



UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE PSICOLOGÍA.

**DEPORTES ACUÁTICOS COMO FACTORES PROTECTORES DE ANSIEDAD Y
ESTRÉS.**

Tesis para optar al grado académico de Licenciado en Psicología.

Autor:

JOHAN EMILIO AYALA ROJAS

Profesor Guía: Ps. HUGO PLAZA VILLARROEL

Viña del Mar, Chile.

2019.

Dedicatorias

El siguiente trabajo se lo dedico a mi familia, mis padres que me brindaron su apoyo incondicional y me formaron. A mis hermanos que me dieron las energías de continuar. A Carolina que fue un pilar importante de contención durante todo el proceso académico.

Agradecimientos

Agradezco con especial cariño a cada persona que participó directa e indirectamente en la formación del trabajo, a los profesores que me brindaron su apoyo, a mi profesor guía que me ayudó con su comprensión, escucha y sinceridad. A mi asesora teórica Ximena Carcamo. A mis compañeros de universidad, mis familiares más cercanos y a cada persona que me dio su apoyo moral.

Tabla de contenido

Dedicatorias.....	1
Agradecimientos.....	2
Tabla de contenido.....	3
Resumen.....	5
Summary.....	6
1.1 Introducción.....	9
CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10
1. Antecedentes del estudio.....	10
1.1 Justificación del problema.....	10
1.2 Relevancia de la investigación.....	14
1.3 Pregunta de Investigación.....	14
1.4 Objetivos de la Investigación.....	15
1.4.1 Objetivo general.....	15
1.5.2 Objetivos específicos.....	15
1.6 Hipótesis.....	15
1.6.1 Hipótesis 1.....	15
1.6.2 Hipótesis 2.....	15
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.....	16
2. Marco Conceptual.....	16
2.1 Delimitación conceptual.....	16
2.1.1 Ansiedad.....	16
2.1.2 Estrés.....	19
2.2 Sintomatología.....	23
2.3 Factores de riesgos y protectores.....	24
2.3.1 Factores de riesgos nivel socioambiental.....	24
2.3.2 Factores de riesgos nivel individual.....	26

2.3.3 Factores protectores nivel socioambiental.....	27
2.3.4 Factores protectores nivel individual.....	28
2.4 Prevención -Tratamiento.....	28
2.4.1 Deporte como tratamiento.....	30
2.5 Principales estudios.....	30
2.6 Modelos Teóricos.....	33
2.6.1 Modelo Ecológico	34
2.6.2 Modelo Transaccional.....	36
2.6.3 Modelo Diátesis-vulnerabilidad.....	39
2.6.4 Modelo fisiológico - neurobiológico.....	41
CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO.....	44
3. Paradigma investigativo.....	44
3.1 Metodología de la Investigación.....	44
3.2 Universo, población, muestra, fuentes de información.....	46
3.3 Instrumentos de recolección de datos.....	50
3.4 Procedimiento.....	52
3.5 Consideraciones Éticas de la investigación.....	53
CAPÍTULO IV. MARCO METODOLÓGICO.....	53
4. Resultados Descriptivos.....	53
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES.	59
5.1 Conclusiones	59
5.2 Limitaciones.....	61
5.3 Anexos.....	62
5.4 Referencias.....	66

RESUMEN

En primera instancia tendremos los aspectos formales de presentación, siendo parte importante de estos la introducción, la justificación de la investigación, posterior veremos la ansiedad junto con el estrés. En cómo estos afectan a las personas, en lo que puede generar en las personas que sufren de estos síntomas y cómo estos los podría llevar a tener dificultades en su vida, como por ejemplo llevar a las personas a una posible adicción, conductas de autoagresión, disminución de relaciones interpersonales, o siendo más críticos llevarlos a la ideación suicida (Hospital San Juan capestrano, 2009). En general explicar la importancia de la investigación que, en conjunto con la relevancia la cual explica la importancia que puede tener los valores teóricos y prácticos de esta investigación que, con ayuda de otros estudios usados a la base y que permiten promover otras alternativa de curación, alternativa que en esta investigación se centra en el deporte, más específicamente en el deporte acuático y su posible relación en la salud mental en donde, se buscará responder a la pregunta: ¿Hay menor índices de estrés y ansiedad en personas que practiquen deportes en medio acuático de las que no lo practican?. Para responder a esto tendremos que, en primer lugar cumplir los objetivos de examinar, describir y comparar los niveles de estrés y ansiedad en personas que practican y no practican deportes acuáticos. Ante esto se tendrá que definir las variables que se desean medir, una definición de los conceptos estrés, ansiedad y deporte. Donde encontramos que ya en el pasado Freud habla de ansiedad y la define como un estado afectivo desagradable para el sujeto (Sierra, 2003). También nos adentraremos al concepto de estrés donde Hans Selye (1973) introduce el concepto dentro del área de la salud. Visibilizando al estrés como importante en la salud general de las personas. Además veremos la sintomatología, donde se describiremos algunos síntomas motores y síntomas subjetivos

como inseguridad, entre otros. Continuaremos viendo los factores de riesgos y protectores para la Ansiedad y Estrés. introduciendo entonces dentro de los protectores al deporte como forma de prevención y tratamiento ya que encontramos por ejemplo que al descargar la tensión física, muscular tiene estricta relación con estos niveles de malestar (Ramírez, Vinaccia y Suárez, 2004). Posterior se explicarán algunos de los modelos teóricos que intentan explicar el fenómeno del estrés y ansiedad, en donde se explicará la manera en que afectar a los individuos. Dentro de estos podemos encontrar por ejemplo el modelo ecológico que establece que la salud y enfermedad es el resultado que se obtiene de la interacciones entre las personas, el medio y el agente (Susser en Arredondo, 1992). Otro modelo que podemos encontrar es el de diátesis que señala que hay una predisposición a desarrollar enfermedades mentales (Ruiz ,1985). Luego se abordaron aspectos del marco metodológico en donde se señala que es una investigación de carácter cuantitativo, comparativo y de carácter no probabilístico, se proseguirá a definir la muestra, siendo esta de 170 adultos, mayormente de la localidad de Valparaíso, donde 85 personas practican deportes acuático y 85 personas que no practican estos deportes. Donde se analizará los niveles de estrés y ansiedad con las herramientas de descripción: Ficha demográfica, la escala de medición de depresión ansiedad y estrés en su versión corta (DASS-21), incluyendo también un consentimiento informado que con la ayuda de la herramienta de estadísticos SPSS. Para finalizar y respondiendo a todas las preguntas de investigación explicaremos que en los resultados obtenidos encontramos que las medias no tiene diferencias significativas, lo que quiere decir que los niveles de estrés y ansiedad de ambos grupos de la muestra tienen niveles muy semejantes Por último se realizarán las conclusiones donde se dará a conocer aspectos generales de la investigación, reflexiones acordes a los resultados, se describirán algunas limitaciones presentadas en la investigación y se presentarán los anexos de las herramientas

utilizadas.

SUMMARY

In the first instance after the presentation aspects, the introduction will begin with the justification of where we will see anxiety and stress in how it affects people and in what it can generate in people suffering from these symptoms, such as taking them to having difficulties in their lives, leading them to a possible addiction, self-harm behaviors, diminishing interpersonal relationships, or being more critical can lead them to suicidal ideation (Hospital San Juan capestrano, 2009). Within the relevance we will explain that it is important because it seeks to generate a theoretical contribution that can complement other studies, as well as being able to promote other healing alternatives where we will seek to answer the question: are there lower rates of stress and anxiety in people who practice sports? in aquatic environment of those who do not practice it?

To respond to this we will have to meet the objectives of examining the description and comparison of levels of stress and anxiety in people who practice and do not practice sports. Subsequently, a definition of the main concepts of bone, stress, anxiety and sports research will be made. where Freud in Sierra (2003) defines anxiety as an unpleasant affective state for the subject. We will also go into the concept of stress where Hans Selye (1973) introduces the concept within the area of health. where we will see the symptomatology for both feelings, where motor symptoms are described, such as sweating or subjective symptoms such as insecurity, among others. We will continue to see the risk factors and protectors where in the latter we will introduce sports as protectors and treatment, since the discharge of physical and muscular tension is strictly related to these levels of discomfort (Ramírez, Vinaccia and Suárez, 2004). Some studies that serve as a basis for the current one will be

shown. Later some of the theoretical models that try to explain the phenomenon of stress and anxiety will be explained, explaining how these come to affect individuals. Within these we can find the ecological model that states that health and disease is the result obtained from the interactions between people, the environment and the agent (Susser in Arredondo, 1992), another model that we can find is the diathesis which indicates that you have a predisposition to develop mental illness Ruiz (1985). Then, aspects of the methodological framework were addressed, where it is stated that it is a quantitative, comparative and non-probabilistic research, the sample will be continued, this being 170 adults, mostly from the town of Valparaíso, where 85 people practice Water sports and 85 people who do not practice these sports. where the levels of stress and anxiety will be analyzed with the demographic card description tools, the scale of measurement of depression anxiety and stress in its short version (DASS-21), also including an informed consent. Continuing we will read the analysis of these data also delivered by the statistical tool SPSS, in these results we find that the means does not have significant differences, which means that the levels of stress and anxiety of both groups in the sample have very similar levels . To conclude, conclusions will be drawn according to the results, some limitations presented in the research will be described and the annexes of the tools used will be presented.

1.1 Introducción

Hoy es difícil separar los conceptos de estrés y ansiedad, ya que estos aparecen relacionados, siendo estos causas como efectos de los mismos. Las consecuencias del estrés y la ansiedad no se limitan ya que, afectan al individuo no solo la vida personal y familiar sino también la esfera profesional extendiéndose inclusive a afectar a nivel corporal (Benito, 2011). Esto debido a que las personas están inmersas en constantes cambios que, se producen en el entorno como por ejemplo las nuevas tecnologías, provocando variación en la naturaleza del individuo (Reyes, 2005). ya que estos tienen que estar constantemente generando nuevas habilidades, aprendizajes, nuevas maneras de competir. Ello implica nuevos retos e incremento de las demandas, todos estos problemas producidos debido a las exigencias que enfrentamos diariamente, se engloban en un solo término que conocemos como "estrés" que conlleva un costo personal, psicosocial y económico muy importante. Que muchas veces y en conjunto desencadena síntomas de ansiedad o viceversa. Si entendemos la Salud como un proceso integral social, físico y mental que se da a lo largo de la vida, asumimos que la forma en que se da el proceso depende en parte de la persona y por las condiciones que encuentre en el medio sociocultural, también es determinante del desempeño individual, como la salud del individuo, niveles socioculturales entre otros. Dentro de lo individual y agregando los factores protectores, que están estrechamente relacionados ya que muchos de estos factores protectores tienen que ver en como el individuo se ha ido adaptando, si realiza un tipo específico de actividad que pueda o no tener consecuencias positivas para la salud, como por ejemplo la realización de deportes (Baeza, Balaguer, Belchi, Coronas y Guillamón, 2008) que puede tener una estrecha relación con el estrés y ansiedad. Bueno se pretende lograr con este trabajo encontrar, medir y comparar la existencia de una relación entre estrés y ansiedad y el

deporte en medios acuáticos como parte de los factores protectores con el fin de potenciar recursos individuales para combatir el alza que tienen estas enfermedades no solo a nivel país si no que desde una mirada global, dando oportunidad de fomentar otras alternativas como el deporte para la prevención y tratamiento en salud mental.

CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1. Antecedentes del estudio

1.1 Justificación del problema

Por lo menos 1/3 de la población mundial sufre de algún trastorno psiquiátrico, en algún momento de su vida; y dentro de estos trastornos los más prevalentes son la ansiedad y la depresión. En el caso de la ansiedad un Estudio ECA(Ensayo clínico aleatorio) revela que hay un 14.6 % que sufriría ansiedad en la población general (Bojorquez, 2014).

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y sus estimaciones sanitarias mundiales se calcula que, en el 2015, la proporción de la población mundial con trastornos de ansiedad fue de 3,6%. Del mismo modo que en el caso de la depresión, los trastornos de ansiedad son más comunes en las mujeres que en los hombres (4,6% en contraste con 2,6%, a nivel mundial). En la Región de las Américas, se estima que hasta 7,7% de la población femenina sufre trastornos de ansiedad (3,6% de los hombres). Las tasas de prevalencia no varían sustancialmente entre los grupos etarios, aunque se puede observar una tendencia a una menor prevalencia en los grupos de mayor edad. El número total estimado de personas con trastornos de ansiedad en el mundo es de 264 millones en el 2015, lo que refleja un aumento de 14,9% desde el 2005 a consecuencia del crecimiento y el envejecimiento de la población(OPS,2017). Las cifras correspondientes al estado chileno según un Estudio ECA(Ensayo clínico aleatorio) en Chile un 12.6 % de la población general (Bojorquez, 2014) sufre ansiedad.

En el caso del estrés sabemos que cifras correspondientes a América latina, el estrés laboral es un factor psicosocial considerado representa entre 21-32% de esta enfermedad, en Europa el estrés laboral representa un 27% de la población (Herrera, Coria, Muñoz, Graillet, Aranda, Rojas , Hernández, Ismail, 2017). En Chile Con lo que respecta del estrés en marzo 2017 se dieron a conocer los resultados del estudio Chile Saludable V de Adimark y Fundación Chile, que entre sus conclusiones arrojó que un 42% de los chilenos se declara estresado. La cifra representa casi el doble de lo que se había registrado en 2012 (22%)(Universidad Santiago de Chile, 2017). De lo anterior es que podemos decir que la siguiente investigación tiene estrecha relación con la salud mental en Chile y es que todo indica que en Chile nos encontramos en un proceso de transición epidemiológica propio de los países en desarrollo. Una de las hipótesis básicas de la epidemiología social es que la absorción de las tensiones que aparecen en los procesos de modernización y crecimiento económico, están asociadas a la aparición de trastornos emocionales y de síntomas psiquiátricos y psicosomáticos (Jiménez y Radiszcz, 2012). Esto quiere decir que el ritmo acelerado de vida que últimamente las personas están teniendo, la alta carga laboral, o factores estresores que se presentan, sin dejar atrás las altas expectativas y responsabilidades que se tienen día a día va generando un problema para el chileno promedio y esto se observa ya que la mayor prevalencia de desórdenes emocionales y del comportamiento ha provocado parte importante del aumento en la cantidad de licencias médicas en Chile. A partir del año 2008, los problemas psicológicos se convirtieron en la primera causa de incapacidad transitoria entre los beneficiarios del sistema público de salud donde según algunas estimaciones, los desórdenes psicológicos representan alrededor del 23% del costo total de enfermedades en Chile (Jiménez y Radiszcz, 2012).

De lo anteriormente expuesto es que encontramos que es importante investigar 2 factores que afectan a la mayoría de los habitantes en Chile. Estos son el estrés que es una amenaza a la homeostasis (Duval, 2010) y ansiedad que es una reacción emocional de alerta ante una amenaza (Baeza, Balaguer, Belchi, Coronas y Guillamón, 2008) ambos importantes ya que su prevalencia es de las más altas en Chile.

El tipo de vida de la sociedad actual tecnológica, urbanizada y competitiva genera mucha ansiedad siendo esta patológica cuando su respuesta no es proporcional al estímulo que se presenta o si su intensidad y duración excede de los límites esperados, lo que causa que la persona vea disminuidas sus funciones adaptativas convirtiéndose en un problema para el individuo (Reyes, 2005, p.5).

Padecer un trastorno de ansiedad pueden ser extremadamente angustiantes, si no hay un cuidado en este tipo de trastorno o enfermedad puede llevar a la persona a tener dificultades en diferentes áreas de su vida como por ejemplo llevarlos a perder el trabajo, dependencia, llevarlos a una posible adicción o abuso de otras sustancias perjudiciales para el organismo, también puede generar la presencia de conductas de autoagresión y la disminución de las relaciones interpersonales de calidad causando posibilidades de divorcios, aislamiento social, fracasos académicos, dificultad en mantener un buen desempeño laboral, por último llevar a la persona a tener ideas suicidas o intentos suicidas. (Hospital, San Juan Capestrano, 2009, online)

En relación al estrés y ansiedad podemos ver consecuencias en el: Nivel familiar, aquí encontramos alteraciones generales en la dinámica familiar, malas relaciones con otros familiares, alteraciones en la relación con los hijos, que puede repercutir en su desarrollo afectivo y social, alteraciones en la relación de pareja, que pueden llegar a ocasionar incluso la ruptura de la misma, trastornos en la economía familiar; A nivel laboral como mal humor y

descontento, baja laboral por enfermedad, prolongada más de lo necesario, deterioro de las relaciones con los jefes y compañeros por discusiones, malos modos, menos paciencia, etc, incumplimiento del horario laboral (salir antes del trabajo, llegar tarde), disminución del rendimiento en el trabajo, mayor riesgo de accidente laboral, agobiar a los compañeros con problemas personales; A nivel social encontramos la pérdida de interés en la colaboración ciudadana y actos sociales, alejamiento de los amigos, compañeros, etc., por el aislamiento personal, aumento considerable de accidentes de tráfico debido a los cambios de comportamiento, por aumento de consumo de alcohol, barbitúricos, etc., o bien por alteraciones en el ámbito emocional, sobrecarga en los servicios de atención primaria y urgencias por los síntomas que produce la situación de estrés y por los gastos económicos sanitarios que genera un diagnóstico certero. En lo Personal vemos que hay alteraciones psicológicas y orgánicas, aumento en el riesgo de accidentes laborales, peligro de automedicación, aumento en el consumo de fármacos, como analgésicos, hipnóticos para dormir, para paliar los síntomas derivados del estrés, alteraciones por cambios en el comportamiento: – En la alimentación (obesidad o anorexia). – Aumento del consumo de alcohol (alteraciones hepáticas y de conducta). – Aumento del consumo de tabaco (trastornos pulmonares)(Benito, 2011).

Continuando con el estrés se observa que la sociedad en que vivimos puede ser una fuente de estrés. Se dan cambios frecuentes y rápidos: de trabajo, de ciudad, de escuela, de casa (...)la vida hoy suele ser sedentaria y solitaria y favorece poco la descarga de tensiones. Una fuente de estrés son las situaciones de la vida que producen cambios, rendimiento, miedo, aburrimiento y aflicción. Situaciones estresantes suelen ser las transiciones vitales, o sea, etapas de la vida, como la paternidad, la jubilación, la adolescencia o la emigración que llevan consigo adaptaciones y cambios. Circunstancias especialmente estresantes son: varias

situaciones difíciles a la vez, si la situación exige gran dedicación física y emocional, si disminuyen a la vez las actividades agradables(...) Otra fuente de estrés puede ser el tipo de vida que llevamos o alguna de las actividades de nuestra vida: el tipo de trabajo y clima laboral, la doble jornada frecuente en las mujeres, relaciones personales insatisfactorias, clima familiar... En otras ocasiones la fuente de estrés puede ser una irritación continua producida por el entorno en que se vive: ciudad agobiante, atascos de tráfico, ruidos, vivienda pequeña, ausencia de un espacio personal donde estar consigo mismo a solas ... Pero a veces, la fuente de estrés está dentro de nosotros, en cómo vemos y afrontamos la vida: visión negativa de las cosas, excesiva preocupación (...) Por último, en ocasiones el estrés tiene que ver con el cuerpo y la tensión física acumulada: una tendencia personal a ser más o menos nerviosa o tranquila, una alimentación poco variada, posturas inadecuadas y no descargar la tensión cotidiana con ejercicio físico regular, actividades relajantes y descanso suficiente (Pérez, Echauri y Salcedo, 2002).

1.2 Relevancia de la investigación

La siguiente Investigación tiene una relevancia teórica en el funcionamiento del estrés y ansiedad y posibles modos de prevención y tratamiento, ya que a través de los resultados obtenidos busca encontrar la relación de los niveles de ansiedad y estrés con la práctica de deportes en medios acuáticos para promover el deporte como una herramienta de intervención válida y de bajo costo.

1.3 Pregunta de Investigación

¿Hay menor índices de estrés y ansiedad en personas que practiquen deportes en medio acuáticos de las que no lo practican?

1.4 Objetivos de la Investigación

1.4.1 Objetivo general

Examinar si hay diferencias en los niveles de estrés y ansiedad entre adultos jóvenes que practican deportes en medios acuáticos de los que no practican deportes en medios acuáticos.

1.5.2 Objetivos específicos

- 1) Describir el nivel de ansiedad y estrés en personas que practican deportes acuáticos
- 2) Describir los niveles de ansiedad y estrés en personas que no practican deportes acuáticos
- 3) Comparar cifras de ansiedad y estrés entre las personas que practican deportes acuáticos y los que no lo practican.

1.6 Hipótesis

1.6.1 Hipótesis 1

Los niveles de estrés son más bajos en adultos que practican deportes acuáticos en comparación de los que no practican deportes acuáticos.

1.6.2 Hipótesis 2

Los niveles de ansiedad son más bajos en adultos que practican deportes acuáticos en comparación de los que no lo practican.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.

2. Marco Conceptual

2.1 Delimitación conceptual

2.1.1 Ansiedad.

La ansiedad es un sistema de alerta del organismo ante situaciones consideradas amenazantes o en las que tenemos algo que ganar o que perder en donde la principal función de la ansiedad es la de advertir y activar al organismo frente a situaciones de alto riesgo tanto en la probabilidad como en lo real, esta es fundamental para poder salir ileso de la situación riesgosa, siendo esta la reacción emocional más frecuente ante los procesos de cambios, que son generados por el estrés (Baeza et al, 2008). Procesos de cambios donde la ansiedad obliga al individuo a buscar soluciones (Ros, (2004) en Bolaños ,2014) ante las amenazas.

Sin embargo Freud quien la introduce como palabra técnica en la psicopatología, “define la ansiedad como un estado afectivo desagradable, caracterizado por la aprensión y una combinación de sentimientos y pensamientos molestos para el individuo” (Sierra, 2003 p.18).

Martínez(2009) comparte al igual que los otros autores dentro de este trabajo investigativo en que la ansiedad surge ante una situación de amenaza real o imaginada, en el cual se desarrollan un serie de conductas que en conjunto de activación neurofisiológica, alteran el comportamiento y los estados emocionales haciéndolos desagradables para el sujeto. Además agrega que en la ansiedad no se identificaría un elemento referencial, siendo vivenciada por el sujeto como indeterminada y carente de objeto. Esto quiere decir que el objeto el cual infunde la sensación de amenaza es de carácter subjetivo y que no necesariamente está presente.

Pinel (2007) definió la ansiedad como un miedo crónico que se mantiene después de retirada una amenaza directa. Refiere que la ansiedad es un correlativo psicológico habitual del estrés y que es adaptativa si motiva conductas de afrontamiento efectivas; sin embargo, cuando se vuelve tan grave que altera el funcionamiento normal, se conoce como trastorno de ansiedad (Bolaños, 2014). Complementando lo anterior, se hace importante entender la ansiedad como una sensación o un estado emocional normal ante determinadas situaciones y que constituye una respuesta habitual a diferentes situaciones cotidianas estresantes. Así, cierto grado de ansiedad es incluso deseable para el manejo normal de las exigencias del día a día. Tan sólo cuando sobrepasa cierta intensidad o supera la capacidad adaptativa de la persona, es cuando la ansiedad se convierte en patológica (Entralgo, 2008).

La ansiedad patológica compromete e impide el buen funcionamiento y efectividad de la conducta humana tanto a nivel individual como social. El sujeto presenta conductas desproporcionadas con relación al estímulo que se presenta y, el sujeto que padece la ansiedad patológica se siente poco capaz de poder resolver su situación, viendo limitadas sus posibilidades de actuar, pensar o poder relacionarse con su entorno. (Martínez, 2009).

Dentro de las clasificaciones Diagnósticas de la ansiedad patológica es la que se refiere a las diferentes taxonomías realizadas por la “American Psychiatric Association” conocida como D.S.M (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) que en español se traduce como Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuya forma más recientes es la D.S.M-V. En esta versión podemos encontrar 11 clasificaciones para trastorno de ansiedad (TA). En primer lugar encontramos TA por separación Miedo o ansiedad intensos y persistentes relativos al hecho de tener que separarse de una persona con la que le une un vínculo estrecho. También encontramos Mutismo selectivo, que se refiere a la incapacidad persistente de hablar o responder a otros en una situación social específica. Por

otro lado tenemos las Fobias Específicas donde aparece en el sujeto miedo o ansiedad intensa y persistente , prácticamente inmediata respecto a un objeto o situación específica. Continuando con las clasificaciones tenemos TA social que refiere al miedo o ansiedad intensos vivenciados por él sujeto y que aparecen siempre en relación a situaciones sociales en la que la persona se expone al posible escrutinio por parte de otros. El Trastorno de Angustia también forma parte de los trastornos de ansiedad y es cuando el individuo tiene presencia de crisis de angustia y esta son inesperadas y recurrentes. Siguiendo con las clasificaciones de los TA tenemos la Agorafobia que es el miedo o ansiedad que aparecen siempre con respecto a 2 o más situaciones prototípicamente agorafóbicas como por ejemplo, en el transporte público, filas de bancos, dentro o fuera de casa, entre otros. Por otro lado está TA generalizada que es la ansiedad o preocupación excesiva y persistentes donde el individuo tiene dificultades para manejar la situación. También encontramos los TA inducidos por sustancia o medicación y esta se caracteriza por crisis de angustia o ansiedad debido a la intoxicación o abstinencia de una sustancia o por la toma de medicamentos. tenemos los TA debido a otra enfermedad médica y esta se caracteriza por crisis de angustia o ansiedad como consecuencia de otra condición médica. Ya finalizando están otros TA específicos que son síntomas clínicamente significativo que son característicos de los TA pero que no llegan a cumplir todos los criterios diagnósticos y que se especifica por que no cumple dichos criterios. Y por último los TA no especificados donde el sujeto presenta los síntomas clínicamente significativos de los TA pero que no cumple con los criterios diagnósticos y no se puede especificar el porque no los cumple por falta de información (Tortella, 2014). Con anterioridad solo se realizó una pequeña mención y definición de las clasificaciones diagnósticas para los trastornos de ansiedad ya que no es mi intención abordar los criterios diagnósticos de estos. Por otro lado y a modo de facilitar la comprensión es que creo

necesario entonces comparar la ansiedad “normal” con la ansiedad “anormal” o patológica y es que, con los antecedentes mostrados hasta ahora es que podemos entonces comprender que la Ansiedad normal biológicamente tendría una función adaptativa, sería poco intensa, se adecua al estímulo, y no limitaría las libertades del sujeto o las posibilidades de acción, en cambio la ansiedad patológica es recurrente, interfiere en el habitual rendimiento del sujeto, la respuesta es desproporcionada al estímulo, dificulta el pensamiento y mantiene una desadaptación del sujeto.

Concluyendo entonces es que a continuación se pasará a delimitar y definir el concepto de estrés.

2.1.2 Estrés

Estrés es un concepto complejo, extremadamente vigente e interesante, pero en él que no existe consenso en su definición. La palabra estrés, tiene una definición muy variable. por ejemplo Hans Selye (1973) introdujo el concepto de estrés en el ámbito de la salud, para este autor era la causa común de muchas enfermedades, este dirigió las primeras investigaciones sobre los efectos del estrés en el cuerpo, y fue que definió el estrés como “el estado que se manifiesta por un síndrome específico consistente en todos los cambios inespecíficos inducidos dentro de un sistema biológico pero sin una causa particular”, “una respuesta inespecífica del organismo a cualquier demanda realizada sobre él”. (Fernández,2009). Esto quiere decir que el estrés que es una respuesta que tiene ciertas características y que se manifiesta en los sujetos debido a distintos estímulos percibidos por estos y que no tiene una especificidad, esto quiere decir que pueden ser cualquier tipo de estímulo. Además que las respuestas de los sujetos a los estímulos son inespecíficas. Por otro lado el estrés sería la percepción que una persona tiene en una situación (Lazarus & Folkman, 1986 en Zabaletta,

Gorostegui, Gasparri, Aguilar y López, 2011). Como por ejemplo una amenaza a la cual el organismo, para sobrevivir, reacciona con un gran número de respuestas adaptativas (Duval, 2010). Complementando es que también encontramos que estrés es el conjunto de procesos y respuestas neuroendocrinas, inmunológicas, emocionales y conductuales ante situaciones que significan una demanda de adaptación mayor que lo habitual para el organismo (Trucco, 2002).

Estrés se conceptualiza de 3 maneras en primer lugar como una característica del ambiente, ya que existen ciertas condiciones ambientales que producen en los sujetos sentimientos de tensión o que pueden percibirse amenazantes, estos se denominan factores estresores. En segundo lugar como respuesta a los estresores (Selye, 1960) que incluye un componente psicológico (conducta, pensamiento, emociones) y un componente fisiológico (activación corporal). y en tercer lugar como un proceso que incluye a los estresores y las respuestas donde el determinante crítico o como patológico es en el cómo la persona percibe y responde a diferentes acontecimientos o estresores (Fernández, 2009).

Al igual que en la ansiedad, el estrés también se divide en normal y el patológico es donde Bensabat (1987) que cita a Selye, indicando que para este autor, el estrés es también una respuesta no específica del organismo a toda demanda que se le haga, independientemente de que sea física, psicológica o emocional, positiva o negativa, provoca una respuesta biológica del organismo. Esta respuesta es mensurable y corresponde a unas secreciones hormonales responsables de las reacciones al estrés, somáticas, funcionales y orgánicas. No obstante, cuando las respuestas del organismo se realizan en armonía, adaptadas a las normas fisiológicas de la persona. se trata del buen estrés o eustrés. El buen estrés es todo aquello que causa placer, quiere decir todo lo que la persona quiere, le gusta o acepta hacer en armonía consigo misma, con su medio y con su propia capacidad de

adaptación. Pero otras veces, las respuestas exigidas por una demanda intensa y prolongada, agradable o desagradable, son excesivas y superan las capacidades de resistencia y de adaptación del organismo. En este caso se trata de un mal estrés o distrés. El mal estrés es todo aquello que disgusta, todo cuanto la persona hace a pesar suyo, en contradicción consigo misma, su ambiente y su propia capacidad de adaptación. Son ejemplos de mal estrés la tristeza, el fracaso, las malas noticias, la enfermedad. entre otros(Naranjo,2009)

De lo anterior es que en el D.S.M (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) que en español se traduce como Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales se refiere a Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés, donde clasifica , y que en relación al estrés encontramos como clasificación al Estrés Postraumático donde el sujeto sufre una exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, que causa malestar en él sujeto, donde sufre síntomas de angustias, reacciones disociativas , malestar psicológico, y fisiológico en relación al evento traumático. Otra clasificación es Trastorno de estrés agudo que es similar al Trastorno de Estrés Postraumático con excepción que el primero, por lo general, comienza inmediatamente después del trauma y tiene una duración de 3 días a 1 mes, mientras que el segundo tiene una duración de 1 mes, ya sea como una continuación del trastorno por estrés agudo o como un evento separado hasta 6 meses después del trauma. También esta los Trastornos de adaptación que se refiere al desarrollo de síntomas emocionales o del comportamiento en respuesta a un factor o factores de estrés identificables donde el malestar intenso desproporcionado a la gravedad o intensidad del factor de estrés y los síntomas no representan el duelo normal. Continuando con la clasificación está otro trastorno relacionado con traumas y factores de estrés especificado, esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno relacionado con traumas y

factores de estrés que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos relacionados con traumas y factores de estrés. Y para finalizar están los Trastorno relacionado con traumas y factores de estrés no especificado qué es lo mismo que lo anterior pero con la diferencia que la categoría del trastorno relacionado con traumas y factores de estrés no especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno relacionado con traumas y factores de estrés específico, e incluye presentaciones en las no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico (p. ej., en servicios de urgencias).(American Psychological Association, 2013)

Ya para finalizar esta primera parte es que cabe señalar que muchas veces ansiedad y estrés se usan como sinónimos ya que en ambos casos hay una alta activación fisiológica pero el estrés es un proceso más amplio de adaptación al entorno y la ansiedad es una reacción emocional de alerta ante una amenaza, entonces se entiende que la ansiedad elevada genera estrés y a su vez, el estrés es una de las fuentes más comunes de ansiedad (Baeza et al, 2008). Por lo que es fundamental comprender que muchas veces estos conceptos van de la mano.

2.2 Sintomatología

Los síntomas de los Trastornos de Ansiedad más allá de ser habituales sentimientos de nerviosismo o inquietud cotidiana, son estímulos o situaciones que escapan del control voluntario de la persona, son intensos y generan incomodidad además de malestar significativo, dentro de la sintomatología características de estos trastornos son: a nivel

subjetivo podemos encontrar síntomas de preocupación, inseguridad, miedo, pensamientos negativos, dificultad de concentración, dificultad en la toma de decisiones. A nivel motor encontramos hiperactividad, paralización motora, tartamudeo, conductas de evitación, síntomas cardiovasculares como palpitaciones, tensión arterial alta; síntomas respiratorios como sensación de sofoco, opresión torácica; síntomas gastrointestinales como vómitos, diarrea; síntomas genitourinarios como eyaculación precoz, enuresis, impotencia; síntomas neuromusculares como tensión muscular, dolor de cabeza; síntomas neurovegetativos como sequedad de boca, sudoración excesiva, mareos, entre otros (Virues, 2005). Por otra parte las personas pueden presentar síntomas de otros trastornos de salud mental debido a esto, es posible que la persona sea diagnosticada con una enfermedad mental adicional. Dentro de la sintomatología es posible que varíen los indicios y síntomas relacionados con la ansiedad dentro de estos encontramos los siguientes síntomas: psicosociales como sensación de desconexión con el mundo a su alrededor, sentimientos de culpabilidad intensa y sentimientos dominantes de nerviosismo. Síntomas cognitivos como por ejemplo pensamiento ritualista, ideas pasajeras, afectación de la memoria, concentración deficiente, pensamiento cíclico e incapacidad para tomar decisiones. Síntomas físicos como cambios en el apetito, dificultad para respirar, sensación de mareo, tensión muscular y trastornos del sueño. Por último tenemos los síntomas conductuales como *él* evitar a ciertas personas, lugares o situaciones, aislamiento social o retraimiento, intranquilidad, comportamientos repetitivos y ritualistas (Hospital, san Juan capestrano, 2009, online).

Los efectos negativos del estrés pueden afectar áreas del cuerpo como tensión muscular, cefalea tensional, malestar, alteraciones gastrointestinales, taquicardia, temblores o envejecimiento de la piel (Nater et al, 2007), emocionales como irritabilidad, impaciencia, ansiedad, depresión o negativismo (HEin y Nemeroff, 2001; Kendler, Kessler, Nezle, Heath

y Eaves, 1993; Lewinsohn, Hoberman y Rosembaum, 1988; Nater et al, 2007; Peled, Carmil, Siboni-Samocha y Shoham-Vardi,2008) o comportamentales como abuso de drogas, recaídas en periodo de abstinencia, abandono de hábitos saludables, trastornos de apetito o malas relaciones interpersonales (al'Absi, Carr y Bongard,2007; Bilkei-Gorzo et al, 2007; Gianoulakis, 1998) entre otros (Fernández,2009).

2.3 Factores de riesgos y protectores

Existen unas variedades considerables de factores riesgos en el estudio de los problemas de ansiedad se considera que la enfermedad es el producto de la interrelación entre factores de diversa índole. Siguiendo el llamado modelo biopsicosocial, en los problemas de ansiedad están implicados factores biológicos (genéticos, fisiológicos, bioquímicos, etc.), psicológicos (procesamiento de la información, aprendizaje, personalidad, estrategias de afrontamiento, etc.) y sociales (influencias del grupo, cultura, etc.). Se considera que los tres sistemas están estrechamente interrelacionados (Baeza et al,2008)

Por otro lado, cabe mencionar que dentro de los factores de riesgos y la prevalencia de ansiedad y estrés existe la influencia de algunas variables sociodemográficas como el sexo, la edad, el nivel socioeconómico o la estructura familiar (Bragado, Bersabé y Carrasco, 1999).

2.3.1 Factores de riesgos nivel socioambiental

Dentro de los factores de riesgo podemos citar el aislamiento social, la relación paterno-Filial maltratante y la acumulación de acontecimientos vitales estresantes en los contextos donde se desarrollan (Oliva, Parra, Sánchez,Queija & López, 2007 en Zabaletta et al, 2011). Dentro de

los múltiples contextos en el que se desenvuelven las personas a lo largo del desarrollo, el contexto escolar se constituye en un ámbito que por sus características y exigencias puede ser un factor potencial de estrés. El inicio de la escolarización y su posterior desarrollo, sin olvidar el tránsito de un nivel educativo a otro, suelen ser eventos estresantes para los niños. En los adultos generalmente el contexto laboral suple al colegio como agente estresor.

Un bajo nivel socioeconómico, convivir con un único padre y el fracaso escolar se han encontrado preferentemente asociados a los trastornos por conductas perturbadoras (Costello et al., 1988; Bird et al., 1989; Costello, 1989; Velez, Johnson y Cohen, 1989), aunque este hecho no excluye su posible relación con problemas de tipo internalizante, como la ansiedad de separación y la depresión (ej.: Velez et al., 1989; Last, Perrin, Hersen y Kazdin, 1992). Respecto a la estructura familiar, Kasen, Cohen, Brook, and Hartmark (1996) constataron que la situación familiar post divorcio ejercía una notable influencia sobre algunos trastornos emocionales. Los estudios previos, revisados por Kasen et al. (1996), Kopp y McIntosh (1997) y Roseby y Wallerstein (1997), indican que los niños expuestos a las condiciones estresantes que rodean el divorcio de los padres sufren importantes desajustes psicológicos y déficits de aprendizaje, y que se encuentran sobre-representados en los servicios de salud mental. Agregando a esto la presencia concurrente de depresión mayor y trastorno de pánico en los padres aumenta la probabilidad de que los niños experimenten a su vez depresión mayor y algún trastorno de ansiedad (ej., Mufson, Weissman y Warner, 1992 en Bragado, Bersabé y Carrasco, 1999).

Los trastornos de ansiedad resultaron asociados con la edad de la madre, problemas en el parto, miedo a ser maltratado (informe infantil), estar preocupado por la familia (informe paterno) y tomar medicación a diario. Tener más edad, el alcoholismo familiar (informe

infantil), las complicaciones durante el embarazo, tener enfermedades frecuentes, los hándicaps físicos y el estado psicopatológico de la madre fueron los mejores predictores de los trastornos depresivos. (Bragado, Bersabé y Carrasco, 1999)

2.3.2 Factores de riesgos nivel individual

Por ejemplo entre los factores biológicos se han encontrado alteraciones en los sistemas neurobiológicos gabaérgicos y serotoninérgicos, así como anomalías estructurales en el sistema límbico (córtex paralímbico), una de las regiones más afectadas del cerebro. Además, existe cierta predisposición genética en la aparición de estos trastornos (Entralgo, 2008). Mientras que los trastornos de ansiedad tienden a predominar entre las mujeres , a esto (Anderson, Williams, McGee y Silva, 1987; Costello et al., 1988; Cohen, Cohen y Brook, 1993; Lewinshon, Hops, Roberts, Seeley y Andrews, 1993; McDermott, 1996; Peterson, Zhang, Santa Lucia, King y Lewis, 1996, en Bragado, Bersabé y Carrasco, 1999)

Para finalizar con los factores de riesgos establecer que los cambios bruscos o frecuentes en el estilo de vida o en el trabajo: cambios de domicilio, matrimonio, nacimiento de un hijo, separación o divorcio, fallecimiento de algún familiar cercano, incorporarse a un nuevo trabajo o ser despedido, la sobrecarga de trabajo, especialmente si este es de precisión o exige mucha concentración. La autoexigencia, marcarse metas excesivamente elevadas, mantener un ritmo de vida acelerado, la excesiva competitividad en el ambiente o situaciones frustrantes. La estimulación ambiental excesiva o molesta, como por ejemplo, las situaciones de la elevada densidad de tráfico, los ambientes muy bulliciosos, el ruido, etc. Situaciones en las que peligre la integridad o la seguridad de la persona, como los incidentes. Entre estas situaciones que son generalmente estresantes, destacan por su alta frecuencia los llamados estresores vitales, este tipo de estresores implican cambios importantes en la vida de las

personas y tienen un gran impacto a nivel psicológico, como por ejemplo, el fallecimiento de un ser querido o un divorcio. (Dirección general del tránsito , 2014)

2.3.3 Factores protectores nivel socioambiental

Continuando con factores de protección siendo estos el apoyo social, ya que contar con una red de apoyo social facilita la reducción del estrés en general, la amortiguación o moderación del estrés creado por situaciones concretas, y la mejora de la salud. La práctica de ejercicio físico puede ser una buena oportunidad de conocer y establecer relaciones con otras personas. Tener relaciones sociales puede ayudar en nuestro proceso de cambio, sirve de apoyo social, de distracción de nuestros problemas, de refuerzo, etc. (Baeza et al,2008)

Las buenas relaciones padre-hijo pueden ser un factor protector, en tanto que se fomente la confianza y el desarrollo de habilidades sociales básicas, para un desempeño posterior, familiar y sociocultural, sin centramiento en el rendimiento académico

La posibilidad de una mayor interacción social con sus pares podría, así, contribuir a un mejor tránsito por la adolescencia y a una calidad de vida superior.

Un elemento significativo parece ser el apoyo social. Castro, Campero y Hernández ,(1997 en Zabaletta et al, 2011) sostienen que el apoyo social tiene un efecto amortiguador del estrés protegiendo a los individuos de los efectos patogénicos de los eventos estresantes, favoreciendo el cambio de conductas con consecuencias positivas sobre la salud. Una forma de apoyo social es la atención, que tiene lugar en interacciones formalizadas, así existen roles sociales específicamente encargados de dar atención como los asumidos por padres y maestros.

2.3.4 Factores protectores nivel individual

Además realizar ejercicios de respiración abdominal, se utilizan para reducir o prevenir la sobreactivación fisiológica producida por la ansiedad y el estrés, aunque por sí solas son insuficientes para un control efectivo del problema. Han de venir acompañadas de una serie de medidas sobre las fuentes de ansiedad, estrategias de afrontamiento, administración de tiempos, recursos, apoyos, preocupaciones, etc. donde el trabajo eficiente de estos últimos también son factores protectores para la ansiedad. Continuando con la psicología positiva de Seligman (2012), quien propondría que las emociones positivas que derivan de la felicidad auténtica, tales como el optimismo, generan una sensación de bienestar y reposición del equilibrio ante circunstancias críticas y ansiosas, constituyéndose como una herramienta intrínseca para la protección de la ansiedad (Baeza et al,2008).

2.4 Prevención -Tratamiento

El estrés se puede prevenir o controlar de distintas formas como por ejemplo: control en la alimentación, practicar algún deporte, yoga, caminatas u otros ejercicios de control corporal, fisioterapia, relajación, fitoterapia. La alimentación juega un rol muy importante ya que los nutrientes que nos dan las frutas y verduras ayudan al control de nuestro cuerpo y mente brindando más defensas al organismo. La fisioterapia es una alternativa de tratamiento que tiene una diversidad de técnicas manuales entre ellas la masoterapia y también ejercicios para relajar la musculatura que ayudan a la persona a mejorar su calidad de vida. Otra opción es la fitoterapia ya que un gran número de infusiones contribuyen al buen funcionamiento de nuestro organismo(Ávila, 2014).

Se sabe que la obtención de hábitos protectores se utilizan como medios de terapia o tratamientos ejemplos de estos hábitos son: Descargar la tensión física ,afrontar las

situaciones de la vida ,pensar distinto y sentirse mejor, disfrutar cada día, Apoyarnos en la gente ,una vida saludable entre otros(...) es importante: Además, el ejercicio físico es una de las actividades que han demostrado más eficacia para disminuir el estrés, Alimentarnos bien, suficientemente, de forma variada, comiendo con tranquilidad y sin prisas, descansar bastante, por la noche un mínimo de 7 a 8 horas, una pequeña siesta y un pequeño descanso de 5 a 10 minutos de vez en cuando a lo largo del día. También es de ayuda aprender a utilizar alguna técnica de relajación, masajes dados por nosotros mismos, otras personas o profesionales para aliviar la tensión muscular, respirar... Además, hay muchas actividades que pueden resultarnos relajantes: pasear, escuchar música, leer, descansar, la relajación, la respiración y el masaje son técnicas útiles para descargar la tensión física(Pérez et al, 2002). Dentro de otras prevenciones y actividades de autocuidado con relación al estrés se pueden encontrar en tomar el hábito de levantarte con tiempo suficiente, no con la hora justa, procurar dormir las horas necesarias, siguiendo las recomendaciones de una higiene de sueño adecuada. No imponerse metas inalcanzables y prioriza las necesidades. Lleva a cabo las tareas una tras otra, planificando siempre tiempo para descansar, y ten siempre presente que tus recursos son limitados. Aprender además a relajarte en los momentos adecuados para ello, realizar con cierta frecuencia actividades relajantes, evita el consumo de alcohol, tabaco, otras drogas o fármacos. mantener un estilo de vida saludable: una dieta equilibrada y hacer ejercicio de forma habitual serán siempre prácticas recomendables para mantener tu organismo preparado ante cualquier exigencia y para descargar tensiones. (Dirección general del tránsito , 2014)

2.4.1 Deporte como tratamiento

En general los factores de riesgos y protectores son muy parecidos en el estrés y ansiedad, ya que estos 2 son están muy ligados entre sí, y entre los hábitos protectores se encuentra el que promueve la actividad física o dicho de otra forma la descargar de tensión física, entonces es el deporte quien toma la importancia como factor protector tanto de ansiedad como del estrés. Los mecanismos que podrían estar implicados en la relación entre ejercicio y ansiedad son principalmente biológicos y psicológicos. En la actualidad no se conocen con total precisión los mecanismos que explicarían esta relación. Probablemente, el ejercicio físico actuaría reduciendo los niveles de ansiedad a través de varios (y no sólo uno) de estos mecanismos (Baeza et al, 2008).

En el contexto psicológico, existe una gran variedad de situaciones terapéuticas que están asociadas a la práctica deportiva, si se considera la actividad física como un aliado en los procesos de intervención de patologías tan frecuentes como el estrés, la ansiedad y la depresión. También, puede observarse la actividad física como un elemento protector para la aparición de trastornos de personalidad, estrés laboral o académico, ansiedad social, falta de habilidades sociales, disminución del impacto laboral, social y familiar del estrés postraumático.(Ramírez,Vinaccia y Suárez, 2004)

Dentro de los factores protectores y tratamientos encontramos que el deportes es un factor importante es por eso que a continuación se presentaran diversos estudios en relación al ejercicio físico, deportes y entre estos los deportes en medios acuáticos.

2.6 Principales estudios

Estudios realizados por Long y Stavel, (1995 en Ramírez, Vinaccia y Suárez, 2004). Indica que posiblemente la práctica de un deporte aeróbico en sesiones superiores a los treinta

minutos tendría repercusiones importantes en la calidad de vida de los pacientes que presentan problemas de ansiedad. Así mismo, puede convertirse en un aliado importante en las estrategias terapéuticas estructuradas por psicólogos, psiquiatras y médicos. Por otro lado el Instituto Nacional Americano de la salud mental, indicó que el ejercicio reduce ansiedad, disminuye la depresión moderada, mejora el bienestar emocional, y aumenta la energía (Ramírez, Vinaccia y Suárez, 2004). Muss Gay y otros realizaron un estudio en que comprobaron que el ejercicio aeróbico realizado de forma regular , disminuye la presión sanguínea como la frecuencia cardiaca en situaciones de estrés. (Guerra, Gutiérrez,Zabala, Singre, Goosdenovich y Romero, 2017)

Recientemente, los epidemiólogos se han fijado en la práctica de ejercicio físico produce a largo plazo un incremento de los niveles de noradrenalina implicada en la respuesta del organismo al estrés, y de serotonina . El aumento de los niveles de serotonina a nivel cerebral puede contribuir a mejorar nuestro estado de ánimo y a reducir la ansiedad. Practicar ejercicio de intensidad entre moderada y elevada tres veces a la semana durante 20-30 minutos puede reducir el nivel de ansiedad(Baeza et al, 2008). Una características de deportes que se utilizan para trabajar con altos niveles de estrés y ansiedad son que implementan ejercicios aeróbicos, como por ejemplo correr, saltar, ciclismo, y el nado entre otros. Y queriendo detenernos en los ejercicios con un medio acuático es que encontramos que por ejemplo son muchos los beneficios aportados por el surf en cuanto a aspectos psicológicos nos referimos. En las investigaciones podemos encontrar evidencias relativas al efecto del control del estrés y relajación debido a la segregación de adrenalina, endorfinas y serotonina durante su práctica; a la necesidad de desarrollo de la concentración en un medio que no se domina; y al deseo de superación personal y afán de lucha, entre otros.

Una investigación realizada por Bennett (2004) con atletas de élite WCT, en la cual se

encontró que su estado ideal de rendimiento en free surfing y en Surf competitivo tenía siete dimensiones con las siguientes características: Muy altos niveles de disfrute y satisfacción, claridad de concentración y enfoque, niveles de activación individual definido , clara y detallada retroalimentación del rendimiento, alto sentido de confianza y control, sentimiento libre de ritmo y fluidez, estado alterado de percepción. Estudiadas estas dimensiones, se definen seis entidades o beneficios principales que se desprenden de la práctica de surf: a) Motivación, b) Relajación, ansiedad y estrés, c) Concentración, d) Visualización, e) Autoestima, autoconfianza y autoconcepto, f) Control emocional (González, 2016).

En cuanto al nado un estudio publicado en el National Center for Biotechnology Information (NCBI) advierte que nadar, al igual que otros ejercicios, reduce los síntomas de la ansiedad y la depresión. Según la publicación, estas mejoras en el estado de ánimo se producen por un aumento considerable de la circulación sanguínea en el cerebro y sus efectos en el denominado de forma científica, “eje hipotalámico-hipofisario-adrenal” (HPA), parte esencial del cerebro que controla el estrés y, por lo tanto, ayuda a su reducción no solo social sino también el estrés físico. El doctor David Coppel, director de los servicios neuropsicológicos y de investigación en el Programa de conmoción cerebral Seattle Deportes y profesor de la Universidad de Washington, asegura que la natación es una disciplina que mitiga la sensación de pánico y los sentimientos de tristeza: “La natación es eficaz para reducir el pánico y los sentimientos de tristeza al liberarse factores en el cerebro como las endorfinas”. Además hay avances en lo que respecta a memoria, aprendizaje y funciones cognitivas (Grijota, 2016). Entre lo más estudiado está la relación de ansiedad y actividad física o deportes como parte del tratamiento frente a la ansiedad sobre en aquellos casos que , por su nivel elevado , así se requiera. En esta línea Lindegard y otros estudiaron a 69 pacientes (65% mujeres) con estrés y a los que recomendó llevar a cabo un programa de

ejercicio físico durante 18 semanas, con ayuda de un entrenador. Al final del periodo dividieron a los participantes en 3 grupos: los que cumplieron el programa y los que siguieron parcialmente este y por último los que cumplieron satisfactoriamente con el programa. Los resultados mostraron que los 2 últimos grupos habían disminuido los niveles de estrés, depresión, ansiedad y burnout. Otro buen ejemplo es un estudio que se realizó en 2009 para comprobar si la práctica de ejercicio físico era efectivo en el tratamiento de estrés y depresión. Rmer et. al llevaron a cabo pruebas controladas aleatorias, donde se comparaba la práctica de ejercicio físico con el tratamiento estándar, con la ausencia de tratamiento e incluso con tratamiento placebo a un grupo de adultos. Se utilizaron distintas herramientas para medir la depresión, incluyen solo el resultado principal en el meta análisis. Los resultados mostraron que el ejercicio mejora los síntomas de depresión y estrés cuando se compara con el no tratamiento o intervención. (Guerra, Gutiérrez, Zavala, Singre, Goosdenovich y Romero, 2017).

McMahon y otros también comprobaron la correlación negativa entre los niveles de actividad física y de ansiedad. Su estudio con una muestra de 11.000 adolescentes europeos de ambos sexos y de 10 países distintos, arrojó que a mayor niveles de actividad física (Guerra et al, 2017).

Por último destacar que la utilización del ejercicio en todo aspecto sea en medio acuático, terrestres o aéreas, no solo lleva a una mejora en distintas áreas en el sujeto, tanto físicas, emocionales y sociales si no que a lo que respecta como tratamiento de la ansiedad y estrés este sería de fácil acceso, económico y variado.

2.6 Modelos Teóricos

En el año 1914, el fisiólogo estadounidense Walter Cannon conceptualizó el término

estrés como un síndrome de lucha-huida (rosales,2014). En las décadas transcurridas desde 1936, entonces Selye introdujo el concepto de estrés,causando que éste concepto se extendiera mucho más allá de la fisiología, generando un enorme volumen de investigación biológica, psicológica y sociológica, así como una producción permanente de literatura popular y de autoayuda(Trucco, 2002). Estrés es un concepto con múltiples definiciones y diversos modelos posibles para abordar su estudio. Dichos modelos, se distinguen unos de otros según la importancia que le asignen a las dimensiones biológicas, psicológica y social.(Lazarus & Folkman, 1986 en Zabaletta et al, 2011)

2.6.1 Modelo Ecológico

En 1866 el Biólogo Germano Ernst haeckel propuso el término ecológico para reivindicar una ciencia que estudie la relación de los seres vivos con su medio ambiente, posterior la química Ellen Swallow impulsó a este enfoque ya que reconoce la importancia de la ciencia en investigar la unidad como el hogar, desde entonces siendo utilizada en las ciencias sociales, sobre todo en el área comunitario. Pero no es hasta los años 70 que surge un modelo representativo del desarrollo humano desde la perspectiva ecológica a manos del psicólogo Urie Bronfenbrenner que ofrece un marco para entender las relaciones de los individuos con el contexto social, parte de su teoría se debe a la formulación clásica de kurt lewin $C=f(PA)$ que se refiere a que la conducta (C) es una función del intercambio de la persona(P) con el ambiente(A), lo que define entonces el desarrollo humano como “un cambio perdurable en el modo en que una persona percibe su ambiente y se relaciona con él”(Bronfenbrenner,1979; Clarke, 1973; Hawe y Riley,2005; Levine,Toro y Perkins, 1993;lewin , 1935 en Suarez , 2014).

Este modelo establece que la salud y enfermedad es el resultado que se obtiene de la interacciones entre la triada agente-huesped-ambiente. (Susser, 1972 en Arredondo, 1992). Esta triada se explica de la siguiente manera: Los agente estarían conformados por los Riesgos Psicosociales que puede sufrir un individuo como por ejemplo sobrecarga laboral, enfermedades, posible amenazas físicas, entre otros, estos afectarían a la homeostasis o salud del huésped que es el individuo como tal incluyendo su estado nutricional, su educación, etc. Estos, tanto los agentes como el huésped están siendo regulados por los factores ambientales como lo serían el ruido, lugar de trabajo además de factores sociales como nivel socioeconómico, niveles de estudios etc. Esto conformaría una especie de balanza en el cual el medio ambiente es la base que sostiene a los agentes y huésped. Entonces si es que se presentan altos niveles de agentes o sea riesgos psicosociales, la balanza se inclinaría hacia la enfermedad como por ejemplo el estrés. En el caso de que la balanza se incline hacia el lado del huésped hay mayor probabilidad de cura. (Durand, 2015; Montoya y Cardoso, 2014).

Dentro de lo anterior cabe destacar también que Urie Bronfenbrenner dentro de sus aportaciones teóricas, establece que:

Hemos de entender a la persona no sólo como un ente sobre el que repercute el ambiente, sino como una entidad en desarrollo y dinámica, que va implicándose progresivamente en el ambiente y por ello influyendo también e incluso reestructurando el medio en el que vive (Bronfenbrenner, 1979 en García, 2001).

Esto quiere decir que el individuo no solo es influenciado por el ambiente, sino que este se va desarrollando y también implica cambios en su ambiente siendo una interacción progresiva y de cambios entre el ambiente y el sujeto.

Además de lo anterior Bronfenbrenner postula cuatro niveles o sistemas que afectan directa e indirectamente sobre el desarrollo estos serían: Microsistema este corresponde al

patrón de actividades, roles y relaciones interpersonales que la persona en desarrollo experimenta en un entorno determinado en el que participa. Luego vendría el Mesosistema que comprende las interrelaciones de dos o más entornos (microsistemas). posterior estaría el Exosistema que se refiere a los propios entornos (uno o más) en los que la persona no está incluida directamente, pero que estos afectan al entorno en el que la persona si está incluida por ejemplo (para el niño, podría ser el lugar de trabajo de los padres, la clase del hermano mayor, el círculo de amigos de los padres, las propuestas del Consejo Escolar, etc.). Por último está el Macrosistema el cual se refiere a los marcos culturales o ideológicos que afectan o pueden afectar transversalmente a los sistemas de menor orden (García, 2001).

2.6.2 Modelo Transaccional

El modelo transaccional busca comprender cómo las personas y sus ambientes operan juntos, y parte de la idea de que las niñas y los niños son afectados por sus ambientes, y que a su vez ellas y ellos también cambian esos ambientes, en un proceso recíproco que incorpora influencias bidireccionales, de acuerdo con los principios contemporáneos de la teoría de sistemas. Este modelo llama la atención sobre la influencia que las niñas y niños ejercen en su propio desarrollo y sobre la forma en que interactúan con su ambiente (por ejemplo con sus cuidadores y cuidadoras), lo cual lleva a alterar ese ambiente y a provocar determinadas respuestas en sus cuidadoras y cuidadores. A su vez, el ambiente modificado repercute de nuevo sobre el niño o niña, afectando su desarrollo (Sameroff, 1983; Sameroff & Chandler, 1975; Sameroff, 1987; Sameroff & MacKenzie, 2003 en Martínez y García 2012).

El modelo transaccional supone una teoría dinámica del desarrollo en la cual hay una interacción entre el individuo y su ambiente, un individuo que se convierte en participante activo en su propio desarrollo. Este ambiente se adapta al sujeto; En la actualidad, se

considera que el individuo juega un papel esencial en la modificación de su experiencia social, tanto mediante procesos elicítadores, como de selección. También se considera que el individuo juega un papel principal en la modificación de su experiencia biológica, a través de sus propias reacciones ante el estrés o de la modificación de las mismas mediante la medicación (Cicchetti & Tucker, 1994, Sameroff y Fiese, 1990 en Martínez y García, 2012).

Kierkegaard, vemos que en sus reflexiones acerca de la ansiedad, explica que cuanto mayor sea la libertad potencial de individuo, cuanto más creativas sean las posibilidades, mayor será su ansiedad potencial. Por lo tanto sostenía que la libertad implica siempre una ansiedad potencial, considerando a esta ansiedad como normal y no patológica. Por otro lado observó que el ser humano escapa de la ansiedad neurótica en la medida en que se libera como individuo y al mismo tiempo logra estar en comunidad (Kierkegaard y Merchán, 1975; Kierkegaard y Rivero, 2007 en Coca 2013.p 93-94).

Este modelo introduce la mediación cognitiva como pieza fundamental en el desarrollo del estrés, considerando que es la percepción que una persona tiene de la situación psicológica la que define el estrés (Lazarus & Folkman, 1986 en Zabaletta et al, 2011). Lazarus distingue tres tipos de evaluación ante el estrés : La evaluación primaria que se produce en cada encuentro o transacción con algún tipo de demanda externa o interna, evalúa amenazas, pérdidas o ganancias. Luego está la evaluación secundaria la cual se refiere a la valoración de los propios recursos para afrontar el estrés y por último, la reevaluación implica los procesos de feedback, y permite correcciones en las valoraciones previas. Lazarus también explica que existen 3 tipos de acontecimientos que desencadenan ansiedad o estrés en primer lugar están los cambios que afectan a gran número de personas estas pueden ser cataclismos o cambios dramáticos en las condiciones en el entorno de vida de las personas como situaciones bélicas o víctimas de terrorismo, la migración y el desarraigo, las

catástrofes naturales (terremotos, inundaciones, cataclismos, etc.) En segundo lugar están los cambios que afectan sólo a una persona o a unas pocas personas donde estarían las víctimas de la violencia , enfermedades terminales, divorcios, pérdida familiares, entre otros. Y por último están los acontecimientos diarios o cotidianos que se refieren al cúmulo de molestias, imprevistos y alteraciones en las pequeñas rutinas cotidianas. como perder algo, un atasco de tráfico, quedarse sin dinero o los sucesos fortuitos como fenómenos meteorológicos, rotura de objetos y los problemas sociales como lo son las discusiones, decepciones, problemas familiares (Fernández-Abascal y Palmero, 1999 en Londoño, 2011, p 81-82).

Nuestras experiencias estresoras provienen de tres fuentes básicas: nuestro entorno (ruidos, carga de trabajo excesiva, conflictos interpersonales, falta de medios,...), nuestro cuerpo (insomnio, cambios hormonales, enfermedades,...) y nuestros pensamientos (preocupaciones, anticipaciones negativas,...). La intensidad y naturaleza de esas experiencias estresoras depende de factores individuales (reactividad personal, vulnerabilidad, características de personalidad) y contextuales (apoyos sociales y materiales, cuestiones organizacionales, etc.)(Baeza et al, 2008). Donde también al contrario de las teorías psicológicas tradicionales, para el modelo transaccional las emociones juegan un rol fundamental ya que es él vínculo que existe entre el mundo interior, la cognición y el mundo social. Se puede reconocer entonces que no existe una serie de tres términos sucesivos: biológico - psicológico - social, sino, más bien, un paso simultáneo y dinámico de lo biológico a lo psíquico y a lo social, en interacción constante y en doble sentido. ya que no existe un individuo que sea solo razón o solamente físico, sino que es un organismo determinado de una parte por los caracteres heredados o sea biológicos y, de otra parte, por las relaciones e interacciones que establecen los seres humanos con el entorno, además de la interpretación que realizan desde la gestación hasta la muerte. Desde esta perspectiva los

logros que se tienen y fracasos no son exclusivamente del individuo o de su experiencia sino más bien de la combinación de ambos (Restrepo, 2015; Sameroff y Fiese, 1997 en Sánchez 2001).

Entonces de lo anterior se entiende que en la perspectiva interaccional el estrés se origina a través de las relaciones particulares entre la persona y su entorno o situación, siendo ésta valorada por él individuo como algo que excede sus propios recursos y que pone en peligro su bienestar personal.

2.6.3 Modelo Diátesis-vulnerabilidad

Este modelo nace de las investigaciones a la etiología de la esquizofrenia de Zubin (1977) donde identifica 6 modelos etiológicos (genética, ambiente interno, neurofisiológico-anatómico, de la teoría del aprendizaje, evolutivo y ecológico) que a su vez estos se sitúan en 2 polos investigativos siendo estos el ecológico y el genético que permite posteriormente a Zubin en conjunto con Spring (1977) realizar una revisión de estos 6 modelos y llegan a un factor en común que dentro de estos 6 modelos hay un modelo de segundo orden al que llamaron “modelo de vulnerabilidad a la esquizofrenia”; Que en palabras de Zubin [1978, p 641, en Ruiz (1985)] ... vulnerabilidad se entiende como “la predisposición a desarrollar un episodio esquizofrénico cuando las circunstancias vitales (tanto externas como internas) producen el suficiente grado de estrés que supera (el umbral)la tolerancia al estrés de una persona”.

En Londoño (2011) se explica que al ser más evidente las diferencias individuales al momento de responder al estrés, siendo impredecible la forma en como afecta a los individuos y que para pronosticar se hacía necesario tener en cuenta factores psicológicos individuales, es que toma importancia estos factores personales aumentando el interés hacia

factores que afectan al individuo como el medio social y psicológico además del factor biológico, apreciándose como relevantes en la salud y en la enfermedad. Por otro lado estudios de respuestas inmunes y sus procesos sumando los factores antes mencionados (sociales y psicológicos) que afectan en la salud es que se acepta hoy en día la idea de vulnerabilidad hacia la enfermedad (p.77). Esta se entiende como una predisposición a contraer ciertas enfermedades, vulnerabilidad que últimamente ha sustituido al de diátesis en la literatura psiquiátrica ya que se explican de igual forma, entonces es que tanto diátesis y vulnerabilidad se refiere explícitamente a una predisposición a nivel genético, ambiental y fenotípico, esto quiere decir que un individuo es influenciado en su desarrollo (ontogénesis) por su interacción con el medio. El cual explica que un “cachorro humano” es inmaduro y que las potencialidades genéticas que tiene puede llegar a una correcta maduración gracias al papel que cumple el medio ambiente, particularmente el familiar, Esto nace de la dialéctica de lo innato y lo adquirido no en forma mecánica sino a través de una delicada modulación en la expresión del potencial genético. Ese juego deja entonces que la expresión fenotípica de un determinado gen o conjunto de genes se verá condicionada históricamente en la vida de un individuo por múltiples factores exógenos provenientes del entorno social, cultural y ecológico. pudiendo ser definido también como una disposición innata expresada en función de lo adquirido durante el desarrollo, siendo una capacidad y no un destino irreversible esto debido a que es importante quitar la atribución de causas genéticas a aquello aprendido que a veces él individuo no recuerda haberlo adquirido o aprendido pensando en que la “enfermedad” viene predeterminado en su genética. (Halsband et al, 2011)

Para terminar con este modelo que tiene un eje biopsicosocial lo cual permite abordar los problemas psicológicos desde una perspectiva interpersonal. Londoño (2011) afirma que el estado de salud incluye las relaciones interpersonales y los vínculos de las personas con un

otro. toma como ejemplo la programación temprana del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, tal como ha sido descrito en los estudios de Meaney (2001) y Liu, Diorio, Tannembaum, Caldji, Francis, Freedman et al. (1997) Donde muestra cómo la respuesta al estrés depende en parte de la calidad de los vínculos tempranos (p.75). Y que dentro de las implicancias terapéuticas se deben considerar combinaciones terapéuticas junto con psicofarmacología acompañadas de indicaciones en el plano social como alivio en factores estresores ya sea trabajo, estudios entre otros. esto permite que se potencien mutuamente(Halsband et al, 2011).

2.6.4 Modelo fisiológico - neurobiológico

La respuesta al estrés es mediada por el hipotálamo, estructura encargada de coordinar las respuestas emocionales, las secreciones hormonales y funciones vitales y de adaptación, como el sueño, el hambre, la sed y la respuesta sexual, y mantener estas conexiones con el lóbulo frontal y con la amígdala del hipocampo, estructura encargada de almacenar nuestra memoria sensorial. El hipocampo es la estructura cerebral que recibe la información proveniente del medio interno del individuo y de su entorno y la transcribe para producir una respuesta hormonal. (Kwon, Seo, Shim, Lee, Jang, Park et al., 2008; Téllez-Vargas y Forero, 2010; McEwen y Stellar, 1993 en Londoño ,2011, p 79-80).

Algunos aspectos fisiológicos del estrés según Duval (2010) es que existen fases estas son en primer lugar la recepción del estresor y la filtración por parte del tálamo la información sensorial captada. Luego, vendría la programación de la reacción al estrés que se captó anterior mente poniendo en juego el *cortex* prefrontal que tiene funciones importantes en la toma de decisiones, atención y la memoria a corto plazo además de la participación del sistema límbico que ayudará a comparar esta nueva situación en el caso del estímulo estresor captado con situaciones vividas en el pasado causando que la respuesta dada sea en función

de la experiencia. Finalmente luego de la comparación de situaciones nuevas con las del pasado se dará el paso a la activación de la respuesta del organismo, vía la amígdala que tiene implicancias en la memoria emocional y el hipocampo que se relaciona con la memoria explícita. Esta respuesta activa el complejo hipotálamo-hipofisario, así como la formación reticular y el locus coeruleus. En conjunto con estas fases el cuerpo sufre una adaptación, donde entra en un estado de alerta donde el hipotálamo estimula las suprarrenales (en su parte medular) para secretar la adrenalina, cuyo objetivo es suministrar la energía en caso de urgencia. en esta etapa habrá entonces una serie de respuestas del organismo como un aumento de la frecuencia cardíaca, una vasodilatación, un aumento de la vigilancia. Posteriormente se entra en una fase defensiva que se activa solamente si el estrés se mantiene. Las suprarrenales (en la zona fasciculada) van a secretar entonces un segundo tipo de hormona, el cortisol que ayuda a mantener constante el nivel de glucosa sanguínea para nutrir los músculos, el corazón, el cerebro. Entonces se entiende que por una parte, la adrenalina suministra la energía de urgencia; por otra, el cortisol asegura la renovación de las reservas siendo entendida como una fase constante de resistencia, donde se espera que el organismo “aguante”. Finalmente si no logra aguantar o pasa a una etapa de agotamiento que se sitúa en la situación en que el estímulo es persistente causando alteraciones hormonales crónicas (adrenalina y cortisol) teniendo como consecuencias alteraciones orgánicas y psíquicas, y si esta situación llegase a persistir por un tiempo más prolongado es posible que el organismo se desborde llegando al momento en que poco a poco las hormonas secretadas son menos eficaces teniendo como resultado que el organismo esté invadido de hormonas que tendrán un impacto negativo sobre la salud. En el mundo de las neurociencias, la noción de estrés está controlada en sus componentes emocionales, conductuales y fisiológicos por la hormona liberadora de corticotropina (CRH). también se sabe que las diferencias individuales

tienen gran importancia en la reacción al estrés, ya que hay varios componentes que participan en el proceso psico neurológico del estrés pudiendo afectar a cada individuo de forma diferente donde dentro de estas formas resalta en que pueden tener su origen genético como en enfermedades autoinmunes.(Duval 2010)

Por otro lado si vemos a la ansiedad y estrés como respuestas emocionales hacia estímulos que corrompan la homeostasis del organismo es importante hablar de la teoría de Cannon(1927) y Bard(1929) que proponen que un estímulo primero activa al tálamo desde el cual este activa de forma simultánea la corteza y el hipotálamo teniendo como resultado la activación de una experiencia emocional y la organización de una respuesta conductual y autónoma por parte del hipotálamo que sin lugar a dudas es un importante regulador de las funciones autónomas y endocrinas(Dennis, 2014).

La neurobiología plantea que existe una anatomía de las emociones cuya localización de las emociones estaría en el sistema límbico, una región que comprende varias estructuras profundas del cerebro como el cíngulo, la amígdala, el hipotálamo, el hipocampo, y otras. La amígdala coordina y regula las reacciones de alarma, del miedo y la ansiedad, Envía proyecciones a estructuras cortico-subcorticales que se dirigen a los sistemas neurohumorales, autonómicos y músculo esqueléticos asociados con los mecanismos de respuesta a la ansiedad el miedo. Otra de la estructura mediadoras es el locus cerúleos que envía eferencias a la amígdala, hipocampo, hipotálamo, corteza y médula espinal, todos implicados en el comportamiento del miedo y la ansiedad. Y como última estructura mediadora tenemos el hipotálamo que está involucrado en la activación simpática (hipotálamo lateral), en la liberación neuroendocrina y neuropéptica (los núcleos paraventriculares y supraópticos liberan al factor liberador de corticotropina, vasopresina y oxitocina) inducida por el estrés. Para finalizar la ansiedad puede ser consecuencias también

por alteraciones en el funcionamiento del receptor GABA debido a cambios en la concentración del GABA o del número de receptores, así como cambios en la sensibilidad del receptor (Clement y Chapoutier, 1998 ;Goddard y Charney, 1997; Gómez, 2007; Nutt y Malizia, 2001 en Cedillo, 2017).

Las investigaciones en neurobiología con animales, y la respuesta al tratamiento propuesto a los pacientes que manifiestan sufrir de ansiedad, revelan que algunos neurotransmisores que están implicados en los estados de ansiedad son la noradrenalina (NA) y la serotonina (5HT): La Noradrenalina es la encargada de regular ciertas actividades involuntarias, tales como el ritmo del corazón, la presión arterial y sudoración, entre otros. Los cuerpos neuronales del sistema NA, noradrenérgico, se localizan principalmente en el locus coeruleus del puente límbico y médula espinal. La estimulación del locus coeruleus en animales provoca una respuesta de miedo. Se implica a la serotonina ya que el interés por la relación entre serotonina y ansiedad aparece al evidenciarse efectos terapéuticos producidos por el uso de los antidepresivos serotoninérgicos; de forma colateral se encuentra que dichos antidepresivos tienen, además, un efecto benéfico sobre la ansiedad (Gómez, 2007).

CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO

3. Paradigma investigativo

3.1 Metodología de la Investigación

Esta investigación es un trabajo con un enfoque cuantitativo no probabilístico de tipo correlacional, comparativo y transversal con el que se pretende estimar las relaciones entre estrés, ansiedad y deportes en medios acuáticos.

La investigación es de carácter cuantitativo ya que este paradigma trata de determinar la fuerza de asociación entre variables para poder generalizar desde una postura objetiva los resultados obtenidos a través de una muestra lo que le permite hacer inferencia a

una población de la cual toda muestra procede, esta entonces estudia la asociación o relación entre variables cuantificadas donde de sus datos permite poder analizar y hacer el estudio de la asociación o correlación de las variables investigadas (Fernández y Díaz, 2002). Y es los objetivos principales de esta investigación ya que está la de establecer y posteriormente analizar para saber si es que hay estrecha relación o no entre los deportes acuáticos con los niveles de estrés y ansiedad en la población investigada.

Los estudios correlacionales se realizan cuando no se pueden manipular las variables de tratamiento por varias razones, de las cuales señalaremos tres. 1) Es imposible manipular físicamente las variables, 2) Los sucesos ya han ocurrido y 3) Cuando la manipulación de variables sea ilegal o no ética. Donde la manipulación de variables son de carácter específicos a investigar y no hay una manipulación directa si de estas si no que solo ver su relación mediante un procedimiento de selección de variables a investigar (observar) para disponer de una cantidad o valores de la variable que posteriormente se puedan analizar. O sea persigue medir el grado de relación existente entre dos o más conceptos cabe destacar que no busca ver causa- efecto, sino más bien que tipo de relación existe entre las variables. (Universidad de Jaen, 2010) Esto lo tenemos presente ya que en nuestra investigación las variables no se pueden manipular ya que estrés, ansiedad, y los efectos del deporte afectan de distintas formas en cada individuo. Y en que no habrá una manipulación directa de las variables en lo que respecta en la búsqueda de una Causalidad.

La investigación será comparativa ya que se entiende como método comparativo él que busca establecer las relaciones de asociación entre dos o más variables (Piovani y Krawczyk, 2017). Esto lo tenemos presente ya que en nuestro trabajo de investigación se tendrá la oportunidad de comparar como se relacionan las variables ansiedad, estrés y los deportes en medios acuáticos o no, si bien el trabajo de investigación contempla 3 grandes

conceptos como lo son estrés ansiedad y deporte, no podemos dejar de señalar que los resultados podrán además analizar otras variables arraigadas dentro de lo asociado a estos conceptos, como por ejemplo la salud, respiración, estado fisiológico, hormonas entre otros. Por otro lado la investigación será con un corte transversal la cual se define como investigación la cual recolecta los datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado.(García y Ruiz ,2004) Es decir, hará un corte en el tiempo donde se recolectarán los datos.

La investigación no probabilística la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación o los propósitos del investigador.(Hernández,Fernández y Baptista, 2014) Esto está dentro de nuestra investigación ya que debemos recoger datos de sujetos con características específicas en nuestro caso que practiquen deportes en medio acuáticos por lo que no podemos elegir sujetos al azar y el investigador es el encargado de seleccionar la muestra.dentro de la investigación no probabilística se utilizan distintas técnicas en nuestra investigación se utilizará el muestreo de selección experta, denominado también como muestreo de juicio, es una técnica utilizada por expertos para seleccionar especímenes, unidades o porciones representativas o típicas, según el criterio del experto.(Pimienta, 2000)

Para finalizar este trabajo de investigación es de carácter no experimental ya que no hay manipulación de las variables.

3.2 Universo, población, muestra, fuentes de información

El Universo es la cantidad de habitantes de la quinta región de Valparaíso en Chile siendo esta de 1.815.902.

La población objeto de estudio está representada por adultos entre 18 y 54 años de

edad de ambos sexos que practiquen deportes en medios acuáticos y en otros medios como a su vez, adultos con las mismas características anteriores que no practiquen deportes en medios acuáticos u otros deportes, que pertenezcan a la región de Valparaíso, Chile.

La muestra será catalogada como no probabilístico donde la elección de casos depende totalmente del criterio del investigador provocando que esta no sean aleatoria sino más bien que sean elegidas por características específicas, en relación a las variables a investigar, las muestras no son representativas a la población. De lo anterior es que es difícil establecer el tamaño de la muestra por lo que consideraremos los principios de la investigación probabilística donde establece que para investigaciones transaccional descriptivo o correlacional 30 casos por grupo o segmento del universo serán el mínimo de muestras. Por otro lado en encuesta a gran escala 100 casos para el grupo o segmento más importante del universo y de 20 a 50 casos para grupos menos importantes. (Hernández et al, 2014., Pimienta, 2000) Es por lo anterior que se establece que la muestra para esta investigación según la tabla 1 de la variable EDAD.

Tabla 1

Edad

Válidos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
18	3	1,8	1,8	1,8
19	10	5,9	5,9	7,6
20	7	4,1	4,1	11,8
21	13	7,6	7,6	19,4
22	16	9,4	9,4	28,8
23	5	2,9	2,9	31,8
24	9	5,3	5,3	37,1
25	10	5,9	5,9	42,9
26	16	9,4	9,4	52,4
27	6	3,5	3,5	55,9
28	16	9,4	9,4	65,3
29	7	4,1	4,1	69,4
30	8	4,7	4,7	74,1
31	4	2,4	2,4	76,5

32	4	2,4	2,4	78,8
33	1	,6	,6	79,4
34	1	,6	,6	80,0
35	3	1,8	1,8	81,8
36	3	1,8	1,8	83,5
37	4	2,4	2,4	85,9
38	3	1,8	1,8	87,6
39	1	,6	,6	88,2
40	2	1,2	1,2	89,4
41	2	1,2	1,2	90,6
42	4	2,4	2,4	92,9
43	3	1,8	1,8	94,7
45	1	,6	,6	95,3
46	2	1,2	1,2	96,5
47	1	,6	,6	97,1
50	2	1,2	1,2	98,2
52	2	1,2	1,2	99,4
54	1	,6	,6	100,0
total	170	100,0	100,0	

Encontramos que la muestra corresponde a un total de 170 personas equivalente al 100 % entre los rangos de 18 años como edad mínima de y máxima de 54 años, siendo la media de 28,1.

Tabla 2

Nacionalidad

Válidos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Chilena	155	91,2	91,2	91,2
Extranjero	15	8,8	8,8	100,0
Total	170	100,0	100,0	
Nota:				

En la cual el 91,2% [155 personas (p)]son de nacionalidad chilena y el 9 % (15 p) correspondientes a extranjeros, esto en la tabla 2 de la variable NACIONALIDAD.

Tabla 3

Sexo

Válidos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Masculino	96	56,5	56,5	56,5

Femenino	74	43,5	43,5	100,0
Total	170	100,0	100,0	
Nota:				

Por otro lado la tabla 3 de la variable SEXO muestra que el 56,5 % (96 personas) corresponde al sexo masculino y el 43,5 % (74 p) al sexo femenino.

Tabla 4

Ocupación

Válidos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Independiente	55	32,4	32,4	32,4
Dependiente	43	25,3	25,3	57,6
Estudiante	62	36,5	36,5	94,1
Cesante	7	4,1	4,1	98,2
Dueño de casa	3	1,8	1,8	100,0
Total	170	100,0	100,0	
Nota:				

En la totalidad de la muestra correspondiente a la tabla 4 de la variable OCUPACIÓN encontramos que el 32,4 %(55 p) trabajan de manera independiente, el 25,3% (43 p) de manera dependiente y el 4,1% (7 p) se encuentran cesantes. Mientras que por otro lado el 36,5%(62 p) están estudiando y el 1,8% (3 p) desempeñan el rol de dueña de casa.

Tabla 5

Localidad

Válidos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
5 región	149	87,6	87,6	87,6
Otra Región	18	10,6	98,2	100,0
Otro País	3	1,8	1,8	100,0
Total	170	100,0	100,0	
Nota:				

Encontramos también los datos proporcionados por la ficha demográfica y que plasma los resultados del SPSS, la tabla 5 de la variable LOCALIDAD muestra que el 87,6%(149

p) de las personas viven en la región de Valparaíso, el 10,6 % (18 p) en otras regiones y el 1,8% (3p) en otro país.

3.3 Instrumentos de recolección de datos

Los instrumentos de recolección de datos son en primer lugar una ficha demográfica (Anexo n°1) que permitirá conocer la situación laboral, residencia, sexo, edades, entre otros aspectos con el fin de describir lo mejor posible la muestra, como por ejemplo la realización de deporte acuático, frecuencia, cantidad, entre otra información.

En segundo lugar se utilizará la escala de depresión ansiedad y estrés DASS (Depression Anxiety Stress Scale) donde ocuparemos la Versión chilena abreviada de las Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS - 21), (Anexo n° 2). Esta fue traducida y adaptada en Chile por Vinet, Rehbein, Román y Saiz (2008) y modificada por Román (2010), siendo esta última versión la utilizada. El DASS - 21 cuenta con 21 ítems, con cuatro alternativas de respuesta en formato Likert, las cuales van desde 0 ("No describe nada de lo que me pasó o sentí en la semana") hasta 3 ("Sí, esto me pasó mucho, o casi siempre"). Para responder, la consigna establece indicar en qué medida la frase describe lo que le pasó o sintió la persona durante la última semana. Este instrumento tiene la ventaja de ser una escala de auto reporte, breve, fácil de administrar y responder, siendo su interpretación sencilla.(Antúñez y vinet, 2012). Estos últimos Indican que el DASS - 21 sería un instrumento confiable, con un desempeño psicométrico aceptable en población universitaria no consultante chilena, con una adecuada validez de constructo, convergente y discriminante, así como una sólida consistencia interna. En cuanto a la validez convergente y divergente, se observaron correlaciones considerables entre escalas del DASS - 21 y los instrumentos utilizados. Acerca de la confiabilidad de las escalas, son destacables los índices de consistencia interna que presentaron las escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS -

21), evidenciando una adecuada confiabilidad que se reflejó en valores sobre el alfa .73 en sus escalas.

Tabla 6

Estadísticos de Fiabilidad

Alfa de Cronbach	Número de elementos
,899	21

La fiabilidad de las escalas del DASS-21, según la tabla 6 elaboradas con la herramienta SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) para esta investigación, encontramos que son destacables los índices de consistencia interna que presentaron las escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés, evidenciando una adecuada fiabilidad que se reflejó en valores alfa .89 en sus escalas.

Comparando estos datos, con estudios cercanos encontramos que, con respecto a la validez convergente del DASS-21 en un estudio donde se evaluaron las propiedades psicométricas de las escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) en una muestra de estudiantes secundarios chilenos. en donde obtuvieron resultados satisfactorios mostrando una confiabilidad aceptable y en donde, los valores Alfa para cada escala fueron igualmente aceptables que convergen con hallazgos de otros estudios de validación, que medían constructos similares (Lovibond y Lovibond, 1995; Daza y cols., 2002; Bados y cols., 2005 en Roman, Vineta & Muñoz, 2014).

Por otro lado y en conjunto se hará uso de un Consentimiento informado, para poder utilizar la información del usuario o sujeto de medición (Anexo n° 3).

Por último se hará uso del instrumento estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) su versión 21, siendo uno de los Software más conocidos y utilizados para la realización de investigaciones de mercado e investigaciones relacionadas al área de la sociología y psicología(González, 2009).

3.4 Procedimiento

Dentro del procedimiento para la obtención de Datos serán las suministración del consentimiento informado, la ficha demográfica y posteriormente la escala de medición DASS 21 estas serán suministradas en 2 instancias dentro de la investigación , en primera instancia se medirá a 85 personas que cumplan con los rangos de edad y practiquen deportes en medio acuático, para esto el investigador deberá asistir a lugares donde se practican distintos tipos de deportes en medio acuático, ya sea playas, piscinas, lagos, ríos, estanques, etc. Seleccionando la muestra teniendo en cuenta la participación de las personas, para este procedimiento se estableció un tiempo determinado de 2 semanas para poder asistir a distintos lugares que se de la práctica de deportes en medios acuáticos.

En segunda instancia se suministrará los mismos instrumentos pero en lugares donde concurra una cantidad de personas significativas dentro de la Región de Valparaíso ya sea plazas, Malls, avenidas importantes de la región, siendo la cantidad de 85 personas que cumplan con los rangos de edad establecidos y que no practiquen deportes en medio acuático, o simplemente no practiquen deportes, se estableció un tiempo determinado de 1 semana para poder asistir en distintas oportunidades a lugares con alto tráfico de personas y se tiene como factor condicionante la participación de las personas, es por esto que se estableció un límite de tiempo de 3 semanas, siendo prudente para poder obtener a las 170 personas que la investigación necesita.

3.5 Consideraciones Éticas de la investigación

Dentro de los aspectos éticos encontramos la confidencialidad de los datos personales, ya que se mantendrá en anonimato los datos de los participantes, por otro lado a cada participante se pedirá firmar un consentimiento informado explicando las circunstancias de la investigación, los fines, pudiendo estos tener el derecho a no querer participar de dicho trabajo, todo dentro del marco legal y administrativo de la universidad. Por otro lado como aspecto ético está la correcta utilización y la honestidad de los datos obtenidos no siendo manipulados de ninguna forma que pueda perjudicar la confiabilidad del trabajo investigativo. Además otra consideración ética son los aspectos personales, buscando entonces ser lo más objetivo posible dentro del trabajo investigativo para que las consideraciones personales, prejuicios entre otros no condicionen el resultado de la investigación. Para finalizar está la utilización de las referencias bibliográficas donde se considera que se debe hacer el uso debido de esta, considerando las normas establecidas de derechos de autor, además de la seriedad de los documentos consultados sean acorde al tema a investigar.

CAPÍTULO IV. RESULTADOS.

4. Resultados descriptivos.

Los datos fueron analizados mediante el programa estadístico SPSS, versión 21. A continuación se exponen los resultados más relevantes, pero antes, mencionar que dentro del análisis de datos utilizaremos las tablas obtenidas de la herramienta estadística SPSS. Nos referiremos en gran medida a porcentajes pero además señalaremos al número de

personas correspondientes, esto para una mejor comprensión.

En las siguientes tablas obtenidas mediante el análisis de frecuencia con un intervalo de confianza del 95%, y cumpliendo con los objetivos de esta investigación podemos señalar que:

Tabla 7

Deporte Acuático

Válidos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO	85	50,0	50,0	50,0
SI	85	50,0	50,0	100,0
Total	170	100,0	100,0	
Nota				

De la totalidad de la muestra (tabla 7 de la variable DEPORTE ACUÁTICO) el 50% (85p) de las personas practican deporte acuático y el otro 50%(85) no lo hacen.

Tabla 8

Cantidad de Deporte Acuático

Válidos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1 Deporte	54	31,8	31,8	31,8
2 Deportes	21	12,4	12,4	44,1
3 Deportes	10	5,9	5,9	50,0
No Practica	85	50,0	50,0	100,0
Total	170	100,0	100,0	
Nota				

Y que de este 50 % que si practica deporte acuático la tabla 8 de la variable CANTIDAD DE DEPORTE ACUÁTICO, nos enseña que el 31,8%(54 p) corresponden a personas que practican solo 1 actividad acuática, 12,4% (21 p) a personas que realizan 2 deportes acuáticos y 5,9% (10 p) a personas que realizan 3 o más deportes acuáticos.

Tabla 9

Frecuencia

Válidos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Pocas veces al mes	16	9,4	9,4	9,4

1-2 Semana	36	21,2	21,2	30,6
3-5 Semana	21	12,4	12,4	42,9
6-7 Semana	12	7,1	7,1	50,0
No Practica	85	50,0	50,0	100,0
Total	170	100,0	100,0	
Nota				

Y dentro de la variable FRECUENCIA , con la que practican el deporte correspondiente a la tabla 9 encontramos que del 50 % correspondiente a personas que practican deporte acuáticos el 7 % osea 12 personas lo practican de manera diaria, el 12,4% (21 p) entre 3 y 5 veces a la semana, el 21,2% (36 p) lo practica 1 o 2 veces a la semana y el 9,4 %(16 p) pocas veces al mes.

Tabla 10

Deporte

Válidos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO	39	22,9	22,9	22,9
SI	131	77,1	77,1	100,0
Total	170	100,0	100,0	
Nota				

De la totalidad de la muestra, la tabla 10 correspondiente a la variable DEPORTE muestra que el 22,9% (39p) no practican deportes, mientras que el 77,1% (131 p) afirmaban la práctica de algún deporte.

Tabla 11

Cantidad de Deporte

Válidos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1 Deporte	87	51,2	51,2	51,2
2 Deportes	31	18,2	18,2	69,4
3 Deportes	14	8,2	8,2	77,6
No Practica	38	22,4	22,4	100,0
Total	170	100,0	100,0	
Nota				

Dentro de este 77% , según la tabla 11 de la variable CANTIDAD DE DEPORTE, que muestra la cantidad de deportes que realiza una persona muestra que el 8,2 %(14 p) corresponde a personas que realizan 3 o más deportes, el 18,2 %(31 p) 2 deportes y el 51,2 % (87 p) solo practican 1 deporte.

En este punto y adentrándonos al centro de la investigación los datos arrojados muestran que correspondiente al análisis de T de Student donde se comparan las medias de variables independientes para saber si hay diferencias significativas es que encontramos (ver tabla 12) que:

Tabla 12

Estadístico de grupos

Deporte acuático		N	Media	Desviación tip.	Error típ. de la media
Estrés	Si	85	6,33	4,075	,442
	No	85	6,52	4,029	,437
Depresión	Si	85	2,48	2,408	,261
	No	85	4,25	4,041	,438
Ansiedad	Si	85	3,54	3,372	,366
	No	85	4,39	4,003	,434

Nota:

Tabla 13

Deporte acuático

Prueba de muestras independientes							
	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba t para igualdad de medias				
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencias de medias	Error típ. de la diferencia
Estrés							

	,002	,965	,303	168	,762	,188	,622
Depresión	22,450	,000	3,458	168	,001	1,765	,510
Ansiedad	4,519	,035	1,492	168	,138	,847	,568

Nota:

Los ítems de Estrés para personas que practican y no practican deportes acuático en donde las que respondieron “SI” tienen una media del 6,33 y las que respondieron “NO” poseen una media del 6,52 (tabla 12) con un intervalo de confianza del 95%, donde encontramos una significancia bilateral del ,762 (tabla 13) que al dividirlo nos deja una significancia bilateral del ,381 por lo que no hay una diferencias más bajos en adultos que practican deportes acuáticos en comparación de los que no practican deportes acuáticos, y se acepta la hipótesis Nula por lo que podemos decir que los niveles de estrés no son más bajos en adultos que practican deportes acuáticos en comparación de los que no practican deportes acuáticos, sino más bien mantienen niveles no tan distintos de estrés.

Correspondiente la mismo analisis sometido antes los datos entregados por SPSS en la comparación de medias en el ítem de Ansiedad y mostrados los resultados en la tabla 12 y 13 nos encontramos que las personas que respondieron “SI” practicar deportes acuáticos tienen una media del 3,54 y las que respondieron “NO” practicar deporte acuático poseen una media del 4,39 con una significancia bilateral del 0.069 lo que muestra que no existen diferencias significativas rechazando la H_0 refiriéndose a que los niveles de ansiedad son más bajos en adultos que practican deportes acuáticos en comparación de los que no lo practican. Aceptando la Hipótesis nula. Pero observando las medias y el nivel de Sig. se ve que hay una variación, mostrando que las personas que sí practican actividad acuática muestran menos

niveles de ansiedad que las que no realizan estas actividades.

Por otro lado y dentro de los análisis que podemos obtener sobre los niveles de ansiedad y estrés de las personas a las cual se le aplicó la escala DASS-21, y teniendo como referencia los puntos de cortes propuestos por Román, Santibañez y Vinet (2016). Siendo estos para la escala de Depresión se propone un punto de corte de 6 (>5); para la escala de Ansiedad se propone un punto de corte de 5 (>4); y para la escala de Estrés, el punto de corte propuesto es 6 (>5). A raíz de esto encontramos que y observando la tabla 14.

Tabla 14

Puntajes DASS-21			
	Estrés	Depresión	Ansiedad
Válidos	170	170	170
Perdidos	0	0	0
Media	6,42	3,36	3,96
Mediana	6,00	2,00	3,00
Moda	6	0	2
Nota			

Podemos ver que la media para estrés correspondiente a 6,42 , además en contraste con la moda (6) podemos decir que las personas tienen niveles por sobre lo saludable, ya que estos puntúan a nivel o términos generales sobre el punto de corte propuesto anteriormente, mientras que para los ítems de Ansiedad y Depresión en ambos casos las personas están bajo los puntajes de cortes, con una media de 3,36 y 3,9 lo que da cuenta de que estos mantienen niveles saludables respectivamente.

Tabla 15

Estadísticos

	Estrés	Depresión	Ansiedad
Válidos	170	170	170
Perdidos	0	0	0
Media	6,42	3,36	3,96
Des.típ.	4,041	3,433	3,715

Mínimo	1	0	0
Máximo	21	18	18
Nota:			

También podemos observar en la tabla 15 que el ítem del estrés es el único que alcanzo el puntaje máximo de 21 mientras que Depresión y Ansiedad llegaron a 18.

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES.

5.1 Conclusiones

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos, donde vemos que las personas que practican deportes acuáticos al igual que las que no practican estos deportes mantienen igualdades en los niveles de Ansiedad, siendo estos niveles saludables para ambos grupos ya que puntuaron una media por debajo del puntaje patológico. En cambio encontramos que los niveles de estrés son casi iguales, pero que a diferencias de los niveles de ansiedad, estos están por sobre el puntaje saludables lo que da a entender que los deportes acuáticos si bien mantiene niveles saludables de ansiedad, no pasa lo mismo con el estrés. Si buscamos una explicación para esto puede explicarse a lo que Londoño (2011) refería, donde las diferencias individuales pueden jugar un papel importante con respecto al estrés, en esto se explica la teoría de diátesis donde es que las personas están predispuestas debido a características individuales, que en conjunto con la explicación de los modelos ecológicos de transacción en donde el medio ejerce también influencias al sujeto que combinados con su genética, estado cultural y social, predispone a la persona para sufrir ciertas enfermedades. también puede estar relacionado a que el estrés es un proceso más amplio de adaptación al entorno y la ansiedad es una reacción emocional (Baeza et al, 2008) donde el estrés se presenta ante condiciones

ambientales más que subjetivas, mientras que la ansiedad es un proceso más individual y personal

En términos generales los resultados muestran que al menos los deportes si podrían generar un beneficio para las personas ya que los resultados muestran que tanto para la variable ansiedad como de depresión las personas muestran niveles bajo de estos, y esto se toma en consideración debido a que un gran porcentaje de individuos de la muestra practica algún deporte. En el caso del estrés es posible que los niveles que afecta a los individuos se explican por otras variables que al menos en este estudio no se abordaron como las variables sociodemográficas como el sexo, la edad, el nivel socioeconómico o la estructura familiar que tienen estrecha relación (Bragado, Bersabé y Carrasco, 1999). o diferencias individuales y factores psicológicos individuales Londoño (2011). Por otro lado nacen nuevas dudas al pensar en como serian los resultados en el caso de cambiar el tipo de muestra o población. Se piensa en observar estos niveles en personas ya diagnosticadas y que puedan seguir el deporte acuático o el deporte como un tratamiento, además agregar más herramientas de análisis que puedan agregar contenido cualitativo que potencien los resultados cuantitativos. ya que por el tipo de sintomatología se pueden obtener datos más claros del sentir de la persona.

Dentro de los resultados vemos que hubieron diferencias entre ansiedad y estrés, estas diferencia también se ven reflejadas en todo la investigación, donde encontramos que a pesar de que muchas veces la sintomatología de ansiedad y estrés son parecidas, afectan de manera distintas, pero la percepción del individuo, la sensación son distintas y esto puede verse en la diferenciación de medias de ambas variables.

Con relación a los objetivos planteados estos se pudieron cumplir ya que se describieron los

niveles de ambas variables, para ambos grupos a medir, también se lograron comparar los resultados, que nos permitió responder a las hipótesis, refutarlas como respuesta debido a que los niveles de estrés y ansiedad son semejantes para ambos grupos, con diferencias pero no significativas. Por otro lado pudimos observar una variable que no se tenía pensado en comparar siendo esta la variable depresión, que debido a las diferencias significativas donde muestra que las personas que sí practican deporte acuático tiene niveles más bajos de depresión a diferencia de las personas que no practican esta actividad. Esperamos que esta investigación sea un aporte teórico para futuras investigaciones, o posibilidad de tratamientos o de trabajo reflexivo, para poder combatir la alta demanda en lo que respecta a sintomatología ansiosa y de estrés que tenemos en la actualidad.

5.2 Limitaciones

Dentro de las limitaciones encontradas en esta investigación nos encontramos con que el tamaño de la muestra en relación a la variable Deporte y no actividad física, fue muy difícil poder conseguir la muestra con esas características, además con el tiempo que se debe emplear para buscar lugares donde encontrar sujetos con las características que se necesitaban. Por otro lado la falta de estudios previos de investigación sobre el tema o bibliografía que se asemeje, a esto me refiero al contenido referente al deporte acuático. También encontramos que la Medida utilizada para recolectar los datos (ficha demográfica, Dass-21) nos limitó/ inhibió la capacidad para realizar un análisis ya que a opinión del investigador, podría haber sido más enriquecedor haber utilizado una herramienta de carácter cualitativo para un análisis menos superficial de los resultados. Además encontramos que dentro de las limitaciones del investigador nos encontramos con el acceso a personas que cumplan las características que se necesitan para la investigación, a esto me refiero a sujetos

que realizaran deportes y que además quisieran participar, incluyendo el tiempo que el investigador podía emplear, siendo este reducido debido a otras cargas laborales

5.3 Anexos

Anexo n°1

Fecha	
--------------	--

Encuesta demográfica

Nombre						
Edad						
Nacionalidad	chilena		Extranjero			
Sexo	Masculino		Femenino			
Ocupación	Trabajador Independiente		Trabajador Dependiente		Estudiante	
	Cesante		Dueña/o de casa			
Residencia/Localidad	Quinta Región		Otra región de Chile		Otro país	

Datos de investigación

Realiza deporte	No	Gimnasia	
		Atletismo	
	Si	Nadar	
		Ciclismo	
		Boxeo	
		Fútbol	
		Tenis	
		Basquetbol	
		MMA	
		Otros (especifique)	

Realiza deportes acuáticos	No Si	kayak	
		Surf	
		Saltos	
		Buceo/Apnea	
		Bodyboard	
		Natación sincronizada	
		Natación en aguas abiertas	
		Natación en piscinas	
		Remo	
		Otros (especificar)	
Frecuencia	Pocas veces al mes		
	Entre 1 y 2 veces a la semana		
	Entre 3 y 5 veces a la semana		
	Entre 6 o 7 veces a la semana		

Anexo n°2

DASS-21

Por favor lea las siguientes afirmaciones y coloque un círculo alrededor de un número (0, 1, 2, 3) que indica cuánto esta afirmación le aplicó a usted *durante la semana pasada*. No hay respuestas correctas o incorrectas. No tome demasiado tiempo para contestar.

La escala de calificación es la siguiente:

- 0 No me aplicó
- 1 Me aplicó un poco, o durante parte del tiempo
- 2 Me aplicó bastante, o durante una buena parte del tiempo
- 3 Me aplicó mucho, o la mayor parte del tiempo

1. Me costó mucho relajarme	0	1	2	3
2. Me di cuenta que tenía la boca seca	0	1	2	3
3. No podía sentir ningún sentimiento positivo	0	1	2	3
4. Se me hizo difícil respirar	0	1	2	3
5. Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas	0	1	2	3
6. Reaccione exageradamente en ciertas situaciones	0	1	2	3
7. Sentí que mis manos temblaban	0	1	2	3
8. Sentí que tenía muchos nervios	0	1	2	3
9. Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo	0	1	2	3
10. Sentí que no tenía nada por que vivir	0	1	2	3
11. Noté que me agitaba	0	1	2	3
12. Se me hizo difícil relajarme	0	1	2	3
13. Me sentí triste y deprimido	0	1	2	3
14. No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo	0	1	2	3
15. Sentí que estaba al punto de pánico	0	1	2	3
16. No me pude entusiasmar por nada	0	1	2	3
17. Sentí que valía muy poco como persona	0	1	2	3
18. Sentí que estaba muy irritable	0	1	2	3
19. Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico	0	1	2	3
20. Tuve miedo sin razón	0	1	2	3
21. Sentí que la vida no tenía ningún sentido	0	1	2	3

Anexo n°3

Carta de consentimiento:

Fecha _____

Yo _____, en base a lo expuesto, acepto voluntariamente participar en la investigación “ _____”, conducida por el tesista _____ de la Universidad de las Américas, Viña del Mar.

He sido informado(a) de los objetivos, alcance y resultados esperados de este estudio y de las características de mi participación. Reconozco que la información que provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y anónima. Además, esta no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio.

He sido informado(a) de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin tener que dar explicaciones ni sufrir consecuencia alguna por tal decisión.

De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar al Ps. Hugo Plaza Villarroel en el siguiente correo hplazavillarroel@gmail.com, encargado de guiar la investigación del tesista JOHAN EMILIO AYALA ROJAS.

Entiendo que una copia de este documento de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar al Investigador Responsable del proyecto al correo electrónico johan.ayala22@gmail.com.

Nombre y firma del participante

5.4 Referencias

- Agencia Laín Entralgo. (2008). *Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria*. Madrid.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría.
- Antúñez, Z., & Vinet, E. V. (2012). Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS - 21): Validación de la Versión abreviada en Estudiantes Universitarios Chilenos. *Terapia psicológica*, 30(3), 49-55. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000300005>
- Ávila, J,(2014).. El estrés un problema de salud del mundo actual. La Paz. Recuperado de http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S2310-02652014000100013&script=sci_arttext).
- Baeza,J.C. Balaguer,G. Belchi, I. Coronas,M. Guillamón,N. (2008), *Higiene y prevención de la ansiedad*. recuperado de <http://www.editdiazdesantos.com/wwwdat/pdf/9788479788506.pdf>)
- Benito Lahuerta, M.P.(2011). *Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente(grado medio técnico en cuidados auxiliares de enfermería)*, España: Editorial S.A. mcgraw-hill recuperado de: <https://www.yumpu.com/es/document/view/13493147/estres-y-ansiedad-mcgraw-hill>.

Bojórquez, E. (2014). *Trastornos de ansiedad en la práctica médica*. Facultad Medicina

Humana – UNMSM recuperado de

<https://es.slideshare.net/jcurazan/clase-5-trastornos-de-ansiedad>

Bolaños, M.(Enero,2014). "*Niveles de ansiedad en estudiantes de psicología clínica e industrial de la Universidad Rafael landívar de tercer año de la jornada vespertina que están por iniciar las prácticas de intervención psicológica.*" Tesis de Grado, Universidad Rafael landívar.Facultad de humanidades. Guatemala de la Asunción.

Bragado,C., Bersabé, R., Carrasco, I. (1999). Factores de riesgo para los trastornos conductuales, de ansiedad, depresivos y de eliminación en niños y adolescentes. Universidad Complutense de Madrid y Universidad de Málaga. Psicothema. Vol. 11, nº 4, pp. 939-956.

Cedillo, B.(2017). *Generalidades de la neurobiología de la ansiedad*. Revista Electrónica de Psicología Iztacala.vol.20,no.1.Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Universidad Nacional Autónoma, México.

Coca, A. (2013). *La ansiedad infantil desde el análisis transaccional*. Tesis Doctoral de la facultad de psicología de la Universidad nacional de educación a distancia, España.

Dirección general del tránsito(2014).*Otros factores de riesgo: El Estrés*. Subdirección general de intervención y políticas viales. Unidad de intervención educativa. Madrid, España.

Duval, F (2010). *Neurobiología del estrés*. Revista chilena de neuro-psiquiatría. v.48 n.4
Santiago.

Durant, F.C.(2015). *Enfoque ecológico de la salud y enfermedad*. recuperado de
<https://es.slideshare.net/MaraIsabelArellano/clase-6-enfoque-ecologico-de-la-salud-enfermedad-por-el-ambiente>.

Fernández,P. S., Díaz,P. S.,(2002) *Investigación cuantitativa y cualitativa*. Unidad de
Epidemiología Clínica y Bioestadística. Complejo Hospitalario-Universitario Juan
Canalejo. A Coruña (España) Cad Aten Primaria; 9: 76-78.

Fernández, M.E. (Septiembre,2009),*Estrés percibido, estrategias de afrontamiento y sentido
de coherencia en estudiantes de enfermería: su asociación con salud psicológica y
estabilidad emocional*. Tesis doctoral, Universidad de León, Departamento de
Psicología, Sociología y Filosofía.

García, M.C. Martínez, M.(2012, junio). *la crianza como objeto de estudio actual desde el
modelo transaccional*. Revista latinoamericana de ciencias sociales. vol.10 no.1
recuperado de
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-715X2012000100010

- García, F.A.(2001). *Conceptualización del desarrollo y la atención temprana desde las diferentes escuelas psicológicas. Modelo ecológico / Modelo Integral de intervención en atención temprana*. Madrid.
- García, F. M.,Ruiz, A. D.(2004)*Análisis y propuesta de un modelo logístico para la empresa Productos Agropecuarios Santa Cecilia S. A. de C. V. Tesis profesional en Licenciatura en Administración de Empresas.Departamento de Administración de Empresas. Escuela de Negocios, Universidad de las Américas Puebla.México.*
- González, Juan. (2009).*Manual Básico SPSS Manual de introducción a SPSS*. Universidad de Talca.
- Guerra Santiesteban, José Ramón, Gutiérrez Cruz, Manuel, Zavala Plaza, Melvin, Singre Álvarez, Juan, Goosdenovich Campoverde, David, & Romero Frómeta, Edgardo. (2017). Relación entre ansiedad y ejercicio físico. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 36(2), 169-177. Recuperado en 28 de abril de 2019, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002017000200021&lng=es&tlng=es.
- Grijota, E.(2016). *Cómo la natación ayuda a que nuestro cerebro esté más sano*.
- González, J. (2016). *Beneficios del surf como instrumento terapéutico en el trastorno del espectro autista.Una propuesta de intervención emocional*.Salamanca.

González, M. M. (2009). *Aproximación al concepto de ansiedad en psicología: su carácter complejo y multidimensional*. Aula, 5. Recuperado de

<http://revistas.usal.es/index.php/0214-3402/article/view/3270/3294>

Gómez, G.E. (2007). *Neurofisiología de la ansiedad, versus la angustia como afecto que se siente en el cuerpo*. Informes Psicológicos, No. 9 p.101 - 119. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.

Hart C.W.M. (2012). Los experimentos de Hawthorne. Revista Cubana de Salud Pública.; 38(1) 156-167, 156. Universidad de Toronto. Toronto, Canadá.

Hernández, S. R., Fernández, C. C. y Baptista, L. P. (2014). *Selección de la muestra*. En Metodología de la Investigación (6ª ed., pp. 170-191). México: McGraw-Hill.

Herrera D, Coria A, Muñoz A, Graillet O, Aranda G.E, Rojas F, Hernández M.E, Ismail N. (2017). *Impacto del estrés psicosocial en la salud*. Revista de Neurobiología 8(17), (link [https://www.uv.mx/eneurobiologia/vols/2017/17/Herrera/Herrera-Covarrubias-8\(17\)20617.pdf](https://www.uv.mx/eneurobiologia/vols/2017/17/Herrera/Herrera-Covarrubias-8(17)20617.pdf)).

Halsband, S.A., Ricón, L., Sivak, R., Stagnaro, J.C., Vita, N., Bonet, J., Soria, C.A., Rojtenberg, S. (2011). *Ansiedad y Depresión - Máscaras de la Vulnerabilidad*. Gador S.A.

Hospital San Juan Capestrano.(S/F, online).*Signos y Síntomas de la Ansiedad.*

Link(<http://www.sanjuancapestrano.com/trastornos/ansiedad/sintomas-efectos>)

Jiménez. G. S.(2012). *Teorías del desarrollo III*. Primera edición

Jiménez,Radiszcz, 2012, Salud mental en Chile: la otra cara del malestar social

(<https://ciperchile.cl/2012/09/26/salud-mental-en-chile-la-otra-cara-del-malestar-social/>)

Londoño,N.H.,(2011) *Predictores cognitivos, de personalidad y estrés para síntomas de depresión y ansiedad en estudiantes de primeros semestres de educación superior e impacto del programa de prevención basado en el desarrollo del pensamiento crítico y el diálogo socrático*. Tesis doctoral. Universidad del Norte, colombia.

Martinez,k., Pilar, L. (2014). *Estrés ocupacional. Taller de triada ecologica*. Fundacion universitaria Maria Cano.

Naranjo,M. L. P.(2009). *Una revisión teórica sobre el estrés y algunos aspectos relevantes de éste en el ámbito educativo*. Educación, vol. 33, núm. 2, pp. 171-190 Universidad de Costa Rica San Pedro, Montes de Oca, Costa Rica.

Organización Panamericana de la Salud.(2017).*Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales*. PAHO/NMH/17-005 ©

Pérez, M. A., Echauri, M.O., Salcedo, M. S.(2002). *El estrés*.

Pimienta, L. R.(2000), *Encuestas probabilísticas vs. no probabilísticas*. Política y Cultura.

[en línea], [Fecha de consulta: 2 de diciembre de 2018] Disponible en :

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26701313> ISSN 0188-7742 .

Piovani, J.I., Krawczyk, N.(jul./sept. 2017)*Los Estudios Comparativos: algunas notas históricas, epistemológicas y metodológicas*. Educ. Real. vol.42 no.3 Porto Alegre
Doi:<http://dx.doi.org/10.1590/2175-623667609>

Ramírez, W. Vinaccia, S. Suárez, G.R.(2004). *El impacto de la actividad física y el deporte sobre la salud, la cognición, la socialización y el rendimiento académico: una revisión teórica*.

Reyes, T. (2005). *Trastornos de ansiedad- Guía práctica para diagnóstico y tratamiento*.

Regueiro, A.M. (S/F). *Conceptos básicos: Qué es el estrés y cómo nos afecta*. N° Col: AO/01472.

Restrepo G.(2015,03,13).*La neuropsicología transaccional, hacia una concepción integral de las dificultades del desarrollo infantil*. Rev Cienc Salud. doi:10.12804.

Román, F; Santibáñez, P; & Vinet, E.(Abril, 2016).*Uso de las Escalas de Depresión*

Ansiedad Estrés (DASS-21) como Instrumento de Tamizaje en Jóvenes con Problemas Clínicos. Acta de Investigación Psicológica. Volumen 6, Issue 1, Pages 2325-2336.

Doi: [https://doi.org/10.1016/S2007-4719\(16\)30053-9](https://doi.org/10.1016/S2007-4719(16)30053-9)

Román, F., Vinet, E., Alarcón, A.M. (Agosto, 2014). *escalas de depresión, ansiedad y estrés (dass-21): adaptación y propiedades psicométricas en estudiantes secundarios de temuco.* Revista Argentina de Clínica Psicológica 23(2):179-190.

Rosales, R. (2014). *Estrés y salud.* Trabajo Fin de Grado, Universidad de Jaén.

Sierra, J., Ortega, V., Zubeidat, I. (2003, marzo). *Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar.* Red Revista Mal-estar E Subjetividade, vol. 3, núm. 1, pp. 10 - 59.
Universidade de Fortaleza. Brasil.

Suarez, C.R. (2001). *Entre ciencia y experiencia: un estudio cualitativo del consumo de alcohol en adolescente.* tesis doctoral. universidad pablo de olavide, sevilla España.

Tortella, M. F. (2014). *Los Trastornos de Ansiedad en el DSM-5.* Medicina psicosomática y Psiquiatría de enlace, Revista Iberoamericana de psicosomática.

Trucco, M. (2002). *Estrés y trastornos mentales: aspectos neurobiológicos y psicosociales.* Revista chilena de neuro-psiquiatría. v.40 supl.2 Santiago.

Universidad de Jaen.(octubre 2010). *Introduccion a la psicologia*. Tema 5, Los estudios correlacionales. España. Recuperado de: <http://www4.ujaen.es/~eramirez/IntPsi.htm>

Universidad Santiago de Chile ,(2017). *Altos niveles de estrés en Chile plantean urgencia a la discusión sobre una Ley de Salud Mental*. recuperado de link(<http://www.usach.cl/news/altos-niveles-estres-chile-plantean-urgencia-la-discusion-sobre-ley-salud-mental-0>)

Virues, R.A (mayo, 2005). *Estudio sobre ansiedad*. Psicología Clínica y Psicoterapia. Universidad Autónoma de Nuevo León. Monterrey, México. Recuperado de <http://www.psicologiacientifica.com/ansiedad-estudio/>

Zabaletta,V. Gorostegui,M. Gasparri,G. Aguilar,M. López,M. (2011). *Factores protectores y de riesgos en el estrés escolar. Implicancias en el síndrome de Turner*. Revista latinoamericana de ciencia psicológica. vol. 3, núm. 1, 2011, pp. 30-37. Argentina.