

## ASPECTOS PSICOLÓGICOS Y ACTIVIDAD DEPORTIVA



*Dr. Pedro Ureña Bonilla*

**Resumen:** En este artículo se discuten los correlatos más importantes entre actividad deportiva y dimensión psicológica. Se presenta una serie de hipótesis y argumentos que nos aclaran sobre los efectos que la práctica deportiva puede tener sobre factores como: el bienestar, los estados anímicos, en particular la depresión, la regulación del estrés, la autoeficacia y la capacidad cognitiva y el concepto corporal.

**Palabras claves:** actividad deportiva, bienestar psicológico.

Lo primero que debemos tener presente es que la actividad deportiva no está asociada a motivo alguno en particular (Fuchs, 2003). Se realiza porque representa en sí misma una alternativa natural de encuentro con la persona y con los otros, tanto en el plano físico (contacto corporal), como psíquico (intercambio afectivo) y social (contacto social). De tal forma, de una u otra manera, ya sea directa o indirectamente, la actividad deportiva se relaciona indefectiblemente con la promoción, mantenimiento y recuperación de estados superiores del bienestar humano. Por medio

de la actividad deportiva, se promueve no solo el fortalecimiento de los recursos orgánicos, psíquicos y sociales, sino que también, al mismo tiempo, se reduce el efecto potencial negativo de los factores riesgo (Bös & Brehm, 1998). Es precisamente en este marco definitorio que entenderemos la relación entre actividad deportiva y dimensión psicológica.

## De la Sensación de Bienestar

A la par de otros factores psicológicos, como por ejemplo, la energía psíquica, la autonomía y el valor propio, entre otros (Becker, 1994), la sensación de bienestar es considerada como una de las dimensiones fundamentales de la salud (Weber, 1999). Precisamente, la hipótesis de partida que sustentamos, es que por medio de la práctica deportiva se mejora la sensación subjetiva de bienestar.

Como punto inicial, debemos tener claro que hay una serie de conceptos que normalmente se relacionan con la sensación de bienestar, entre ellos: alegría, satisfacción, tranquilidad, relajación; aunque sabemos que la *Sensación de Bienestar* no es un estado constante, sino que más bien, depende de la situación de vida particular (Weber, 1999). Además, es importante señalar que las sensaciones tienen tanto una dimensión positiva como negativa. De tal forma, el estado de bienestar puede alcanzarse de dos maneras. Por un lado, a través de la vivencia de experiencias positivas y, por otro, evitando acontecimientos negativos (Schlicht, 1995, p. 27). A partir de las argumentaciones de Gruppe (1994, p. 20), la sensación de bienestar es un componente subjetivo de la vivencia de cada persona; es decir, no se puede determinar objetivamente, solo se puede experimentar de manera subjetiva, aunque sí se puede registrar la calidad e intensidad de la misma.

Considerando la dimensión temporal, Becker & Mayer (1991, p. 13) ubican la *Sensación de Bienestar* en tres categorías: sensación actual, habitual y proceso de la sensación. Este autor nos propone una subcategorización de la sensación de bienestar, en la que distingue, entre sensación de bienestar físico y psíquico. En esta misma línea, Abele & Brehm (1991, p. 280) no solo se refieren a la sensación de bienestar físico y psíquico, sino que agregan la categoría, sensación de bienestar social, con lo que se aporta indiscutiblemente, una mayor diferenciación conceptual (Schlicht, 1995, 24).



La *Sensación de bienestar actual* se refiere a la condición subjetiva actualizada que caracteriza la vivencia momentánea de la persona (Becker & Mayer, 1991, p. 13). Se trata de sensaciones de corta duración, que se dan siempre en el contexto de una configuración persona-medio particular. En este sentido, se habla con frecuencia, de estados emocionales positivos de gran intensidad. En relación con la sensación de bienestar actual, Becker & Mayer (1991, p. 14) distinguen tres áreas que facilitan la diferenciación entre las sensaciones positivas: *Sensaciones positivas* (alegría, competencia, felicidad, otros), *Estados positivos* (relajado, tranquilo, activación positiva, otros) y 3. *Estados neutros* (ausencia actual de dolencias y molestias). Una categorización parecida nos ofrece Mayring (1991, p. 52), al referirse a factores como: alegría (sensación positiva asociada a una situación

particular), felicidad (sensación de felicidad total, intensa y momentánea) y la ausencia de carga emocional (sensación momentánea de descarga emocional).

Por otro lado, la *Sensación de bienestar habitual* se considera como una característica estable, se le ubica en espacios temporales que van desde una semana hasta varios meses, definiéndosele asimismo, como bienestar de largo plazo (Becker, 1991, p. 15). También se le considera como consecuencia del análisis sumativo que se hace de las experiencias emocionales; de manera que, en primera instancia, es el resultado de procesos cognitivos. Así por ejemplo, cuando una persona experimenta habitualmente la sensación de bienestar, a largo plazo, esta sensación se convierte en un hábito (Becker, 1991, p. 6). Este mismo autor distingue tres modelos en relación con la sensación de bienestar habitual: El *modelo unidimensional*, en que la sensación de bienestar habitual se entiende como satisfacción de vida, o bien, ser feliz. El *modelo bidimensional*, en donde la sensación habitual de bienestar, resulta del balance entre sensaciones positivas y negativas. De manera que, una persona que últimamente ha experimentado más sensaciones positivas que negativas, se sentirá bien. Aquí también, es válida la división entre sensación de bienestar físico y psíquico. Finalmente el modelo en que se clasifica la *Sensación de bienestar en tres categorías* tal y como lo sugiere la Organización Mundial de la Salud, es decir, sensación de bienestar habitual física, psíquica y social (Abele & Brehm, 1991).

En este mismo contexto Perring-Chiello (cit. en Allmer, 2004, 115) nos propone una diferenciación detallada del concepto bienestar. Este autor distingue, en un primer momento, la sensación de bienestar físico, la que está íntimamente relacionada con las necesidades corporales

básicas. Por ejemplo, la comodidad, la ausencia de dolor, la ausencia de hambre, entre otras de igual naturaleza. Tal y como el autor nos lo señala, la sensación de bienestar físico, juega un papel fundamental, sobre todo, en la niñez. En este caso, para un niño, la sensación de bienestar físico es igual a la sensación de bienestar general. No es sino con el proceso de toma de conciencia que el ser humano empieza a diferenciar entre sensación de bienestar corporal, psíquico y social. Por otro lado, la sensación de bienestar psíquico comprende entre otros, el estado anímico, la felicidad, la satisfacción y la sensación de control sobre el medio. Esas necesidades psicológicas complementan las necesidades corporales básicas. Por último, encontraremos la sensación de bienestar social, caracterizada por la necesidad de pertenencia y autonomía. Estos tres componentes se encuentran en una constante interacción a lo largo de la vida, aunque como hemos visto, en distintos momentos pueden jugar roles de preponderancia. Los tres factores están estrechamente vinculados, de manera que la sensación de bienestar físico se asocia con los procesos fisiológicos y neuroquímicos; asimismo, la sensación de control sobre el medio (sensación de bienestar psíquico) se relaciona con la vivencia de independencia y autonomía (sensación de bienestar social).

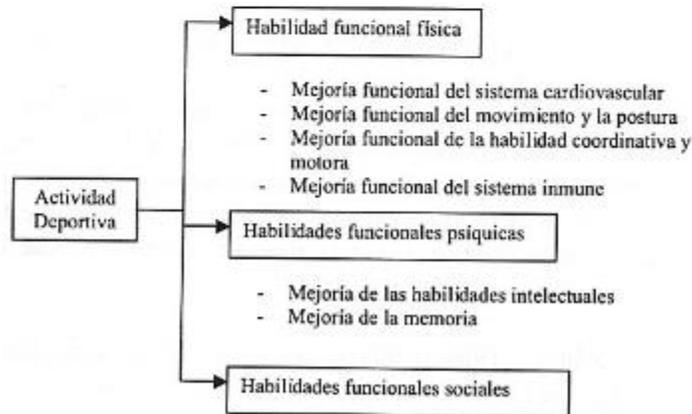
Finalmente, la sensación de bienestar como proceso, tiene que ver con el rol que juegan las emociones en la vivencia de la sensación de bienestar durante largos períodos de tiempo (Becker & Mayer, 1991, p. 38). En consecuencia, la vivencia de emociones positivas tiene como efecto la inducción de estados de bienestar. Por supuesto que, todo lo contrario podría suceder, si predominase la vivencia de emociones negativas.

Allmer (1996, p. 98) propone un esquema con el que intenta aclarar la estructura de los efectos que tiene la

actividad deportiva sobre la *Sensación de Bienestar*. Este autor distingue entre mantenimiento y mejoría de las habilidades funcionales y mantenimiento y mejoría de la sensación de bienestar. En el primero de los casos tenemos la habilidad funcional física, la habilidad funcional psíquica y la habilidad funcional social, todas ellas, determinantes de la capacidad para enfrentar las exigencias que plantea la vida cotidiana. En el segundo de los casos, se divide entre sensación de bienestar físico, psíquico y social, condiciones indispensables para mantener una vida alegre y optimista.

En el esquema propuesto, se entiende como habilidades funcionales físicas, las habilidades motoras, por ejemplo, las habilidades condicionales y coordinativas. En el caso de las habilidades funcionales psíquicas, se trata más bien de habilidades intelectuales y cognitivas, es decir, procesos relacionados con el procesamiento de información, con la memoria y con la capacidad de pensamiento. En el caso de

**Esquema sobre los efectos de la actividad deportiva sobre las habilidades funcionales (Allmer, 1997, p. 31)**



habilidades funcionales sociales, se trata de habilidades para relacionarse con los demás, como por ejemplo, para establecer contacto con las personas, para integrarse y para mantenerse con firmeza, decisión y fuerza de voluntad ante distintas situaciones.

Asimismo, la sensación de bienestar psíquico se caracteriza por valoraciones de la competencia (capacidad propia) en relación con situaciones específicas (actuales) o generales (convicción de autoeficacia). También la ansiedad estado (actual) o bien la ansiedad rasgo (habitual) son expresiones de la sensación de bienestar.

En el caso de la sensación de bienestar social, juegan un rol importante, a la par de las valoraciones actuales (por ejemplo: me siento reconocido en una situación particular), las valoraciones habituales, verbigracia, la sensación generalizada de sentirse socialmente vinculado a un grupo social y consecuentemente reconocido.

Es claro que la cantidad de efectos están relacionados de muchas maneras unos con otros (Schneider, 2003, p. 19). Las vinculaciones entre las habilidades funcionales y la sensación de bienestar se caracterizan por la reciprocidad. Así, una modificación en un estado funcional, por ejemplo, un aumento en la irrigación sanguínea o un aumento en la temperatura corporal, después de realizar actividad deportiva, se puede percibir como una sensación de calor, a la cual se puede asociar la sensación de bienestar. Asimismo, un aumento en la sensación de bienestar se puede vincular a un aumento en la convicción de control y, a su vez, inducir un incremento en la disposición para el esfuerzo y como consecuencia y de manera indirecta, mejorar la resistencia aeróbica, es decir, una habilidad funcional física (Schwarzer, 1993, p. 19).

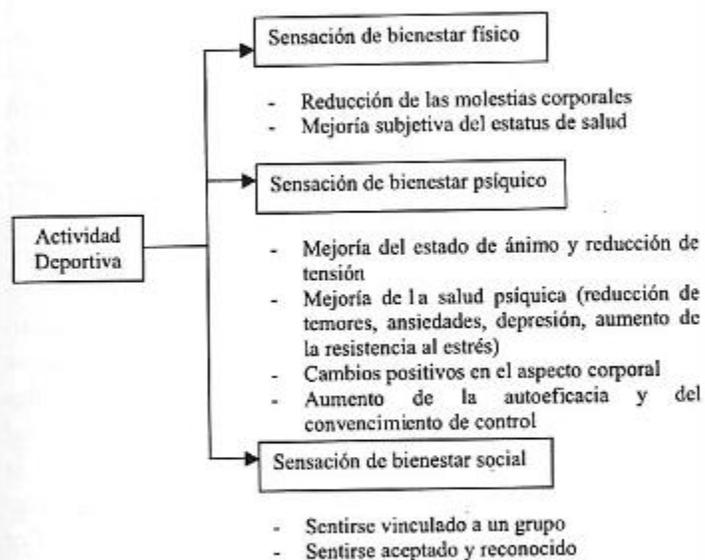
Las vinculaciones entre los procesos psíquicos, físicos y sociales se basan en el planteamiento básico de que las acciones, además de tener un componente psicossomático, también muestran aspectos psicossociales y somatosociales (Nitsch, 2004). De manera que los procesos psíquicos, físicos y sociales se influyen recíproca y permanentemente. Basado en este planteamiento, Allmer (1996) propone en la estructura de la acción puntos particulares de intervención. De tal forma, encontramos asociadas a la persona, las habilidades funcionales y la sensación de bienestar; más allá y vinculado a la tarea, tenemos lo atractivo y difícil de la misma, así como el método de aprendizaje y, finalmente, los aspectos relacionados con el medio, es decir, la parte material, social y los métodos de retroalimentación. De manera que cualquier programa de intervención podría orientarse hacia cualquiera de los tres elementos apuntados: persona, medio o tarea.

Con base en Allmer (1997, p. 30), son básicamente dos las categorías bajo las cuales se pueden analizar los efectos psicológicos que tiene la actividad deportiva. La primera categoría correspondería al mantenimiento o recuperación de la habilidad funcional y de la sensación de bienestar. Esto partiendo de la diferenciación básica entre configuración activa de la relación persona medio, así como de la representación subjetiva de la experiencia de esa relación. La segunda categoría se refiere a que los efectos de la actividad deportiva actúan sobre los aspectos de la habilidad funcional física, psíquica y social o bien sobre la sensación de bienestar.

En esta misma línea de pensamiento Abele y Brehm (1992, p. 110) señalan que la actividad deportiva, debido a su propia estructura, es quizá, la única forma de acción que

compromete a la vez la dimensión física, psíquica y social, razón que la convierte en uno de los mecanismos más adecuados para estimular el aprendizaje y desarrollo integral de las personas en general.

En cuanto a los efectos de la actividad deportiva sobre la sensación de bienestar, Allmer (1997, p. 32) nos ofrece el siguiente esquema.



De acuerdo con lo propuesto, la actividad deportiva tiene efectos positivos sobre la sensación de bienestar actual al inducir mejorías en el estado de ánimo y en la vivencia de tensión. Por otro lado, también favorece la sensación de bienestar habitual al promover la mejoría de la salud psíquica, incluida aquí la reducción de la ansiedad, de los síntomas depresivos, al promover un aumento de la resistencia al

estrés, al inducir cambios positivos en el autoconcepto corporal, al aumentar la autoeficacia y la convicción de control. Asimismo, los cambios experimentados en la sensación de bienestar físico se manifiestan en una reducción de la frecuencia con que se presentan las molestias corporales y en una mejoría del estado subjetivo de salud. En cuanto a la sensación de bienestar social, la persona experimenta aceptación y reconocimiento en el grupo.

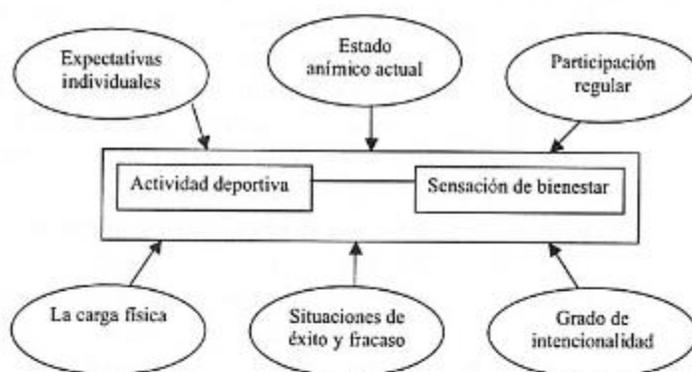
Para explicar los efectos de la actividad deportiva sobre la sensación de bienestar, Allmer (1997, p. 33) propone las siguientes hipótesis: La hipótesis de la Monocausalidad, a partir de la cual, se propone que los cambios positivos que se observan en las habilidades funcionales y sensación de bienestar, se explican como efecto de la actividad deportiva, fundamentalmente de carácter aeróbico. Al respecto debemos decir que, aún no se cuenta con resultados suficientemente consistentes como para sostener dicha hipótesis (Abele & Brehm, 1992, p. 102). En este sentido Beran (1986, p. 122) supone que las condiciones sociales en que se lleva a cabo la actividad deportiva, entre ellas, posibilidades de contacto social, el comportamiento del instructor, así como la confianza que gana la persona poco a poco en la actividad, son las que aclaran muchos de los efectos asociados y no precisamente la actividad deportiva misma. Por otro lado, debemos pensar también que los programas de actividad deportiva orientados exclusivamente desde el punto de vista fisiológico, no necesariamente inducen cambios en las habilidades funcionales psíquicas y sociales o bien, en la sensación de bienestar psíquico y social (Allmer, 1997, p. 34). De manera que, no podemos esperar una relación automática entre la habilidad funcional física y una mejora del estado anímico (McPherson, 1986, p. 16). Esto nos deja claro que lo más adecuado es pensar en posibilidades

de intervención en que la actividad deportiva tenga carácter multidimensional, lo que a todas luces demandaría la cooperación interdisciplinaria (Allmer, 1997, p. 34).

Por otro lado, la hipótesis inespecífica (Allmer, 1997, p. 34) propone que la actividad deportiva por sí misma, es decir, independientemente de las condiciones de realización y de la forma en que se realice, tiene efectos positivos sobre las habilidades funcionales y sobre la sensación de bienestar. Aquí surge entonces la pregunta: ¿cuál actividad deportiva y bajo qué condiciones, qué efectos tiene? Sin lugar a dudas las investigaciones empíricas están lejos de abarcar la complejidad de aspectos involucrados en la relación entre actividad deportiva y habilidades funcionales y sensación de bienestar (Allmer, 1997, p. 35). Son muchas las variables que pueden jugar un papel importante a la hora de explicar los efectos de la actividad deportiva sobre las dimensiones psicológicas. Por ejemplo, en relación con la persona se podrían mencionar las expectativas individuales, el estado de ánimo actual y la regularidad de participación. De tal forma, las personas que tienen una buena motivación hacia la práctica deportiva, que la practican regularmente y que a pesar de ello, se encuentran en una situación anímica desagradable, probablemente experimentarán, producto de la práctica deportiva, efectos positivos de orden significativo en su estado de bienestar psíquico. En relación con el medio, juegan un papel importante, la carga de trabajo, las situaciones de éxito y fracaso y el grado de intencionalidad de la actividad deportiva. Sin duda alguna, la vivencia de éxito y satisfacción con el rendimiento alcanzado, favorecen los cambios en la sensación de bienestar inducidos por la actividad deportiva.

Gran importancia tiene el grado de intencionalidad de la actividad deportiva, por cuanto, la presencia o no de

modificaciones positivas en la sensación de bienestar, solo son probables, si el programa de intervención tiene como meta, efectivamente, inducir esos cambios. Es decir, se debe trabajar en una concepción metodológica que oriente el logro de la meta pretendida. El hecho de que haya formas de acción que promuevan la relación entre las personas, no necesariamente significa que se favorecerá la sensación de bienestar social. Para que ese efecto se presente, es preciso que de manera intencional se haya planeado la actividad deportiva (Allmer, 1997, p. 35). Este mismo autor nos ofrece un diagrama en que se plantean las relaciones de reciprocidad entre la actividad deportiva y la sensación de bienestar (Allmer, 1997, p. 36).



De manera que cuando no se registren efectos estaríamos ante un indicador de que el potencial de la actividad deportiva no fue utilizado como es debido. Es decir, no se trata de promover actividad deportiva de manera antojadiza, sino más bien es preciso implementar programas de actividad física que apunten hacia metas específicas y que consecuentemente sean estructurados en función de esas

metas. En este sentido, por ejemplo, Hackfort (1992, p. 159) recomienda que para mejorar la habilidad funcional mental, es preciso diseñar tareas de actividad deportiva que demanden del participante el desarrollo de posibilidades de solución—solución de tareas. De tal forma, no solo se genera una carga física de trabajo, sino también, una carga mental. En la misma dirección argumenta Huber (1993, p. 172), al afirmar que la utilización de la actividad deportiva con el propósito de reducir la sintomatología depresiva, requiere de ejercicios y formas de juego que estimulen la interacción social, de manera que se promueva una mejoría de la competencia social de las personas que sufren depresión.

A pesar de toda la controversia existente en cuanto a los efectos psicológicos de la actividad deportiva, no cabe duda que esta corresponde a un comportamiento saludable, siempre y cuando no se incurra en los excesos y en una mala práctica: cargas inadecuadas, pausas impropias, en fin, excesos no congruentes con las posibilidades de la persona. En este contexto, Brehm (1998a) señala tres posibles vías, por medio de las cuales la práctica deportiva puede favorecer la salud. Entre más se consideren los aspectos propuestos en el diagrama anterior, mayor es la probabilidad de conseguir efectos positivos de la práctica deportiva sobre la salud. En



este sentido, podemos hablar de los efectos que tiene la práctica deportiva de moderada intensidad, sobre la sintomatología depresiva y la ansiedad (Allmer, 1998; Schlicht, 1995). También Brehm (1998a) reporta cambios positivos importantes en la percepción de

molestias corporales, como producto de un programa de actividad deportiva. Resultados parecidos reportó Opper (1998), en relación con la asociación entre actividad deportiva y la presencia de molestias psicósomáticas. Aunque es preciso señalar conforme Rega (2001, p. 41), que el tamaño del efecto (ES) que tenga la práctica deportiva sobre la sensación de bienestar, depende en gran parte del papel que la misma práctica haya jugado en la vida de las personas. De manera que podemos esperar tanto asociaciones negativas como positivas. El sentido individual de la actividad deportiva no necesariamente tenemos que verlo en dimensiones como la condición física, la salud en general o la sensación de bienestar. Decisivo es que las personas encuentren en la práctica del deporte algo importante para ellas (Wydra, 1996, p. 167).

De las revisiones realizadas por Folkins y Sime (1981) y Dubbert, Martin y Epstein (1986) se desprende la idea general que, la actividad deportiva efectivamente tiene una serie de consecuencias positivas para la salud psicológica, vinculada a lo que los autores denominan estado de bienestar percibido o estado psicológico de bienestar –well-being. En este mismo sentido, Leith y Taylor (1990) concluyeron que la actividad deportiva practicada regularmente y de forma continua, produce beneficios de carácter psicológico, aunque el aporte de mecanismos causales es poco claro aún. Weyerer y Kupfer (1994) luego de revisar una serie de estudios sobre la temática concluyeron que el riesgo de caer en estados depresivos por parte de sujetos sedentarios, es significativamente más alto que el de los practicantes asiduos de la actividad deportiva, con lo que se está considerando el ejercicio físico, como un medio adecuado para el mantenimiento de un buen estado de salud psicológica (Moses, Steptoe, Mathews & Edwards, 1989).

Entre los posibles mecanismos explicativos de los efectos del ejercicio sobre la salud psicológica Weyerer y Kupfer (1994) señalan aspectos tanto de naturaleza fisiológica como psicológica (Knobloch, 2001). En el *orden de lo fisiológico* se menciona: (1) El incremento de la temperatura corporal, debida al ejercicio físico, tiene un efecto tranquilizante a corto plazo. (2) El ejercicio regular facilita la adaptación al estrés, ya que incrementa la actividad adrenal, de forma que las reservas de esteroides disponibles aumentan. (3) Con el ejercicio físico se reduce el potencial nervioso del músculo en reposo, lo que ocasiona una liberación de la tensión. (4) El ejercicio facilita la neurotransmisión de sustancias como la noradrenalina, la serotonina y la dopamina, lo que provoca una mejora del estado anímico y (5) el ejercicio físico induce mejora psicológica como resultado de la liberación de endorfinas.

Como *mecanismos de carácter psicológico* se proponen: (1) El ejercicio físico produce una mejor condición física, lo que dota a las personas que lo practican de una mayor sensación de competencia, control y autosuficiencia. (2) El ejercicio físico es una forma de meditación que desencadena un estado de conciencia alterado y más relajado. (3) El ejercicio físico es una forma de feedback que enseña a las personas a regular su propia activación. (4) El ejercicio proporciona distracción, diversión, tiempo de evasión de pensamientos, emociones y conductas desagradables. (5) El refuerzo social entre los practicantes durante las sesiones de ejercicio físico, puede conducir a estados psicológicos positivos y (6) el ejercicio compite con estados negativos como la ansiedad y la depresión, en los sistemas cognitivo y somático.

Considerados en su conjunto, los resultados de las investigaciones en esta área apoyan la asociación entre

ejercicio físico, actividad deportiva y salud psicológica, particularmente en lo que se refiere a: sensación psicológica de bienestar general, estado de ánimo, autoestima y reducción de los niveles de ansiedad. En este contexto vale rescatar el pronunciamiento del Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) de los Estados Unidos (Morgan & Goldston, 1987) en relación con los efectos de la actividad deportiva y la salud mental:

- a) La condición física está asociada de manera positiva con el bienestar y consecuentemente con la salud mental.
- b) La actividad deportiva está asociada con una reducción de las emociones estresantes como los estados de ansiedad.
- c) La ansiedad y la depresión son síntomas comunes de la falta de habilidad para el afrontamiento del estrés, y la actividad deportiva ha sido asociado con una disminución de estados de depresión y ansiedad de leves a moderados.
- d) La actividad deportiva realizada durante períodos prolongados se asocia normalmente con la reducción de rasgos como la ansiedad y el neuroticismo –inestabilidad emocional.
- e) La actividad deportiva apropiada, es un elemento adjunto importante en el tratamiento de las depresiones.
- f) La práctica deportiva adecuada reduce los indicadores del estrés, entre ellos, la tensión neuromuscular, la tasa cardiaca en reposo y algunas hormonas estrés.

En este mismo sentido, Stephens (1988) concluyó que el nivel de actividad deportiva de las personas se correlaciona positivamente con el estado anímico, la sensación de bienestar y con niveles bajos de ansiedad y depresión. Esos

resultados fueron más claros en las subpoblaciones de mujeres y adultos mayores. Resultados similares son reportados por McTeer y Curtis (1993), quienes reportaron asociaciones significativas entre actividad física y sensación de bienestar, sobre todo, para el caso de las mujeres y una relación significativa también entre socialización y ejercicio físico.

El trabajo realizado por Steptoe y cols. (1993) mostró que un entrenamiento físico moderado y de carácter aeróbico indujo mejorías en la percepción de la capacidad para afrontar el estrés. Estos resultados, se asociaron también, con una reducción importante de la ansiedad y la tensión. Asimismo, Frederick y Ryan (1993) concluyeron que las motivaciones relacionadas con el interés por el disfrute y el logro de una mayor sensación de competencia, son las que producen mejores resultados de carácter psicológico en los practicantes de ejercicio físico, con lo que se establece un vínculo importante entre la actividad física que se realiza y los efectos de la misma en la salud psicológica.

De manera particular, en relación con el tema de la *Sensación Subjetiva de Bienestar*, el estudio de Mayring (1991) arroja luz sobre la existencia de una estructura factorial caracterizada por cuatro áreas de indicadores. Un primer factor relacionado con las *Sensaciones negativas* (ausencia de carga subjetiva), un segundo factor definido por la *Actualización de Emociones positivas* (ganas, alegría), un tercer factor tipificado por *Sensaciones positivas a largo plazo* (felicidad) y un cuarto factor de *Orden Cognitivo* (satisfecho, convicción, haber alcanzado metas propias). La alegría como factor propio de la sensación subjetiva de bienestar, incluye únicamente sensaciones positivas actuales y ubicadas en el corto plazo. En cuanto al factor felicidad, se diferencia entre un componente estado y otro rasgo. El componente estado se

refiere a la vivencia emocional de la felicidad actual e intensa que le compete a toda la personalidad. Mientras que el componente rasgo describe la sensación de felicidad desarrollada a lo largo de la vida (Mayring, 1991, p. 52). Asimismo, la sensación de ausencia de carga psíquica, se basa en una concepción de rasgo y estado. Aquí, se entiende la sensación de bienestar como resultado del balance entre sensaciones positivas y negativas, a pesar de que ambas pueden variar independientemente una de la otra. El estado de satisfacción es un factor que se corresponde con la sensación de bienestar habitual y a largo plazo y con procesos cognoscitivos. Se trata finalmente, de una apreciación de la propia vida y de la ponderación entre experiencias positivas y negativas (Mayring, 1991, p. 52).

## 1.2 De los estados depresivos

Las depresiones representan el área más importante de los trastornos afectivos y una de las alteraciones mentales más frecuentes en nuestros días. Se entiende como tal una alteración de la totalidad del sistema de personalidad de larga duración y que se manifiesta en diferentes niveles: a nivel emocional (en forma de tristeza, soledad, aislamiento), en el autoconcepto (se manifiesta como sensación reducida de autovalía), en las funciones vegetativas (pérdida de apetito, estreñimiento, desinterés sexual, problemas para dormir), a nivel comportamental (enlentecimiento versus aceleración), de las molestias corporales (dolor, debilidad, fatiga) y de los procesos de pensamiento (alta distracción, darle vueltas a un mismo pensamiento, desesperanza, indefensión) (Hautzinger, 1998).

La mayoría de las personas atraviesan durante el día momentos de tristeza, abatimiento y falta de energía. Sin

embargo, en el caso de personas saludables, se trata de estados anímicos de corta duración que no representan una gran limitación para que la vida continúe. Por el contrario, en el caso de las depresiones, la duración y la intensidad de las limitaciones mentales, corporales y sociales son de tal magnitud que, requieren del tratamiento médico o psicoterapéutico.

En relación con esta problemática se diferencia entre depresión primaria, es decir, no asociada a enfermedades psicopatológicas o somáticas y depresión secundaria, o vinculada a enfermedades psiquiátricas o somáticas (Knobloch, 2001). También se diferencia entre depresión endógena y neurótica. En el primero de los casos se identifica el trastorno bipolar, caracterizado por fases maniaco-depresivas y en el segundo de los casos, encontramos un grupo heterogéneo de individuos caracterizados por personalidades con estructura neurótica, pérdida de reacción y tristeza leve (Ursula, 1998). Otras clasificaciones hacen referencia al trastorno depresivo mayor, episodio que persiste durante al menos dos semanas y que se caracteriza básicamente por un decaimiento paulatino del ánimo y de la capacidad para experimentar placer. La depresión de tipo melancólica, con síntomas psicóticos, es decir, asociada a delirios congruentes con el estado anímico y alucinaciones. De tipo estacional, cuadro en el que el ánimo deprimido se acompaña de pereza, somnolencia e irritabilidad. El distímico, que se asocia con un tiempo prolongado de evolución, de escasa gravedad y curso crónico y el ciclotímico, donde el estado anímico alterna entre períodos depresivos y de euforia, con intervalos en que la persona muestra un ánimo normal (Ursula, 1998).

La etiología de la depresión es de difícil ubicación y de carácter multicausal (Trautman, 1996). Entre los posibles

factores que contribuyen a la depresión están: los acontecimientos vitales estresantes, por ejemplo, la pérdida de un ser querido, el estrés crónico, desequilibrios en los transmisores químico-cerebrales, entre ellos, la adrenalina, nora-



drenalina, serotonina, los factores hereditarios, el género, los factores hormonales, la personalidad y los fármacos.

Existe diversos modelos explicativos de la problemática de la depresión (Knobloch, 2001). El enfoque biológico, destaca sobre todo, el rol que juega el desequilibrio en los neurotransmisores químico-cerebrales.

La propuesta psicoanalítica subraya, principalmente, el papel de los conflictos intrapsíquicos. La conceptualización elaborada por los teóricos del comportamiento, destaca la importancia de los reforzadores sociales y la saturación de estímulos como fuentes importantes en la depresión. Y finalmente, la posición cognitiva llama la atención sobre dos conceptos con valor explicativo fundamental, como son la indefensión aprendida y las expectativas de control. En este sentido, las observaciones de Seligman (1975) en cuanto a la desesperanza aprendida son concluyentes, es decir, la creencia que las personas desarrollan en cuanto a que sus esfuerzos resultan inútiles para provocar cambios deseados en el ambiente, aumenta significativamente la probabilidad del trastorno depresivo. De manera que sentirse indefenso ante muchas situaciones de la vida cotidiana, así como, tener el convencimiento

generalizado de que las situaciones no las podemos controlar, son terreno fértil para generar estados depresivos. Asimismo, las personas que se perciben como portadoras de una baja capacidad de control del medio suelen ser más vulnerables a la depresión (Zaldívar, 1996). En este mismo sentido, Bandura (1995) sostiene que entre más bajas sean las expectativas de eficacia, es decir, el juicio acerca de la propia habilidad para ejecutar un patrón de comportamiento, en esa medida se verá afectado el estado anímico de las personas.

En cuanto a la identificación de la depresión clínica, Mutrie (2000, p. 48) utiliza dos criterios básicos. Primero, el paciente busca ayuda médica o psicoterapéutica en vista de la sintomatología experimentada, y segundo, cuando producto de un diagnóstico, por ejemplo, basado en una entrevista clínica, se infiriese la presencia del estado depresivo. En el caso de entrevistas clínicas se recurre a los criterios establecidos por la Asociación Americana de Psiquiatría (1994) o a la ICD-10 propuesta por la Organización Mundial de la Salud (1993). Entre los instrumentos que con mayor frecuencia se utilizan está el Inventario de Beck. Partiendo de este instrumento, Mutrie (2000), por ejemplo, utiliza como puntaje frontera el 16; de manera que valores iguales o arriba de 16 indican la existencia de una depresión clínica; asimismo, valores debajo de 16 no son considerados relevantes desde el punto de vista clínico.

El tratamiento de las depresiones incluye las posibilidades farmacológicas, psicoterapéuticas, electroconvulsionantes y la terapia por medio de la actividad deportiva (Knobloch, 2001). Por ejemplo, Sime (1990) utilizó un diseño de caso único con múltiple línea base en un estudio con 15 sujetos, sin diagnóstico formal de depresión, pero con valores en el inventario de Beck moderadamente elevados.

Después de 10 semanas de actividad deportiva, los valores se redujeron significativamente. Resultados parecidos reportaron Doyne, Chambless y Beutler (1983) utilizando el mismo tipo de diseño, en este caso con 4 mujeres diagnosticadas con síndrome depresivo mayor. Klein et al. (1985) estudiaron a 74 pacientes, los que fueron asignados aleatoriamente a 3 distintos grupos: trote, meditación-relajación y psicoterapia. Después de 12 semanas se observó reducciones significativas en los escores correspondientes a depresión, sin embargo, no se encontraron diferencias entre los grupos. El seguimiento de los grupos mostró los mejores efectos en aquellos que hicieron trote y meditación-relajación. Asimismo, McCann y Holmes (1984) asignaron al azar 41 mujeres con escores BDI (índices de depresión de acuerdo con el test de Beck) altos a un grupo de actividad deportiva aeróbica, entrenamiento en relajación y un grupo control. Después de 10 semanas se observaron reducciones importantes en los escores BDI; sin embargo, el grupo que mostró los mejores resultados fue el que hizo trabajo aeróbico. Por otra parte, Freemont y Craighead (1987) estudiaron a 49 personas con elevados escores en BDI y los asignaron aleatoriamente a tres grupos: ejercicio aeróbico, terapia cognitiva y una combinación de ambos. Después de 10 semanas se reportaron reducciones significativas en los escores BDI en cada uno de los grupos, pero no diferencias entre los grupos. En la misma línea de trabajo, Martinsen, Medhus y Sandvik (1985) asignaron de manera aleatoria 49 pacientes de ambos sexos identificados con depresión mayor a un grupo de actividad deportiva aeróbica y a uno control (terapia ocupacional). Se trabajó durante una hora, tres veces por semana, entre 6 y 12 semanas. Los pacientes en ambos grupos recibieron psicoterapia individual y terapia ambiental. Los resultados mostraron que el grupo que mayores beneficios obtuvo fue el que se entrenó aeróbicamente.

Doyle et al. (1987) compararon el ejercicio aeróbico (correr) con ejercicio no aeróbico (trabajo de fuerza) en pacientes con depresión mayor y menor. Los sujetos en todos los casos fueron asignados aleatoriamente a cada grupo. Los resultados mostraron que ambos grupos que hicieron ejercicio, redujeron significativamente los valores en depresión, en comparación con el grupo control. Entre los grupos, sin embargo, no se encontraron diferencias significativas.

Revisiones recientes hechas por Martinsen (2002), Dunn et al. (2001), Mather et al. (2002) y Landers (2002), nos permiten llegar a valiosas conclusiones. Inicialmente queda claro que el ejercicio aeróbico reduce significativamente los síntomas depresivos. Esto es sobre todo aplicable a desórdenes depresivos unipolares, sin tendencias psicóticas. En caso de depresiones severas, el tratamiento medicamentoso es rutinario, así como la terapia electroconvulsionante en casos graves. En todos estos casos, el ejercicio se propone como un factor concomitante de gran valor. En el caso del trastorno bipolar, se esperan efectos positivos asociados a la actividad deportiva, en la medida en que esta genera la sensación de bienestar, maestría y aumenta la autoestima. En este mismo sentido, Gotesman y Stiles (1990), Martinsen et al. (1989) y Camacho et al. (1991), luego de comparar poblaciones sedentarias y activas físicamente, llegaron a concluir que los sedentarios, comparados con los físicamente activos, muestran un número significativamente mayor de síntomas depresivos.

Un resumen de los resultados en la investigación sobre la relación entre práctica deportiva y depresión en casos clínicos nos lo brinda Mutrie (2000). Este autor llega a las siguientes conclusiones: Los metaanálisis realizados sobre esta temática han encontrado hasta el momento, tamaños

de efecto (ES) que van desde 0.53 hasta 0.72. De manera que el riesgo relativo (RR) de que una persona deportivamente activa entre en una depresión clínica, representa un 1.7. Solo como comparación, el riesgo relativo (RR) de que una persona inactiva deportivamente sufra de un infarto está entre 1.5 y 2.5. En cuanto a la pregunta, sobre la dirección de los efectos tenemos los trabajos de Camacho, Roberts, Lazarus, Kaplan y Cohen (1991), Paffenbarger, Lee y Leung (1994) y Weyerer (1992). En tres de estos cuatro estudios se demostró que las personas inactivas corporalmente, comparadas con las activas corporalmente, en la perspectiva futura a largo plazo, tienen una mayor probabilidad de sufrir una depresión. La temporalidad de los acontecimientos, es decir, primero la inactividad y luego la depresión, confirman el supuesto de un efecto positivo importante de la actividad deportiva sobre la depresión. En este mismo sentido, Mutrie (2000, p. 56) concluyó que, tanto la actividad deportiva aeróbica como anaeróbica, conducen hacia una reducción de la depresión clínica y, que el efecto antidepresivo de las mismas es semejante al que se logra con tratamiento psicoterapéutico. Además que los efectos antidepresivos de la actividad deportiva se presentan en tiempos relativamente cortos (entre 4 y 8 semanas) y permanecen entre 2 y 12 meses. Los resultados reportados por Mutrie (2000) nos muestran la importancia que puede tener la práctica deportiva en el tratamiento y prevención de la depresión.

Una experiencia llevada a cabo en el contexto costarricense (Ureña, 1998), con personas de ambos sexos que hacen actividad deportiva regular (caminar en las mañanas o en las tardes, paso entre ligero y moderado y de 3 a 4 veces por semana), permitió recopilar por la vía de la entrevista, afirmaciones que no dejan duda sobre la correlación positiva entre actividad deportiva y estado anímico.

A manera de ejemplo, algunas de las aseveraciones consensuadas: cuando hago ejercicio me siento activada(o), lleno(a) de energía, también experimento una sensación de bienestar y me siento alegre; me relajo y libero tensión, me siento mejor. Para el caso de las mujeres, se escuchó con frecuencia la frase: me siento más bonita cuando hago ejercicio. Finalmente, la mayoría de los entrevistados manifestaron que por medio del ejercicio físico habían aumentado la cantidad de amigos(as), de manera que sus posibilidades de reconocimiento y apoyo social eran mejores. Estos resultados coinciden con los reportados por Mostoly y Zaichkowsky (2002) y Sánchez (1996), quienes sostienen que la actividad deportiva representa una alternativa fundamental para el equilibrio psicofísico del ser humano, sobre todo, en estos días cargados de factores ansiógenos. En criterio de estos autores, la actividad deportiva se correlaciona con un aumento en la sensación psicológica de bienestar, mejorías importantes en el estado anímico, una mejor autoestima, niveles reducidos de ansiedad y síntomas depresivos, un aumento en la operatividad motriz, lo que tiene repercusiones en las posibilidades de interacción con el entorno social, incidiendo así de manera positiva en la capacidad de comunicación e interacción. Asimismo, se correlaciona con la actividad deportiva, la consolidación de valores y actitudes, entre los que podemos destacar, el autocontrol emocional, el desarrollo de la voluntad para realizar esfuerzos, la disciplina y la superación. Las posibilidades de interacción del individuo se ven mejoradas, en la medida en que se adquieren nuevas pautas de conducta y relaciones positivas encaminadas a la cooperación, la amistad y la prosocialidad, es decir, se ayuda a las personas a salir del egocentrismo, a socializar y se promueve la socioempatía, con base en una comunicación más profunda.

Finalmente, es importante señalar que, en cuanto a las posibilidades terapéuticas de la práctica deportiva en relación con la depresión, la mayoría de los estudios nos refieren períodos de ejercicio de al menos 10 semanas, con frecuencia semanal mínima de 3 veces, sesiones de 45 minutos cada vez e intensidades que comprometan entre un 60 y 70% de la capacidad de consumo máximo de oxígeno de la persona.

El recuento hecho nos muestra que, a pesar de que se necesita más evidencia empírica, existe consenso en cuanto a que la actividad deportiva representa una alternativa invaluable en el tratamiento de patologías como la depresión.

### 1.3 Del estado de ánimo

Es relativamente difícil diferenciar los conceptos ánimo y emoción. En todo caso, los estados anímicos son tratados como una subcategoría de las emociones. Son de naturaleza inespecífica y con frecuencia ni siquiera son percibidos por las personas. Brehm (1998b, p. 201) define los estados anímicos como un fenómeno de segundo plano, a los cuales se les brinda poca o ninguna atención, por ejemplo, la depresión, la tensión, el entusiasmo, la tranquilidad, el enojo. Diferentes son las sensaciones o emociones fuertes, verbigracia, la ira, la furia, la rabia, el asco, la culpa, el miedo y la tristeza. Estos sentimientos son de mayor duración y la calidad de la vivencia no está vinculada con una situación particular (Biddle, 2000, p. 66). Sin embargo, es preciso asentar que una clara distinción entre sensaciones y emociones es difícil.

En el contexto deportivo encontramos una gran cantidad de estudios que se han ocupado de esta temática

(Alfermann & Stoll, 1996; Berger, 1996; Brehm, 1998a, 1998b; Schlicht, 1995a; McDonald & Hodgdon, 1991). Un vistazo general nos lo brinda Biddle (2000). Este autor reporta los siguientes resultados como inobjetable:

- La actividad deportiva de naturaleza aeróbica ejerce efectos positivos ligeros en la reducción de la vivencia del enojo y efectos débiles hasta medianamente fuertes sobre la vivencia de tensión, la vitalidad y el agotamiento, así como sobre la sensación de confusión.
- Por el contrario, se encuentran efectos positivos de mediana hasta fuerte intensidad sobre el estado anímico, sobre todo, cuando la actividad que se practica tiene temas relacionados con el rendimiento, es decir, cuando se trate de tareas que impliquen el mejoramiento personal y esfuerzo por dominar la tarea en cuestión (Biddle, 2000, p. 86).

Siguiendo los argumentos de Brehm (1998a, 1998b), la práctica deportiva aporta de dos maneras en la mejoría del estado anímico. Primero, al ejercer un efecto de equilibrio y segundo, al ejercer un efecto desequilibrador. Como equilibrio entiende el autor, la reducción de la intensidad de sensaciones negativas (enojo) y el aumento en la intensidad de sensaciones positivas (tranquilidad). Este efecto equilibrador reporta Brehm (1998a, p. 40) haberlo observado en un 75% de los casos en practicantes de actividad deportiva. Por el contrario, nos encontramos con un efecto de desequilibrio, cuando se trata de actividades deportivas competitivas. Independientemente de cómo finalice una competencia deportiva, normalmente aumentan los aspectos relacionados con el estado anímico —tensión y activación— y, después se vienen abajo, para conseguir nuevamente el equilibrio (tranquilidad, armonía). Otros aspectos

del estado anímico son dependientes de cómo termine la competencia. Por ejemplo, si el juego se perdió, pueden aumentar el enojo, la depresión, la frustración, el desgano, la desmotivación. La ventaja que ofrece una concepción multidimensional en el análisis del estado anímico está en que se puede recoger la complejidad y la dinámica de la calidad de la vivencia anímica y relacionarla con tipos de acciones deportivas (Brehm, 1998b).

Asimismo, Moses, Steptoe, Mathews y Edwards (1989) diseñaron un estudio para determinar el efecto de la actividad deportiva sobre el bienestar mental de un grupo de 94 personas no clasificadas como casos clínicos. Las personas fueron asignadas al azar a tres distintos grupos con intensidades de trabajo aeróbico diferentes: entre el 70-75% de la frecuencia cardíaca máxima (FCM), denominado trabajo intenso, un 60% de la FCM-moderado y un grupo control que trabajó estiramiento. El programa tuvo una duración de 10 semanas y se trabajó 3 veces por semana. Los resultados mostraron las mayores ganancias fisiológicas en el grupo que trabajó con la mayor intensidad, sin embargo, las mayores ganancias psicológicas las mostró el grupo que trabajó intensidades moderadas. Asimismo, este grupo en comparación con los otros, mostró un aumento significativo en la percepción de habilidad y reducciones importantes en los valores correspondientes a la escala tensión-ansiedad del Perfil de Estados Emocionales (POMS).

De acuerdo con Mutrie et al. (1991), las personas que hacen actividad deportiva reportan sentirse mejor. Por lo que podría argumentarse que la actividad deportiva le ayuda a las personas a lidiar con la cotidianidad y con las fluctuaciones anímicas asociadas a la misma. Sobre todo, las actividades deportivas de mediana intensidad parecen correla-

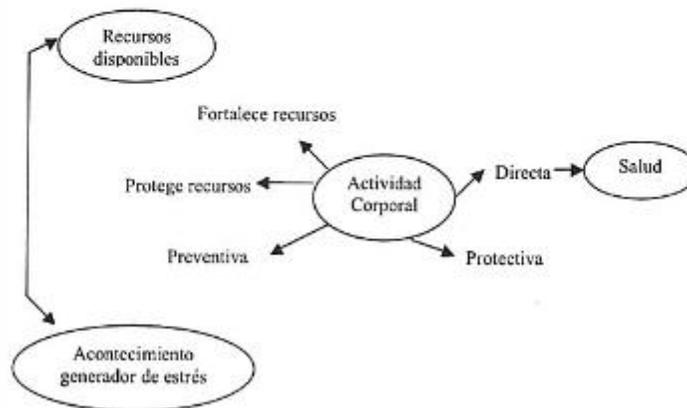
cionarse, de acuerdo con Abele y Brehm (1992), con la promoción del equilibrio psicofísico, lo que favorece estados de ánimo positivos.

#### 1.4 De la regulación del estrés

El estrés aparece siempre que las exigencias internas y/o externas superen las posibilidades adaptativas o los recursos del individuo (Lazarus & Folkman, 1987). Si la situación de estrés permanece por largo tiempo y la persona no tiene las estrategias de afrontamiento adecuadas, entonces aumenta la probabilidad de la enfermedad (Taylor, 1995). Asimismo, los efectos del estrés pueden manifestarse a nivel somático-fisiológico, por ejemplo, en un aumento de la frecuencia cardíaca, un aumento de la presión arterial, una secreción aumentada de adrenalina y otras hormonas propias del estrés. A nivel psíquico, se puede experimentar tanto en lo emocional (tensión, frustración, cansancio, monotonía) como en lo cognitivo (falta de concentración, problemas para razonar, para sintetizar, vincular ideas). A nivel de comportamiento, tendríamos manifestaciones, tanto en lo individual como en lo social. A nivel individual se puede experimentar bajas en el rendimiento, pérdida de la concentración, errores, problemas de coordinación. En lo social, se puede asociar a la vivencia del estrés con conflictos, agresiones y aislamiento. De manera que la vivencia de estrés compromete no solo los procesos biológicos, sino también los procesos psicológicos y sociales (Allmer, 1996, p. 72).

Se asume que la actividad deportiva juega un rol importante en el contexto del juego entre exigencias percibidas y recursos disponibles (Dishman & Jackson, 2000). Fuchs, Hahn y Schwarzer (1994) señalan 5 formas potenciales por las que la práctica deportiva puede tener efectos

importantes en la relación estrés-salud: directos, protectivos, preventivos, protector de recursos y reforzador de recursos (esquema).



El efecto directo se refiere a la influencia que tiene la práctica deportiva sobre la salud mental y social, independientemente, de si la persona está o no bajo estrés. Se habla de un efecto de protección cuando la actividad deportiva contribuye a reducir las consecuencias que acontecimientos estresantes crónicos puedan tener sobre la salud. Este efecto es también conocido como efecto amortiguador (*Puffer-Effekt*) (Kaluzka, Keller & Basler, 2001). Contrario al efecto de protección, el valor preventivo de la actividad deportiva se entiende en el proceso mismo de la aparición del estrés. La actividad deportiva cumple, en este contexto, la función de reducir la probabilidad de aparición de acontecimientos potencialmente estresantes, por ejemplo, los que practican deporte experimentan menos la soledad (Fuchs, 1995). También, el efecto reforzador de recursos se localiza en el origen del estrés. Aquí tendríamos el caso, por ejemplo, cuando producto de la actividad deportiva se induce un

reforzamiento de la sensación de auto-valía (Alfermann & Stoll, 1996), de manera que se incide positivamente en la salud. El disponer de recursos es fundamental para la salud, en la medida en que, en la confrontación de acontecimientos estresantes, se dispone de posibilidades de acción que pueden favorecer el afrontamiento y en consecuencia la salud. Finalmente, la actividad deportiva puede tener efecto protector de los recursos saludables que la persona en sí posea. En este sentido, se supone que la actividad deportiva protege los recursos personales (de importancia relevante, el autovalor, la autoconvicción o autoeficacia y el optimismo); ante los posibles efectos que la vivencia crónica de estrés pueda tener (Fuchs, Hahn & Schwarzer, 1994, p. 74). Brinkhoff (2000) agrega una sexta forma de efecto producido por la actividad deportiva, a decir, el valor retroalimentador. La persona recibe información sobre sus fortalezas y debilidades, lo que la estimula para preocuparse y ocuparse de su salud.

## 1.5 De la ansiedad

En relación con el tema de la ansiedad, el primero en reportar el uso del ejercicio físico en el tratamiento de desórdenes de esta naturaleza fue el psiquiatra británico Orwin (1974), quien utilizó la actividad deportiva en el tratamiento de fobias. Orwin pedía a sus pacientes correr hasta casi estar exhaustos, antes de ser expuestos a estímulos que provocaran estrés. Orwin sostenía la hipótesis de que la excitación autonómica producida por el ejercicio inhibía la ansiedad situacional. Los resultados reportados por Orwin mostraron éxito en el tratamiento de 8 pacientes con agorafobia y un paciente con fobia simple.

La mayoría de los estudios, en relación con los efectos agudos del ejercicio, se refieren a la reducción de estados de

ansiedad. Así, cuando los investigadores se refieren a los efectos tranquilizantes del ejercicio sobre la ansiedad, normalmente se está pensando en la ansiedad somática no cognitiva. Recientemente algunas revisiones de literatura usando la técnica estadística del metaanálisis (Long & Stavel, 1995; McDonald & Hodgdon, 1991; Petruzzello, Landers, Hatfield, Kubitz & Salazar (1991), así como las revisiones narrativas realizadas por Mutrie y Biddle (1995), muestran en general consenso en cuanto que la actividad deportiva tiene efectos positivos en la reducción de la ansiedad.

Otros estudios con poblaciones caracterizadas por problemas ansiógenos de orden no clínico, han mostrado que las intervenciones basadas en la actividad deportiva se asocian de manera significativa con reducciones en los estados de ansiedad actuales y probablemente en la ansiedad rasgo (Morgan & Goldston, 1987), así como también en reducciones de la tensión neuromuscular.

Sin duda alguna, la actividad deportiva representa un recurso valioso al que se puede echar mano cuando se quiera superar estados de estrés biopsicosociales (Allmer, 1996, p. 106). Este mismo autor explica los efectos de la actividad deportiva sobre la vivencia del estrés de la siguiente manera: Primero, porque por medio de la actividad deportiva se mejora la condición física general de la persona, lo que podría asociarse con un cambio positivo de la autopercepción, además de que la práctica deportiva le permite a la persona tomar distancia de los acontecimientos propios de la cotidianidad. Aunque es claro que para lograr efectos positivos, es preciso agregarle a la actividad deportiva la intencionalidad particular, en este caso, la reducción del estrés.

Martinsen et al. (1989) dieron seguimiento a pacientes con desórdenes ansiógenos durante 8 semanas, quienes tenían un tratamiento basado en la actividad deportiva aeróbica diaria. Durante el tiempo en que los pacientes estuvieron hospitalizados los valores promedio en ansiedad se redujeron significativamente. Asimismo, Martinsen, Hoffart y Solberg (1989) estudiaron a 79 pacientes con desórdenes y ansiedad. Los sujetos fueron asignados aleatoriamente a dos grupos: trote y caminata rápida y ejercicio no aeróbico, entrenamiento de la fuerza, relajación y flexibilidad, una hora cada sesión, tres veces por semana y durante 8 semanas. Los pacientes reportaron reducciones significativas en los valores ansiedad. No se encontraron diferencias significativas entre los grupos.

En este mismo sentido, Stephens (1988) concluyó que el nivel de actividad deportiva que se realiza en el tiempo libre, se asocia de manera positiva con la sensación general de bienestar y estados de ánimo positivos y con reducciones importantes en escores depresión y ansiedad. Estas relaciones fueron reportadas por Stephens en cuatro encuestas realizadas a lo largo de 10 años y se comprobó tanto para jóvenes como para hombres y mujeres adultas y adultos mayores. Especialmente fuerte fueron las relaciones en el caso de las mujeres y de los adultos mayores.

## 1.6 Del temor o miedo

El temor es un estado desagradable que se presenta siempre que se percibe una situación o acontecimiento como amenazante (Schwarzer, 1993, p. 89). En esta vivencia del temor podemos distinguir dos componentes básicos: el cognitivo y el somático. El componente cognitivo del miedo abarca pensamientos como la preocupación y la auto-duda. Los

componentes somáticos se manifiestan en reacciones fisiológicas típicas del nerviosismo y de la alteración del pulso, sudoración y tensión muscular. En la investigación sobre la temática miedo/temor, se distingue también entre miedo como estado y miedo como rasgo. En el primero de los casos, se trata de la reacción momentánea de temor que origina una situación. En el otro de los casos, tenemos una disposición generalizada de la persona a comportarse de manera temerosa y con miedo. Estas personas tienden a valorar las situaciones como amenazantes y en consecuencia a reaccionar con temor.

El temor es una reacción humana natural ante situaciones reales o imaginarias asociadas con el peligro. De nuevo, se presenta la dificultad de diferenciar entre temor razonable y temor de orden clínico. Un papel importante juegan aquí la cantidad y la intensidad de los síntomas, el nivel de sufrimiento de la persona y la forma en que la vida diaria se vea afectada. Entre los problemas de temor clínicos tenemos: la agorafobia (temor a los grandes espacios abiertos), el síndrome de pánico, el problema de miedo generalizado, así como las fobias específicas y de orden social (Reineker, 1994). Aquí también encontramos criterios de identificación en el Manual de la Asociación Americana de Psiquiatría y en el ICD-10 de la Organización Mundial de la Salud.

En el contexto deportivo y cuando se trata de identificar los efectos de la práctica deportiva sobre el temor, se distingue entre efectos actuales o agudos y crónicos (Fuchs, 2003, p. 91). Sin embargo, el efecto que más se ha investigado es el de naturaleza aguda.

En este contexto encontramos revisiones particularmente extensas en Landers y Arent (2001) y Taylor (2000).

La generalidad de los resultados reportados se asocia con reducciones importantes en el temor estado (O'Connor, Ranglin & Martinsen, 2000, p. 148).

En estudios realizados por Petruzzello (1995) se llegó a la siguiente conclusión: La actividad deportiva que se desarrolle por largo tiempo, tiene efectos positivos sobre el temor estado y esto corresponde tanto a las actividades aeróbicas como anaeróbicas. Sin embargo, para Schlicht (1995), los efectos de la actividad deportiva sobre el temor rasgo solo se asocian, a lo sumo, en el caso de personas con edades entre los 30 y 50 años. Aunque todavía haya controversia sobre estos resultados, autores como Landers y Arent (2001), Ranglin (1997), Taylor (2000) y Weinberg y Gould (1999), son optimistas en cuanto a los efectos que tiene la actividad deportiva sobre el temor rasgo. Brooks et al. (1998) concluyen afirmando que la actividad deportiva, juega como estrategia adjunta a la farmacológica, un papel importante en el tratamiento de los problemas de miedo clínico.

### 1.7 De la autoeficacia y capacidad cognitiva

Uno de los aspectos de la función psicológica asociados con la actividad deportiva es el de la *autoeficacia*, componente fundamental de la teoría cognitivo-social desarrollada por Bandura (2000). La teoría en cuestión, destaca el rol de la percepción individual en la realización de una tarea. De manera que la eficacia y el control personal pueden ser definidos como la habilidad percibida para realizar una acción. Bandura (2000) se refiere a cuatro áreas de la persona que se pueden ver influenciadas por la autoconvicción y que inciden directamente sobre su comportamiento y vivencias. Se trata de procesos selectivos, cognitivos, emocionales y motivacionales.

En este contexto, Bund (2001, p. 48) opina que las personas con una alta autoeficacia se sienten atraídas por situaciones y actividades que exigen esfuerzo. Asimismo, las personas con una alta autoeficacia anticipan el éxito, mientras que las personas con una baja autoeficacia solo esperan el fracaso como escenario. De igual manera, las personas con alta autoeficacia atribuyen el fracaso al poco esfuerzo o a las condiciones inadecuadas, por el contrario, las personas con un bajo nivel de autoconvicción atribuyen el fracaso a la falta de habilidades y al poco talento.

Por otra parte, las personas con un bajo grado de autoeficacia sienten no poder controlar las situaciones estresantes de manera efectiva y como consecuencia de ello experimentan más estrés. De igual forma, las personas con bajo nivel de autoeficacia, en comparación con las personas con alta autoeficacia, tienden a vivir con mucha más intensidad emociones vinculadas a las atribuciones causales como duda, resignación y desesperanza. Asimismo, un alto nivel de autoeficacia influye de manera significativa y positiva, sobre los procesos motivacionales y volitivos, en razón de lo positivo de las emociones acompañantes del proceso motivacional (Allmer, 1997).

Aunque las experiencias positivas no basten para explicar un alto nivel de autoeficacia (Schwarzer, 1993), sí representan una condición fundamental para el logro de una autoeficacia positiva (Schneider, 2003, p. 36; Fisk & Warr, 1996; Harrison y otros, 1997). De manera que podemos esperar que el logro de buenos rendimientos, por un lado, se explica como producto de una buena autoconvicción. Por otro lado, y de manera recíproca, fortalece la constancia, la estabilidad y la calidad de la autoeficacia. En este mismo sentido, Bandura (1997) y Bund (2001) son del criterio que

para lograr una autoeficacia robusta, es preciso superar dificultades y limitaciones a partir del propio esfuerzo y con éxito. Sin duda alguna, estamos ante un factor fundamental a la hora de promover cualquier intervención.

El trabajo realizado por Schneider (2003, p. 224), permitió llegar a concluir que el desarrollo de la capacidad de rendimiento por medio de la actividad deportiva, efectivamente tiene efectos importantes sobre el fortalecimiento de la autoeficacia y que el nivel de partida relacionado con la autoeficacia no juega un rol determinante. Es decir que independientemente de los niveles de autoconvicción con que se inicie un programa de actividad deportiva, si se desarrolla de manera que se facilite el despliegue del esfuerzo y el éxito, obtendremos al final grados superiores de autoeficacia.

Tsutsumi, Don, Zaichkowsky y Delizonna (1997) estudiaron las respuestas de adaptación psicológicas después de 12 semanas de un trabajo de fuerza con mujeres adultas mayores (68 años en promedio), sedentarias pero saludables. Se valoró el efecto de un entrenamiento progresivo de fuerza desde moderado hasta intenso (55-85% 1RM), sobre aspectos como: composición corporal, estado anímico y autoeficacia. Después de las 12 semanas de intervención el grupo de adultas mayores mostró mejorías importantes en fuerza muscular, estado anímico, reducción de la ansiedad y fortalecimiento de la autoeficacia. Los autores suponen que, como el entrenamiento de fuerza induce mejoras en fortaleza corporal, la percepción de control en la ejecución de tareas de naturaleza física aumenta, lo que se asocia con una mayor confianza en sus propias capacidades y consecuentemente en una mayor autoeficacia.

**Dimensión cognitiva:** En cuanto a los efectos de la actividad deportiva sobre la capacidad cognoscitiva, los reportes de un grupo de corredores entrevistados por Mutrie y Knill-Jones (1986) sugieren que después de correr, ellos piensan con más claridad. Lo que nos permite suponer que correr o cualquier otra actividad deportiva puede tener efectos positivos sobre el funcionamiento cognitivo. El término funcionamiento cognitivo abarca una serie de tareas que pueden ir desde tiempo de reacción hasta el procesamiento complejo de información. Por ejemplo, la investigación en el área del desarrollo perceptual motor, sugiere que el desarrollo temprano de la psicomotricidad y del control neuromuscular puede jugar un papel importante en el rendimiento académico de los niños. El incremento en la irrigación sanguínea cerebral ha sido documentado y podría estar asociada con el funcionamiento cognitivo. De manera similar, el aumento de la irrigación sanguínea en la zona prefrontal somatosensorial y primeramente en la corteza cerebral (Williams, 1986).

En este mismo sentido, Eisenburger et al. (2000) argumentan que la actividad corporal estimula la habilidad mental. Las personas que hacen actividad física favorecen la irrigación sanguínea del cerebro y logran así mejores condiciones para la ejecución de cualquier tarea. Tan valiosos son los movimientos que implican la motricidad fina como la gruesa. De manera tal que se puede hablar tanto de habilidad mental como corporal (Eisenburger et al. 2000, p. 6). En términos generales, la actividad deportiva fortalece la autoconfianza, así como la habilidad corporal y mental, la alegría por la vida y el interés por el mundo.

En una investigación realizada por Fischer, Weidenhammer y Lehl (1986, 62-63) en la que se indujo la

ocupación intensa de un brazo, se pudo determinar un aumento de un 30% en la respectiva zona cerebral, así como un aumento general de la irrigación sanguínea. Desde el punto de vista psicológico, se pudo también determinar un aumento significativo en la capacidad de almacenaje de información a corto plazo (vgl. Baumann, 1992, p. 85; Meusel, 1999, p. 82). Estos resultados nos indican que, actividades corporales desde ligeras hasta medianamente intensas, favorecen la elaboración central de información en el cerebro, lo que se asocia con un mejor rendimiento de la memoria. Esto se explica a partir del aumento de irrigación sanguínea del cerebro al hacer actividad física. Al respecto, Meusel (1996, p. 69) afirma sin reserva alguna que la actividad corporal es una de las medidas más efectivas para favorecer la capacidad de rendimiento del sistema nervioso central en el período de adultez mayor.

### 1.8 Del autoconcepto corporal

Cada persona tiene una relación muy particular con su propio cuerpo, aunque en muy pocas ocasiones exista conciencia del mismo. Esta vinculación entre persona y cuerpo se manifiesta fundamentalmente de dos formas, primero, porque el cuerpo es condición fundamental para existir y segundo, porque es el punto de enlace entre el Yo y el medio (Rega, 2001, p. 43). Es mediante la interacción entre cuerpo (persona) y medio que se acumulan las experiencias que son fundamento para continuar desarrollándose. En este sentido, el cuerpo se experimenta como objeto y como sujeto. Como sujeto el cuerpo pertenece de manera indisoluble a la personalidad y a sí mismo; mientras que como objeto, es un fenómeno separado que puede ser modificado y manipulado desde fuera (Mrazek, 1996).

Un cuerpo saludable que funcione sin problemas, es aceptado sencillamente como tal. Se cuida, se valora como atractivo, aunque rara vez se le preste atención. Normalmente, solo se adquiere conciencia real sobre el cuerpo cuando está enfermo, cuando no se alcanza un rendimiento o cuando hay presencia de dolor (Rittner, 1999). Aunque existan varios conceptos en relación con este tema, por ejemplo, esquema corporal, imagen corporal, entre otros, el más inclusivo y claro parece ser el de concepto corporal, bajo el cual los otros conceptos están subordinados (Rega, 2001, p. 44; Alfermann, 1998).

El concepto corporal es entendido como parte del autoconcepto. Se forma a partir de las imágenes relacionadas con el cuerpo, las que no están en relación con hechos reales. Por otro lado, contiene imágenes positivas y negativas sobre el propio cuerpo y sobre los planes de acción relacionados con el propio cuerpo, por ejemplo, la suposición de que al practicar deporte se actúa de manera saludable (Alfermann, 1998).

El autoconcepto como instancia superior, representa una teoría ingenua del Yo, la que conforme la edad, se diferencia más y más y le permite al individuo un intercambio con el medio más controlado. Contiene todo lo que corresponde a la persona, características, comportamientos, juicios, valoraciones (Mrazek, 1996). La construcción del autoconcepto se da a partir de un proceso activo y se erige sobre la base de las interpretaciones propias y de la retroalimentación que se recibe del medio. De manera que podríamos perfectamente suponer que la actividad deportiva podría tener una influencia importante sobre la construcción del autoconcepto (Rega, 2001, p. 44).



Fox y Corbin en Alfermann (1998, p. 213) nos proponen un modelo hipotético del autoconcepto corporal en el que se incluyen distintos elementos.

De manera que la construcción del autoconcepto corresponde a una estructura jerárquica en cuya cúspide encontramos la autovaloración global, seguida en orden descendente por la autovaloración física, que está conformada por 4 instancias inferiores: la competencia deportiva, la atractividad física, la fuerza física y la condición física. Como podemos observar, la parte física del autoconcepto se fundamenta en habilidades motoras y en la percepción de la atractividad (Rega, 2001, p. 45).

**Concepto corporal y salud:** Las modificaciones corporales inducidas por enfermedad, embarazo, operaciones, etc., pueden cambiar el concepto corporal momentáneamente o por largo tiempo, al igual que cualquier otra área del autoconcepto general (Rega, 2001, p. 47). Asimismo, el autoconcepto general y el autoconcepto corporal influyen en el origen y mantenimiento de la salud y de la enfermedad. Un ejemplo de que esa influencia no siempre es positiva nos lo muestran los casos de bulimia, los que se atribuyen a un autoconcepto distorsionado, o bien, a una también distor-

sionada sensación de valor propio. Con base en Opper (1998, p. 65) entre más atención se le preste al cuerpo, más tensión se genera y más preocupación existe en cuanto a si esto o aquello será bueno o no, de manera que se declara una pequeña guerra contra el cuerpo.

Una ocupación exagerada con el propio cuerpo, así como una despreocupación extrema, tienen efectos negativos sobre la salud, debido a que, por ejemplo, las señales del cuerpo, como el síndrome de agotamiento o los dolores de pecho propios de una angina, no son percatados o son reprimidos (Rega, 2001, p. 47).

Estudios realizados por Alfermann (1998) nos muestran que la imagen que tengamos de nosotros mismos, no solo juega un papel importante en nuestra vida, sino que también, influencia decididamente la salud psíquica de las personas. En este sentido, la imagen que tengamos de nosotros mismos, podemos entenderla como un factor salud. En criterio de esta autora, las personas que tienen un alto valor de sí mismas son más estables psíquicamente y tienden a padecer mucho menos de problemas psicosomáticos.

En otras investigaciones realizadas por Brehm (1998), se nos afirma que por medio de la actividad deportiva se pueden inducir cambios favorables en el concepto corporal. Esto se asocia con el logro de una mayor confianza en el propio cuerpo y en las posibilidades del mismo en su relación con el medio. Claro está que una condición fundamental es que la actividad deportiva se convierta en parte del estilo de vida de la persona. En este mismo sentido, se reporta una serie de efectos positivos relacionados con el autoconcepto y la actividad deportiva. Entre ellos: se mejora la autovaloración y autorrealización, se adquiere un mayor autocontrol, se reduce el neuroticismo y la introversión, se favorece el

aprendizaje social, la cooperación, la aceptación de reglas, la solución de conflictos, la expresión y vivencia de emociones y se mejora la sensación de bienestar. De manera que podemos suponer un efecto positivo de la actividad deportiva sobre la salud, sobre todo, cuando esta se practique durante largos períodos de tiempo y como anotamos arriba, se convierta en parte del estilo de vida de las personas (Rega, 2001).

Haag (1997, p. 175) esquematiza la experiencia corporal como se muestra en el cuadro de la página siguiente.

Se trata, por supuesto, de un intento por estructurar la totalidad de la complejidad relacionada con la experiencia corporal. Sin duda alguna, la estructura propuesta facilita la ubicación de la actividad deportiva como una alternativa en procura de fortalecer las distintas dimensiones del concepto corporal.

## Conclusiones

La serie de hipótesis y argumentos expuestos, nos permiten entender que la actividad deportiva representa una de las alternativas más importantes para promover estilos de vida saludables y, consecuentemente, para hacer que las personas tengan una mejor calidad de vida. Los alcances que la actividad deportiva tiene en la dimensión psicosomática y social son inobjectables. Incluso, podríamos aventurarnos a afirmar que, en el contexto de la promoción del desarrollo humano, la actividad deportiva juega un papel fundamental. Con este marco referencial, el reclamo generalizado debe orientarse hacia las instancias políticas con poder decisorio, de manera que se definan acciones inmediatas en procura de la reconquista de una cultura psicosomática saludable. ¡Qué mejor forma de aportar desde

### Experiencia Corporal

Totalidad de experiencias logradas con el propio cuerpo en el transcurso del desarrollo individual y social, que son de orden cognitivo y afectivo y pueden ser de naturaleza consciente o inconsciente

#### Esquema corporal

Parte neurofisiológica de la experiencia corporal. Incluye los rendimientos del propio cuerpo de la persona en lo perceptivo y cognitivo

#### Orientación corporal:

La orientación en y dentro del propio cuerpo con ayuda de receptores internos y externos, especialmente la percepción kinestésica (esquema corporal en sentido estricto).

#### Extensión corporal:

Apreciación de grandes relaciones así como de la extensión del propio cuerpo en el espacio físico.

#### Reconocimiento del cuerpo:

Conocimiento de hecho del propio cuerpo, constitución, funciones, lateralidad.

#### Imagen corporal

La parte psicofenomenológica de la experiencia corporal. Incluye todos los rendimientos emocionales y afectivos de la persona en relación con el propio cuerpo

#### Conciencia corporal:

Representación psíquica del propio cuerpo o de las partes del cuerpo en la conciencia de la persona, o bien, de las partes hacia las cuales esté orientada la atención de la persona.

#### Límites corporales:

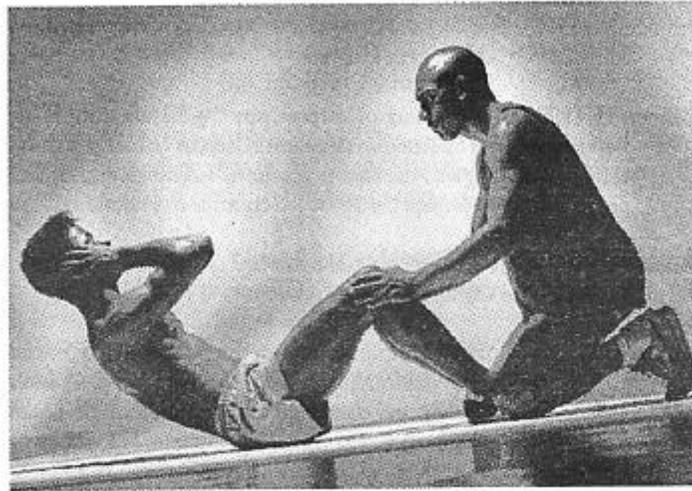
La vivencia de las fronteras del cuerpo, es decir, la vivencia del propio cuerpo como el límite o frontera con el medio.

#### Actitud corporal:

Totalidad de las actitudes dirigidas hacia el propio cuerpo, especialmente de insatisfacción con el propio cuerpo.



las ciencias del movimiento humano al desarrollo de nuestra sociedad, al logro de estados de bienestar superiores!



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abele, A. & Brehm, T. (1991). "Sportliche Aktivität und Wohlbefinden". In A. Abele & P. Becker (Hrsg.), *Wohlbefinden: Theorie – Empirie – Diagnostik*. Weinheim: Juventa, 279-296.
- Abele, A. & Brehm, W. (1992). "Mood effects of exercise versus sports games: Findings and implications for well-being and health". In S. Maes, H. Leventhal & M. Johnston (eds.), *International Review of health psychology* (vol. 2, pp. 53-80). Chichester, England: Wiley.
- Alfermann, D. (1998). "Selbstkonzept und Körperkonzept". In K. Bös & W. Brehm (Hrsg.), *Gesundheitssport: Ein Handbuch* (pp. 212-221). Schorndorf: Hofmann.
- Alfermann, D. & Stoll, O. (1996). "Befindlichkeitsveränderungen nach sportlicher Aktivität". *Sportwissenschaft*, 26, 406-424.
- Allmer, H. (1997). "Psychosoziale Effekte sportlicher Aktivität mit Älteren. Zwischen Wunschdenken und empirischer Realität". In H. Baumann & M. Leye (Hrsg.), *Sport im Dialog – Bewegung und Sport mit älteren Menschen*. Aachen: Meyer und Meyer, 27-42.

- Allmer, H. (1996). *Erholung und Gesundheit: Grundlagen, Ergebnisse und Massnahmen*. Göttingen: Hogrefe.
- Allmer, H. (1998). "Mens sana in corpore sano" – "Zauberformel für Bewegungs- und Sportaktivitäten mit Älteren?" In H. Mechling (Hrsg.), *Training im Alterssport: Sportliche Leistungsfähigkeit und fitness im Alternsprocess* (S. 39-50). Schorndorf: Hofmann.
- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman and Company.
- Bandura, A. (2000). "Health promotion from the perspective of Social Cognitive Theory". In P. Norman, C. Abraham & M. Conner (eds.), *Understanding and changing health behavior. From health beliefs to self regulation* (pp. 299-339). Amsterdam, N.L.: Harwood Academic Publishers.
- Bandura, A. (1995). "Comments on the crusade against the causal efficacy of human thought". *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 26, 179-190.
- Baumann, H. (1992). "Motorische Lernfähigkeit – limitierende Faktoren im Überblick". In Baumann, K. (Hrsg.), *Altern und körperliches training*. 1 Aufl. Bern: Huber.
- Becker, P. (1994). "Theoretische Grundlagen". In A. Abele & P. Becker (Hrsg.), *Wohlbefinden: Theorie, Empirie, Diagnostik* (S. 13-51). Weinheim: Juventa.
- Becker, E. & Mayer, M. (1991). "Jugendliches Altern. Zur Ambivalenz von Altern und Bewegung". In *Brennpunkte der Sportwissenschaft*, 5, (1), 50-74.
- Beran, J. (1986). Exercise and Elderly: Observations on a functioning Program. In B.D. McPherson (ed.), *Sport and Aging* (117-123). Champaign, Ill: Human Kinetics.
- Berger, B. (1996). "Psychological benefits of an active lifestyle: What we know and what we need to know". *Quest*, 48, 330-353.

- Biddle, S. (2000). "Emotion, mood and physical activity". In S. Biddle, K. Fox & S. Boutcher (eds.), *Physical activity and psychological well being* (pp. 63-87). London: Routledge.
- Brehm, W. (1998a). "Sportliche Aktivität und psychische Gesundheit". In K. Bös & W. Brehm (Hrsg.), *Gesundheitssport: Ein Handbuch* (S. 33-43). Schorndorf: Hofmann.
- Brehm, W. (1998b). "Stimmung und Stimmungsmanagement". In K. Bös & W. Brehm (Hg.), *Gesundheitssport. Ein Handbuch* (pp. 201-211). Schorndorf: Hofmann.
- Bös, K. & Brehm, W. (1998). *Gesundheitssport. Ein Handbuch*. Schorndorf: Hofmann.
- Brooks, A., Bundelow, B., Pebrum, G. & George, A. (1998). "Comparison of aerobic exercise, clomipramine, and placebo in the treatment of panic disorders". *American Journal of Psychiatry*, 155, 603-609.
- Bund, A. (2001). *Selbstvertrauen und Bewegungslernen: Studien zur Bedeutung elbstbezogener Kognitionen für das Erleben (sport-) motorischer Fertigkeiten*. Schorndorf: Hofmann.
- Camacho, T. C., Roberts, R. E., Lazarus, N. B., Kaplan, G. A. & Cohen, R. D. (1991). "Physical activity and depression: Evidence from the Alameda County Study". *American Journal of Epidemiology*, 134, 220-231.
- Dishman, R. K. & Jackson, E. M. (2000). "Exercise, fitness, and stress". *International Journal of Sport Psychology*, 31, 175-203.
- Doyne, E. J., Ossip-Klein, D. J., Bowman, E. D., Osborn, K. M., McDougall-Wilson, I. B. & Neimeyer, R. A. (1987). "Running versus weight lifting in the treatment of depression". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 748-754.
- Doyne, E. J., Chambless, D. L. & Beutler, L. E. (1983). "Aerobic exercise as a treatment for depression in women". *Behavior Therapy*, 14, 434-440.

- Dubbert, P. M., Martin, J. E. & Epstein, L. H. (1986). "Exercise". In: K. A. Holroyd & T. L. Cr  er (Eds.), *Self Management and chronic disease*. Orlando: Academic Press, Inc.
- Dunn, A. et al. (2001). "Physical activity dose-responses effects on outcomes of depression and anxiety". *Medicine and Science in Sports and Exercise*. Vol. 33, N   6.
- Eisenburger, K., Graus, U., Circus, H., Hartman, C., Sch  ttler, B. & Schneider, E. (2000). *Bewegungsangebote f  r Hochaltrige-k  rperlich und geistig beweglich bleiben*. Arbeitsmaterialien Shulung, 5-45.
- Fischer, B., Weidenhammer & Lehl, W. (1986). "  ber den Zusammenhang zwischen k  rperlicher und gesitiger Leistungsf  higkeit im Alter". *Geriatrics-Pregeriatrics- Rehabilitation*, Vol. 3, N   3, pp. 55-71.
- Fisk, J. E. & Warr, P. (1996). "Age related impairment in associative learning: The role of anxiety, arousal and learning self efficacy". *Personality and Individual Differences*, 21 (5), 675-686.
- Folkins, C. H. & Sime, W. E. (1981). "Physical fitness training and mental health". *American Psychologist*, 36, 373-389.
- Fox, K. R. (1997). *The physical self. From motivation to well-being*. Champaign, IL: Human Kinetics.
- Frederick, C. & Ryan, R. M. (1993). "Differences in motivation for sport and exercise and their relations with participation and mental health". *Journal of Sport Behavior*, 16 (3), 124-143.
- Freemont, J. & Craighead, L. W. (1987). "Aerobic exercise and cognitive therapy in the treatment of dysphoric moods". *Cognitive Therapy and Research*, 2, 241-251.
- Fuchs, R. (1995). "Einsamkeit und Sportteilnahme". In J. R. Nitsch & H. Allmer (Hg.). *Emotionen im Sport. Zwischen K  rperkultur und Gewalt* (pp. 281-289). K  ln: bps-Verlag.
- Fuchs, R. (2003). *Sport, Gesundheit und Public Health*. G  ttingen: Hogrefe.

- Fuchs, R., Hahn, A. & Schwarzer, R. (1994). "Effekte sportlicher Aktivität auf Selbstwirksamkeitserwartungen und Gesundheit in einer Stressreichen Lebenssituation". *Sportwissenschaft*, 24, 67-81.
- Gotesman, K. C. & Stiles, T. C. (1990, November). "Physical exercise and cognitive vulnerability: A longitudinal study". Paper presented at the annual meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy, San Francisco, CA.
- Grube, O. (1994). "Möglichkeiten und Grenzen des (Schul-)sports". In K. Bös, A. Woll, L. Bösing & G. Huber (Hrsg.), *Gesundheitsförderung in der Gemeinde*. Schorndorf: Hofmann, 20-30.
- Haag, H. (1997). "Körperliche Fitness: Eine neue Konzeptionelle Vorstellung". In H. Baumann & M. Leye (Hrsg.), *Bewegung und Sport mit älteren Menschen* (pp. 160-182). Aachen: Meyer & Meyer.
- Hackfort, D. (1992). "Sportliche Aktivität. Ihre Bedeutung für die Lebensgestaltung und den Lebensstil im Alter". In H. Baumann (Hrsg.), *Altern und körperliches Training* (pp. 149-163). Bern: Huber.
- Harrison, A. W., Rainer, R. K., Hochwarter, W. A. & Thompson, K. R. (1997). "Testing the self-efficacy linkage of social cognitive theory". *Journal of Social Psychology*, 137 (1), 79-87.
- Hautzinger, M. (1998). *Depression*. Göttingen: Hogrefe.
- Huber, G. (1993). "Depression und Sport bei älteren Menschen". In H. Baumann (Hrsg.), *Altern und körperliches Training* (pp. 165-180). Bern: Huber.
- Kaluza, G., Keller, S. & Basler, H. D. (2001). "Beanspruchungsregulation durch Sport?" *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 9, 26-31.
- Klein, M. H., Greist, J. H., Gurman, A. S., Neimeyer, R. A., Lasser, D. P., Blushnell, N. J. & Schmith, R. E. (1985). "A comparative outcome study of group psychotherapy versus exercise treatments for depression". *International Journal of Mental Health*, 13, 148-177.

- Knobloch, J. (2001). *Psychologische Aspekte des Anwendung von Bewegung und Sport in der Rehabilitation*. Schorndorf: Hofmann.
- Landers, D. M. & Arent, S. M. (2001). "Physical and mental health". In R. N. Singer, H. A. Hausenblas & C. M. Janelle (eds.), *Handbook of sport psychology* (pp. 740-765). New York: Wiley.
- Landers, D. (2002). "The influence of Exercise on Mental Health". *Research Digest*, 12.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1987). "Transactional theory and research on emotions and coping". *European Journal of Personality*, 1, 141-169.
- Leith, L. & Taylor, A. (1990). "Psychological aspects of exercise: a decade literature review". *Journal of Sport Behavior*, 13 (4), 219-239.
- Long, B. C. & Stavel, R. V. (1995). "Effects of exercise training on anxiety: A meta-analysis". *Journal of Applied Sport Psychology*, 7, 167-189.
- Mather, A. et al. (2002). "Effects if exercise on depressive symptoms in older adults with poorly responsive depressive disorder". *British Journal of Psychiatry*, 138, 411-415.
- Martinsen, E. (2002). "The role of exercise in the management of depression". In D. Mostofsky & Zaichkowsky (eds.), *Medical and Psychological Aspects of Sports and Exercise* (pp. 205-214). Morgantown: FIT.
- Martinsen, E. W., Hoffart, A. & Solberg, O. (1989). "Comparing aerobic and non aerobic forms of exercise in the treatment of clinical depression: A randomized trial". *Comprehensive Psychiatry*, 30, 324-331.
- Martinsen, E. W., Medhus, A. & Sandvik, L. (1985). "Effects of aerobic exercise on depression: A controlled study". *British Medical Journal*, 291,109.

- Mayring, P. (1991). "Die Erfassung subjektiven Wohlbefindens". In A. Abele & P. Becker (Hrsg.), *Wohlbefinden. Theorie – Empirie – Diagnostik*. Weinheim: Juventa, 51-70.
- McCann, I. L. & Holmes, D. S. (1984). "Influence of aerobic exercise on depression". *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 1142-1147.
- McDonald, D. G. & Hodgdon, J. A. (1991). *Psychological effects of aerobic fitness training*. New York: Springer Verlag.
- McPherson, B.D. (1986). Sport, Health, Well-being and Aging: Some Conceptual and Methodological Issues and Questions for Sport Scientists. In B.D. MCPerson (ed.), *Sport and Aging (2-23)*. Champaign, Ill: Human Kinetics.
- McTeer, W. & Curtis, J. (1993). "Sport and physical activity and subjective well-being: national panel data for de US". *International Review for the sociology of Sport*, 28 (4), 397-414.
- Meusel, H. (1999). *Sport für Ältere: Bewegung-Sportarten-Training. Handbuch für Ärzte, Therapeuten, Sportlehrer und Sportler*. Stuttgart: Schatauer.
- Meusel, H. (1996). *Bewegung, Sport und Gesundheit im Alter*. Weisbaden: Quelle und Meyer.
- Moses, J., Steptoe, A., Mathews, A. & Edwards, S. (1989). "The effects of exercise training on mental well-being in the normal population: A controlled trial". *Journal of Psychosomatic Research*, 33, 47-61.
- Morgan, W. P. & Goldston, S. E. (1987). *Exercise and Mental Health*. New York: Hemisphere.
- Mostolffy D. & Zaichkowsky, L. (2002). *Medical and psychological Aspects of Sport and Exercise*. Morgantown: Fitness Information Technology.
- Mrazek, J. (1996). "Einstellungen zum eigenen Körper – Grundlagen und Befunde". In J. Bielefeld (Hrsg.), *Körpererfahrung. Grundlagen*

*menschlichen Bewegungsverhaltens* (S. 223-251). Göttingen. Hogrefe.

- Mutrie, N. (2000). "The relationship between physical activity and clinically defined depression". In S. Biddle, K. Fox & S. Boutcher (eds.), *Physical activity and psychological well-being* (pp. 46-62). London: Routledge.
- Mutrie, N., Jekkk, M., P. Hughes, A. M., Gilmor, H., Murray, K., Bushy, A., Byrne, M. & MacNaughton, S. (1991). "Characteristics of intending exercisers: Baseline results from a health promotion project". *Journal of Sports Sciences*, 9 (4), 446-447.
- Mutrie, N. & Knill-Jones, R. (1986). "Psychological effects of running: 1984 survey of the Glasgow people's marathon". In J. A. Macgregor & J. A. Moncur (eds.), *Sports and Medicine* (pp. 186-190). London: Spon.
- Mutrie, N. & Biddle, S. (1995). "The Effects of Exercise on Mental Health in Nonclinical Populations". In S. Biddle (ed.), *European Perspectives on Exercise and Sport Psychology*. Champaign, IL: Human Kinetics (pp. 50-70).
- Nitsch, J.R. (2004). Die handlungstheoretische Perspektive: ein Rahmenkonzept für die sportpsychologische Forschung und Intervention. *Zeitschrift für Sportpsychologie* 11 (1), 10-23.
- O'Connor, O. J., Raglin, J. S. & Martinsen, E. W. (2000). "Physical activity, anxiety and anxiety disorders". *International Journal of Sport Psychology*, 31, 136-155.
- Opper, E. (1998). *Sport—ein Instrument zur Gesundheitsförderung für alle?* Aachen: Meyer & Meyer.
- Orwin, A. (1974). "Treatment of situational phobia: A case for running". *British Journal of Psychiatry*, 123, 95-98.
- Paffenbarger, R., Lee, I. & Leung, R. (1994). "Physical activity and personal characteristics associated with depression and suicide in American college men". *Acta Psychiatrica Scandinavica, Supplementum*, 37, 16-22.

- Petruzzello, S. J. (1995). "Does physical exercise reduce anxious emotions? A reply to W. Schlichts meta analysis". *Anxiety, Stress, and Coping*, 8, 353-356.
- Petruzzello, S. J., Landers, D. M., Hatfield, B. D., Kubitz, K. A. & Salazar, W. (1991). "A meta analysis on the anxiety reducing effects of acute and chronic exercise: Outcomes and mechanisms". *Sports Medicine*, 11, 143-182.
- Ranglin, J. S. (1997). "Anxiolytic effects of physical activity". In W. P. Morgan (ed.). *Physical activity and mental health* (pp. 107-126). Washington, D.C.: Taylor and Francis.
- Rega, G. (2001). *Das Salutogenesemodell im Sport: Gesundheitserwartungen in Präventions- und Rehabilitationsgruppen*. Schriftliche Hausarbeit zur Erlangung des Grades Magister Artium der Philosophischen Fakultät der Christian -Albrechts- Universität zu Kiel (no publicado).
- Reimann, H. & Reimann, H. (1983). *Das Alter. Einführung in die Gerontologie*. Stuttgart.
- Reineker, H. (1994). *Lehrbuch der Klinischen Psychologie*. Göttingen: Hogrefe.
- Rittner, V. (1999). "Körper und Identität: Zum Wandeln des individuellen Selbstbeschreibungsvokabulars in der Erlebnisgesellschaft". In H. G. Homfeldt (Hrsg.) *Sozialer Brennpunkt" Körper: körpertheoretische und -praktische Grundlagen für die soziale Arbeit* (S. 104-116). Hohengehren: Schneider.
- Sánchez, F. (1996). *La actividad física orientada hacia la salud*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Schlicht, W. (1995). *Wohlbefinden und Gesundheit durch Sport*. Schorn-dorf: Hofmann.
- Schneider, D. (2003). *Selbstwirksamkeitsveränderungen durch Sport: Eine experimentelle Bedingungsanalyse mit Älteren*. Doktorarbeit. Psychologisches Institut: Deutsche Sporthochschule Köln (no publicado).

- Schwarzer, R. (1993). "Defensiver und funktionaler Optimismus als Bedingungen für Gesundheitsverhalten". *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 1, 7-31.
- Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness: On depression, development, and death*. San Francisco: Freeman.
- Sime, W. E. (1990). "Exercise in the treatment and prevention of depression". In W. P. Morgan & Goldston (eds.), *Exercise and mental health*. Washington, D.C.: Hemisphere.
- Stephens, T. (1988). "Physical activity and mental health in the United States and Canada: Evidence from a four population surveys". *Preventive Medicine*, 17, 5-47.
- Steptoe, A., Moses, J., Edwards, S. & Mathews, A. (1993). "Exercise and responsibility to mental stress: discrepancies between the subjective and physiological effects of aerobic training". *International Journal of Sport Psychology*, 24 (2), 110-129.
- Taylor, A. H. (2000). "Physical activity, anxiety, and stress". In S. Biddle, K. Fox & Boutcher (eds.), *Physical activity and psychological well-being* (pp. 10-45). London: Routledge.
- Taylor, S. E. (1995). *Health psychology*. New York: McGraw Hill.
- Trautman, R. D. (1996). "Depression und Antidepressives Verhalten". En L. Bruderl (Hrsg.), *Theorien und Methoden der Bewältigungsforschung* (s. 107-144). Weinheim: Juventa.
- Tsutsumi, T., Don, B. M., Zaichkowsky, L. D. & Delizonna, L. L. (1997). "Physical fitness and psychological benefits of strength training in community dwelling older adults". *Applied Human Science*, 16, 257-266.
- Ureña, P. (1998). *Experiencias de curso: Psicología del movimiento humano. Maestría en Ciencias del Movimiento Humano*. Escuela Ciencias del Deporte. UNA.
- Ursula, L. (1998). "Depression". En R. Asanger & G. Wenninger (Hrsg.), *Handwörterbuch Psychologie*. München: Union.

- Weber, A. (1999). *Zum Einfluss von Ausdauertraining auf das subjektive Wohlbefinden bei Senioren*. Diplomarbeit. Psychologisches Institut: Deutsche Sporthochschule Köln (no publicado).
- Weinberg, R. & Gould, D. (1999). *Foundations of Sport and Exercise Psychology*. Champaign, IL: Human Kinetics.
- Weyerer, S. & Kupfer, B. (1994). "Physical exercise and psychological health". *Sport Medicine*, 17 (2), 108-116.
- Weyerer, S. (1992). "Physical activity and depression in the community: Evidence from Upper Bavarian Field Study". *International Journal of Sports Medicine*, 13, 492-496.
- Wydra, G. (1996). *Gesundheitsförderung durch sportliches Handeln: sportpädagogische Analysen einer modernen Facette des Sports*. Schorn-dorf: Hofmann.
- Williams, H. G. (1986). "The development of sensory motor function in young children". In V. Seefeldt (ed.), *Physical activity and well-being* (pp. 105-122). Reston, V. A.: American Alliance for Health, Physical Education, Recreation and Dance.
- Zaldívar, D. F. (1996). *Conocimiento y dominio del estrés*. La Habana: Editorial Científico-Técnica.