	Media	Desviación típica	F	ANOVA. Sig.
Afrontamiento active	Grupal	4,14	1,236	4,581	,038
	Individual	3,28	1,458		
	Total	3,67	1,415		

Planificación	Grupal	3,90	1,338	4,649	,037
	Individual	3,04	1,369		
	Total	3,43	1,409		
Apoyo emocional	Grupal	2,52	1,662	,759	,388
	Individual	2,12	1,481		
	Total	2,30	1,562		
Apoyo social	Grupal	2,67	1,278	,921	,342
	Individual	2,24	1,665		
	Total	2,43	1,500		
Religión	Grupal	1,76	1,609	2,664	,110
	Individual	1,08	1,222		
	Total	1,39	1,437		
Reevaluación positiva	Grupal	3,52	1,861	,065	,801
	Individual	3,40	1,443		
	Total	3,46	1,629		
Aceptación	Grupal	4,29	1,271	5,973	,019
	Individual	3,36	1,287		
	Total	3,78	1,348		
Negación	Grupal	,86	1,108	,887	,351
	Individual	1,16	1,068		
	Total	1,02	1,085		
Humor	Grupal	2,86	2,032	,737	,395
	Individual	3,36	1,934		
	Total	3,13	1,973		
Autodistracción	Grupal	2,71	1,347	,028	,867
	Individual	2,64	1,604		
	Total	2,67	1,477		
Autoinculpación	Grupal	3,38	1,687	1,823	,184
	Individual	2,80	1,225		
	Total	3,07	1,467		
Desconexión	Grupal	1,05	1,596	,014	,907
	Individual	1,00	1,155		
	Total	1,02	1,358		
Desahogo	Grupal	2,24	1,480	,143	,707
	Individual	2,08	1,352		
	Total	2,15	1,398		
Uso de sustancias	Grupal	,48	1,401	,233	,632
	Individual	,32	,748		
	Total	,39	1,085		

Fuente: elaboración propia

La tabla 36 describe las comparaciones de la ansiedad precompetitiva respecto a la modalidad deportiva. Se encuentra que los practicantes de deportes de conjunto obtienen puntajes medios más altos (12,95) que los de deportes individuales (11,68) en ansiedad cognitiva; de la misma forma, en ansiedad somática existen mayores puntuaciones por parte de los deportistas de disciplinas grupales (15,48) que los practicantes de deportes individuales (13,28), lo cual permite afirmar que los participantes de deportes grupales pueden experimentar síntomas de ansiedad fisiológica alta, que incluya taquicardia, sensación de fatiga, sensación de opresión, entre otros. La escala autoconfianza va en la misma línea de lo anterior, pues los deportes grupales tienen puntajes menores (10,24) a los registrados por los deportistas de disciplinas individuales (12,20). Además, para la escala de autoconfianza se encontró una significatividad de F equivalente a ,012, lo cual se considera un valor aceptable en cuando al grado de relación de las variables.

Tabla 36. Descriptivos comparativos de la ansiedad precompetitiva respecto a la modalidad deportiva

Variable	Modalidad del deporte	Media	Desviación típica	F	ANOVA. Sig.
Ansiedad cognitiva	Grupal	12,95	4,236	,895	,349
	Individual	11,68	4,785		
	Total	12,26	4,538		
Ansiedad somática	Grupal	15,48	4,864	2,466	,124
	Individual	13,28	4,605		
	Total	14,28	4,801		
Autoconfianza	Grupal	10,24	2,663	6,908	,012
	Individual	12,20	2,398		
	Total	11,30	2,682		

Fuente: elaboración propia

7.3.6 Descriptivos comparativos de la ansiedad y las estrategias de afrontamiento

según el tiempo aproximado entrenando el deporte

Las siguientes tablas describen las comparaciones de los tres instrumentos respecto al tiempo aproximado que llevan los deportistas entrenando su disciplina. Estos tiempos fueron clasificados de tres maneras: 2 años (grupo 1), 2 a 5 años (grupo 2) y 5 años en adelante (grupo 3).

Las comparaciones realizadas con la prueba STAI se describen en la tabla 37. Se puede apreciar que en las puntuaciones directas de Ansiedad Estado los deportistas ubicados en el grupo 3 registran puntuaciones más altas (25,62) que el grupo 2 (18,61) y el grupo 1 (18,57); así mismo, se evidencia que el grupo 3 presentó en promedio puntuaciones centiles de 61,00, seguido por el grupo 1 con 45,29 y finalmente el grupo 2, con 40,17, lo cual quiere decir que el grupo 3 presenta una ansiedad estado alta antes de participar de la competición deportiva. En el decatipo, el grupo 3 registró una media de 6,29, seguido del grupo 1 (5,14) y por último el grupo 2 (4,83). No se encuentra una significatividad aceptable entre las variables.

Tabla 37. Descriptivos comparativos de la ansiedad estado respecto al tiempo aproximado que llevan los deportistas practicando el deporte

Variables	Tiempo aproximado en el deporte	Media	Desviación típica	F	ANOVA. Sig.
Ansiedad Estado	1	18,57	10,845	2,377	,105
	2	18,61	11,178		
	3	25,62	10,618		
Centil	1	45,29	30,934	2,415	,101
	2	40,17	32,070		
	3	61,00	28,455		

	1	5,14	2,410		
Decatipo	2	4,83	2,203	2,417	,101
	3	6,29	1,953		

Fuente: elaboración propia

En la tabla 38 se muestran las comparaciones de los resultados del Brief COPE respecto al tiempo aproximado que llevan los deportistas entrenando su disciplina. Se encuentra que el grupo 1 tiene principal preferencia por el uso de estrategias como la aceptación (4,14), el afrontamiento activo (4,00) y el humor (3,57), grupo que posiblemente se enfoque en paliar las emociones mediante estas estrategias; el grupo 2 registró una media mayor en estrategias como afrontamiento activo (3,94), aceptación (3,78) y reevaluación positiva (3,56), estrategias centradas en la emoción; por último, el grupo 3 manifestó usar, en mayor medida, las estrategias aceptación (3,67), planificación (3,62) y reevaluación positiva (3,48), y al igual que los grupos anteriores, son estrategias mayormente centradas en la emoción. La estrategia de afrontamiento “negación”, luego del análisis de significatividad, arrojó valores aceptables.

Tabla 38. Descriptivos comparativos de las estrategias de afrontamiento respecto al tiempo aproximado que llevan los deportistas practicando el deporte

Variables	Tiempo aproximado en el deporte	Media	Desviación típica	F	ANOVA. Sig.
Afrontamiento active	1	4,00	1,291	1,130	,333
	2	3,94	1,211		
	3	3,33	1,592		
Planificación	1	3,00	1,633	,511	,603
	2	3,39	1,461		
	3	3,62	1,322		
Apoyo emocional	1	2,43	1,272	,113	,894
	2	2,17	1,855		
	3	2,38	1,431		
Apoyo social	1	1,57	1,512	1,438	,249

	2	2,67	1,749		
	3	2,52	1,209		
Religión	1	,86	,900		
	2	1,00	1,188	2,676	,080
	3	1,90	1,640		
Reevaluación positiva	1	3,14	2,340		
	2	3,56	1,338	,158	,854
	3	3,48	1,662		
Aceptación	1	4,14	1,215		
	2	3,78	1,478	,318	,730
	3	3,67	1,317		
Negación	1	1,14	1,345		
	2	,50	,786	4,096	,024
	3	1,43	1,076		
Humor	1	3,57	2,370		
	2	3,28	1,674	,415	,663
	3	2,86	2,128		
Autodistracción	1	2,29	1,380		
	2	2,67	1,283	,321	,727
	3	2,81	1,692		
Autoinculpación	1	3,14	1,773		
	2	3,00	1,328	,031	,970
	3	3,10	1,546		
Desconexión	1	,71	,951		
	2	,72	1,320	1,375	,264
	3	1,38	1,465		
Desahogo	1	2,14	2,116		
	2	2,11	1,568	,015	,985
	3	2,19	,981		
Uso de sustancias	1	1,14	2,268		
	2	,33	,767	2,173	,126
	3	,19	,602		

Fuente: elaboración propia

La tabla 39 presenta las comparaciones de los resultados obtenidos en el CSAI 2R respecto al tiempo que llevan los deportistas entrenando su disciplina. Se encuentra que, en la escala de ansiedad cognitiva, el grupo 3 registra el mayor promedio (13,33) seguido por el grupo 2 (11,39) y finalmente el grupo 1 (11,29); en la escala de ansiedad somática, el grupo 3 registra una media de 15,71, seguido por el grupo 1 (14,57) y por último el

grupo 2 (12,50). Los grupos 1 y 3 registran puntuaciones medias que se pueden considerar como alta ansiedad. En la escala autoconfianza se encuentra coherencia con las puntuaciones anteriores, pues el grupo 3 es quien obtuvo un menor puntaje (10,57) seguido del grupo 1 (11,86) y con mayor puntuación, el grupo 2 (11,94). El análisis de significatividad no arrojó resultados aceptables.

Tabla 39. Descriptivos comparativos de la ansiedad precompetitiva respecto al tiempo aproximado que llevan los deportistas practicando el deporte

Variables	Tiempo aproximado en el deporte	Media	Desviación típica	F	ANOVA. Sig.
Ansiedad cognitiva	1	11,29	5,992	1,084	,347
	2	11,39	4,591		
	3	13,33	3,929		
Ansiedad somática	1	14,57	5,028	2,315	,111
	2	12,50	4,902		
	3	15,71	4,338		
Autoconfianza	1	11,86	3,237	1,476	,240
	2	11,94	2,900		
	3	10,57	2,204		

Fuente: elaboración propia

7.3.7 Descriptivos comparativos de la ansiedad y las estrategias de afrontamiento según la cantidad de días de entrenamiento semanales

Las siguientes tablas describen las comparaciones de los tres instrumentos respecto a los días de entrenamiento a la semana que tienen los deportistas. La cantidad de días de entrenamiento se clasificó de la siguiente manera: 2 y 3 días (grupo 1), 4 y 5 días (grupo 2) y 6 y 7 días (grupo 3).

La tabla 40 describe los resultados obtenidos por el STAI y las comparaciones realizadas. Inicialmente se puede apreciar que en las puntuaciones directas de Ansiedad

Estado el grupo 1 obtuvo los mayores promedios (24,08) seguido por el grupo 2 (21,43) y finalmente el grupo 3. La misma tendencia se observa en las puntuaciones centiles donde el grupo 1 obtuvo una media de 52,83, seguido por el grupo 2 con 50,50 y finalmente, el grupo 3, con 45,50. En los decatipos, el grupo 1 se ubica con un puntaje medio de 5,75, seguido por el grupo 2 con 5,61 y por último el grupo 3 con una media de 4,83. Si bien los puntajes del grupo 2 se ubican ligeramente por encima del rango de normalidad, el grupo 1 presenta puntajes que corresponden con alta ansiedad. No se encontró una significatividad de F por debajo de ,05 o aceptable.

Tabla 40. Descriptivos comparativos de la ansiedad estado respecto a los días de entrenamiento semanales

Variables	Días que entrena a la semana	Media	Desviación típica	F	ANOVA. Sig.
Ansiedad Estado	1 (2-3 días)	24,08	13,574	,441	,646
	2 (4-5 días)	21,43	10,207		
	3 (6-7 días)	19,00	11,781		
Centil	1 (2-3 días)	52,83	34,430	,106	,900
	2 (4-5 días)	50,50	30,766		
	3 (6-7 días)	45,50	31,735		
Decatipo	1 (2-3 días)	5,75	2,491	,371	,692
	2 (4-5 días)	5,61	2,079		
	3 (6-7 días)	4,83	2,317		

Fuente: elaboración propia

En la tabla 41 se presentan los descriptivos comparativos del Brief COPE respecto a los días de entrenamiento semanales de los deportistas. Según estos resultados, el grupo 1 suele escoger frecuentemente las estrategias reevaluación positiva (4,33), aceptación (4,25) y planificación (3,83), que si bien no demuestra una tendencia predominante a cierto tipo de estrategias, podría atribuirse una preferencia por un estilo centrado en paliar la emoción; el grupo 2 suele usar estrategias como la aceptación (3,79), el

afrontamiento activo (3,71) y la planificación (3,32), estrategias que están centradas en el problema; y el grupo 3 registró como estrategias más usadas el afrontamiento activo (3,67), la planificación (3,17) y la aceptación (2,83), siendo este un estilo centrado en el problema.

Tabla 41. Descriptivos comparativos de las estrategias de afrontamiento respecto a los días de entrenamiento semanales

Variables	Días que entrena a la semana	Media	Desviación típica	F	ANOVA. Sig.
Afrontamiento activo	1 (2-3 días)	3,58	1,505	,035	,966
	2 (4-5 días)	3,71	1,410		
	3 (6-7 días)	3,67	1,506		
Planificación	1 (2-3 días)	3,83	1,193	,670	,517
	2 (4-5 días)	3,32	1,362		
	3 (6-7 días)	3,17	2,041		
Apoyo emocional	1 (2-3 días)	2,33	1,923	,127	,881
	2 (4-5 días)	2,36	1,521		
	3 (6-7 días)	2,00	1,095		
Apoyo social	1 (2-3 días)	2,75	1,485	,516	,600
	2 (4-5 días)	2,39	1,397		
	3 (6-7 días)	2,00	2,098		
Religión	1 (2-3 días)	1,33	1,670	,592	,557
	2 (4-5 días)	1,54	1,427		
	3 (6-7 días)	,83	,983		
Reevaluación positiva	1 (2-3 días)	4,33	1,826	3,215	,050
	2 (4-5 días)	3,29	1,536		
	3 (6-7 días)	2,50	,837		
Aceptación	1 (2-3 días)	4,25	1,138	2,339	,109
	2 (4-5 días)	3,79	1,397		
	3 (6-7 días)	2,83	1,169		
Negación	1 (2-3 días)	,67	,985	2,480	,096
	2 (4-5 días)	1,00	1,018		
	3 (6-7 días)	1,83	1,329		
Humor	1 (2-3 días)	3,50	2,316	,932	,402
	2 (4-5 días)	3,18	1,722		
	3 (6-7 días)	2,17	2,401		
Autodistracción	1 (2-3 días)	2,67	1,435	,000	1,000
	2 (4-5 días)	2,68	1,541		

	3 (6-7 días)	2,67	1,506		
Autoinculpación	1 (2-3 días)	2,75	1,658		
	2 (4-5 días)	3,29	1,384	,808	,452
	3 (6-7 días)	2,67	1,506		
Desconexión	1 (2-3 días)	1,08	1,881		
	2 (4-5 días)	1,00	1,186	,016	,984
	3 (6-7 días)	1,00	1,095		
Desahogo	1 (2-3 días)	2,17	1,467		
	2 (4-5 días)	2,14	1,353	,002	,998
	3 (6-7 días)	2,17	1,722		
Uso de sustancias	1 (2-3 días)	,17	,577		
	2 (4-5 días)	,50	1,291	,395	,676
	3 (6-7 días)	,33	,816		

Fuente: elaboración propia

Según el análisis realizado, la estrategia “reevaluación positiva” tiene una significatividad aceptable con un valor exacto del ,05. Sin embargo, al realizar un análisis multivariado MANOVA (expuesto en la tabla 41.1), se pudo corroborar que los valores están por encima de este puntaje, resultando así en que las variables no están lo suficientemente asociadas.

Tabla 41.1 Análisis multivariado de la estrategia “reevaluación positiva”

Variable	Grupos a comparar		MANOVA. Sig.
Reevaluación positiva	1 (4,33)	2 (3,29)	,172
		3 (2,50)	,069
	2 (3,29)	3 (2,50)	,802

Fuente: elaboración propia

La tabla 42 describe las comparaciones realizadas de los resultados obtenidos por el CSAI 2R respecto a los días de entrenamiento semanales de los deportistas. Según estos datos, el grupo 2 obtuvo la mayor puntuación media en ansiedad cognitiva (13,07) seguido por el grupo 3 (12,00) y por último el grupo 1 (10,50); en la escala de ansiedad somática, el grupo 1 registró los mayores puntajes (15,17) precedido por las puntuaciones

del grupo 3 (14,00) y finalmente el grupo 2 (13,96). Los datos registrados por el grupo 1 corresponden a una ansiedad somática alta, experimentando así síntomas fisiológicos como la agitación, taquicardia, sudoración, sobreexcitación, fatiga, etc; por otro lado, el grupo 3 registró la mayor puntuación media en la escala autoconfianza (12,17), seguido por el grupo 1 (11,58) y finalmente, y con menor puntaje, el grupo 2 (11,00). No se encontraron valores aceptables de significatividad tras realizar el análisis.

Tabla 42. Descriptivos comparativos de la ansiedad precompetitiva respecto a los días de entrenamiento semanales

Variables	Días que entrena a la semana	Media	Desviación típica	F	ANOVA. Sig.
Ansiedad cognitiva	1 (2-3 días)	10,50	4,338	1,383	,262
	2 (4-5 días)	13,07	4,320		
	3 (6-7 días)	12,00	5,657		
Ansiedad somática	1 (2-3 días)	15,17	4,407	,266	,767
	2 (4-5 días)	13,96	4,819		
	3 (6-7 días)	14,00	6,066		
Autoconfianza	1 (2-3 días)	11,58	3,260	,544	,584
	2 (4-5 días)	11,00	2,539		
	3 (6-7 días)	12,17	2,229		

Fuente: elaboración propia

7.3.8 Descriptivos comparativos de la ansiedad y las estrategias de afrontamiento según el tiempo dedicado a cada entrenamiento

En este último apartado se presentan las tablas con los datos descriptivos comparativos de los resultados obtenidos por los tres instrumentos respecto al tiempo que dedican los deportistas a cada entrenamiento. Para ello, estos tiempos se dividieron en dos grupos: moderado (2 horas) y prolongado (3 a 4 horas).

La tabla 43 presenta los datos descriptivos comparativos obtenidos del STAI respecto al tiempo dedicado a cada entrenamiento. Se puede evidenciar que en ansiedad estado ambos grupos obtuvieron puntuaciones medias similares. Aquellos deportistas con una duración de entrenamiento moderada puntuaron 21,81, mientras que los deportistas con entrenamientos prolongados puntuaron 21,80. En las puntuaciones centiles, los deportistas de entrenamientos prolongados registraron mayor ansiedad (53,80) que los que tienen entrenamientos moderados (49,53). El puntaje del grupo con entrenamientos moderados corresponde a una ansiedad estado alta; por último, el decatipo de ambos grupos se corresponde con las puntuaciones centiles, pues el grupo de entrenamientos moderados tiene una media de 5,53, y el grupo de entrenamientos prolongados puntúa 5,60. La significatividad de F no resultó aceptable en este caso.

Tabla 43. Descriptivos comparativos de la ansiedad estado respecto al tiempo dedicado a cada entrenamiento

Variables	Tiempo de entrenamiento	Media	Desviación típica	F	ANOVA. Sig.
Ansiedad Estado	Moderado	21,81	11,509	,000	,999
	Prolongado	21,80	10,602		
	Total	21,80	11,202		
Centil	Moderado	49,53	31,280	,144	,706
	Prolongado	53,80	32,420		
	Total	50,46	31,215		
Decatipo	Moderado	5,53	2,210	,008	,928
	Prolongado	5,60	2,221		
	Total	5,54	2,188		

Fuente: elaboración propia

En la tabla 44 se pueden apreciar los resultados descriptivos comparativos de las estrategias de afrontamiento respecto al tiempo dedicado a cada entrenamiento. Las estrategias de afrontamiento más usadas por el grupo de deportistas con entrenamientos

de duración moderada fueron la aceptación (3,86), el afrontamiento activo (3,81) y la planificación (3,69), siendo esta una posible tendencia a usar estrategias centradas en el problema; por su parte, los deportistas con entrenamientos moderados optaron por usar estrategias como el humor (3,80), aceptación (3,50) y el afrontamiento activo (3,20), las cuales son estrategias centradas en la emoción. Como se ha visto en comparaciones anteriores, las estrategias menos usadas son el uso de sustancias, la desconexión y la negación. Luego de realizar el análisis con el ANOVA, se pudo evidenciar que la estrategia de afrontamiento “planificación” tiene valores aceptables de significación por debajo de ,05. Indicando que las variables están relacionadas.

Tabla 44. Descriptivos comparativos de las estrategias de afrontamiento respecto al tiempo dedicado a cada entrenamiento

Variables	Tiempo de entrenamiento	Media	Desviación típica	F	ANOVA. Sig.
Afrontamiento activo	Moderado	3,81	1,489	1,447	,235
	Prolongado	3,20	1,033		
	Total	3,67	1,415		
Planificación	Moderado	3,69	1,283	6,287	,016
	Prolongado	2,50	1,509		
	Total	3,43	1,409		
Apoyo emocional	Moderado	2,44	1,594	1,343	,253
	Prolongado	1,80	1,398		
	Total	2,30	1,562		
Apoyo social	Moderado	2,56	1,576	1,075	,306
	Prolongado	2,00	1,155		
	Total	2,43	1,500		
Religión	Moderado	1,47	1,444	,519	,475
	Prolongado	1,10	1,449		
	Total	1,39	1,437		
Reevaluación positiva	Moderado	3,56	1,611	,607	,440
	Prolongado	3,10	1,729		
	Total	3,46	1,629		
Aceptación	Moderado	3,86	1,334	,556	,460

	Prolongado	3,50	1,434		
	Total	3,78	1,348		
Negación	Moderado	1,00	1,121		
	Prolongado	1,10	,994	,065	,800
	Total	1,02	1,085		
Humor	Moderado	2,94	1,985		
	Prolongado	3,80	1,874	1,487	,229
	Total	3,13	1,973		
Autodistracción	Moderado	2,72	1,542		
	Prolongado	2,50	1,269	,174	,679
	Total	2,67	1,477		
Autoinculpación	Moderado	3,14	1,477		
	Prolongado	2,80	1,476	,412	,524
	Total	3,07	1,467		
Desconexión	Moderado	1,00	1,454		
	Prolongado	1,10	,994	,042	,839
	Total	1,02	1,358		
Desahogo	Moderado	2,14	1,313		
	Prolongado	2,20	1,751	,015	,904
	Total	2,15	1,398		
Uso de sustancias	Moderado	,28	,701		
	Prolongado	,80	1,932	1,848	,181
	Total	,39	1,085		

Fuente: elaboración propia

Por último, se presenta la tabla 45 con los resultados descriptivos comparativos del CSAI 2R respecto al tiempo que dedican los deportistas a sus entrenamientos. Inicialmente se puede apreciar que el grupo de atletas con tiempos de entrenamiento moderado tiene una puntuación mayor (12,86) que el grupo con tiempos de entrenamiento prolongado (10,10); de igual manera, el grupo de entrenamiento prolongado tiene puntuaciones medias menores (12,80) que los deportistas con tiempos de entrenamiento moderados (14,69), siendo este un puntaje de ansiedad somática alta, lo que quiere decir que los deportistas con entrenamientos de duración moderada experimentan, previo a la competencia, síntomas fisiológicos como taquicardia, tensión, fatiga o sudoración. Las

puntuaciones obtenidas en autoconfianza por el grupo de tiempos de entrenamiento moderado (11,08) y prolongado (12,10) son coherentes con las medias anteriores. No se encontraron valores de significatividad aceptables luego de realizar el análisis.

Tabla 45. Descriptivos comparativos de la ansiedad precompetitiva respecto al tiempo dedicado a cada entrenamiento

Variables	Tiempo de entrenamiento	Media	Desviación típica	F	ANOVA. Sig.
Ansiedad cognitiva	Moderado	12,86	4,697	3,027	,089
	Prolongado	10,10	3,247		
	Total	12,26	4,538		
Ansiedad somática	Moderado	14,69	4,956	1,225	,274
	Prolongado	12,80	4,077		
	Total	14,28	4,801		
Autoconfianza	Moderado	11,08	2,698	1,128	,294
	Prolongado	12,10	2,601		
	Total	11,30	2,682		

Fuente: elaboración propia

7.4 Correlaciones entre la ansiedad y las estrategias de afrontamiento

En la tabla 46 se describen las correlaciones encontradas entre la ansiedad y las estrategias de afrontamiento presentes en los deportistas universitarios momentos antes de estar en una competición, esto con base en los resultados de los instrumentos aplicados. Se presentan solo las correlaciones que tuvieron una significatividad aceptable ($p= 0.05$).

En total se encontraron siete correlaciones con niveles de significatividad aceptables ($p= ,05$) las cuales se encuentran sombreadas en la tabla anterior.

En primer lugar se encuentra que el factor “ansiedad estado” (puntuación decatipo) del STAI posee una correlación negativa con la estrategia “afrontamiento activo”. Esto puede

describirse de dos maneras: en la primera, la ansiedad que presenta el deportista momentos antes de la competencia es alta, dificultándole realizar un afrontamiento activo a la situación estresante, por lo cual puede optar por otro tipo de estrategias que disminuyan los síntomas de ansiedad estado; la segunda descripción consiste en que, por el contrario, el deportista opte por un afrontamiento activo apenas perciba los síntomas de la ansiedad estado, dando como resultado una disminución de los mismos; se evidencia también que este mismo factor presenta una correlación positiva con la estrategia de afrontamiento “autoinculpación”: el deportista puede presentar niveles de ansiedad altos, ante lo cual podría afrontar la situación mediante la autoinculpación, recurriendo a la autocrítica y encontrándose responsable de su situación; de igual manera, se encuentra una correlación positiva de este mismo factor con la estrategia de afrontamiento “desconexión”, queriendo decir que si el deportista experimenta niveles altos de ansiedad, podría distanciarse o renunciar a afrontar la situación.

El factor “ansiedad cognitiva” del CSAI 2R presenta una correlación negativa con la estrategia de afrontamiento “reevaluación positiva”. Esto puede describirse de dos maneras: el deportista puede presentar un alto nivel de síntomas de ansiedad cognitiva (como preocupación, distracción, desconfianza) que podría impedir que este re-evaluara la situación estresante y pensara en distintos métodos para disminuirla; una segunda manera de describir esta correlación sería, por el contrario, la decantación del deportista por una reevaluación positiva de la situación que le permita lidiar adecuadamente con pensamientos o percepciones negativas respecto a la competencia (ansiedad cognitiva); este mismo factor posee una correlación positiva con la estrategia de afrontamiento

“autoinculpación”, lo cual es coherente con la correlación anterior entre ansiedad estado y la misma estrategia de afrontamiento, pues ante dichos pensamientos, percepciones y la formación de imágenes negativas respecto a la competición en la que participará, puede generarse la autocrítica respecto al rendimiento propio; de la misma forma, se presenta una correlación positiva entre la ansiedad cognitiva y la estrategia de afrontamiento “desconexión”. El deportista, al percibir de manera negativa la competición en la cual estará y experimentar cierto nivel de desconfianza, podría optar por aislarse o evitar tener contacto con el problema, resultando así en un estilo de afrontamiento centrado en la evitación.

Por último, el factor “autoconfianza” del CSAI 2R posee una correlación negativa con la estrategia de afrontamiento “autoinculpación”. Momentos antes de la competencia, el deportista podría experimentar niveles de confianza adecuados que le permitan pensar que tendrá un buen desempeño, sin necesidad de pensar en la autocrítica. Sin embargo, podría darse que el deportista sienta desconfianza respecto a su rendimiento por diversos factores (falta de preparación, alguna situación en específico, la percepción que tiene de los contrincantes), ante lo cual podría recurrir a la autoinculpación y la autocrítica para hacer frente a la falta de confianza.

Tabla 46. Correlaciones significativas entre ansiedad y estrategias de afrontamiento

Correlación variables		Afrontamiento activo	Reevaluación positiva	Autoinculpación	Desconexión
Ansiedad Estado (decatipo)	Correlación de Pearson	-,358*	-,252	,411**	,295*
	Sig. (bilateral)	,015	,091	,005	,046
Ansiedad cognitive	Correlación de Pearson	-,166	-,365*	,405**	,302*
	Sig. (bilateral)	,269	,013	,005	,041
Autoconfianza	Correlación de Pearson	,232	,084	-,338*	-,258
	Sig. (bilateral)	,121	,577	,021	,083

Fuente: elaboración propia

8. DISCUSION

El presente estudio tuvo como propósito identificar la ansiedad presente en deportistas universitarios de alto rendimiento y las estrategias de afrontamiento que usan para lidiar con estos síntomas momentos previos a una competencia deportiva. También se pretendió comparar la ansiedad y las estrategias de afrontamiento de esta población con diferentes datos sociodemográficos como su edad, género, estrato socioeconómico, etc. Además, se examinó el tipo de correlación existente entre las características de la ansiedad y las estrategias de afrontamiento que se utilizan durante situaciones estresantes. No se encontraron estudios similares en la ciudad de Medellín con los cuales realizar paralelos. A continuación se discuten los resultados de la investigación.

La puntuación centil promedio de los deportistas en la escala de ansiedad estado fue de 50,46, resultado que, si bien no corresponde con una ansiedad elevada, se ubica en un rango limítrofe con tendencia alta. Este resultado es coherente con el obtenido en el test de ansiedad precompetitiva CSAI 2R, en el cual los participantes obtuvieron una media de 12,26 en el factor "Ansiedad Cognitiva" y 14,28 en "Ansiedad Somática". Algunos autores (Gould y Krane, 1992; Yerkes y Dodson, 1908) asumen que es normal cierto nivel de activación fisiológica o "arousal" momentos previos a la competencia, pues el organismo se prepara para afrontar un evento en el cual se necesitará hacer uso de una cantidad de recursos determinada; no obstante, el nivel de ansiedad podría por hechos aislados a la competencia que pueda estar viviendo el deportista. Respecto a la ansiedad cognitiva, se puede describir como una puntuación ubicada dentro de la normalidad y que va de la mano del puntaje medio obtenido en el factor "autoconfianza". De hecho, las

puntuaciones de ansiedad cognitiva son coherentes con las estrategias de afrontamiento que los deportistas manifestaron usar en momentos previos a la competencia, pues los pensamientos o percepciones negativas que puedan tener respecto a un evento estresante son afrontados con estrategias centradas en el problema o en la emoción, más no en la evitación. Por ello, estas estrategias cumplen un papel fundamental en la cantidad de ansiedad que el deportista pueda manifestar y, probablemente, en el rendimiento deportivo.

Un estudio realizado por Jaenes (2011) con triatletas de nivel popular cuyo propósito fue identificar la ansiedad cognitiva, somática y la autoconfianza precompetitiva presenta que los resultados obtenidos por los deportistas corresponden con una ansiedad baja y una autoconfianza alta, esto explicado por el hecho de que, al no ser competidores de alto rendimiento, no están sometidos a una presión externa o no necesitan lograr determinadas marcas. Este resultado también se presenta en el estudio realizado por Ruiz (2016) realizado con corredores de larga distancia de nivel popular, en el cual se buscó identificar la ansiedad presente antes de la competición, concluyendo también que la falta de presión externa y el carácter recreativo que tiene la competencia para estos deportistas probablemente determine los bajos niveles de ansiedad. En el caso de los deportistas de alto rendimiento (como es la población de este trabajo), al haber un nivel de compromiso mayor en cuanto respecta al logro de marcas o de victorias, junto con unos planes de entrenamiento estructurados, puede haber un aumento de la ansiedad precompetitiva.

Un estudio realizado con futbolistas colombianos presenta la relación existente entre la ansiedad y el rendimiento deportivo (Aguirre, 2011) en determinado torneo. Al evaluar a los futbolistas de diferentes equipos, se pudo encontrar niveles de ansiedad normales en los equipos que obtuvieron mejores posiciones; por el contrario, en uno de los equipos perdedores se encontraron mayores niveles de ansiedad que probablemente influyeron en el resultado, es decir, en la eliminación. Estos resultados pueden dar fuerza a una posible correlación negativa entre la autoconfianza y la ansiedad, tal como se vio en los puntajes obtenidos por el CSAI 2R.

En cuanto a la edad, se encuentra que los deportistas con edades comprendidas entre los 21 y los 28 años (grupos 2 y 3) puntuaron niveles más altos de ansiedad y menor autoconfianza que los que tienen entre 17 y 20 años (grupo 1). El estudio realizado por Aguirre (et al) con futbolistas arrojó resultados similares, y esto puede explicarse por el aumento de aspiración deportiva, es decir, por el deseo de pasar al profesionalismo. Esto puede desencadenar un aumento de la ansiedad en aquellos deportistas cuya edad es mayor. Al igual que en el estudio de Aguirre (et al), se encontraron puntuaciones de ansiedad normales en los deportistas más jóvenes (grupo 1). Un aspecto que debe resaltarse en relación con la edad biológica es la edad deportiva (variable “tiempo que lleva entrenando el deporte”), la cual fue dividida en: 2 años (grupo 1), de 2 a 5 años (grupo 2) y de 5 años en adelante (grupo 3). Resulta llamativo ya que el grupo 3 fue el que obtuvo la mayor puntuación en ansiedad respecto a los otros 2 grupos, además de puntuar una menor autoconfianza precompetitiva. Se podría suponer que a mayor edad deportiva habría mayor control de la ansiedad competitiva, pero estos resultados se

corresponden con los obtenidos en edad biológica, probablemente por las razones ya expuestas: a mayor aspiración deportiva, mayor ansiedad.

Respecto a la ansiedad en relación con el sexo, se encontró que las deportistas (sexo femenino) presentaron una mayor ansiedad que los atletas varones tanto en el STAI como en el CSAI 2R en sus dos escalas, existiendo un mayor puntaje en ansiedad somática que en ansiedad cognitiva para ambos sexos. Un estudio realizado por Ponseti (2017) enfocado en establecer las diferencias de ansiedad en deportistas de ambos sexos encontró resultados similares, aclarando que siempre se ha seguido esta misma tendencia desde los trabajos pioneros en materia hasta la actualidad. Las puntuaciones en autoconfianza (mayores en hombres que en mujeres) y la responsabilidad percibida por el sexo femenino podrían explicar esta alza en la ansiedad, sin que necesariamente deba repercutir en el rendimiento de los deportistas.

En el estudio de Ponseti (et al), los deportistas participantes pertenecían tanto a un deporte individual (natación) como a uno grupal (baloncesto), y en esta clasificación se encuentra que las puntuaciones de ansiedad son mayores en los deportistas que practican natación que en los que practican baloncesto. En dicha investigación, el resultado se soportó con otros estudios realizados (Márquez, 1994) en los cuales se habla de una mayor ansiedad global en atletas que practican deportes individuales frente a otros que practican deportes de conjunto. Sin embargo, una de los hallazgos principales de este trabajo fue que se obtuvo un resultado opuesto a los resultados del estudio citado: los practicantes de deportes grupales (fútbol y baloncesto) obtuvieron una mayor puntuación de ansiedad precompetitiva que los deportistas de disciplinas individuales (atletismo y

natación), tanto en el STAI como en el CSAI 2R (en sus escalas cognitiva y somática), con diferencias significativas. En la escala autoconfianza se encuentra coherencia con lo anterior, pues los deportistas de disciplinas individuales puntuaron en mayor medida que los de deportes grupales, pudiendo tener un efecto en las percepciones y pensamientos (posiblemente negativo) que estos individuos se hagan de la situación estresante. Estos niveles altos de ansiedad en futbolistas y basquetbolistas podrían deberse a la responsabilidad que perciben respecto al papel que cumplen en su equipo y el deseo de no decepcionar a sus compañeros, teniendo un efecto negativo en su autoconfianza y probablemente en su rendimiento. Además, debe resaltarse que hubo un nivel de significatividad importante entre el tipo de modalidad deportiva y los tres instrumentos en sus distintos factores de medición.

Otro de los hallazgos a resaltar es la diferencia significativa en puntuaciones de ansiedad que existe según el estrato socioeconómico. Este se clasificó en: bajo (grupo 1) y medio-alto (grupo 2). Los deportistas con estrato bajo tuvieron puntuaciones medias en ansiedad estado (STAI) mucho mayores que los que tienen un estrato medio-alto. En el test CSAI 2R, si bien las diferencias no fueron tan significativas como en el STAI, la tendencia del grupo 1 a presentar mayor ansiedad permanece, siendo mayor la puntuación en ansiedad somática. Es importante añadir que, entre las estrategias de afrontamiento más frecuentadas en esta comparación, el grupo 1 manifestó usar la “autoinculpación” como la tercera más usada (después del afrontamiento activo y la planificación). En los antecedentes consultados no se encontró una asociación significativa entre la ansiedad y el estrato socioeconómico para realizar comparaciones, pero este

resultado podría explicarse desde las oportunidades que tienen los deportistas de estrato socioeconómico bajo de la ciudad de Medellín respecto a su calidad de vida (salud, educación, empleo o posición económica), siendo esta una posible relación entre la ansiedad y el estrato. Además, el uso de la autoinculpación como estrategia de afrontamiento favorece a la rumiación de pensamientos e ideas negativas respecto a la competencia u otras situaciones estresantes, aumentando así los niveles de ansiedad cognitiva y fisiológica (González, Quezada, Díaz y Cano, 2014). De igual manera se aconseja estudiar las manifestaciones de la ansiedad precompetitiva en deportistas con estrato socioeconómico bajo para poder establecer si existe algún tipo de relación.

No fueron encontradas diferencias estadísticamente significativas en función del tiempo dedicado a cada entrenamiento y el tipo de universidad a la cual pertenecen los deportistas respecto a la ansiedad.

En cuanto a las estrategias de afrontamiento, los resultados en ansiedad estado y ansiedad precompetitiva corresponden a niveles ubicados entre la normalidad y la tendencia alta (limitando con la alta ansiedad) y, como se dijo al inicio de esta discusión, estas puntuaciones pueden explicarse por las estrategias de afrontamiento que los deportistas usan para lidiar con situaciones estresantes. Entre las estrategias registradas, las que más frecuentan usar son aceptación, el afrontamiento activo, reevaluación positiva y planificación, tendencia que se mantiene aún en los grupos comparativos. Aunque algunas de estas estrategias escogidas estén dentro de un estilo de afrontamiento centrado en la emoción, claramente hay una tendencia a escoger estrategias centradas en el problema. Adicionalmente, estrategias como el uso de sustancias, desconexión y

negación mostraron tener puntajes de elección muy bajos, evidenciando que los deportistas no se decantan por un estilo de afrontamiento evitativo; no obstante, es importante tener en cuenta la estrategia “autoinculpación” en relación con el estrato socioeconómico, para futuros estudios, por las razones presentadas en párrafos anteriores. Un resultado similar (aunque con una población diferente, pues no eran deportistas) se aprecia en el estudio de Gantiva (2010), cuyo propósito fue identificar las estrategias de afrontamiento usadas por personas con ansiedad y personas sin ansiedad, llegó a la conclusión de que las personas que no manifestaron ansiedad manifestaron usar estrategias centradas en el problema, intentando lidiar con la dificultad base del estresor, a diferencia de las personas que manifestaron ansiedad alta, quienes usaron estrategias centradas en la emoción para disminuir los síntomas que la situación estresante les generaba, o bien, estrategias centradas en la evitación, distanciándose así de los eventos generadores de estrés. Esto es coherente con lo que muchos autores (Bellack y Hersen, 1977; Beck, 1985; Sandín y Chorot, 1995; Ayuso, Kiriadou y Sutcliffe, 1998) plantean respecto al efecto negativo de los síntomas de ansiedad, pues estos generan un estado de malestar, inquietud y zozobra en el individuo, el cual naturalmente hará esfuerzos para disminuir el estado de activación haciendo uso de los recursos disponibles. No se encontraron estudios que busquen identificar las estrategias de afrontamiento y/o relacionarlas con la ansiedad en deportistas en el contexto local; existen investigaciones a nivel internacional que hacen referencia al control de la ansiedad y su efecto en el rendimiento deportivo (Campos, 2017) pero no se alude específicamente al uso de estrategias de afrontamiento en el deporte.

9. CONCLUSIONES

Como se ha venido exponiendo, el objetivo de esta tesis fue identificar las características de la ansiedad y las estrategias de afrontamiento en deportistas universitarios de alto rendimiento de la ciudad de Medellín en relación con diferentes variables sociodemográficas (edad, sexo, estrato socioeconómico, tipo de universidad, modalidad deportiva, tiempo aproximado entrenando, cantidad de entrenamientos a la semana y tiempo dedicado a cada entrenamiento).

Para cumplir con el objetivo, se aplicaron tres instrumentos psicológicos (STAI, CSAI 2R y Brief COPE) a los deportistas momentos antes de participar en una competición. Estos resultados fueron analizados con el software estadístico SPSS 21, identificando posibles correlaciones entre las variables.

Las puntuaciones medias de ansiedad de los deportistas resultaron tener una tendencia alta, sin que necesariamente se hable de una ansiedad elevada. De forma más específica, la ansiedad somática tuvo puntajes más altos que la ansiedad cognitiva, posible causado por el arousal (o nivel de activación fisiológica) que surge como preparación del cuerpo para afrontar el evento, pero que es una reacción normal en dicho contexto. Al igual que en otros estudios, también se sigue una misma tendencia en relación a los resultados comparativos de la ansiedad respecto al sexo, pues el sexo femenino presenta mayores puntuaciones de ansiedad que el masculino tanto en a nivel cognitivo como somático.

La comparación realizada entre ansiedad y edad de los deportistas arrojó resultados diferentes a los esperados, pues el grupo de deportistas con edades comprendidas entre

los 24 y 28 años presentó mayores puntuaciones en ansiedad estado y ansiedad precompetitiva que los deportistas mucho más jóvenes, pero al realizar la comparación con el estudio de Aguirre (et al) se encontraron resultados similares, explicado probablemente por el nivel de aspiración deportiva de los atletas con mayor edad, quienes buscan pasar a la élite y necesitan de mejores resultados en su rendimiento deportivo. Resultados muy similares se evidenciaron en las comparaciones realizadas entre tiempo aproximado entrenando el deporte (edad deportiva) y ansiedad, pues el grupo que manifestó estar 5 o más años entrenando su disciplina también puntuó alto en los instrumentos encargados de evaluar la ansiedad.

Entre los hallazgos que más resaltan, se encontró el obtenido al comparar la ansiedad con la modalidad deportiva practicada (individual o grupal), pues se encuentra que los deportistas pertenecientes a disciplinas grupales puntuaron mayor ansiedad que los que practican disciplinas individuales. Probablemente el grado de responsabilidad percibida respecto al papel que se cumple en el equipo, en conjunción con la autoconfianza (la cual puntuó mayor en los atletas de disciplinas individuales), jugaría un papel importante en la manifestación alta de estos niveles de ansiedad.

Otro hallazgo que llama la atención es encontrado en la comparación entre ansiedad y estrato socioeconómico, pues existen diferencias significativas entre los resultados. Los deportistas con estrato socioeconómico 1 y 2 puntúan mucho más bajo que los de estrato 3, 4 y 5. Añadido a esto, se encuentra que los atletas de estratos 1 y 2 registran la estrategia de afrontamiento “autoinculpación” como la tercera más usada, la cual consiste en la autocrítica y la búsqueda de la propia culpa, lo cual probablemente reforzaría los

pensamientos negativos que se tienen sobre la situación estresante, causando así un aumento de la ansiedad.

Se pudo evidenciar un mayor uso de estrategias de afrontamiento centradas en el problema, aunque exista una preferencia por aquellas centradas en la emoción. Las puntuaciones generales de ansiedad ubicadas en el rango de normalidad- tendencia alta probablemente se deban al tipo de estrategias usadas para paliar los eventos estresantes. Prueba de esto se evidencia en algunas de las correlaciones significativas encontradas (tabla 46), como la correlación negativa existente entre ansiedad estado y afrontamiento activo, pudiendo darse una reducción de estos síntomas ansiosos si se hace un mayor uso del afrontamiento activo o, caso contrario, disminuir el afrontamiento activo y optar por la evitación, pero generando un posible aumento de la ansiedad. De hecho, se encontró una preferencia muy baja por el uso de estrategias como uso de sustancias, desconexión y negación, claramente centradas en la evitación o la emoción. Si bien puede haber una responsabilidad del deportista respecto a no consumir sustancias, esta baja preferencia también podría corresponderse con los resultados de ansiedad normales.

Presentadas las conclusiones anteriores, se recomienda ahondar en estudios que evalúen la ansiedad en comparación con el estrato socioeconómico (al menos en Medellín), pues la revisión de antecedentes no presenta asociaciones significativas entre estas dos variables, y en el contexto local no existen estudios al respecto. También se sugiere seguir indagando por la relación entre ansiedad y modalidad deportiva practicada, sin prescindir de la variable autoconfianza, pues los resultados varían en los artículos

revisados y en esta tesis, lo cual puede deberse a factores culturales o propiamente al contexto en el cual se desenvuelven los deportistas.

Para finalizar, se puede afirmar que existe una relación entre el uso de determinadas estrategias de afrontamiento (afrontamiento activo, reevaluación positiva, autoinculpación y desconexión) y el nivel de ansiedad experimentada; sería importante añadir la variable “rendimiento deportivo” en futuras investigaciones que se realicen con esta población para identificar su relación con los distintos niveles de ansiedad, y si es posible, considerar detallar las relaciones de este rendimiento con la autoconfianza de los deportistas. Se considera pertinente realizar más estudios en el contexto local que permitan determinar si es necesario promover planes de entrenamiento psicológico o psicoeducación en las diferentes instituciones de formación deportiva que vayan enfocados a la obtención de herramientas de afrontamiento y control de la ansiedad, implementándolos desde la iniciación deportiva, con el propósito de generar un efecto positivo en el rendimiento del deportista.

10. BIBLIOGRAFIA

- ABC Color. (2012). Millonaria inversión del Reino Unido para 2016. Recuperado de <http://www.abc.com.py/deportes/polideportivo/millonaria-inversion-del-reino-unido-para-2016-491713.html>
- Aguirre-Loaiza, H., & Ramos Bermúdez, S. (2011). Ansiedad-estado y variables sociodemográficas en futbolistas juveniles colombianos durante competencia. *Diversitas*, 7(2), pp. 239-251
- Andrade, E., Río, G., Arce, C. (2007). Propiedades psicométricas de la versión española del Inventario de Ansiedad Competitiva CSAI-2R en deportistas. *Psicothema*, 19(1), pp. 150-155.
- Ansorena, A., Cobo, J. & Romero, I. (1983) El constructo de ansiedad en psicología: una revisión. *Estudios de psicología*. 16, pp. 31-35
- Beyer, E., Röthing, P., Aquesolo Vegas, J., Rodado Ballesteros, P., & García López, C. (1992). *Diccionario de las ciencias del deporte*. Málaga: Unisport, Junta de Andalucía.
- Cano, A. (2011). Salud | Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés - SEAS. Recuperado de <http://www.ansiedadystres.org/salud>
- Carver, C. (1997) You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4, pp. 92-100.

Clark, D., & Beck, A. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. Bilbao Desclée de Brouwer.

Dias, C., Cruz, J., & Fonseca, A. (2011). Ansiedad, percepción de amenaza y estrategias de afrontamiento en el deporte: diferencias individuales en el rasgo de ansiedad. *Ansiedad Y Estrés*, 17(1), pp. 1-13.

EFE. (2015). El pánico adelanta el adiós de Mardy Fish. *Marca*. Recuperado de <http://www.marca.com/2015/09/03/tenis/1441286456.html>

El arco de Colo Colo y la teoría de la Facilitación Social. (2017). Recuperado de https://chile.as.com/chile/2017/05/01/opinion/1493670321_699873.html

El Espectador. (2017). Colombia tiene el menor presupuesto para el deporte del continente: Baltazar Medina. Recuperado de <https://www.elespectador.com/deportes/otros-deportes/colombia-tiene-el-menor-presupuesto-para-el-deporte-del-continente-baltazar-medina-articulo-707322>

Fierro, A. Afrontamiento y adaptación. *Estrés Y Salud*, pp. 9-38. Recuperado de http://www.uma.es/Psicologia/docs/eudemon/analisis/estres_afrontamiento_y_adaptacion.pdf

Gantiva, C., Luna, A., Dávila, A., & Salgado, M. (2010). Estrategias de afrontamiento en personas con ansiedad. *Psychologia: Avances De La Disciplina*, 4(1), pp. 63-70.

González, G., Valdivia, P., Cachón, J., Zurita, F., & Romero, O. (2017). Influencia del control del estrés en el rendimiento deportivo: la autoconfianza, la ansiedad y la concentración en deportistas. *Retos*, 32(1), pp. 3-6.

Jaenes Sánchez, J., Peñaloza Gómez, R., Navarrete Dueñas, K., & Bohórquez Gómez, M. (2012). Ansiedad y autoconfianza precompetitiva en triatletas. *Revista Iberoamericana De Psicología Del Ejercicio Y El Deporte*, 7(1), pp. 113-124.

Lacasa, R. (2018). El modelo de tratamiento para la ansiedad según Beck - Todo sobre la ansiedad. Recuperado de <https://www.todosobrelaansiedad.com/el-modelo-de-tratamiento-para-la-ansiedad-segun-beck/>

Ministerio de salud y protección social (2015) Encuesta Nacional de salud Mental (Tomo 1). Recuperado de https://www.javerianacali.edu.co/sites/ujc/files/node/field-documents/field_document_file/saludmental_final_tomoi_color.pdf

Martín Díaz, M., Jiménez Sánchez, M., & Fernandez, E. Estudio sobre la escala de estilos y estrategias de afrontamiento. *Revista Electrónica De Motivación Y Emoción*, 3(4). Recuperado de <http://reme.uji.es/articulos/agarce4960806100/texto.html>

Martínez, L. (2017). Así superó Jordan Spieth la ansiedad del hoyo 13 para ganar el British Open. *La Información*. Recuperado de https://www.lainformacion.com/deporte/Jordan-Spieth-ansiedad-British-Open_0_1047496190.html

Medallero olímpico en los Juegos Olímpicos de Rio 2016 - AS.com. (2016). Recuperado de https://colombia.as.com/resultados/juegos_olimpicos/2016/medallero/

Mitchell, C. (2012). Día Mundial de la Salud Mental: la depresión es el trastorno mental más frecuente - OPS OMS. Recuperado de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7305%3A2012-dia-mundial-salud-mental-depresion-trastorno-mental-mas-frecuente&Itemid=1926&lang=es

Molina, J., Sandín, B., & Chorot, P. (2014). Sensibilidad a la ansiedad y presión psicológica: efectos sobre el rendimiento deportivo en adolescentes. *Cuadernos De Psicología Del Deporte*, 14(1), 45-54.

Murphy, C., & Wire, C. (2017). Michael Phelps: "Me encerré en mi cuarto durante cuatro días." Recuperado de: <https://cnnespanol.cnn.com/2017/07/06/michael-phelps-me-encerre-en-mi-cuarto-durante-cuatro-dias/>

Navlet Salvatierra, M. (2012). Ansiedad, estrés y estrategias de afrontamiento en el ámbito deportivo: un estudio centrado en la diferencia entre deportes (Doctorado). Madrid: Universidad Complutense de Madrid.

Núñez, A., & García, A. (2017). Relación entre el rendimiento y la ansiedad en el deporte: una revisión sistemática. *Retos*, 32(1), pp. 172-177.

Medals per Capita. (2018). Recuperado de <http://www.medalspercapita.com/>

Organización Mundial de la Salud. (2016). *La inversión en el tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene un rendimiento del 400%*. Recuperado de <http://www.who.int/es/news-room/detail/13-04-2016-investing-in-treatment-for-depression-and-anxiety-leads-to-fourfold-return>

Pastor Soriano, J., Civera Mollá, C., & Tortosa Gil, F. (2000). *Historia de la psicología*. Valencia: Tirant Lo Blanch.

Pichot, P. (1995). *DSM-IV*. Barcelona: Masson, S.A.

Ponseti, F., García, A., Cantalops, J., & Vidal, J. (2017). Diferencias de sexo respecto de la ansiedad asociada a la competición deportiva. *Retos*, 31(1), pp. 193-196.

Real Academia Española. (2001). Disquisición. *Diccionario de la lengua española* (22.aed.). Consultado en <http://www.rae.es/>

Rodríguez López, J. (2008). *Historia del deporte*. Barcelona: INDE.

Ries, F., Castañeda Vázquez, C., Campos Mesa, M. and Castillo Andrés, O. (2012).

Relaciones entre ansiedad-rasgo y ansiedad-estado en competiciones deportivas. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 12(2), pp. 9-16.

Ruiz, F., Zarauz, A., & Flores, G. (2016). Ansiedad precompetitiva en corredores de fondo en ruta en función de sus variables de entrenamiento. *Retos*, 30. pp. 110-113.

Sarudiansky, M. (2013). Ansiedad, angustia y neurosis. Antecedentes conceptuales e históricos. *Psicología Iberoamericana*, 21(2), 19-28.

Sierra, J., Ortega, V., & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Mal-Estar E Subjetividade*, 3(1), pp. 10-59.

Spielberger, Ch., Gorsuch, R. & Lushene, R. (1970). *STATE-TRAIT Anxiety Inventory*.
México, D.F.: Manual Moderno.

Staff, F. (2015). Las naciones que más invierten en deporte en América Latina - *Forbes*
México. Recuperado de <https://www.forbes.com.mx/las-naciones-que-mas-invierten-en-deporte-en-america-latina/>

Vásquez, C., Crespo, M., & Ring, J. (2000). *Medición clínica en psiquiatría y psicología* (pp. 425-431). Barcelona: Masson.

ANEXOS

ANEXO 1. Formato datos sociodemográficos

CARACTERÍSTICAS DE LA ANSIEDAD Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN DEPORTISTAS UNIVERSITARIOS

Las presentes pruebas psicológicas que se le pide diligenciar a continuación hacen parte de la fase de recolección de datos del trabajo de grado titulado “Características de la ansiedad y estrategias de afrontamiento en deportistas universitarios de alto rendimiento de la ciudad de Medellín” del pregrado de psicología, respectivamente. Entre los objetivos de la presente investigación, se pretende identificar las características de la ansiedad presentes y las estrategias de afrontamiento usadas por los deportistas universitarios momentos antes de participar en una competencia.

Los datos recopilados serán tratados de manera confidencial. Serán interpretados de manera general y el uso que se haga de ellos tendrá fines meramente académicos, que obedecen a los objetivos de la presente investigación.

Antes de iniciar con las pruebas psicológicas, se le pide diligenciar algunos datos sociodemográficos y relacionados con el deporte que practica, los cuales serán útiles a la hora de interpretar los resultados.

Edad: _____

Género: _____

Estrato: _____

Universidad: _____

Deporte que entrena: _____

Tiempo aproximado que lleva entrenando el deporte: _____

Días de entrenamiento a la semana: _____

Cantidad de tiempo aproximada que dedica a cada entrenamiento: _____

ANEXO 2. CUESTIONARIO DE ANSIEDAD ESTADO (STAI)

A continuación, encontrará algunas frases que las personas utilizan normalmente para describirse a sí mismas. Lea cada frase y señale con una "X" la puntuación de 0 a 3 que indique mejor **cómo se siente usted ahora mismo, en este momento**. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento calmado.	0	1	2	3
2. Me siento seguro.	0	1	2	3
3. Estoy tenso.	0	1	2	3
4. Estoy enfadado, frustrado o triste.	0	1	2	3
5. Me siento cómodo (estoy a gusto).	0	1	2	3
6. Me siento alterado.	0	1	2	3
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras.	0	1	2	3
8. Me siento descansado.	0	1	2	3
9. Me siento angustiado.	0	1	2	3
10. Me siento confortable.	0	1	2	3
11. Tengo confianza en mí mismo.	0	1	2	3
12. Me siento nervioso	0	1	2	3
13. Estoy intranquilo.	0	1	2	3
14. Me siento muy "atado" (como oprimido).	0	1	2	3
15. Estoy relajado.	0	1	2	3
16. Me siento satisfecho.	0	1	2	3
17. Estoy preocupado.	0	1	2	3
18. Me siento aturdido y sobreexcitado.	0	1	2	3
19. Me siento alegre.	0	1	2	3
20. En este momento me siento bien.	0	1	2	3

ANEXO 3. INVENTARIO DE ANSIEDAD PRECOMPETITIVA (CSAI 2R)

Las afirmaciones que se presentan a continuación describen sus posibles sentimientos antes de una competencia. Lea cada una de las afirmaciones y marque con una “X” la que le parezca más apropiada para indicar **cómo se siente ahora, en este momento**. No hay respuestas correctas o incorrectas. Trate de no dedicar mucho tiempo para responderlas.

	Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho
1. Me siento nervioso.	1	2	3	4
2. Estoy preocupado de no rendir tan bien en esta competencia como podría hacerlo.	1	2	3	4
3. Confío en mí.	1	2	3	4
4. Siento mi cuerpo tenso.	1	2	3	4
5. Me preocupa perder.	1	2	3	4
6. Siento mi estómago tenso.	1	2	3	4
7. Estoy seguro de lograr mi objetivo.	1	2	3	4
8. Me preocupa llegar a bloquearme cuando estoy bajo presión.	1	2	3	4
9. Mi corazón está acelerado.	1	2	3	4
10. Estoy confiado en que tendré un buen desempeño.	1	2	3	4
11. Me preocupa tener un bajo rendimiento.	1	2	3	4
12. Siento un nudo en el estómago.	1	2	3	4
13. Estoy confiado porque me visualizo alcanzando mi objetivo.	1	2	3	4
14. Me preocupa que los demás se decepcionen de mi rendimiento.	1	2	3	4
15. Mis manos están sudando.	1	2	3	4
16. Estoy seguro de tener un buen rendimiento bajo presión.	1	2	3	4
17. Siento mi cuerpo apretado / rígido.	1	2	3	4

ANEXO 4. CUESTIONARIO Brief COPE

Las frases que aparecen a continuación describen formas de pensar, sentir o comportarse, que la gente suele utilizar para enfrentarse a los problemas personales o situaciones difíciles que en la vida causan tensión o estrés. Estas formas no son ni buenas ni malas, ni tampoco unas son mejores o peores que otras. Simplemente, ciertas personas utilizan más unas formas que otras. Seleccione con una "X" el nivel de identificación que considera que tiene respecto a cada forma de enfrentarse a determinado problema.

	En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
1. Intento conseguir que alguien me ayude o aconseje sobre qué hacer.	0	1	2	3
2. Concentro mis esfuerzos en hacer algo sobre la situación en la que estoy.	0	1	2	3
3. Acepto la realidad de lo que ha sucedido.	0	1	2	3
4. Recorro al trabajo o a otras actividades para apartar las cosas de mi mente.	0	1	2	3
5. Me digo a mí mismo "esto no es real".	0	1	2	3
6. Intento proponer una estrategia sobre qué hacer.	0	1	2	3
7. Hago bromas sobre ello.	0	1	2	3
8. Me critico a mí mismo.	0	1	2	3
9. Consigo apoyo emocional de otros.	0	1	2	3
10. Tomo medidas para intentar que la situación mejore.	0	1	2	3
11. Renuncio a intentar ocuparme de ello.	0	1	2	3
12. Digo cosas para dar rienda suelta a mis sentimientos desagradables.	0	1	2	3
13. Me niego a creer que haya sucedido.	0	1	2	3
14. Intento verlo con otros ojos, para hacer que parezca más positivo.	0	1	2	3
15. Utilizo alcohol u otras drogas para hacerme sentir mejor.	0	1	2	3
16. Intento hallar consuelo en mi religión o creencias espirituales.	0	1	2	3
17. Consigo el consuelo y la comprensión de alguien.	0	1	2	3
18. Busco algo bueno en lo que está sucediendo.	0	1	2	3
19. Me río de la situación.	0	1	2	3
20. Rezo o medito.	0	1	2	3
21. Aprendo a vivir con ello.	0	1	2	3
22. Hago algo para pensar menos en ello, tal como ir al cine o ver la televisión.	0	1	2	3
23. Expreso mis sentimientos negativos.	0	1	2	3
24. Utilizo alcohol u otras drogas para ayudarme a superarlo.	0	1	2	3
25. Renuncio al intento de hacer frente al problema.	0	1	2	3
26. Pienso detenidamente sobre los pasos a seguir.	0	1	2	3
27. Me echo la culpa de lo que ha sucedido.	0	1	2	3
28. Consigo que otras personas me ayuden o aconsejen.	0	1	2	3