



UNIVERSIDAD
DEL
ACONCAGUA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA



TESINA DE LICENCIATURA

“INCIDENCIA DEL EJERCICIO FÍSICO/DEPORTIVO SOBRE EL BIENESTAR PSICOLÓGICO”

Alumna: María Julia Zúñiga

Directora: Lic. Julia Casanova

Mendoza, Agosto de 2010

HOJA DE EVALUACIÓN

TRIBUNAL EXAMINADOR

Presidente:

Vocal:

Vocal:

Profesora Invitada: Lic. Julia Casanova

Nota:

AGRADECIMIENTOS

A mi familia, por su apoyo incondicional, su aliento cotidiano, su confianza inamovible. Sin ellos esto no hubiese sido posible...

A mis amigas y compañeras, HERMANAS DEL ALMA, por acompañarme en mis buenos momentos y también en los no tan buenos...

A mi tía, Dra. María Cristina Zúñiga, mi ejemplo a seguir, mi guía e inspiración profesional...

A la Lic. Julia Casanova, por guiarme en esta investigación, por transmitirme su serenidad, escucharme y dedicar su tiempo a brindarme una mano.

A todos ellos, mi más profundo agradecimiento.

RESUMEN

Dentro de la Psicología de la Salud se encuentra una rama denominada Psicología Positiva, cuyo propósito es estudiar para así poder instrumentar los recursos de los seres humanos en su búsqueda de satisfacción y bienestar.

El Bienestar Psicológico forma parte de la Salud y su implicancia se manifiesta en todas y cada una de las dimensiones que constituyen lo humano: las relaciones sociales, las cogniciones y sentimientos, la salud física y la espiritualidad.

En esta orientación salutógena, la práctica regular de ejercicio físico/deportivo se torna en un hábito clave, como parte integrante de un estilo de vida saludable, que nutre las diferentes esferas de la salud humana: ayuda al despliegue de las redes sociales y neuronales (a generar un sostén tanto psíquico como social), a la prolongación del bienestar corporal, al sentimiento de plenitud mediante la gratificación que conlleva la conexión con lo que gusta, a engrandecer el espíritu, entre otras.

El objetivo del siguiente trabajo es determinar cuál es la incidencia y/o relaciones recíprocas entre la práctica regular de ejercicio físico/deportivo y el Bienestar Psicológico. Por lo tanto busca realizar un aporte al campo de la Psicología de la Salud.

El estudio será descriptivo. Se describe cómo se manifiesta el Bienestar Psicológico en dos grupos (uno de ellos compuesto por personas que realizan ejercicio físico/deportivo y el otro por sujetos que no realizan este tipo de actividades) utilizando la Escala de Bienestar Psicológico de Martina Casullo y Colaboradores (BIEPS-A), 2002. Luego, ambos grupos serán comparados entre sí en busca de diferencias y/o coincidencias entre ellos.

Se encontró que los niveles de Bienestar Psicológico son mayores en el Grupo de sujetos que realizan ejercicio físico/deportivo. Estos sujetos poseen una mayor aceptación de sí mismos, cuentan con mejores recursos para afrontar situaciones cotidianas, poseen más y mejores habilidades para establecer vínculos y son más capaces de valerse por ellos mismos, que aquellos que no realizan ejercicio.

ABSTRACT

In Health Psychology there is a branch called Positive Psychology, its purpose is to study with the aim of orchestrate human being resources searching for satisfaction and well-being.

Psychological Welfare is a health issue and its implication manifests in each and every dimension that constitutes the human being: social relations, cognitions and feelings, physic health and spirituality.

According to this salutogenesis orientation, the regular practice of physic/sporty exercises it's a clue habit to accomplish a healthy life style, witch feeds different areas of human health: helps to develop social and neuronal networks (to generate a physical and social support), to the prolongation of corporal wealth, to the absoluteness feeling through the gratification that evolves the connection of what we enjoy, exalt our spirit, among with others.

The goal of this work is to determine witch is the impact or reciprocal relations between habitual practice of physic/sporty exercises and Psychological Welfare. Therefore the aims of this inform is to contribute to Health Psychology.

This study is descriptive. It describes how does it manifests Psychological Welfare in two groups (one constituted by people that practice physic/sporty activities and other that do not perform this kind of activities) using the Psychological Welfare scale of Martina Casullo y Collaborators (BIEPS-A), 2002. Then, both groups are compared searching for differences and/or coincidence between them.

It is concluded that the levels of psychological welfare are higher in groups of people that practice physical/sporting exercises. This people have higher self acceptance, better resources to face daily situations, more and better skills to establish bonds and they are more capable of being self-sufficient than the ones that do not practice this kind of exercises.

ÍNDICE

| | |
|-------------------------|---|
| TÍTULO..... | 1 |
| HOJA DE EVALUACIÓN..... | 3 |
| AGRADECIMIENTOS..... | 4 |
| RESUMEN..... | 5 |
| ABSTRACT..... | 6 |
| INTRODUCCIÓN..... | 9 |

PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO

Capítulo 1: “El camino recorrido hacia la Psicología de la Salud”

| | |
|--|----|
| 1.1. Desarrollo histórico de las concepciones de salud y enfermedad: cambios paradigmáticos..... | 14 |
| 1.2. Concepto de salud en la Modernidad: El Modelo Biomédico..... | 17 |
| 1.3. El Modelo Biopsicosocial: Circularidad y Pluricausalidad..... | 21 |
| 1.4. El concepto de salud: Construcciones y Reconstrucciones..... | 23 |
| 1.5. La Psicología de la Salud..... | 25 |
| 1.6. ¿Qué es?..... | 25 |
| 1.7. Definiendo Salud desde esta perspectiva..... | 26 |
| 1.8. Salutogénesis y Patogénesis: Inmunogénesis comportamental..... | 28 |
| 1.9. Prevención en Salud Mental..... | 29 |
| 1.10. Mirada Existencialista dentro del ámbito de la prevención: Antropohigiene..... | 34 |
| 1.11. Promoción de la Salud..... | 35 |
| 1.12. Psicología Positiva..... | 36 |

Capítulo 2: “El Bienestar Psicológico”

| | |
|--|----|
| 2.1. La importancia del constructo de Bienestar Psicológico en la Psicología Positiva..... | 39 |
| 2.2. Concepciones sobre el Bienestar Psicológico..... | 39 |
| 2.3. El Bienestar Psicológico a través de las lentes de Martin Seligman..... | 46 |
| 2.4. El camino hacia una Vida Plena: Bienestar Psicológico y Calidad de Vida..... | 48 |
| 2.5. Algunas investigaciones en torno al Bienestar Psicológico..... | 54 |

Capítulo 3: “El ejercicio físico-deportivo como fuente de Salud Mental”

| | |
|--|----|
| 3.1. Hacia una conceptualización del ejercicio físico-deportivo: Su implicancia vital...67 | 67 |
|--|----|

| | |
|---|----|
| 3.2. Ejercicio físico-deportivo y Promoción de la Salud Mental..... | 71 |
| 3.3. Una mirada del ejercicio físico/deportivo desde las Motivaciones Fundamentales de la Existencia..... | 75 |
| 3.4. Los beneficios del ejercicio físico/deportivo desde la concepción tridimensional del hombre planteada por Viktor Frankl..... | 81 |
| 3.4.1. Beneficios del ejercicio físico/deportivo sobre la Dimensión Espiritual... | 85 |
| 3.4.2. Beneficios Psicosociales del ejercicio físico/deportivo..... | 87 |
| 3.4.3. Beneficios Biológicos del ejercicio físico/deportivo..... | 93 |
| 3.5. Psicoimmunoneuroendocrinología (PINE)..... | 96 |

SEGUNDA PARTE: MARCO METODOLÓGICO

Capítulo 4: “Materiales, Método y Procedimiento”

| | |
|---|-----|
| 4.1. Hipótesis de investigación..... | 100 |
| 4.2. Preguntas de investigación | 100 |
| 4.3. Objetivos..... | 100 |
| 4.4. Tipo de estudio..... | 101 |
| 4.5. Descripción de la muestra..... | 101 |
| 4.6. Instrumento..... | 102 |
| 4.6.1. “Escala BIEPS-A” Evaluación del Bienestar Psicológico de Adultos en Iberoamérica, de Maria Martina Casullo y colaboradores. Editorial: Paidós..... | 102 |
| 4.7. Procedimiento..... | 105 |

Capítulo 5: “Presentación y Análisis de Resultados”

| | |
|---|-----|
| 5.1. Resultados obtenidos en la “Escala BIEPS-A”, Evaluación del Bienestar Psicológico en Iberoamérica, de María Martina Casullo y Colaboradores..... | 108 |
| 5.2. Presentación y Análisis General de los resultados obtenidos en la “Escala BIEPS-A”..... | 110 |
| 5.3. Presentación y Análisis Comparativo de los resultados arrojados en la “Escala BIEPS-A” por ambos Grupos..... | 118 |
| 5.4. Resultados obtenidos del procesamiento de los datos en el Programa Estadístico “GraphPad InStat” (Analysis Form)..... | 122 |

| | |
|-------------------|-----|
| CONCLUSIONES..... | 124 |
| BIBLIOGRAFÍA..... | 132 |

INTRODUCCIÓN

Existen innumerables investigaciones en torno al Bienestar Psicológico. Este constructo comenzó a surgir cuando los investigadores quitaron de su foco atencional los malestares humanos y lo dirigieron a sus aspectos saludables. Uno de los mentores en relación al mismo fue Martin Seligman, que después de muchos años de estudiar la depresión realizó un giro de 180° para estudiar las emociones positivas, dando lugar a lo que hoy se conoce como Psicología Positiva.

Para el autor la vida significativa implica el empleo de las fortalezas y virtudes características al servicio de algo que trascienda a la persona. Al sentimiento de trascendencia en el hacer lo denomina gratificación, las cuales diferencian radicalmente de las sensaciones placenteras.

Por esto, la Psicología Positiva se ocupa del estudio de los recursos humanos que pueden instrumentarse en la búsqueda de lo que popularmente llamamos felicidad. Se encuentra dentro de las líneas de orientación salutógenas, porque su foco principal recae sobre los comportamientos y estilos de vida que logran y mantienen la salud. Su esencia es la prevención y promoción de la misma.

El Bienestar Psicológico forma parte de la Salud en general y su implicancia se manifiesta en todas y cada una de las dimensiones que constituyen lo humano: las relaciones sociales, las cogniciones y sentimientos, la corporalidad y la espiritualidad.

En la actualidad esta orientación hacia la salud es de fundamental importancia debido a muchas razones. Una de ellas es que en los países más desarrollados, se ha logrado eliminar las causas de muerte que se daban tradicionalmente. La finitud de la vida no es ocasionada por hambrunas o enfermedades agudas, infecciones o causas relacionadas al embarazo o parto.

Por el contrario, en nuestros tiempos las personas viven lo suficiente como para morir por trastornos y enfermedades crónicas (que han ocupado el lugar de las enfermedades infecciosas de antaño), enfermedades cardiovasculares, complicaciones causadas por pérdida de la masa ósea, síndromes metabólicos, cáncer, etc.

Sumado a esto, las nuevas tecnologías, las transformaciones cada vez más rápidas, la necesidad de estar siempre actualizándose debido a que la validez de los conocimientos se pierde en un parpadeo, en fin, la vorágine interminable en que el reloj envuelve a las personas constituyen situaciones que asociadas a la pérdida generalizada de valores tradicionales, han generado una sociedad cuyas subjetividades padecen altos índices de adicción, ansiedad, depresión y estrés.

En esta Posmodernidad el “continente” humano ha quedado en el olvido. El cuerpo y con él el encuentro con la propia corporalidad son relegados debido a que con la urbanización e industrialización de las sociedades, lo cerebral se ha puesto en valor en detrimento de lo corporal y el sedentarismo ha tomado el lugar del movimiento.

El siguiente trabajo de investigación posee como objetivo primordial determinar cuál es la incidencia y/o relaciones recíprocas entre la práctica regular de ejercicio físico/deportivo y el Bienestar Psicológico y, por lo tanto, se busca realizar un aporte al campo de la Psicología de la Salud.

La práctica de ejercicio físico/deportivo se torna en un hábito clave, dentro de un estilo de vida saludable que contrarreste todo lo anteriormente explicado. Es un comportamiento que ayuda a obtener y a mantener saludables las diferentes esferas de la vida humana.

Ayuda a la socialización, al despliegue de las redes sociales que funcionan como sostén emocional y también redes neuronales que mejoran las funciones cognitivas y permiten un envejecimiento activo, a la liberación de sustancias químicas que generan un sentimiento de felicidad, a favorecer la espiritualidad por medio de la realización de una actividad que produce gusto y que por ende mejora la relación con la vida, por lo cual alimenta un sentimiento de plenitud, entre otros.

La siguiente Tesina se encuentra dividida en dos grandes apartados: un Marco Teórico y un Marco Metodológico.

El Marco Teórico se subdivide a su vez en tres capítulos, en los cuales se amplía la información sobre las temáticas de “Psicología de la Salud y Psicología Positiva”, “Bienestar Psicológico” y el “El ejercicio físico/deportivo como fuente de salud mental”.

El Marco Metodológico está constituido por dos capítulos: en el Primer Capítulo se describen los “Objetivos, Instrumentos y Procedimientos” empleados para la realización de esta investigación. En el Segundo Capítulo se expone la “Presentación y Análisis de los resultados obtenidos”.

Para la realización de la siguiente investigación se trabajó con una muestra no probabilística seleccionada de manera intencional, por lo que las conclusiones a las que se arriben serán aplicables sólo a la muestra de trabajo y no podrán generalizarse al resto de la población.

**MARCO
TEÓRICO**

CAPÍTULO 1:
**“EL CAMINO RECORRIDO HACIA LA
PSICOLOGÍA DE LA SALUD”**

1.1. Desarrollo histórico de las concepciones sobre salud y enfermedad: cambios paradigmáticos

La salud y la enfermedad han sido una preocupación y ocupación constante en todas las culturas y sociedades a lo largo de la historia. Así como otras facetas inherentes a la vida humana, los paradigmas sobre salud han ido cambiando en el tiempo, siempre manteniendo la impronta particular de las ideologías imperantes en cada cultura.

Ambos constructos pueden y han sido considerados como muchas cosas distintas, porque incluyen los matices culturales, propios de una época y sociedad determinada, subyacen a criterios de normalidad, “objetivos” y subjetivos, incluyen y en ellos se tamizan valores de los “modos de vivir humanos” y es por todo esto que se encuentran en permanente construcción y reconstrucción.

Teniendo en cuenta lo anteriormente dicho es importante hacer un recorrido histórico que nos permita entender el por qué de las concepciones de salud actuales y el camino recorrido hacia una concepción de salud en psicología o mejor, hacia el nacimiento de una Psicología de la Salud.

Según Gómez López y Rabanque Hernández:

“Para el hombre prehistórico las personas enfermaban como consecuencia de un hechizo nocivo, la infracción de un tabú, la penetración mágica de un objeto en el cuerpo, la posesión por espíritus malignos y la pérdida del alma. Ante estas causas sobrenaturales en el enfermar, los elementos de protección eran mágicos, y los amuletos protectores eran los únicos métodos de prevención”. (Citados en Colomer Revuelta C., Álvarez-Dardet, C., 2001, p. 5)

De acuerdo con Rafael Ballester, en su libro titulado “Psicología de la salud”, desde sus principios el ser humano, a falta de otras interpretaciones accesibles a su conocimiento, atribuyó los misteriosos fenómenos que le sobrevenían, incluida la enfermedad y la muerte, a causas sobrenaturales. *“La persona podía ser víctima de la posesión de un espíritu maligno o de la huida del alma, circunstancias para las cuales estaban previstas las medidas terapéuticas”. (Ballester Arnal, R., 1997, p.21)*

Entre estas recetas se encontraban el exorcismo, rituales mágicos guiados por danzas en conjunto, rezos y otras expresiones que bregaban por la recuperación de los enfermos.

En la Grecia Antigua el dilema de la salud y la enfermedad aparece expresado en los mitos de Esculapio e Hygieia. Esculapio fue el primer médico en hacerse célebre por su manejo del cuchillo y las hierbas medicinales, por ende, encabezaría la línea de aquellos que durante siglos consideraron la salud como la ausencia de enfermedad. Hygieia, posteriormente conocida en Roma como Salus, divinidad del bienestar, era considerada como protectora de la salud, simbolizando la creencia de que las personas podían mantenerse sanas si vivían de acuerdo con determinados preceptos que se denominaron higiene. Esta corriente seguiría vigente en aquellos enfoques que consideran la salud como algo positivo que trasciende la noción de enfermedad. (Videla, M., 1991)

Mirta Videla comenta en su libro “Prevención” (1991) que para los griegos la salud se relacionaba fundamentalmente con el equilibrio, lo armónico, lo justo, lo limpio y lo puro.

En esta época, comenzaba a nacer la visión naturalista acerca de la enfermedad, de modo que ésta era entendida sobre todo como una mancha corporal o física (en contraposición a la mancha moral con que la enfermedad era concebida anteriormente).

Las concepciones naturalistas del mundo que elaboraron los filósofos presocráticos supusieron un verdadero cambio de rumbo, de la interpretación mágica previa al conocimiento científico.

A partir de los *Textos Hipocráticos*, en los que se comienzan a abordar las enfermedades desde perspectivas naturalistas, ya no se admitirían las intervenciones de fuerzas divinas en la producción de las mismas.

En el libro “*Sobre la Naturaleza del hombre*” se expone la doctrina humoral, que constituye un fiel exponente del modelo natural de la salud-enfermedad, según el cual, la enfermedad es el resultado del desequilibrio en el organismo de los elementos que

integran el cosmos: fuego, tierra, agua y aire. Cada uno de estos elementos abunda en uno de los fluidos corporales. Así, el fuego se centra en la sangre, la tierra en la flema, el agua en la bilis amarilla y el aire en la bilis negra. Cuando estos fluidos se encuentran en desequilibrio, enferman el órgano en que se encuentran. Si es la sangre, enferma el corazón, si es la flema enferma el cerebro, si es la bilis amarilla enferma el hígado y si es la bilis negra enferma el bazo.

La escuela hipocrática basaba su tratamiento sobre el supuesto fundamental de que la naturaleza tiene una tendencia y una fuerza curadora en sí misma y que el papel principal del médico es ayudar a la naturaleza en este proceso de curación y no dirigirla arbitrariamente. La salud era concebida como un estado de mezcla armoniosa de los humores (eucrasia) y la enfermedad como un estado de mezcla imperfecta (discrasia).

“En la Edad Media las ideas colectivas respecto de la salud se vieron imbuidas en el oscurantismo religioso de la época, considerándose la enfermedad y la peste negra como expresión de la cólera divina”. (Colomer Revuelta, C., Álvarez-Dardet Díaz, C., 2001, p. 5)

“La valoración religiosa de la enfermedad supone una interpretación punitiva acerca de la misma y conlleva un sentimiento de responsabilidad y culpa. Así, el hombre, según la religión judeo-cristiana, debería soportar pasivamente el sufrimiento de la enfermedad, porque la misma constituye una forma de expiación de los pecados cometidos”. (Videla, M., 1991, p. 18)

El modelo natural de la enfermedad de Galeno, junto con las grandes influencias de Aristóteles y Avicena, convivió con un *modelo moral de la enfermedad*, según el cual, la misma era a menudo el castigo por una conducta moralmente reprobable.

Siguiendo el pensamiento de Mirta Videla, estas concepciones de la enfermedad descritas anteriormente –castigo de Dios por trasgresión de normas o posesión del sujeto por fuerzas extrañas- implican una ideología determinista de la patología, para la cual el enfermo aparece como pasivo y sin posibilidades de defensas, dependiente para su curación del perdón de sus pecados, que logrará mediante ceremonias expiatorias (promesas, penitencias, autoflagelación, etc.) o exorcismos. Lo que la

medicina llamaría más tarde “*agente patógeno*” está en estos casos determinado como una fuerza externa, dañina y vengativa, capaz de destruir y matar, todopoderosa, a quien la persona debe reverencia, obediencia y devoción.

Tras la Edad Media, en el Renacimiento (floreCIMIENTO cultural desde fines del siglo XIV, que comenzó en el norte de Italia, pero se extendió rápidamente hacia el resto de Europa en los siglos XV y XVI), se pudo observar la vuelta a las explicaciones naturales acerca de la enfermedad. El humanismo de los autores renacentistas devolvió el centro de la atención al hombre y a su potencial para explicar el mundo que le rodeaba; a la par que la medicina salía de manos de los religiosos y retornaba a los médicos.

“El nombre Renacimiento se utilizó porque éste retomó los elementos de la cultura clásica. Además este término simboliza la reactivación del conocimiento y el progreso tras siglos de estancamiento causado por la mentalidad dogmática establecida en la Europa de la Edad Media. El Renacimiento planteó una nueva forma de ver el mundo y al ser humano, el interés por las artes, la política y las ciencias, cambiando el teocentrismo medieval, por el antropocentrismo renacentista”. (Rodríguez, E., 2008. p. 16-17)

En los siglos XVIII y XIX se comienza a apreciar la importancia de determinados factores (tales como la pobreza, las condiciones de trabajo o el hábitat) como causas de pérdida de la salud.

A partir del Siglo XIX, comienza a constituirse una primera etapa positivista.

Los modelos ecológicos y holísticos de salud se establecen recién en el siglo XX como consecuencia de modelos aplicados anteriormente. A continuación veremos los modelos imperantes en cada etapa.

1.2. Concepto de salud en la modernidad: El Modelo Biomédico

Este paradigma nace en el siglo II d.C. y se preocupa por el origen local de la enfermedad.

Alrededor del siglo XVII, el filósofo racionalista y matemático René Descartes (1590-1650) realizó una contribución histórica a la problemática del dualismo mente-cuerpo. Su aporte fue uno de los más influyentes en el pensamiento científico moderno.

Estaba convencido de que había una separación clara entre lo mental y lo corporal. Para él existían dos “realidades” una, el pensamiento o alma y la otra la extensión o materia. Consideraba al hombre como un ser dual, que piensa, pero que también ocupa un lugar, un espacio, entonces tiene un alma y un cuerpo separados. Creía que el alma (la razón) era totalmente superior al cuerpo. Esta teoría se conoce como “dualismo cartesiano”.

Debido a que concibió al cuerpo como una máquina, la enfermedad se originaba cuando alguna parte de la misma se rompía o funcionaba mal y el trabajo del médico era diagnosticar dónde había ocurrido ese fallo y repararla.

Los supuestos fundamentales de este modelo son entonces el *dualismo mente-cuerpo* (separa tajantemente al cuerpo como entidad física, de la mente como parte del dominio cerebral y espiritual) y el *reduccionismo* (considera que el complejo fenómeno de la enfermedad puede reducirse a causas simples y explicarse mediante un pensamiento lineal).

En la Modernidad, *“la salud y la enfermedad eran consideradas casi exclusivamente en términos bioquímicos, fisiológicos o anatómicos, sin ninguna consideración hacia los factores sociales o psicológicos”* (Ballester Arnal, R., 1997, p. 32-33)

Desde este modelo, el médico intenta explicar los síntomas y molestias del enfermo a través de una alteración anatómica, un desorden fisiopatológico o de las respuestas de la invasión por un microorganismo, para intentar corregir la anomalía mediante la administración de un fármaco que controle la alteración funcional o destruya el microorganismo, o la manipulación quirúrgica de la alteración anatómica. (Colomer Revuelta, C., Álvarez-Dardet Díaz, C., 2001)

Consta de tres componentes: agente, huésped y ambiente. Entre los *agentes* de la enfermedad se encuentran: los biológicos, como los microorganismos infecciosos; los físicos, como el frío y el calor y los químicos, como los tóxicos. Los factores del *huésped* son elementos intrínsecos que influyen en la susceptibilidad del individuo a los agentes anteriores y el *entorno* está formado por elementos extrínsecos que influyen en la exposición al agente. La interacción entre los tres elementos de esta cadena, determina la aparición de la enfermedad.

Los aspectos vivenciales y comportamentales de la persona no son tenidos en cuenta. Se consideran los causantes psicosociales de la enfermedad como secundarios (si es que son considerados). No tiene en cuenta a la persona como parte integrante de una familia, comunidad, cultura, sociedad, etc.

Concibe entonces a la persona y su funcionamiento como equivalente al de una máquina. Cuando alguna de sus partes se “rompe” el médico tiene la función de reponerla, repararla.

Algunas de sus características negativas son:

- *“La intransigencia para considerar, reconocer e incorporar nuevas ideas y conceptos acerca de los determinantes psicológicos, sociales y culturales de la enfermedad.*
- *Un tratamiento insatisfactorio: medicalización, rechazo del caso o insistencia de las quejas.*
- *Un sistema sanitario basado más en la hospitalización y el tratamiento agudo de las enfermedades que en la prevención y el tratamiento holístico del ser humano”. (Ballester Arnal, R., 1997, p. 40-41))*

Gómez López y Rabanque Hernández nombran tres grandes períodos en la historia de las enfermedades:

1. *“Época de las grandes epidemias de enfermedades infectocontagiosas agudas: hasta finales del siglo XVIII y comienzos del XIX en el mundo occidental.*
2. *Época de las enfermedades infectocontagiosas crónicas: cabría situarla entre los otros dos períodos, variando su aparición entre los distintos*

países en función del proceso de industrialización y desarrollo económico y social.

3. *Época de las enfermedades sociales no infecciosas: se correspondería con el siglo XX para la mayoría de las naciones desarrolladas...* (Citados en Colomer Revuelta, C., Álvarez-Dardet Díaz, C., 2001, p. 4)

Se puede pensar entonces que el modelo biomédico pudo resultar más oportuno, funcional y adaptativo en aquella época donde las enfermedades eran fundamentalmente de tipo infecciosas. El cambio paradigmático resultó necesario cuando “la realidad” cambió.

La mayor parte de las enfermedades y trastornos del siglo XX, tienen su origen en estilos de vida no saludables. Por lo tanto, es de suma importancia considerar a la salud y enfermedad desde una perspectiva holística, de promoción de salud y prevención debido a que las enfermedades infecciosas han quedado atrás para darle lugar a las crónicas y a las causadas por los malos hábitos de vida.

Por esto, mantener costumbres y estilos de vida saludables es clave, para poder vivir una vida que no sólo se extienda cuantitativamente (gracias a los avances tecnológicos y de las ciencias) sino, fundamentalmente que se enriquezca cualitativamente. Una vida con calidad.

Esta visión unicausal de la salud-enfermedad hace hincapié en lo biológico y deja de lado los aspectos emocionales, espirituales, interaccionales, etc. que intervienen en los bienestar y malestares humanos.

Descompone en partes y focaliza en una de ellas un fenómeno complejo, estrechando la mirada. Estas fueron las razones por las cuales mucho del tema resultó incomprensible y dio lugar al surgimiento de un “nuevas lentes” a través de las cuales mirar al ser humano y a su salud/enfermedad: el modelo bio-psicosocial.

Este nuevo paradigma fue el sustento teórico ideológico que dio lugar a que surgiera la Psicología de la Salud como nueva disciplina.

1.3. El modelo Biopsicosocial: Circularidad y Pluricausalidad

Debido a que la temática de salud/enfermedad es altamente compleja en lo que atañe al ser humano, se hizo inminente la necesidad de ampliar la mirada, incluir determinantes múltiples en las causalidades de las mismas y extender el horizonte de lo puramente biológico, a lo psicosocial y lo espiritual.

El modelo biopsicosocial constituye una mirada holística que intenta considerar todos los determinantes conocidos de salud/enfermedad.

“Estos determinantes son agentes físicos, químicos o biológicos (en sentido amplio del mundo biológico o natural) y, a diferencia del modelo anterior, incluyen además factores como el estrés, la hostilidad, la clase social o el apoyo de las personas que nos rodean”. (Colomer Revuelta, C., Álvarez-Dardet, C., 2001, p. 16-17)

Este modelo se apoya en la Teoría General de los Sistemas, que constituye un cambio paradigmático que se produjo en distintas disciplinas científicas en el siglo XX, como resultado de la imposibilidad de explicar fenómenos complejos mediante miradas lineales.

Pensar en sistemas es pensar en distintos niveles jerárquicos que se organizan de una forma particular y se interrelacionan y retroalimentan recíprocamente, por lo que las causalidades se producen circularmente. El modelo anterior causa-efecto (causalidad lineal) queda atrás para incluir múltiples causas en los fenómenos.

En esta línea de pensamiento no resulta importante determinar la etiología de los acontecimientos, sino que considera que si estos persisten, ello se debe a que se ha generado una autoperpetuación de los mismos a lo largo del tiempo.

Por lo tanto, el modelo biopsicosocial implica pensar lo biológico, lo psicológico y lo social no como compartimentos estancos, sino como interrelacionados inevitablemente. La salud y la enfermedad no pueden ser comprendidas si no se consideran todos estos aspectos influyendo uno sobre el otro de manera simultánea.

Implica una mirada integral del ser humano con sus dolencias y bienestares, implica pensar en relaciones, en distintas realidades posibles y válidas dependiendo de la persona, su estilo de vida y sus hábitos, su familia, el medio ambiente y contexto social y político del que forma parte, su espiritualidad, sus valores y creencias, etc.

Esta forma de pensar la salud/enfermedad permite “tender lazos” entre las distintas disciplinas, es decir, la interdisciplinariedad y transdisciplina se tornan indispensables. Las ciencias conforman diversas miradas sobre un mismo hecho, que son válidas, útiles y necesarias a la hora de describir “una realidad” compleja.

Así, el hombre desde este paradigma es pensado más allá de su biología y se incluye en la mirada la dimensión comportamental: junto a los comportamientos patógenos (también conocidos como conductas de riesgo como por ejemplo fumar o el sedentarismo), los “factores comportamentales salutógenos”, los cuales constituyen factores protectores contra la enfermedad.

Esta conducta orientada hacia la salud es concebida como:

“Cualquier actividad de una persona, con independencia de su estado de salud real o percibido, encaminada a promover, proteger o mantener la salud, tanto si dicha conducta es o no objetivamente efectiva para conseguir ese fin”. (OMS, 1998)

Todo comportamiento o actividad de un individuo tiene alguna influencia sobre la salud. Las conductas orientadas hacia la salud pueden agruparse en patrones más complejos de comportamientos conocidos como estilos de vida.

Mantener un estilo de vida saludable, constituye un factor protector ante y de prevención de enfermedades, por lo tanto es un pilar para la promoción de la salud. En este estilo de vida se consideran todas las dimensiones de la vida humana, su biología y corporalidad, su ambiente sociocultural (incluida familia, comunidad, instituciones de las que forma parte, condiciones económicas y políticas que imperan en su país, etc.), su psiquis y su espiritualidad.

1.4. El concepto de Salud: Construcciones y Reconstrucciones

Como se ha dicho anteriormente, el concepto de salud ha ido cambiando a lo largo del tiempo y aún en la misma época, las concepciones sobre salud son diferentes según la cultura de la que se trate y el paradigma desde el cual cada comunidad científica, cada institución, familia, religión, persona, etc. "mira el mundo".

Salud (del latín "salus, -ūtis") es el "*estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de infecciones o enfermedades*", según la definición de la Organización Mundial de la Salud realizada en su constitución de 1946. También puede definirse como el nivel de eficacia funcional o metabólica de un organismo tanto a nivel micro (celular) como en el macro (social).

En 1992 un investigador agregó a la definición de la OMS: "*y en armonía con el medio ambiente*", ampliando así el concepto.

En Wikipedia, Enciclopedia Libre, la salud desde lo físico, es definida como la capacidad que tiene el cuerpo para realizar cualquier tipo de ejercicio donde muestra que tiene resistencia, fuerza, agilidad, habilidad, coordinación y flexibilidad. Por otro lado, describe también la salud mental, la cual se caracteriza por el equilibrado estado psíquico de una persona y su autoaceptación (gracias al autoaprendizaje y autoconocimiento).

El Glosario de Promoción de Salud (OMS, 1998) explica que dentro del contexto de la promoción de la salud, ésta se considera como un medio para llegar a un fin, no como algo abstracto, es decir, constituye un recurso que permite a las personas llevar una vida individual, social y económicamente productiva.

Se trata entonces de una herramienta para la vida diaria, no el objetivo de la vida. Este es un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas.

De acuerdo con el concepto de la salud como derecho humano fundamental, la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (documento elaborado por la OMS, durante la Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, celebrada en Ottawa, Canadá, el 21 de Noviembre de 1986) destaca determinados prerrequisitos

para la salud, que incluyen la paz, adecuados recursos económicos y alimenticios, vivienda, un ecosistema estable y un uso sostenible de los recursos.

El reconocimiento de estos prerrequisitos pone de manifiesto la estrecha relación que existe entre las condiciones sociales y económicas, el entorno físico, los estilos de vida individuales y la salud. Estos vínculos constituyen la clave para una comprensión holística de la salud que es primordial en el ámbito de promoción de la misma.

Otros de los aspectos considerados en la redacción de dicha Carta son:

“PROMOCIONAR EL CONCEPTO

Una buena salud es el mejor recurso para el progreso personal, económico y social y una dimensión importante de la calidad de la vida. Los factores políticos, económicos, sociales, culturales, de medio ambiente, de conducta y biológicos pueden intervenir bien en favor o en detrimento de la salud. El objetivo de la acción por la salud es hacer que esas condiciones sean favorables para poder promocionar la salud.

PROPORCIONAR LOS MEDIOS

La promoción de la salud se centra en alcanzar la equidad sanitaria. Su acción se dirige a reducir las diferencias en el estado actual de la salud y a asegurar la igualdad de oportunidades y proporcionar los medios que permitan a toda la población desarrollar al máximo su salud potencial. Esto implica una base firme en un medio que la apoye, acceso a la información y poseer las aptitudes y oportunidades que la lleven a hacer sus opciones en términos de salud”. (Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, 1986)

En la época actual la dimensión espiritual de la salud goza de un reconocimiento cada vez mayor. *“La salud es principalmente una medida de la capacidad de cada persona de hacer o convertirse en lo que quiere ser.”...* (René Dubos, citado en Wikipedia, Salud)

Una visión integral de la salud también supone que todos los sistemas y estructuras que rigen las condiciones sociales y económicas, al igual que el entorno físico, deben tener en cuenta las implicaciones y el impacto de sus actividades en la salud y el bienestar individual y colectivo.

1.5. La Psicología de la Salud

Si bien podemos decir que la Psicología como ciencia de la salud, ha focalizado especialmente en las patologías, desde los principios de la Psicología como disciplina científica, algunos autores han hecho referencia a cuestiones inherentes a la Psicología de la Salud.

Ésta constituye una nueva y prometedora área de trabajo para los psicólogos, pero su desarrollo y estado actual es diverso, según el país del que se trate. Ballester Arnal (1997) comenta que ni siquiera existe en países donde lo fundamental es sobrevivir. Las creencias culturales, la orientación sanitaria individual o comunitaria, entre otras, también ejercen su influencia en dirección hacia o en contra del establecimiento de esta disciplina.

A su vez, ha ido cobrando cada vez más importancia en países desarrollados debido a que, como se dijo anteriormente, desde la segunda mitad del siglo XX aproximadamente hasta nuestros días, la mayor parte de los malestares pueden asociarse a comportamientos patogénicos y estilos de vida poco saludables (principalmente en países industrializados).

1.6. ¿Qué es?

En 1989, Matarazzo reconoció una nueva especialidad dentro de la Psicología, que denominó Psicología de la Salud, y la conceptualizó como:

“El conjunto de las contribuciones específicas de la Psicología a la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos diagnósticos y etiológicos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas y el análisis y mejora del sistema sanitario y la Salud Pública” (Citado en Asid, M. L., 2004, p. 35)

Los factores que han posibilitado el afianzamiento de esta ciencia son:

- a) “Los cambios experimentados en las causas de mortalidad a lo largo del siglo en los países occidentales.

- b) El reconocimiento de una etiología multifactorial de los diferentes problemas médicos.
- c) Incremento en los gastos de salud, sin que se observe un aumento paralelo en los beneficios obtenidos.
- d) Énfasis en la prevención y promoción de estilos de vida sanos.
- e) Reconocimiento de la necesidad de una colaboración interdisciplinar.
- f) Creciente reconocimiento entre los profesionales sanitarios de la utilidad de las técnicas comportamentales.
- g) Apoyo institucional y consideraciones pragmáticas respecto a más puestos de trabajo y más recursos.” (Ballester Arnal, R., 1997, pp. 132-133)

Dentro de los objetivos primordiales de esta ciencia se encuentran la promoción de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, la mejora de la asistencia sanitaria y la formación de políticas sanitarias, entre otros.

El comprender y evaluar la interacción que existe entre el estado de bienestar físico y los diferentes factores biológicos, sociales y psíquicos, es otro de los objetivos y esta investigación pretende generar un aporte en este sentido.

1.7. Definiendo Salud desde esta perspectiva

En un intento de consensuar qué entendemos por salud hoy, dentro de la perspectiva de la Psicología de la Salud, es importante plasmar las facetas implicadas en este concepto. La idea fundamental, es que esta nueva perspectiva, sea más positiva, amplia e integradora que las concepciones tradicionales.

Rafael Ballester Arnal ofrece una visión que trasciende la conceptualización simplista de salud, en la cual se la considera como la mera ausencia de enfermedades.

Concibe la salud como un proceso continuo, en el cual no se produce una distinción, ni un límite tajante en relación a la enfermedad. Salud y enfermedad no constituyen compartimentos estancos, sino que están en permanente interrelación y su dinamismo incluye infinitas combinaciones.

La salud está íntimamente ligada a los comportamientos y estilos de vida de los individuos y comunidades en que los mismos están insertos.

Lalonde, en 1974, formuló un modelo de salud pública, según el cual el nivel de bienestar de una comunidad está determinado por la interacción de cuatro variables:

1. **“la biología humana** (genética, envejecimiento).
2. **el medio ambiente:** contaminación física (ruidos, radiaciones, polvo, humos, desechos sólidos o líquidos, etc.), química (óxido de azufre, óxido de nitrógeno, hidrocarburos, mercurio, plomo, plaguicidas, etc.) y biológica (bacterias, virus, hongos, polen, etc.).
3. **el sistema sanitario** (calidad, cobertura y gratuidad).
4. **por último, pero en primer nivel de importancia, el estilo de vida o las conductas insanas** tales como el consumo de drogas institucionalizadas o no institucionalizadas, la falta de ejercicio físico, el estrés, la promiscuidad sexual sin utilización de métodos anticonceptivos, conductas violentas, conducción peligrosa, malos hábitos alimenticios, mala utilización de los servicios sanitarios y el no cumplimiento de las recomendaciones terapéuticas prescritas por el médico”. (Citado en Ballester Arnal, R., 1997, p. 64)

De esto se deriva que las personas tenemos que enfrentarnos en la actualidad a nuestros hábitos personales, pues de ellos depende en gran parte, que nuestra vida posea o no calidad. La salud se traduce en una experiencia subjetiva de bienestar en el individuo.

*“Mechanic, sociólogo médico considerado en la actualidad como uno de los catalizadores del modelo biopsicosocial y la constitución de la Psicología de la Salud, introdujo en 1962 el concepto de **“conducta de enfermedad”** definiéndolo como el modo en que cada individuo percibe, evalúa e interpreta sus síntomas y emprende acciones para remediarlos”* (Citado en Ballester Arnal, R., 1997, p. 70)

Sobrepasa a la persona para afectar y entenderse desde la sociedad a la que pertenece y a su vez se define como la adaptación y la interacción óptima entre la globalidad de la persona y las exigencias, restricciones o limitaciones que le impone su vida como algo inherente a ella.

En relación a esto, podemos pensar que hay personas cuyas situaciones vitales les impiden adoptar estilos de vida saludables, pues su condición social no se los permite, por lo que no hay que dejar de considerar las variables socioeconómicas implicadas en

la salud. Por otro lado, cuando el organismo en su globalidad está interactuando con el ambiente de forma adecuada y es capaz de mantener este estado, de crecer, desarrollarse y actuar, se puede decir que existe un estado de salud.

1.8. Salutogénesis y Patogénesis: Inmunogénesis comportamental

Rafael Ballester Arnal comenta que fue Antonovsky quien, motivado por trasladar el énfasis de lo patológico a lo saludable, en el período comprendido entre 1979 y 1984 acuñó los conceptos de salutogénesis (génesis de la salud) y patogénesis (génesis de la patología) y formuló lo que consideró dos modelos diferentes de entender la salud y la enfermedad: el modelo salutogénico y el modelo patogénico.

El modelo patogénico considera la salud y enfermedad como categorías excluyentes, deja de lado factores como el estilo de vida, las actitudes frente a la salud, etc., se desentiende de aspectos relacionados con lo psicosocial y espiritual, resta importancia a los factores comportamentales, por lo que se encuentra en la base del modelo biomédico.

El modelo salutogénico establece un continuo entre salud y enfermedad, es un modelo que se focaliza en la promoción de la salud y la prevención. Es adaptativo porque busca que el comportamiento se adapte al medio para poder alcanzar la salud, persigue la salud para cada persona concreta. Su modo de intervención es a la vez personal y social, actuando sobre el individuo y la comunidad de la que forma parte. Busca la participación activa de la persona y considera que ésta debe velar por su salud.

Debido a que en los países desarrollados, los avances tecnológicos y las nuevas medicinas han permitido que la esperanza de vida aumente, el desafío en la Posmodernidad es adquirir hábitos de vida saludables, que permitan a las personas agregar calidad a la mayor cantidad de años que puedan vivir.

Esto convierte a los estilos de vida saludables en la clave fundamental del éxito para ello. Por esto es de suma importancia que consideremos dentro del ámbito de la Psicología de la Salud, todos estos comportamientos saludables o **“inmunogénesis**

comportamental” como uno de los pilares para alcanzar un mayor nivel de salud en las personas y las sociedades.

Dentro de los comportamientos saludables que deben promoverse desde este enfoque podemos nombrar:

- “Actividad física regular.
- Prácticas nutricionales adecuadas.
- Reducir el consumo de drogas.
- Prácticas adecuadas de higiene.
- Desarrollo de comportamientos de autoobservación.
- Desarrollo de un estilo de vida minimizador de estrés.” (Videla, M., 1991, p. 179)

Estos comportamientos se encuentran entre muchos otros que pueden considerarse para promover una conciencia sanitaria comunitaria.

1.9. Prevención en Salud Mental

Mirta Videla (1991) define la prevención como un abordaje metodológico, con estrategias que capacitan a recursos que se convierten en agentes multiplicadores de formas de cuidado y promoción en salud. Así, disminuyen las demandas de asistencia de las poblaciones y se moviliza la cronificación de pacientes internados o etiquetados como “enfermos” o desviados”.

José Bleger afirma: *“En materia de prevención primaria no tenemos como objetivo la curación ni la investigación del inconciente, sino las posibilidades de desarrollo de las capacidades y aptitudes de los seres humanos”.* (Citado en Videla, M., 1991, p. 44)

Esta definición de prevención implica que las estrategias y técnicas utilizadas en Psicología sumadas a nuestro marco de referencia, deben contribuir a que las personas preparen, dispongan y utilicen sus propios recursos para enfrentar un problema, crisis o sufrimiento previamente definido por ellos mismos.

Es decir, la prevención en salud comunitaria se trata de respetar las construcciones y saberes sociales de cada persona y la comunidad en la que se halla inserta, para participar activamente en el mantenimiento de su salud, respetando sus costumbres, creencias, cultura y por ende, sus propias demandas, sin imponer las nuestras.

La autora utiliza una categorización que realiza Alicia Stolkiner (psicóloga argentina) en materia de políticas sanitarias. Las divide en tres concepciones en salud a través de las cuales se vislumbra el modelo al cual adhieren.

Concepción Liberal en Salud

Su supuesto básico es que la salud es una responsabilidad individual, debido a que para la misma, todos tenemos libertad de elección. Adhiere por lo tanto, al modelo médico hegemónico biologista, ahistórico, asocial, individualista y mercantilista. Es el modelo positivista, que apunta a la asistencia, a la cura una vez que la patología se instala. La salud pública y privada tienen una capacidad nula para actuar más allá de lo curativo.

Concepción Desarrollista en Salud

El desarrollismo se enmarca dentro de la medicina social, pluricausalista que si bien afirma aspectos positivos de la salud (no sólo ausencia de enfermedad) mantiene un criterio tecnocrático, desde el cual la salud es asunto de profesionales y especialistas.

Se asigna un papel fundamental a la prevención normativa, es decir, se evitan las llamadas conductas desviadas o inadaptadas. La idea de multidisciplinaria está presente, pero es sólo tecnocrática debido a que la representación popular no tiene lugar. Las posibilidades y deseos personales no son tenidos en cuenta. Es un modelo que fomenta la dependencia del “especialista”.

Concepción Participante Integral

Es la propuesta definida en Alma-Ata, en 1978 como “Salud para todos en el año 2000” con la estrategia de *atención primaria de la salud*.

Es una concepción *participante* porque la participación constituye el pivote sobre el cual se centra la propuesta. Se considera que es un hecho de salud, porque permite a las personas salirse del lugar de total dependencia y sometimiento a una autoridad que normaliza sus vivencias, sus malestares y bienestar.

“El criterio participativo implica la ruptura del vínculo poder-saber entre los especialistas-técnicos y la población”. (Videla, M., 1991, p. 156)

Para la autora, el concepto de Atención Primaria ofrece soluciones holísticas al colocar en un lugar primordial el desarrollo de capacidades para enfrentar en forma participativa y organizada los desafíos de la salud para todos.

Gerald Caplan publica en 1964 sus “Principios de Psiquiatría Preventiva” en donde propone un modelo de prevención por niveles que resultó revolucionario debido a que cuestionó la concepción psiquiátrica tradicional (asistencialismo).

Definió a la Psiquiatría Preventiva como:

“El cuerpo de conocimientos profesionales, tanto teóricos como prácticos que puedan utilizarse para planear, llevar a cabo programas, para reducir la frecuencia en una comunidad, de los trastornos mentales de todo tipo, la duración de un número significativo de los trastornos que se presentan y el deterioro que pueda resultar de aquellos trastornos”. (Citado en Videla, M., 1991, p. 58)

A estos tres aspectos se los denomina sucesivamente: Prevención Primaria, Secundaria y Terciaria.

Este modelo parte de la naturaleza de la organización social de una comunidad, como poseedora de factores benéficos o perjudiciales para la salud mental.

La **Prevención Primaria** es la prevención propiamente dicha, dirigida a disminuir la incidencia, es decir, casos nuevos de trastornos mentales (en este caso). Aquí son de fundamental importancia los agentes de salud para la detección y neutralización de las condiciones enfermantes. Dentro de este nivel estarían incluidos todos los comportamientos destinados a mantener la salud, es decir, la inmunogénesis comportamental se encuentra en este nivel.

La **Prevención Secundaria** está dirigida a disminuir la prevalencia, o sea la duración de los casos existentes de enfermedad, mediante un diagnóstico precoz y un tratamiento efectivo. Tiende a evitar la cronicidad y las secuelas.

La **Prevención Terciaria** apunta a disminuir en la comunidad la proporción de sujetos con un funcionamiento defectuoso por secuelas, tratando de recuperar la capacidad productiva y la posibilidad de reintegración de los mismos.

De esto se deduce que Caplan entienda la prevención como una acción integral, con tres niveles de intervención, articulados y simultáneos. *“Exige ser formulada como una política en los más altos niveles de decisión, lo cual implica planificación presupuestaria y adiestramiento de los recursos”*. (Videla, M., 1991, p. 58)

La Psicología Preventiva es por lo tanto una actividad interdisciplinaria por excelencia. Esta interdisciplinariedad es necesaria, en concordancia con el modelo teórico de base de esta concepción, que considera los estratos biológicos, psicosociales, espirituales y socioambientales del ser humano, y por ende, se trata de una perspectiva integral y abarcativa del mismo.

El Glosario de Promoción de Salud define que la prevención de la enfermedad *“abarca las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida”*. (Glosario de Promoción de Salud, 1998, p. 15)

Desde un enfoque preventivo es entonces de fundamental importancia detectar los factores de riesgo, para promover en cada persona, familia y comunidad estilos de vida saludables. La detección de las características o variables que se constituyen como “riesgo” en la preservación de la salud deben considerarse junto con aquellos que contribuyen a la mejora de la calidad de vida.

Los *factores de riesgo* son un conjunto de prácticas, hábitos de vida o trastornos físicos o psíquicos que predisponen o favorecen la aparición de ciertos trastornos o enfermedades.

Si se aborda al hombre como un ser bio-psicosocial y espiritual, en permanente relación dialéctica con el mundo, deberán tenerse en cuenta factores de riesgo tales como:

- Desde una perspectiva física u orgánica: mal funcionamiento del sistema inmunológico, baja resistencia física, desequilibrio hormonal, etc.
- Desde lo psíquico: tendencia a conductas impulsivas e inadecuadas, situaciones de estrés, alteraciones anímicas producidas por ciertos conflictos y crisis, etc.
- Desde lo espiritual: dificultades en desplegar la libertad y responsabilidad ante las situaciones, la carencia de sentido, etc.
- Desde lo social: factores que le impiden a la persona establecer vínculos interpersonales sanos, etc.
- Desde lo ambiental: las malas condiciones físico-químicas que se encuentran en el mundo en que vivimos, el hambre, las guerras, entre otros.

Podemos agregar a los anteriores el aspecto comportamental. Rodríguez, F. y Abecia, C. hacen referencia dentro de los determinantes de la salud, a las conductas insanas, tales como el consumo de drogas, la falta de ejercicio físico, el estrés, la mala alimentación, la promiscuidad sexual, la violencia, etc. (Citados en Colomer Revuelta, C., Álvarez-Dardet, C., 2001, p. 19)

Como dijimos anteriormente, todos estos factores deben tenerse en cuenta si se pretende un abordaje integral de la salud de los seres humanos.

1.10. Mirada existencialista dentro del ámbito de la prevención: Antropohigiene

Dentro del paradigma Existencialista, uno de los modelos en el ámbito preventivo es la Antropohigiene. Esta tiene como objetivo evitar que el ser humano en su vida cotidiana se sienta oprimido por dificultades en las dimensiones de su Ser y también mejorar la calidad de vida y la armonía del mismo.

Está basada en la mirada frankliana del ser humano, con sus tres dimensiones: lo biológico, lo psicosocial y lo espiritual y por tanto constituye una mirada holística y una metodología de prevención integral.

Para Victor Frankl, creador de la Logoterapia, la salud implica el desarrollo del ser en su esencia y sentido. *“Es el poder escribir la propia historia vital, querer y sentirse querido, transformar y transformarse, comprometerse con algo o alguien, participar estableciendo vínculos solidarios; estar receptivo y abierto a la comprensión del significado de mi propia existencia”*. (Terradas, A., citado en Oro, R., 1998, p. 47)

En su libro “El hombre en busca de sentido” el autor refiere que *“la salud se basa en un cierto grado de tensión, la tensión existente entre lo que ya se ha logrado y lo que todavía no se ha conseguido; o el vacío entre lo que se es y lo que se debería ser”*. Y continúa *“Esta tensión es inherente al ser humano y por consiguiente es indispensable al bienestar mental”* (Frankl, V., 1979, p. 148)

Por esto, piensa que lo que el hombre necesita no es la homeostasis (concebida como equilibrio) sino lo que llama la **noodinámica**, entendida como la dinámica espiritual dentro de un campo de tensión bipolar entre un significado que debe cumplirse y un hombre que debe cumplirlo.

La Logoterapia pone el acento en la energía y potencia espiritual, propia del ser humano, de oponerse a las situaciones límite, conflictos y crisis que forman parte inherente de la vida y a partir de las mismas superarlas y superarse, encontrarles un sentido, autotranscender.

Desde esta perspectiva, la pregunta acerca del sentido de la vida es inherente a la existencia humana y se impone a aquella persona que desee vivir en plenitud su

condición de ser humano. El camino conducente al encuentro del sentido es la realización de valores. Ampliaremos esta mirada en el capítulo siguiente.

1.11. Promoción de la Salud

“La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla”. (Glosario de Promoción de la Salud, 1998, p. 10)

Según la Carta de Ottawa consistiría entonces en proporcionar a las personas los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) es concebida, cada vez en mayor grado, como la suma de las acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos, encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva.

Es el conjunto de medios y estrategias encaminados a procurar la adopción de hábitos de vida saludables.

Como vimos anteriormente, debido a que en la época en la que transcurre nuestra existencia la mayor parte de las enfermedades se encuentran asociadas al comportamiento y al estilo de vida individual, la visión dentro del campo de la sanidad se ha modificado sustancialmente y la promoción de la salud ha cobrado un papel primordial en la misma. Existe hoy la necesidad de una psicohigiene colectiva.

Para que ésta sea posible, la promoción de la salud no debe (ni puede de hecho) desligarse de la educación para la salud, que, en palabras de Mirta Videla:

“No puede ser delegada en manos de expertos o profesionales, sino que implica estrategias de promoción y desarrollo, en los que la comunidad debe asumir un protagonismo efectivo, partiendo de necesidades reales y sentidas de la población, con respecto a sus propios criterios de salud y enfermedad, y utilización de sus recursos naturales”. (Videla, M., 1991, p. 178)

Lo anterior constituiría para la autora el nódulo central del desarrollo de una conciencia sanitaria popular.

El objetivo se concentraría en:

1. Desarrollar hábitos y costumbres sanas en las personas.
2. Modificar las pautas conductuales, cuando existen hábitos y/o costumbres individuales y/o colectivos que sean perjudiciales para la salud.
3. Promover la modificación de los factores externos al individuo que influyen negativamente sobre su salud.
4. Lograr que las personas y comunidades adopten la salud como un valor fundamental, asumiendo la responsabilidad y control sobre las circunstancias y las condiciones que las afecten.

1.12. Psicología Positiva

La Psicología Positiva es una rama que se desprende específicamente de la Psicología de la salud. Está orientada a estudiar y comprender las cualidades o emociones positivas, fortalezas y virtudes de los seres humanos. Forma parte del cambio de enfoque desde lo patológico hacia lo saludable.

Su objetivo principal es lograr que las personas alcancen una vida con mayor calidad y bienestar, realizando investigaciones científicas que permitan acceder a los aspectos positivos del vivir humano e identificar y cultivar los recursos para “ser felices”.

Martín Seligman, principal exponente de este paradigma, dice en su libro “La auténtica Felicidad”:

“Parece ser que el alivio de los estados que hacen que la vida resulte espantosa ha relegado a segundo plano el desarrollo de los estados que hacen que merezca la pena vivir. No obstante las personas desean algo más que corregir sus debilidades. Quieren que la vida tenga sentido y no sólo dedicarse a ir tirando a trancas y a barrancas hasta el día de su muerte”. (Seligman, M., 2005, p. 11)

Siguiendo con el pensamiento de este autor, podemos decir que la felicidad se deriva de identificar y cultivar las fortalezas más importantes de la persona y hacer uso

cotidiano de las mismas, en todos los ámbitos que forman parte de la existencia: el amor, el trabajo, la educación, el ocio, etc.

Los tres pilares de la Psicología Positiva son:

1. *“el estudio de la emoción positiva;*
2. *el estudio de los rasgos positivos, sobre todo las fortalezas y virtudes, pero también las “habilidades” como la inteligencia y la capacidad atlética;*
3. *y el estudio de las instituciones positivas, como la democracia, las familias unidas y la libertad de información, que sustentan las virtudes y a su vez sostienen las emociones positivas”.* (Seligman, M., 2005, p. 15)

El autor comenta en su libro que la lección más importante en relación a medidas de salud pública que nos legó el siglo pasado es que la cura es incierta, pero la prevención resulta enormemente eficaz. Por lo que hacer hincapié en la misma es de fundamental importancia para provocar un cambio hacia mayores niveles de salud en la población en general.

Esto podría conseguirse identificando las principales fortalezas y virtudes del hombre, para cultivarlas y aplicarlas en todos los ámbitos de la vida, favoreciendo los niveles biológicos, psicosociales y espirituales y previniendo así los estados depresivos, ansiosos y de falta de sentido que hoy en día constituyen unos de los principales malestares de las personas.

Capítulo 2:

“EL BIENESTAR PSICOLÓGICO”

2.1. La importancia del constructo de Bienestar Psicológico en la Psicología Positiva

Como vimos en el capítulo anterior, fueron muchos los años que la Psicología invirtió en el estudio de las patologías y trastornos mentales. Es gracias a esta focalización en los malestares humanos que hoy nos encontramos con una gran cantidad de estudios y bibliografía, clasificaciones y consensos de las comunidades científicas sobre cuáles son y cómo se manifiestan los estados mórbidos de la mente.

Si bien todas esas investigaciones han sido útiles en el desarrollo de esta ciencia, se hizo notar con el correr de los años la ausencia de herramientas que permitieran distinguir aquellos factores, características, cualidades y recursos saludables de las personas que contribuyeran al logro y mantenimiento de la salud mental y actuaran como protectores frente a sus trastornos.

Es por esto que empezaron a realizarse diversos estudios que enriquecieron el campo de la Psicología y dieron lugar a la creación de una nueva rama: la Psicología de la Salud y dentro de ésta la Psicología Positiva. Ambas tienen como objetivo fundamental el estudio de todos aquellos aspectos (socioambientales, psicosociales, biológicos y espirituales) que velan por el logro y mantenimiento de la salud mental y la prevención de las patologías.

Dentro de esta Psicología Positiva, se encuentra el constructo de Bienestar Psicológico, utilizado en muchas ocasiones como equivalente al de felicidad, satisfacción con la vida, bienestar subjetivo, calidad de vida, etc.

El estudio del bienestar humano es a la psicología positiva, lo que los trastornos son a la psicopatología. Es de suma importancia entonces, ahondar sobre las concepciones acerca del mismo.

2.2. Concepciones sobre el Bienestar Psicológico

Desde tiempos ancestrales el hombre ha manifestado un gran interés por el tema del Bienestar, pero sólo desde unas décadas atrás, éste se ha convertido en un asunto de interés científico para la psicología.

En los comienzos de las investigaciones sobre el mismo, las tendencias a conceptualizarlo eran marcadamente positivistas. Se centraba la atención en factores “objetivos” que permitían “medir” la calidad de vida que poseía una persona.

Muchos de los estudios iniciales en este área de conocimiento se centraron en aspectos externos. Se adoptó el término “nivel de vida” para hacer referencia a estas condiciones que, en un principio, se circunscribían puramente a lo económico (ingresos, las condiciones del entorno, empleo y vivienda). Esta orientación trajo consigo la introducción del término “calidad de vida”, inicialmente cuantitativo. (García Martín, M. A., 2002)

Luego se fueron incluyendo las variables personales, pero focalizando aún en aspectos también objetivos, como por ejemplo edad, sexo, clase social, etc. Una muestra de este enfoque es el aporte realizado por Wilson (1967) en su estudio sobre las características personales que hacen a la felicidad:

“La persona feliz se muestra como una persona joven, saludable, con una buena educación, bien remunerada, extravertida, optimista, libre de preocupaciones, religiosa, casada, con una alta autoestima, una gran moral del trabajo, aspiraciones modestas, de uno u otro sexo y con una inteligencia de amplio alcance” (Citado en García Martín, M. A., 2002, p. 20).

Progresivamente, los estudios comenzaron a incluir los aspectos subjetivos en el concepto de Bienestar. En la actualidad, se sabe que éste se asocia fundamentalmente con estos aspectos.

Son muchos los autores que han tratado de definir la felicidad o el bienestar.

“Según Diener y Diener (1995) estas concepciones se pueden agrupar en torno a tres grandes categorías:

- 1. Bienestar como la valoración del individuo de su propia vida en términos positivos. Lo que se conoce como “satisfacción con la vida”.*
- 2. La preponderancia de los sentimientos o afectos positivos sobre los negativos. Este punto de vista fue iniciado por Bradburn (1969) con el desarrollo de su*

Escala de Balance Afectivo. Se entiende que una persona es más feliz cuando en su vida predomina la experiencia afectiva positiva sobre la negativa.

3. *La última de estas tres concepciones, más cercana a los planteamientos filosófico-religiosos, concibe la felicidad como una virtud o gracia". (Citados en García Martín, M. Á. , 2002, p. 21)*

Si bien son numerosas, las definiciones sobre bienestar no son precisas y generalmente se ven condicionadas por el instrumento utilizado para medirlo.

Veenhoven (1984) define el bienestar subjetivo como el *"grado en que una persona juzga de un modo general o global su vida en términos positivos o, en otras palabras, en qué medida la persona está a gusto con la vida que lleva"*. (Citado en García Martín, M. A., 2002, p. 21)

"Andrews y Withey (1976) definen el bienestar subjetivo considerando aspectos cognitivos y afectivos (afecto positivo y negativo). Diener, Suh y Olshi (1997) lo definen como la manera en que una persona evalúa su vida, incluyendo como componentes la satisfacción personal y vincular, la ausencia de depresión y las experiencias emocionales positivas". (Citados en Casullo, M. M. et al., 2002, p. 12)

Sin embargo, de la bibliografía sobre el concepto, se desprende que éste es un constructo triárquico: por un lado se consideran los aspectos emocionales (afecto positivo y afecto negativo), componentes cognitivos (más relacionados al concepto de Satisfacción con la Vida) y por último, las relaciones sociales o aspectos vinculares.

El **componente afectivo** se asocia fundamentalmente a la felicidad. Se considera un estado lábil y momentáneo, vinculado al placer experimentado en los sentimientos, emociones y estados de ánimo más frecuentes de la persona. Conocido también como Balance Afectivo, éste depende más de reacciones específicas a eventos puntuales de la vida.

El **componente cognitivo** o Satisfacción con la vida, constituye la discrepancia percibida entre las aspiraciones y los logros. Su rango va desde la realización personal hasta la experiencia vital de fracaso o frustración. Representa una valoración global, es decir, la evaluación sobre la propia vida entendida como un todo. Existen autores que

ampliaron el término y estudiaron la satisfacción en diferentes áreas vitales: amor, trabajo, ocio, etc. Así, una persona puede sentir diversos grados de satisfacción según el dominio que se trate. Este componente cuenta con una mayor estabilidad que el anterior.

Las **relaciones vinculares** están constituidas por las necesidades, actitudes, y estilos de respuestas que un sujeto mantiene constantes en sus interacciones con los demás. Cuando una persona evalúa su vida inevitablemente incluye junto a los componentes de la satisfacción personal, los referidos a los vínculos: la calidad de los mismos, las experiencias de integración y pertenencia a una red social. No se puede pensar en el bienestar humano sin incluir la dimensión interpersonal y por ende, su carácter esencialmente social.

“Diferentes investigaciones han resaltado que aquellos individuos más felices y satisfechos, sufren menos malestar, tienen mejores apreciaciones personales, un mejor dominio del entorno y poseen mejores habilidades sociales para vincularse con las demás personas. Podríamos caracterizar la satisfacción y la felicidad como indicadores de un buen funcionamiento mental”. (Casullo, M. M. et al., 2002, p. 13)

Lo anterior, constituye un factor de gran importancia debido a que podría considerarse entonces al Bienestar Psicológico como un recurso protector y de prevención de patologías, asociado intrínsecamente a la salud mental.

Como consecuencia de las distintas líneas de investigación en relación al tema, existen varias teorías explicativas acerca del Bienestar Psicológico, que enfatizan diferentes aspectos del mismo.

- **Teoría de la Autodeterminación** (SDT, Self Determination Theory) de Ryan y Deci (2000) parte del supuesto de que las personas pueden estar comprometidas y ser por lo tanto proactivas o bien, inactivas o alienadas, lo cual dependería fundamentalmente de la condición social donde se desarrollan. Los seres humanos cuentan con ciertas necesidades innatas de carácter psicológico (ser competentes, autónomos y tener relaciones interpersonales), que serían básicas para contar con una personalidad automotivada e integrada y los ambientes sociales en los que se desarrollen

facilitarían o dificultarían estos procesos positivos. La satisfacción de las tres necesidades sería un predictor del bienestar subjetivo y del desarrollo social. (Cuadra, H. y Florenzano, U., 2003)

- **Modelo de Acercamiento a la Meta** de Brunstein, 1993; Cantor y col., 1991, Diener y Fujita, 1995, entre otros, consideran en los marcadores de bienestar las diferencias individuales y los cambios de desarrollo. Parten del supuesto de que las metas y los valores son las guías principales de la vida y por ende, las personas ganan y mantienen su bienestar en relación a la satisfacción o no de metas y valores específicos y en consecuencia cada persona diferirá de las otras en sus fuentes de satisfacción. Además conseguirán un mayor bienestar aquellas que escojan metas congruentes a sus recursos personales. (Cuadra, H. y Florenzano, U., 2003)

- **Teoría del Flujo** de Mihalyi Csikszentmihalyi (1999), para él el bienestar se conseguiría en la realización de las actividades humanas en sí y no en la consecución de una meta final. Dio nombre e investigó la “fluidez”, definiéndolo como: *“el estado de gratificación en el que entramos cuando nos sentimos totalmente involucrados en lo que estamos haciendo”*. (Seligman, M., 2005, p. 158). La actividad que produce este sentimiento es aquella que se refiere al descubrimiento permanente que está haciendo la persona de lo que significa “vivir”, donde expresa su singularidad, reconoce y experimenta la complejidad del mundo en el que vive. (Cuadra, H. y Florenzano, U., 2003)

- **Modelo Multidimensional** de Carol Ryff (1989) y Ryff y Keynes (1995) se basa en las investigaciones sobre desarrollo humano óptimo, considera el ciclo vital, la autorrealización, el funcionamiento mental positivo y el significado vital. Propone que el funcionamiento psicológico se conformaría por múltiples dimensiones y el bienestar psicológico (BP) no podría dejar de tomar en cuenta la autoaceptación, el crecimiento personal, los propósitos de vida, las relaciones positivas con otros, el dominio medioambiental y la autonomía. Por ende, considera que el BP es un constructo mucho más amplio que la simple estabilidad de los afectos positivos sobre los negativos a lo largo del tiempo (lo que popularmente se denomina felicidad). Aquí el

bienestar se relaciona con la valoración de lo logrado a través de una determinada forma de haber vivido. (Casullo, M. M., et al., 2002)

En este último modelo se basaron María Martina Casullo y colaboradores para investigar sobre el bienestar en Iberoamérica. La autora consideró necesario crear en Argentina una técnica local, válida y confiable, breve y de fácil comprensión para investigar acerca del bienestar. Construyeron la escala "BIEPS-A" (Adultos), Evaluación del Bienestar Psicológico, que consta de cinco dimensiones:

- ❖ *Control de situaciones:* es una sensación de control y autocompetencia. Cuando se cuenta con esta dimensión, las personas pueden crear o moldear los contextos, para adecuarlos a sus necesidades e intereses. Las personas que tienen una baja sensación de control, poseen dificultades en manejar las situaciones cotidianas y se creen incapaces de modificar las circunstancias en función de sus necesidades.
- ❖ *Aceptación de sí mismo:* implica aceptar los múltiples aspectos de sí mismo, tanto los buenos como los malos. Sentirse bien sobre las consecuencias que han tenido las circunstancias pasadas. Cuando uno no se acepta a uno mismo siente desilusión en relación a su pasado y quiere ser distinto a lo que es.
- ❖ *Vínculos psicosociales:* implica la capacidad para establecer buenas relaciones interpersonales, contar con calidez, confianza, empatía y afecto hacia los demás. Los malos vínculos se traducen en pocas relaciones y sentimientos de aislamiento y frustración. A esto se suma, la incapacidad para comprometerse con los otros.
- ❖ *Autonomía:* Implica independencia en la toma de decisiones, ser asertivo y confiar en el juicio propio. Depender de los demás para tomar decisiones y preocuparse por lo que otros piensan, sienten y dicen es ser poco autónomo.
- ❖ *Proyectos:* Contar con metas y proyectos vitales. Otorgarle significado a la vida y asumir valores que brinden sentido a la misma.

El Bienestar Psicológico desde esta perspectiva es considerado como “*La percepción que una persona tiene sobre los logros alcanzados en su vida, del grado de satisfacción personal con lo que hizo, hace o puede hacer, desde una mirada estrictamente personal o subjetiva*”. (Casullo, M. M. et al., 2002, p. 11)

En líneas generales se considera que:

- *“La percepción del bienestar no es temporalmente estable. Los individuos evalúan continuamente su situación personal, tanto a nivel individual como social.*
- *No es consistente en distintas situaciones. Las personas no son igual de felices en mejores o peores condiciones. El BP promedio es superior en los países que tienen mejores condiciones de vida.*
- *El bienestar no es una vivencia netamente interna e individual. Si bien es cierto que existen ciertas disposiciones subjetivas, existen variables ambientales que interactúan con variables personales”.* (Casullo, M. M. et al., 2002, p. 14)

Esto no debe dejar de tenerse en cuenta cuando lo que se pretende es trabajar para lograr o mantener el Bienestar en determinadas personas o poblaciones.

Las investigaciones además pueden agruparse en dos grandes categorías:

1. **Enfoques hedonistas**: centrados en la emoción. Los psicólogos que adhieren a esta perspectiva consideran el bienestar como equivalente a los placeres tanto del cuerpo como de la mente. “*La visión predominante dentro de los psicólogos hedónicos es que el bienestar consiste en la felicidad subjetiva construida sobre la experiencia de placer frente a displacer, incluyendo los juicios sobre los buenos y malos elementos de la vida*” (Ryan & Deci, 1999, citados en Carrasco, A., García, A. y Brustand, R. 2009, p. 336).
Este enfoque se encuentra más asociado a las concepciones sobre Bienestar Subjetivo que contemplan fundamentalmente su componente afectivo.
2. **Enfoques eudemónicos**: centrados en el pleno funcionamiento y desarrollo del potencial humano. Dentro de este enfoque se encuentra la teoría de Martin Seligman, que por su importancia dentro de este estudio, merece un apartado distinto.

2.3. El Bienestar Psicológico a través de las lentes de Martin Seligman

Martín Seligman, padre de la Psicología Positiva, en su libro “La auténtica Felicidad” (2005), plantea una nueva forma de ver a la misma y brinda fórmulas destinadas a alcanzarla.

Considera que para llegar a comprender el bienestar, también es necesario entender las fortalezas y virtudes personales, porque cuando el bienestar proviene de ellas, las vidas de los sujetos quedan imbuidas de autenticidad y por ende, de felicidad.

Dentro de lo que denomina “**emotividad positiva**” diferencia tres clases de sentimientos positivos: los relativos al pasado, al presente y al futuro.

En relación con el pasado, entre las emociones positivas se encuentran la complacencia, la realización personal, el orgullo, la serenidad, la satisfacción. Respecto del futuro, las emociones positivas son el optimismo, la esperanza, la confianza y la fe. Las emociones positivas ligadas al presente se subdividen en placeres y gratificaciones.

Los **placeres** están compuestos mayormente de sensaciones y emociones, por ejemplo, el éxtasis, la emoción, la euforia. Debido a su constitución son efímeras y no necesitan del pensamiento.

En el mundo posmoderno, recurrir a fórmulas rápidas para sentirse bien constituye un hábito generalizado: las adicciones, la promiscuidad sexual, los trastornos alimenticios, etc. constituyen comportamientos que pretenden llenar un vacío que nunca termina de llenarse. Se producen así grandes masas de personas que padecen una sed de espiritualidad.

En palabras de Seligman *“las emociones positivas obtenidas por actividades ajenas al carácter provocan desolación, falta de autenticidad, depresión y, a medida que envejecemos, la atormentadora impresión de que estaremos inquietos hasta la muerte.”* (Seligman, M., 2005, p. 23)

Los placeres no son dañinos *per se*, del mismo modo que la comida y la droga no causan daños por sí mismas, si no que es su “utilización” por los seres humanos, la relación que se establece con los mismos, lo que las hace perjudiciales para la salud.

Para alcanzar la felicidad, debemos saber “regular” cuánto y cómo recurrimos a los placeres que nos brinda la vida. El saber incluirlos en nuestra cotidianeidad de una forma equilibrada, constituye lo que Seligman denomina una **vida placentera**.

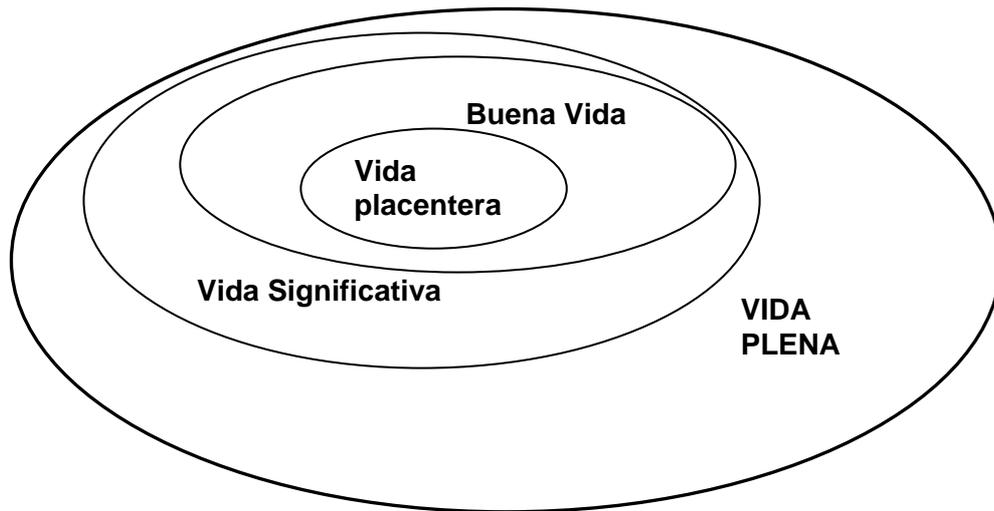
Las **gratificaciones** son más duraderas que los placeres, implican invertir pensamiento e interpretación. Son actividades que nos gusta mucho realizar, pero que no van acompañadas necesariamente de sensaciones y emociones. Involucran a la persona por completo que en ellas queda inmersa y pierde la conciencia propia.

La gratificación equivale a lo que Aristóteles llamó eudamonia. “*No puede derivarse del placer corporal, ni es un estado que pueda inducirse por sustancias químicas u obtenerse mediante técnicas rápidas. Solo puede obtenerse a través de una actividad acorde con un propósito noble*”. (Seligman, M., 2005, p. 158)

Son generadas por la puesta en práctica de las fortalezas y virtudes personales. Y conducen a lograr una **buena vida**. Ésta consiste en utilizar las fortalezas y virtudes características con la mayor frecuencia posible en los ámbitos vitales más importantes: el trabajo, el amor, el ocio, etc. La verdadera felicidad o felicidad auténtica, se deriva de la identificación y cultivo de las mismas.

El autor comenta que de la misma manera que el bienestar necesita arraigarse en las fortalezas y virtudes personales, éstas deben arraigarse también en algo superior, y este rasgo adicional de la buena vida es lo que denomina **vida significativa**. Supone poner las fortalezas personales al servicio de algo que trascienda al sujeto y le otorgue sentido a sus acciones, a su vida.

Vivir estas tres vidas (vida placentera, buena vida y vida significativa) es vivir una **vida plena**:



2.4. El camino hacia una Vida Plena: Bienestar Psicológico y Calidad de vida

Los conceptos de BP y Calidad de Vida han sido utilizados como análogos en muchas de las investigaciones existentes sobre el tema. Algunos autores consideran que la Calidad de Vida es una parte integrante del BP, otros los han considerado como sinónimos.

Para definir Calidad de vida, hoy se entiende que debe hablarse de una cualidad, es decir, no estamos refiriéndonos a algo medible (como pretendían hacer las antiguas definiciones), sino a características que tiñen la vida de las personas y hacen que las mismas sean vivenciadas como “buenas” o “malas”.

La OMS define la Calidad de Vida como:

“La percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Es un concepto extenso y complejo que engloba la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno”. (Glosario de Promoción de la Salud, 1998, p.28)

Esta definición pone de manifiesto que se han unido en ella las perspectivas sociológicas tradicionales (Calidad de Vida entendida como cobertura de necesidades

básicas) con las psicosociales actuales (satisfacción y bienestar personal), por lo que se entiende como un concepto dinámico y multidimensional.

En la mayor parte de las investigaciones y teorías acerca de los constructos de Bienestar Psicológico y Calidad de Vida existen oposiciones que se generan en torno a ambos:

1. su naturaleza cognitiva vs la afectiva,
2. sus componentes y determinantes subjetivos vs objetivos,
3. su evaluación global vs evaluación de sus componentes o dominios,
4. su carácter transitorio vs estable, etc.

El desafío consistiría entonces en observar y comprenderlos como constructos complejos que integran todas estas parcelas o aspectos de la realidad. Es decir, una definición completa de lo que es calidad de vida no podría dejar de tener en cuenta tanto los aspectos objetivos como subjetivos, los aspectos afectivos y cognitivos, las evaluaciones tanto globales como de cada una de las dimensiones de la vida, etc.

Tener una vida con calidad, desde esta perspectiva ecológica implica satisfacción en distintos niveles jerárquicos que hacen a la “realidad de cada sujeto”.

Esto significa que existen factores a considerar en el macrosistema (contexto más amplio que incluye las formas de organización social, los sistemas de creencias y estilos de vida que predominan en una cultura particular), en el exosistema (comunidad más próxima donde se incluyen las instituciones que median entre la cultura y el sujeto), y el microsistema (red vincular más próxima de la persona). Existe además un nivel individual, dentro del cual pueden incluirse las dimensiones afectivas, cognitivas, psicodinámicas y noéticas o espirituales del ser humano.

La OMS ha identificado seis áreas que describen aspectos fundamentales de la calidad de vida en todas las culturas:

- un área física (p.e., la energía, la fatiga),
- un área psicológica (p.e., sentimientos positivos),
- el nivel de independencia (p.e., movilidad),

- las relaciones sociales (p.e., apoyo social práctico),
- el entorno (p.e., la accesibilidad a la asistencia sanitaria) y
- las creencias personales/espirituales (p.e., significado de la vida).

Una vez que se consideren todos estos factores podemos empezar a visualizar si la vida de una persona cuenta o no con calidad. El vivir una vida con calidad es vivir una vida con sentido, una vida con plenitud. Lo cual permite y, a su vez, se obtiene al encontrar un por qué y un para qué y por ende, parafraseando a F. Nietzsche, es la fuerza impulsora y motivante para ir superando los cómo de la vida.

Es este *para qué* lo que le da un sentido a la existencia humana. Para V. Frankl los caminos hacia una vida con sentido son tres: los valores creativos, vivenciales y de actitud. Éstos son retomados por Alfried Längle en su libro “Vivir con sentido” (2008) donde explica estas tres vías principales para el mismo:

- ❖ Los **valores vivenciales** están relacionados, como su nombre lo indica, con vivenciar lo que tiene valor en sí mismo, todo aquello que pueda ser experimentado como bueno, bello, enriquecedor. Apreciar lo dado por la naturaleza, las creaciones de los seres humanos (artes, deportes, ciencias, etc.) y el encuentro con otros seres humanos. Estas vivencias se convierten en sentido cuando el sujeto puede plasmarlas en su interior y enriquecerse con las mismas.
- ❖ Los **valores creativos** se podrían pensar como la otra faceta de lo anterior. Se relacionan con modificar y orientar donde sea posible hacia algo mejor en sí mismo y no para uno mismo. Entonces, se experimenta la vida como plena de sentido cuando el ser humano obra creativamente en el mundo. Aquí se pone algo valioso en el mismo y como resultado se lo enriquece.
- ❖ Los **valores de actitud**: cuando lo anterior no es posible, porque se convierte en necesario soportar las circunstancias, se trata de no aceptarlas pasivamente, pues el hombre es un ser intrínsecamente libre y es esta libertad lo que conlleva la responsabilidad sin importar la situación. Nunca el ser humano está entregado absolutamente a un destino, siempre existen

alternativas y por ende, la posibilidad de elegir qué actitud tomar ante las mismas.

En la misma obra, el autor define el Sentido de esta forma:

1. Realizar la tarea que corresponda, lo que debamos hacer ahora.
2. Debe ser reconocido, no puede ser dado, nunca es un ¡Tú debes! sino que es un hijo de la libertad.
3. Las ofertas para encontrarlo están en el mundo.
4. Ver un sentido significa captar una totalidad.
5. Una vida plena de sentido se encuentra más allá de la simple comodidad o bienestar, se vincula a un esfuerzo.
6. El sentido cambia con cada modificación de la situación, por lo tanto implica flexibilidad en la percepción de los valores. Es una tarea cotidiana.
7. No se inventa el sentido, este capta totalmente a la persona que lo siente y lo percibe, antes de que medie la reflexión y se haga conciente.
8. Todo ser humano puede encontrar sentido, en tanto sea capaz de tomar decisiones.
9. El sentido tiene numerosas facetas.

Además Längle en su Seminario sobre las “Motivaciones Fundamentales de la Existencia” (2000), plantea que el sentido representa una ayuda para orientar a los seres humanos en dirección hacia una vida plena y lograda, la cual comienza cuando hay una aprobación por parte de la persona.

Vivir aprobando es vivir diciendo “Sí” al Ser, al Vivir, a Uno Mismo como persona y al Sentido, a llegar a ser. Esta aprobación no puede pensarse si no es en contacto con el mundo, con los otros, con los hechos, en un diálogo necesario e inevitable.

Las Cuatro Motivaciones Fundamentales de la Existencia son:

1. **El Ser.** La persona se pregunta: “Yo soy - ¿Pero puedo ser?, ¿Puedo existir?”
Aquí el mundo aparece como Sostén, como punto de apoyo.

2. **La Relación con la Vida.** La pregunta es: “Yo vivo - ¿Pero me gusta vivir?” Este nivel del vivir se manifiesta en el mundo como Valor.
3. **El Ser Sí Mismo** (Unicidad). La pregunta es: “Yo soy yo - ¿Pero me permito ser como soy? ¿Me es permitido ser como soy?” El mundo aparece como Otredad.
4. **El Devenir.** La pregunta fundamental es: “Yo estoy aquí - ¿Pero para qué es bueno?” El mundo se revela como Sentido.

La calidad de vida se relaciona principalmente con la Segunda Motivación, porque implica dedicarse tiempo para vivir, para hacer lo que gusta, para disfrutar y así, alimentar la relación con la vida, porque es este gusto por la misma lo que la torna en algo valioso.

Es captada por medio de los afectos, los sentimientos. Las condiciones que se hacen necesarias para Sentir son tres:

- **Cercanía- Movimiento interno:** Se relaciona con la vida sentida interiormente, la movilización interna, que se produce cuando nuestra vida es tocada. Todo sentimiento es el resultado de ser tocado, de ponerse en contacto, de aproximarse a algo o alguien.
- **El tiempo:** Los sentimientos requieren de tiempo para surgir y movilizarse. Tener tiempo implica darse tiempo para vivir y es eso lo que aparece como valioso. “El tiempo es el termómetro que mide el valor de la relación” dice Längle.
- **La relación misma:** el sentimiento es la base de la relación. Una relación sin afecto no es posible, porque justamente no habría relación. Esta relación se produce con todo el mundo circundante, somos “tocados” por el mundo y este hace algo con nosotros, crea sentimientos. El hecho de dedicarse a una cosa implica una relación con eso, lo cual se manifiesta los valores. El valor según Längle es lo que toca la vida de las personas.

En la actualidad, el tiempo se desdibuja y la relación que se establece con el mismo es paradójica: por un lado existe la necesidad de detenerlo, se vive tan aceleradamente, que se produce la sensación de que pasa cada vez más rápido. El sentimiento es de carencia del mismo “no tengo tiempo”, “cómo pasa el tiempo”, la vida se encuentra repleta de actividades que por más que se organicen perfectamente va a ser imposible realizarlas.

Una vez que se posee tiempo, para la tranquilidad y el ocio, el sentimiento que surge es angustia, porque cuesta quedarse en el momento presente, en el aquí y ahora. No se produce el disfrute, el vivenciar cada momento al máximo, lo cual resulta necesario para poder ponerse en contacto con lo que se hace, en consonancia con cada una de las situaciones y de las etapas que transcurren en la vida.

Sergio Sinay, psicólogo existencialista, lo expone de esta manera: *“puestos a usar “productivamente” el tiempo, hemos perdido contacto con aquello que hacemos: conversar, amar, leer, cocinar, caminar, mirar la caída o el nacimiento del sol, escuchar música, mirar nuestro entorno”* (La Nación Revista, Septiembre 2009, p. 22) en fin, ponernos en contacto con el mundo en el que vivimos y al que pertenecemos.

Comenta que es el ejercicio pleno y consciente de la responsabilidad, lo que lleva a construir una vida elegida y no dictada, puesto que cuando alguien se hace responsable de su vida, elige aquellas cosas que se encuentran en armonía consigo y por ende, la construye responsablemente. Cuando esto es así, el reloj pasa a segundo plano *“porque el alma no usa reloj”*.

Franz Metcalf, doctor en filosofía, comenta en su libro *“¿Qué haría Buda?”*: *“En occidente algunas personas les quitan toda la vida a sus años con el fin de posponer su muerte. Es posible que vivan más años, pero ¿para qué?”* (La Nación Revista, Septiembre 2009, p. 22).

Esta es la pregunta fundamental que conducirá a encontrar el sentido de la vida para el cual existen tantas respuestas y caminos como seres humanos.

2.5. Algunas investigaciones en torno al Bienestar Psicológico

En las últimas décadas se han realizado diversas investigaciones acerca del Bienestar. Si bien este constructo no cuenta con tantos contenidos bibliográficos como otros más antiguos, los estudios en este ámbito son bastante amplios. A continuación veremos algunos de ellos.

Bienestar Psicológico y Personalidad

Existen muchas investigaciones que correlacionan estas dos variables. El modelo de *personalidad* que tomamos es el de T. Millon (1997) quien la entiende como “*un patrón complejo de características relacionadas, en gran medida constantes y no concientes y que se expresan casi de manera automática en todas las conductas humanas*” (Casulllo, M. M. et al., 2002, p. 42)

El autor propone una serie de estilos de personalidad que serían el resultado de las transacciones entre factores neurobiológicos constitucionales y contextuales.

Uno de los resultados dentro de este ámbito de investigación concluye que la mayor satisfacción vital (medida con la escala SWLS de Diener) se da en personas que se comportan de manera activa, gregaria, extravertidas, detallistas, minuciosas, seguras de sí mismas, ambiciosas, con un gran sentido de la competencia personal, enérgicas y dominantes. La mayor pasividad, introversión y conformismo y la menor independencia y mayor malhumor conllevan a una menor satisfacción vital.

Los *estilos de personalidad* que están relacionados con una mayor insatisfacción con la vida son, en términos de la teoría de Millon, aquellos que tienen una orientación internalizante (aislados).

Se trata de personas con grandes dificultades para establecer relaciones, tanto con su mundo interno como con el exterior y por lo tanto no obtienen su fuente de refuerzo ni en ellos mismos ni en los demás. Por el contrario, las personas más felices son aquellas que presentan un estilo de personalidad más balanceado en relación a la obtención de su fuente de refuerzo (aquellas que no se inclinan marcadamente hacia ninguno de estos extremos).

Existen grandes diferencias en personas con el rasgo de personalidad **extraversión** y aquellas cuyo rasgo preponderante es el **neuroticismo**. Las personas extravertidas son más sensibles a señales de recompensa y por ende, es más fácil que experimenten mayor afecto positivo. En cambio, las personas neuróticas son más sensibles al castigo, por lo que se encuentran más “preparados” para reaccionar con fuertes emociones desagradables. Tanto el afecto positivo como el negativo tienen un fuerte componente temperamental.

Martin Seligman (2005) plantea que los sentimientos son estados, es decir, acontecimientos momentáneos que no tienen por qué ser rasgos de personalidad recurrentes. Comenta que los rasgos, a diferencia que los estados, son características positivas o negativas que se repiten a lo largo del tiempo y en distintas situaciones, y las fortalezas y virtudes son las características positivas que aportan sensaciones positivas y gratificación.

“Los rasgos son disposiciones duraderas cuya materialización hace que los sentimientos momentáneos sean más probables” (p. 25) Por ejemplo el rasgo positivo de contar con sentido del humor, hace que sea más probable reír.

Algunas investigaciones relacionan bienestar con **optimismo**. Éste es considerado como un rasgo disposicional, mediador entre los acontecimientos externos y su interpretación personal. Básicamente es la tendencia a esperar que el futuro depare resultados favorables. Constituye una dimensión de la personalidad relativamente estable, que está determinado en parte por la herencia y en parte por los aprendizajes, y por lo tanto se puede aprender a ver las cosas de otra manera.

Las personas que cuentan con un optimismo inteligente (una forma realista de ver las cosas, considerando las múltiples posibilidades vitales) suelen ser perseverantes, exitosas y con mejor salud física. Las personas pesimistas tienen una forma pernicioso de interpretar los contratiempos y las frustraciones. Piensan de forma automática que la causa de sus problemas es permanente, dominante y personal: “Durará para siempre, lo va a socavar todo y es mi culpa”.

En un estudio realizado en el año 2001 sobre la relevancia de los estilos de personalidad y las metas personales en la predicción de la satisfacción vital en mujeres

argentinas, Juan Francisco Díaz Morales y María Pilar Sánchez-López concluyeron que *“la satisfacción se asocia positivamente con la tendencia a ver el lado positivo de las cosas y a ser optimistas (Expansión) y con la tendencia a adoptar una actitud activa (Modificación); por el contrario, la satisfacción se asocia negativamente con la tendencia a ver la parte negativa de las cosas y a ser pesimistas en cuanto al futuro (Preservación) y con la tendencia a adoptar un patrón pasivo o a esperar que las cosas sucedan y pasen sin intentar cambiarlas (Adecuación)”*. (pp. 154-155)

Una investigación realizada por González, Montoya, Casullo y Bernabéu (2002), concluye que la relación entre **afrontamiento** y bienestar psicológico muestra relaciones significativas intra-género. *“El estilo y estrategias dirigidos a la resolución del problema se relacionan con un alto bienestar, mientras el estilo improductivo se relaciona con un bajo bienestar, en ambos géneros. El estilo en relación con los demás mantiene una relación positiva con el bienestar en los varones. En las mujeres se relaciona con la estrategia de búsqueda de apoyo social, ya observado en otros trabajos”* (Parson, Frydenberg & Poole 1996). (Citados en Carrasco, A., García, A. y Brustrand, R., 2009, p. 337)

Bienestar Psicológico y Felicidad

Martin Seligman (2005), habla de las razones por las cuales las personas debieran “molestarse” en ser felices. Comenta que en año 2000 Barbara Fredrickson, profesora adjunta de la Universidad de Michigan, fue galardonada con el Premio Templeton de Psicología Positiva por su teoría sobre la función de las emociones positivas.

La autora afirma que las mismas tienen un fabuloso objetivo en la evolución. *“Amplían nuestros recursos intelectuales, físicos y sociales y los hacen más perdurables, acrecientan las reservas a las que podemos recurrir cuando se nos presenta una amenaza o una oportunidad [...] nuestra actitud mental es expansiva, tolerante y creativa. Estamos abiertos a nuevas ideas y experiencias”*. (p. 57)

Además, el autor comenta que las emociones positivas de elevada energía, como por ejemplo la alegría, hacen que las personas se muestren lúdicas y el juego está relacionado intrínsecamente con el desarrollo de los recursos físicos. La emoción

positiva predice el estado de salud y la longevidad, esto puede deberse a que las personas felices mantienen hábitos más saludables, una tensión arterial menor y un sistema inmunológico más fuerte que las menos felices. La felicidad prolonga la vida y mejora el estado de salud.

Concluye: *“Sentir emociones positivas es importante, no sólo porque resulta agradable por derecho propio, sino porque genera una mejor relación con el mundo. Si desarrollamos más emotividad positiva en nuestra vida, desarrollamos amistad, amor, una mejor salud física y mayores logros”*. (Seligman, M., 2005, p. 68)

Según un estudio realizado por Sonja Lyubomirsky, psicóloga de la Universidad de Harvard, estos son algunos de los patrones de vida que comparten las personas felices:

- Dedicar mucho tiempo a su familia y amigos y se encargan de fortalecer esas relaciones todos los días.
- Se sienten cómodos expresando su gratitud por lo que poseen.
- Ofrecen ayuda a sus compañeros de trabajo y a desconocidos.
- Son optimistas al proyectar su vida futura.
- Saborean los placeres de la vida y tratan de vivir el presente.
- Convierten el ejercicio físico en un hábito semanal o cotidiano.
- Están profundamente comprometidos con objetivos y ambiciones vitales.

Estas son las acciones que propone la autora en su libro “La auténtica Felicidad” para conseguir el bienestar, poniendo el foco en acciones específicas y continuas, formando parte de los que adhieren a los comportamientos salutógenos como promotores de salud mental y de prevención de patologías. (Revista Nueva, Octubre 2009, p. 60)

Sergio Sinay en el artículo “¿Se puede construir la felicidad?” (2009) de la Revista Nueva dice que las personas felices son aquellas que viven vidas auténticas, y esto quiere decir que no se preocupan por las modas, lo que se usa, lo que otros dicen de ellas, porque tienen en claro cuáles son sus valores, y tienen presentes que tener y ser no son sinónimos sino lo contrario.

Bienestar Psicológico y Satisfacción con la vida

Como hemos comentado anteriormente, la Satisfacción Vital constituye el componente cognitivo del Bienestar Psicológico. Se refiere específicamente a una evaluación o juicio conciente global sobre la vida propia, la discrepancia percibida entre las aspiraciones de una persona y sus logros. Existen autores que a su vez han estudiado la satisfacción en las distintas dimensiones de la vida: el trabajo, el amor, el ocio, etc.

Seligman considera que la satisfacción se relaciona fundamentalmente con emociones vinculadas al pensamiento sobre el pasado, y que las emociones del pasado, presente y futuro no necesariamente deben estar asociadas.

Las visiones sobre la interacción entre pensamiento y emoción siempre han sido contradictorias. La perspectiva freudiana afirma que la emoción siempre determina el pensamiento, mientras que la cognitivista concibe que el pensamiento siempre guía la acción. Seligman considera que ambas se orientan recíprocamente según el momento.

Quedan así delimitadas dos teorías contrapuestas: las Abajo-hacia-Arriba (*Bottom up* - ABAR) sostienen que las variables comúnmente tratadas en los estudios sobre la satisfacción (acontecimientos del ciclo vital, áreas vitales, estándares de referencia, expectativas, aspiraciones, etc.) son las responsables de la satisfacción con la vida como un todo. Así, la satisfacción se entiende como una sumatoria, siendo el resultado de haber tenido muchos momentos felices en la vida.

Las Arriba-hacia-Abajo (*Top Down* - ARAB), por el contrario, suponen que el Bienestar general de las personas es el responsable de las otras variables comentadas. Esta teoría propone que el Bienestar es una disposición general de la personalidad y tiene una característica estable en la vida de las personas. Es decir, que las personas «felices por naturaleza» son aquellas que disposicionalmente experimentan mayor satisfacción en el trabajo, en la familia, con los amigos, en su tiempo libre, etc.

En resumen, en la teoría ABAR la satisfacción es un efecto; en las ARAB es causa.

Como no es posible establecer fehacientemente qué es *causa* y qué es *consecuencia* del Bienestar, las investigaciones en el terreno de la satisfacción, en su mayor parte, han recabado datos transversalmente y han establecido las correlaciones entre ellos.

Puesto que la satisfacción con la vida es una evaluación cognitiva acerca de la misma, las emociones asociadas a ella están completamente guiadas por el pensamiento y la interpretación. Por lo tanto, el cambio de la narrativa en relación a los acontecimientos pasados supondría al menos en parte un aumento del bienestar.

Bienestar Psicológico y Vínculos Sociales

Las investigaciones demuestran que los vínculos interpersonales cercanos (amigos, esposo, vecinos) son las fuentes de mayor satisfacción para las personas; las personas más felices son quienes pertenecen a una red íntima de contactos personales. *“Estos vínculos constituyen verdaderas redes de apoyo social que operan como factor protector frente al fenómeno de insatisfacción”.* (Casullo, M. M. et al, 2002, p. 41)

Durante mucho tiempo, ha formado parte de la sabiduría popular que los familiares, amigos y vecinos, constituyen un recurso de especial valor en épocas de necesidad. La mayor parte de las teorías sociales asumen la primacía de estos grupos para el bienestar del sujeto y casi como una base insustituible para la propia sociedad.

“La integración en un grupo primario (afiliación social) se ha considerado esencial para el propio desarrollo evolutivo (Bruhn y Philips, 1987) y su ausencia ha sido vista como una primordial causa de suicidio (Diekstra, 1989).” (Citados en Giraldez, S., 1990, pp. 113-135)

Seligman dice que las personas felices cuentan con una vida social rica y satisfactoria, siendo el matrimonio de fundamental importancia. Aquellas personas que se encuentran felizmente casadas cuentan con un mayor bienestar psicológico y además en promedio viven más que el resto de la población. El matrimonio actuaría como un factor protector, a través del apoyo social, constituyéndose en un soporte emocional e instrumental. Debe prestarse fundamental atención a la cualidad de

“felizmente”, puesto que los matrimonios infelices socavan el bienestar, y en estos casos el nivel de bienestar es menor que el de las personas solteras o divorciadas.

Los sentimientos positivos sobre alguien o algo hacen que se produzca un comportamiento de acercamiento hacia ellos. Las relaciones de amor y amistad tienen como clave fundamental el experimentar emotividad y saber expresarla. Las personas felices participan en mayor medida que las menos felices en actividades de grupo, por ende puede pensarse que cuentan con mejores habilidades sociales que quienes experimentan mayor infelicidad en sus vidas.

Los estudios de los psicólogos de Harvard Ed Diener, Sonja Lyubomirsky y Laura King han concluido que quienes gozan de bienestar son más sociables y tienen más energía, están más dispuestos a cooperar y caen mejor a los demás que las menos felices. Por ende, tienen más probabilidades de casarse y conservar su matrimonio y tener una red social más rica. (Revista Nueva, Octubre 2009)

Una investigación realizada por la Universidad de California y avalada por la Universidad de Harvard, detectó que rodearse de amigos con personalidades positivas aumenta un 9% las probabilidades de sentirnos más felices.

Por otro lado, los biólogos Miho Nagasawa y Takefumi Kikusui, de la Universidad de Japón, agregan que la relación con las mascotas puede aumentar la felicidad, ya que genera una mayor secreción de oxitocina, que constituye una hormona que también despedimos cuando nos enamoramos o frente a un hijo recién nacido. (Revista Nueva, Octubre 2009)

Las redes sociales son definidas por el Glosario de Promoción de la Salud como los lazos y vínculos sociales entre las personas que facilitan el acceso o movilización del **soporte social** a favor de la salud.

En la medida en que la red social de una persona le proporciona asistencia técnica y tangible, apoyo emocional, sentimientos de estar cuidado, autoestima, etc., dicha red le proporciona *soporte social*. Por lo tanto, la red social no coexiste con el soporte social, sino que son las cualidades de esas redes las que van a determinar si se constituyen como un soporte o no de las personas.

Desde la visión de Bienestar que se sostiene en este estudio, no podemos dejar de considerar el **Bienestar Social**, como un aspecto primordial del bienestar general en las personas. Éste consiste en la valoración que hacemos de nuestra situación y nuestro funcionamiento óptimo dentro de la sociedad, y está compuesto de las siguientes dimensiones:

1. *Integración social: la evaluación de la calidad de las relaciones que se mantienen con la sociedad y con la comunidad. Las personas sanas se sienten parte de la sociedad, cultivan el sentimiento de pertenencia, tienden lazos sociales con familia, amigos, vecinos, etc.*
2. *Aceptación social: desde el punto de vista del Bienestar y de la salud, la integración no es más que el punto de partida. Es imprescindible sentirse perteneciente a un grupo, a una comunidad, pero es necesario que dicha pertenencia disponga de ciertas cualidades: confianza, aceptación y actitudes positivas hacia los otros (atribución de honestidad, bondad, amabilidad, capacidad), y aceptación de los aspectos positivos y negativos de nuestra propia vida. Son indicadores de salud mental.*
3. *Contribución social: confianza en los otros y en la propia persona que va acompañada del sentimiento de utilidad, «de que se es un miembro vital de la sociedad, que se tiene algo útil que ofrecer al mundo», y que lo que uno aporta es valorado.*
4. *Actualización social: esta dimensión se centra en la concepción de que la sociedad y las instituciones que la conforman son entes dinámicos, se mueven en una determinada dirección a fin de conseguir metas y objetivos de los que podemos beneficiarnos (serían la confianza en el progreso y en el cambio social). La gente más saludable, confía en el futuro de la sociedad, en su potencial de crecimiento y de desarrollo, en su capacidad para producir Bienestar.*
5. *Coherencia social: la gente sana no sólo se preocupa por conocer el tipo de mundo en el que vive, sino que tiene la sensación de que es capaz de entender lo que acontece a su alrededor. Se le otorga un sentido a lo que pasa, y se halla una lógica en los acontecimientos que rodean». (Giraldez, S., 1990, 113-135)*

Se pone de manifiesto que es la calidad y no la cantidad de vínculos que establece una persona, la que influye de manera determinante en su bienestar. Contar

con pocos vínculos, pero de calidad bastaría entonces para incrementar los niveles de satisfacción y felicidad de las personas.

Otras variables asociadas al Bienestar

Los primeros estudios sobre bienestar, se realizaron desde una perspectiva sociológica, donde el objetivo primordial fue determinar la influencia de las variables sociodemográficas sobre el mismo. Se trataba de encontrar indicadores “objetivos” del bienestar y la calidad de vida se pensaba asociada a ellos.

Se consideraba que las personas felices eran aquellas bien pagadas, casadas, jóvenes, sanas, con un buen nivel de estudios, de ambos sexos, y religiosas. Los estudios posteriores han afirmado algunas de ellas y refutado otras.

De todas maneras, el constructo de Bienestar Psicológico, concebido desde la perspectiva de este estudio, no puede dejar de tener en cuenta los múltiples niveles de integración de los bienestar humanos. Por lo tanto, resulta imprescindible considerar los aspectos macroscópicos y demográficos que influyen o se relacionan con el mismo.

Carol Ryff consideró que el bienestar tiene variaciones importantes según la **edad**, el **sexo** y la **cultura**. Sus investigaciones pusieron de manifiesto que el crecimiento personal y los propósitos de vida disminuyen con el tiempo mientras que el dominio medioambiental y la autonomía aumentan. También encontraron que las buenas relaciones interpersonales son uno de los factores más importantes para el bienestar psicológico en la adultez. (Casullo, M. M. et al, 2002)

Estudios realizados en España, aplicaron la escala de BP a adolescentes y encontraron un componente evolutivo en el mismo. Las puntuaciones son inferiores en sujetos de menor edad y van aumentando progresivamente con la misma. La dimensión de Proyectos es la que aumenta significativamente, por lo que podría pensarse que la **edad** es un factor que mediatiza el interés y la preocupación por el futuro y por ende, el BP asociado a la planificación del futuro aumenta a medida que los sujetos crecen.

Seligman comenta que de los elementos que constituyen la felicidad la satisfacción con la vida aumenta con la edad, la afectividad agradable se reduce (ambas cambian ligeramente) y la afectividad negativa no cambia. *“Lo que sí varía a medida que envejecemos es la intensidad de nuestras emociones”* (Seligman, M., 2005, p. 87). Entonces se puede pensar que a mayor edad, mayor estabilidad emocional.

Desde una perspectiva **cultural**, los análisis de bienestar de las personas de diferentes contextos culturales revelan que no se observan diferencias significativas en los niveles de satisfacción con la vida en aquellos países que tienen más derechos civiles, riquezas y libertades individuales, comparados con los menos desarrollados y más pobres (Diener y Diener, 1995, citados en Casullo, M. M. et al., p. 14).

Sí se observan diferencias significativas en los niveles de bienestar cuando se comparan países muy pobres (aquellos en que las condiciones de vida mínimas no han sido alcanzadas) y los países más desarrollados. Los indicadores económicos de una sociedad, la desigualdad social, los conflictos bélicos, la pobreza y marginalidad, los niveles de desempleo, etc. todos son variables que influyen negativamente sobre el bienestar de las personas y no pueden dejar de tenerse en cuenta.

El **nivel socioeconómico** deja de ser una variable importante en relación al bienestar, una vez que las necesidades básicas han sido satisfechas. En este caso, influye más que nada, la importancia que se le otorga al dinero.

“Para quien ya es rico un poco más de dinero no hace diferencia en su felicidad, mientras que para quien es pobre sí hace diferencia un poco más de dinero. Así, traspasar dinero de un rico a un pobre mejora la felicidad de éste último sin afectar prácticamente la del primero, de modo que el promedio general de felicidad de un país puede entonces aumentar si se disminuye la desigualdad”. (Moyano Díaz, E., Ramos Alvarado, N., 2007)

En relación al **ámbito rural o urbano**, en general los resultados arrojados por las investigaciones indican que no existen diferencias significativas en los niveles de bienestar en población rural o urbana, aunque existen ciertos factores que se consideran influyentes sobre el bienestar en las ciudades: la alta densidad poblacional, el aislamiento y la desorganización social. Los ámbitos más urbanizados tienen

consecuencias negativas para las interrelaciones o vínculos sociales y por ende, para la salud mental. En cambio los ámbitos más estables (ámbito rural o pequeñas ciudades) conllevan menos cambios, aumento de las redes sociales y una mayor calidad de vida y bienestar. De todas maneras existen resultados contradictorios en las investigaciones en relación a esta variable.

Podría pensarse que el vivir en el campo o la ciudad no producirían *per se* menor o mayor bienestar, pero éste sí estaría directamente influenciado por la calidad de los vínculos interpersonales, lo que se dificulta en las grandes ciudades por las razones anteriormente expuestas.

En líneas generales, no existe evidencia empírica que permita establecer una correlación directa entre el bienestar y el **género**. Aunque algunas investigaciones realizadas en Iberoamérica con adolescentes sí encontraron diferencias significativas en las dimensiones Aceptación y Proyectos. Con respecto a la Aceptación los chicos presentaron puntuaciones más altas que las chicas, lo que podría deberse a que en esta edad los hombres tienden a ser menos críticos consigo mismos que las niñas. Éstas en cambio, puntúan más alto en la dimensión de Proyectos lo que puede estar relacionado a que las niñas por lo general maduran con anterioridad y por lo tanto cuentan con metas y planes de futuro antes que los chicos.

Seligman considera además cómo inciden la salud y la religión sobre el bienestar. Concluye que la buena **salud** objetiva prácticamente no tiene relación con la felicidad, sino que lo que importa es la percepción subjetiva de la misma, y el poder encontrar una valoración de la misma, hasta en casos de enfermedad, es una cualidad humana de adaptarse a la adversidad. Se puede relacionar con la libertad del hombre de tomar una actitud frente a las circunstancias que le toca afrontar. Luego el autor agrega que en casos donde la enfermedad es discapacitante es grave y duradera, si bien el bienestar disminuye, no lo hace tanto como cabría esperar.

Con respecto a la **religión** las investigaciones concluyen, de forma general, que las personas creyentes (sin importar a qué religión adhieren, si no más bien creer en algo trascendente) son algo más felices y están más satisfechos con la propia vida que los no creyentes. Esto puede deberse a múltiples razones, por un lado, puede pensarse que la religión fomenta la participación en grupos sociales (lo cual como

vimos, posee efectos positivos sobre el bienestar). Seligman considera que fundamentalmente se debe a que infunden esperanza en el futuro y otorgan sentido a la vida.

El autor concluye que si las personas quieren elevar de forma duradera su nivel de felicidad cambiando las circunstancias de sus vidas, deberían hacer lo siguiente:

1. *“Vivir en una democracia sana, no en una dictadura empobrecida (gran efecto).*
2. *Casarse (efecto intenso, pero quizá de relación no causal).*
3. *Evitar acontecimientos negativos y emociones negativas (sólo efecto moderado).*
4. *Forjarse un entramado social rico (efecto intenso, pero quizá de relación no causal).*
5. *Acercarse a la religión (efecto moderado)”.*(Seligman, M., 2005, p. 91)

Sin embargo, continúa, NO hace falta que se molesten en hacer lo siguiente:

6. *“Ganar más dinero.*
7. *Gozar de buena salud.*
8. *Elevar al máximo su nivel de estudios.*
9. *Cambiar de raza o trasladarse a un clima más soleado”* (Seligman, M., 2005, p. 92).

Capítulo 3:

“EL EJERCICIO FÍSICO/DEPORTIVO COMO FUENTE DE SALUD MENTAL”

3.1. Hacia una conceptualización del ejercicio físico/deportivo: Su implicancia vital

En la sociedad postmoderna, uno de los grandes malestares del hombre es producto de su falta de movimiento. El ser humano primitivo necesitaba de éste para sobrevivir y por lo tanto, la implicancia vital de la actividad se manifestaba claramente.

Hoy, los avances tecnológicos, la urbanización e industrialización de las sociedades conllevan a que no necesite mover sus piernas para trasladarse, ni agilice su cuerpo en busca de alimentos. Todo está al alcance de la mano, sin esfuerzos físicos. Sumado a esto, la intelectualidad está sobrevalorada en detrimento de la corporalidad.

A pesar de que esto comporta beneficios, acarrea serias dificultades y malestares al ser humano. El sedentarismo genera un aislamiento de todo lo que rodea al hombre: las demás personas, los demás seres vivientes, la naturaleza, etc. Una burbuja que no permite ver más allá de lo propio y hasta deja en su “punto ciego” aquello que lo forma y le permite vivir: su cuerpo.

Por lo tanto, conectarse con lo que le rodea y aquello que lo constituye es una necesidad urgente del hombre postmoderno.

Como dijimos anteriormente, el hombre es una entidad psíquica y corporal, espiritual y social al unísono, por lo que centrarse en una de esas áreas vitales descuidando a las demás, acarrea dificultades que pueden ser evitadas.

El cuerpo es el “continente” que le permite al ser humano ser en el mundo. Sin él el hombre no podría continuar con su existencia, por lo tanto, centrar parte de la energía vital en el moverse, como un espacio para dejarse fluir es de importancia vital, para vivir más y mejor, con mayor bienestar psicológico y salud mental.

La inclusión de la actividad física en los estilos de vida y su influencia en la salud fue abordada por primera vez en la década del 80. Hoy existe mucha bibliografía en torno a los beneficios que comporta el adoptar hábitos comportamentales saludables, jugando el ejercicio físico un papel fundamental.

Actividad física no es sinónimo de ejercicio físico: la primera puede hacer referencia a cualquier actividad humana, como lavarse los dientes, subir las escaleras, levantarse o acostarse, etc. La segunda hace referencia a una actividad física con una estructura y objetivo definido.

Desde el punto de vista funcional y biológico, la **actividad física** puede ser considerada como todo movimiento corporal, producido por la contracción muscular, conducente a un incremento substancial del gasto energético de la persona. El **ejercicio físico**, en cambio, sería una subclasificación de la actividad física, regular y estructurada, ejecutada deliberadamente y con propósitos específicos. (Rodríguez de la Vega, L., Toscano, W., 2008)

Según la enciclopedia virtual Wikipedia, **los ejercicios físicos** son “*un conjunto de acciones motoras, destinados a resolver un problema motor concreto. Las acciones motoras pueden ser agrupadas por la necesidad de desarrollar alguna cualidad física como la fuerza, la velocidad, coordinación, flexibilidad y resistencia*”. Su objetivo puede ser rendimiento, ocio, salud, recreación, etc. Debe ser una actividad regular que implique que todos los órganos del cuerpo se usen, movilizandolos músculos y los huesos.

El **deporte** también es una subcategoría de la actividad física, especializada, de carácter competitivo que requiere de entrenamiento físico y que generalmente se realiza a altas intensidades. Además está reglamentada por instituciones y organismos estatales o gubernamentales. De modo que su objetivo principal no es el de mejorar o mantener la salud, en definitiva esta hecho principalmente para competir. (Sánchez Delgado, 2006).

El mismo, obedece a normas y sus objetivos principales son la competencia, el máximo rendimiento y el espectáculo.

El ejercicio físico/deportivo como se entiende en este estudio no requiere de normas, no busca el máximo rendimiento, la competencia (cuando la hay) es un medio y el objetivo es básicamente la recreación.

Para el profesor Athayde Ribeiro Da Silva “*sólo hay deporte cuando concurren tres factores: juego, movimiento y agonística (amor a la lucha)*”, ésta última constituye todo impulso psicológico de luchar, es la agresividad competitiva definida como la eliminación psicológica de una tensión a través del encuentro deportivo. (Citado en Grabín, E. et al., 1986.p. 190)

“El deporte es a la vez esfuerzo físico, lucha, juego y ocasión de participación social, satisface ciertos gustos y necesidades esenciales del individuo”. (Manifiestos Internacionales sobre Educación Física y Deportes, citado en Grabin, E., et al., 1986, p. 192)

Un aspecto que se pone de manifiesto en estas últimas definiciones es la cualidad lúdica que conlleva la realización de una actividad físico/deportiva.

John Lawther (1987) en su libro “*Psicología del Deporte y del Deportista*” también habla del deporte como juego, haciendo hincapié en tres puntos:

1. los deportes son una clase de juego, motivados en parte por el placer de la experiencia deportiva en sí,
2. la única diferencia entre trabajo y juego es una diferencia de actitud,
3. el exceso de energía del organismo humano sano se expresa en el juego; el juego sería la manifestación biológica de la alegría de estar vivo y en actividad.

Por otro lado, Lía Rodríguez de la Vega y Walter Toscano (2008), sostienen en su artículo “*Actividad física y Calidad de vida*”, que actualmente se ha comprobado que la actividad física es uno de los principales agentes utilizado para el mantenimiento la salud y la prevención de enfermedades, siempre y cuando esté debidamente dosificada y planificada de acuerdo a las necesidades del sujeto, ya que de esta forma pueden llegar a mejorar sus funciones vitales (respiratoria, cardiovascular y metabólica).

Siguiendo con la línea de pensamiento de los autores, es importante tener en cuenta que para que en el organismo se produzcan los efectos beneficiosos que la

actividad física conlleva, se han de generar ciertos fenómenos adaptativos necesarios e imprescindibles. Estos han de ser musculares, cardíacos, respiratorios, etc.

Además, la adaptación también debe producirse entre la persona que realiza la actividad y el tipo de actividad que va a realizar, su frecuencia, duración e intensidad.

De aquí se desprende que no todo el ejercicio físico/deportivo es saludable necesariamente. Deben tenerse en cuenta las características de cada sujeto en particular y a partir de ahí elegir aquella actividad que sea coherente con los condicionamientos, necesidades y objetivos específicos que se persigan.

Los estudios en torno al tema convergen en que, en líneas generales, el ejercicio físico *regular* y *moderado* es el que conlleva mayores beneficios y menores riesgos.

En palabras del Dr. Hernán Delmonte *“La frecuencia semanal de entrenamiento para obtener los beneficios óptimos y riesgos mínimos se basa en una prescripción de tres a cinco veces por semana”*. (En Martire, A., Bayo, J., Fusaro, D. et al., 2004, p. 229)

Brannon y Feist en su libro *“Psicología de la Salud”* (2001) señalan al respecto que:

“Los beneficios de la actividad física sobre la salud se obtienen a partir de un nivel relativamente bajo de ejercicio. Los expertos afirman en la actualidad que si las personas acumulasen 30 minutos de actividad física moderada 5 a 6 veces semanales, reducirían su riesgo de padecer enfermedades crónicas y, con toda probabilidad, mejoraría su calidad de vida”. (p. 597)

Está científicamente probado que la práctica regular de ejercicio físico y deportivo aporta beneficios para el organismo humano, no sólo físicos, sino también psíquicos y sociales, que pueden incidir en una mejor percepción del estado de salud, entendiendo ésta en su sentido más amplio (OMS). (Moscoso Sánchez, D. y Moyano Estrada, E., 2009)

Así planteado, la práctica regular de ejercicio (de intensidad moderada y recreativo) se transforma en una fuente de gratificación personal, un momento donde

se puede dejar fluir la emocionalidad y espiritualidad unidas a la corporalidad. Este aspecto lúdico que no debe dejar de alimentarse en el transcurso de la vida se convierte así en una fuente de vitalidad y por ende de salud mental.

Dos de los resultados fundamentales que se obtienen al incorporar el ejercicio físico/deportivo en la cotidianeidad son aumentar la esperanza de vida y los años de bienestar en la misma.

3.2. Ejercicio Físico/Deportivo y Promoción de la Salud Mental

La Psicología del Deporte es una rama de la Psicología definida por Ferruccio Antonelli y Alessandro Salvini (1978) en su libro “Psicología del Deporte” como una amplia corriente de pensamiento en la que confluyen distintas doctrinas, entre otras, psicología, psiquiatría, medicina, sociología y educación física. Por lo tanto, su competencia es multidisciplinar y está abierta a la contribución que cada una pueda aportar.

“La Psicología como ciencia aplicada al deporte es una disciplina científica que intenta aplicar los hechos y principios psicológicos al hombre en situación deportiva”.
(Grabín, E. et al., 1986, p. 189)

Dentro de la promoción de la salud la práctica regular de ejercicio físico/deportivo es una de las claves (como factor comportamental salutógeno) para que las personas estén, se comporten y se vivencien saludables.

El ejercicio comporta beneficios de orden físico, psicosocial, espiritual, y hasta socioeconómico, en niños, adolescentes, adultos y ancianos; en personas sanas y enfermas; en centros educativos y en ámbitos laborales. Por ende es considerado un pilar de la promoción de la salud en general, y en particular de la Salud Mental.

Los hábitos y estilos de vida que adopten las personas constituyen aspectos determinantes de su salud, su calidad de vida y su bienestar.

Los estilos de vida *“representan costumbres, actitudes y comportamientos que mantienen los individuos, sin existir necesariamente un sentimiento de pertenencia*

grupal, representando patrones de conducta aprendidos.” (Moscoso Sánchez, D., Moyano Estrada E. et al., 2009, p.68)

Esta visión es optimista debido a que encauza la responsabilidad del hombre de formar parte, de elegir, ser el actor principal en cuanto a su bienestar. El llevar una vida activa, incluyendo al ejercicio como un espacio vital dedicado al movimiento, es una manifestación de la libertad individual del hombre para hacerse responsable de su salud.

También es optimista, debido a que si los estilos de vida son algo que pueden aprenderse en el seno de la familia, grupo de pares, comunidad y sociedad dentro de la cual se está inserto, la psicoeducación o psicohigiene se convierten en herramientas útiles e imprescindibles dentro de las políticas sanitarias de promoción de salud. Se puede inculcar el valor del ejercicio (así como de otros comportamientos saludables) para vivir más y mejor.

Como vimos anteriormente, el hombre como ser de múltiples dimensiones funciona como un todo y cada una de ellas “resuena” en las demás en un ida y vuelta complejos.

Esta riqueza que lo constituye no debe dejar de tenerse en cuenta cuando se trabaja desde una ciencia de la salud. Necesariamente debe realizarse un abordaje interdisciplinario y transdisciplinario y las miradas deben centrarse en las influencias recíprocas entre las distintas dimensiones, como partes de un todo integrado.

Los aspectos Higiénicos Mentales del ejercicio

Linda Brannon y Jess Feist (2001), realizan un capítulo exclusivo para el ejercicio dentro del apartado de Salud Conductual en el cual comentan los beneficios físicos y psicológicos que trae aparejado realizar actividades físicas.

Nombran dentro de los beneficios psicológicos la reducción de la depresión, de la ansiedad, una protección contra el estrés y una mayor autoestima en quienes practican ejercicios.

Existe una gran cantidad de investigaciones que corroboran lo anterior, por lo que está claro que la actividad física presenta un gran potencial en relación a la prevención de algunos trastornos psicológicos/psiquiátricos. Y es una herramienta útil como complemento de otras alternativas de tratamiento en los mismos.

John Lawther (1987) destaca que parte del valor terapéutico del deporte reside en el hecho de que el deportista traslada su foco de atención hacia el entorno para captar las señales que llegan a él y se concentra en la acción; se encuentra completamente absorto en la contemplación del desarrollo de los hechos que ocurren en su entorno.

Esto puede relacionarse con la **fluidez**, ese estado de gratificación que se produce cuando las personas se involucran totalmente con lo que están haciendo. Martin Seligman (2005) refiere que se puede conseguir ese estado a través de la actividad física y que generalmente las personas con una alta fluidez practican deportes.

Ferruccio Antonelli y Alessandro Salvini, plantean en su libro “Psicología del Deporte” las funciones psicosocial y social del mismo, y comentan que por estas funciones fue que en la Federación Médico-deportiva Italiana, en los congresos de 1973 y 1974 la temática fue “Un deporte para todos”, expectativa que hoy trata de cumplirse en múltiples y variados países.

Continúan diciendo que el médico sugiere movimiento y gimnasia porque está comprobado que el sedentarismo daña los músculos, la circulación, el metabolismo, etc., en cambio el psicólogo debe ir más allá, proponiendo que estas actividades motrices no se vivencien como una molestia o una pesada prescripción médica.

La propuesta del psicólogo debe apuntar a la realización de un movimiento gratificante. Donde una de las motivaciones primarias sea el aspecto lúdico del ejercicio. Un ejercicio elegido que cumpla una función recreativa, de fluidez. Que no sea extenuante y se acomode a las necesidades y posibilidades de la persona que lo realiza.

Varios autores coinciden en destacar que el valor educativo, recreativo y de higiene mental de los deportes, disminuye si la actividad que se realiza no resulta “divertida”. El valor terapéutico para restaurar la energía se desprende de la actividad física que resulta placentera.

Rodríguez de la Vega y Walter Toscano (2008) dicen al respecto:

“Los estudios realizados hasta el presente sugieren que la relación entre ejercicios saludables y bienestar subjetivo existe; independientemente de las ventajas del entrenamiento aeróbico, es decir que la sensación de bienestar subjetivo, se relaciona más con el sentimiento de los sujetos acerca de la experiencia física del ejercicio que realizan, que con el efectivo mejoramiento de su condición física”. (p. 13)

A pesar del potencial terapéutico del ejercicio físico/deportivo, pocos psicólogos poseen el entrenamiento necesario en la fisiología del ejercicio y en medicina cardiovascular para configurar y supervisar los programas de ejercicio adecuados en cada caso, sin la ayuda de un profesional especializado en esta temática.

Sin embargo, cabe destacar que existen psicoterapias orientadas al movimiento (“Body Psychotherapies”) como la Gestalt, bio-energética o Reichiana que revalorizan el cuerpo y la actividad lúdica como medio de equilibrio y rearmonización de la persona con la realidad. Consideran al movimiento como canal de reflujo emotivo cuando puede expresarse libremente a través de la liberación gestual, muscular y motriz de las vivencias del sujeto. (Antonelli, F. y Salvini, A., 1978)

Es importante resaltar, antes de finalizar este apartado, que la práctica regular de deporte requiere de determinados “facilitadores” como por ejemplo, la disponibilidad de tiempo libre (mientras más escaso, más difícil la decisión de invertirlo en ejercicio), unas condiciones básicas de salud (algunas circunstancias impiden que se realice cualquier tipo de ejercicio) y la existencia de espacios donde realizarlo.

Esto puede convertirse en un medio o una barrera para su realización. En muchas ocasiones, está relacionado con el disfrute de una situación económica suficientemente holgada y esto no debe dejar de tenerse en cuenta cuando se plantea incluir el ejercicio físico/deportivo con el fin de obtener salud mental.

3.3. Una mirada del Ejercicio físico/deportivo desde las Motivaciones Fundamentales de la Existencia

Ya en el Capítulo 2, se expusieron las bases de las Motivaciones Fundamentales de la Existencia, planteadas por Alfried Längle.

Aquí se retomará cada una de ellas, para integrarlas con la realización de ejercicio como un complemento más en el intento de realizar una visión holística de la temática abordada.

El punto de referencia fundamental para la articulación se basa en las conferencias y seminarios brindados por A. Längle en diferentes años, en distintos países.

Para el autor, la Motivación desde un punto de vista existencial, se define como *“un proceso en movimiento dialógico desde el presente, haciendo realidad las metas e intenciones”*. Es una *“expresión (muchas veces inconsciente) de la intensión humana de llegar a ser, de situarse en la existencia”*. (Längle, A., 2003, p. 1)

El diálogo se da con el mundo y con uno mismo y es un prerrequisito para la motivación. El sujeto es pro-vocado y su respuesta es el punto inicial para la motivación. La motivación es una *“decisión libre para actuar”*. (Längle, A., 2003, p. 6)

1) Primera Motivación Fundamental de la Existencia: EL SER

La pregunta que surge es sobre la dación que constituye el Existir. Si “se es”, entonces existe la posibilidad de no seguir siendo, de dejar de existir, por lo que “¿Puedo Ser?” o “¿Puedo Existir?” es el interrogante que se genera aquí.

Para Poder Ser, el sujeto debe realizar una tarea existencial que consiste en mantenerse con vida y en hacerse responsable por el Ser en este mundo. Para ello, debe PACTAR con el mismo, con sus condicionamientos y sus leyes, para lo cual necesita PERCIBIRLAS, CONOCERLAS, es decir, depende de su COGNICIÓN.

Además de experimentar el mundo, el sujeto debe poseer el sentimiento de que puede Ser en SU MUNDO, con su trabajo, su familia, su cuerpo, etc.

Aquí el mundo aparece como SOSTÉN. Si el sentimiento es que no se puede seguir siendo bajo determinadas condiciones, la existencia se ve amenazada. El plano de elaboración para superar esta amenaza se encuentra en percibir la realidad que se está viviendo y soportar la misma. Se trata de aceptar lo positivo y resistir los acontecimientos negativos inherentes a la vida.

En este SOPORTAR (que implica sostener resistiendo el peso) Längle ve un paso de vital importancia para aceptar los hechos, es un dejar (el mundo, las situaciones, los hechos) fluir.

Existen tres condiciones para poder ACEPTAR: la primera es sentirse protegido y ser aceptado, la segunda es poseer un espacio tanto físico como psíquico en el cual se tenga la vivencia de seguridad. Es aquí donde el CUERPO entra en juego. La relación con el mismo, el sentimiento de si se puede ser o no con el cuerpo de uno.

Esto se comprueba a través de la RESPIRACIÓN, porque es la que indica si “llenamos” (si nos sentimos consonantes con) el cuerpo que tenemos o no. El no poder respirar profundo supone no estar plenamente en el momento presente.

Längle en su seminario sobre “La Motivaciones Fundamentales de la Existencia” (2000) expresa su concepción sobre el cuerpo, como el reflejo y la manifestación del Ser en el mundo, como expresión del espíritu.

La tercera condición para aceptar son el SOSTÉN y la CONFIANZA, aquí el cuerpo también juega un papel fundamental, debido a que la salud sostiene y la enfermedad debilita.

Por otro lado, son las regularidades en el mundo, las situaciones, las cosas, que generan en las personas un Ritmo de Sostén, que al seguir su curso natural, los sostiene y mantiene en su existencia. La AUTOCONFIANZA se torna en un factor de suma importancia aquí la cual se logra en la medida en que se generan estructuras

firmes en el Ser, por lo que las regularidades deben ser percibidas también en el propio sujeto.

El ejercicio físico/deportivo funciona como una forma de alimentar el sostén y la confianza. El hecho de percibirse y sentirse saludable es un sostén fundamental para la Existencia. El ejercicio refuerza el cuerpo y con ello brinda el sentimiento de vitalidad y la autoconfianza necesaria para sostenerse en el mundo donde “se es”.

Por esto, el vivenciarse saludable es lo que va a permitir que el cuerpo cumpla su función de sostén. Además la respiración al entrenarse (al moverse), se amplía y por ende, genera un sentimiento de dinamización y engrandecimiento de la vida. Es una forma de ayudar al espíritu a estar aquí y ahora y quedarse.

Se puede pensar el ejercicio como un factor protector ante la angustia (debido a que esta se siente cuando el sujeto percibe que su vida se encuentra amenazada) y ante la enfermedad, ambas relacionadas al sentimiento de falta de sostén, al sentimiento de que la vida se encuentra en peligro y por ende, se estrecha.

2) Segunda Motivación: “LA RELACIÓN CON LA VIDA”

Ser, es decir “estar en el mundo” no basta, los sujetos no son entes estáticos y este dinamismo vital se pone de manifiesto aquí. Surge la importancia de poseer una vida con CALIDAD. Esta, es captada en los sentimientos y en los afectos y se manifiesta como GANAS DE VIVIR, alegría y BIENESTAR.

La pregunta que surge es “¿Me gusta vivir?” y la respuesta a la misma es radicalmente subjetiva. La pregunta se hace en relación a las condiciones, personas, hechos, cosas del mundo propio (el gusto por la propia familia, trabajo, el pasado e historia personal, etc.).

Para Längle el gustar es la “chispa” que enciende la fuerza vital, es el elemento principal de la Motivación. Aquí se torna fundamental el dedicarse a uno mismo, hacer un acercamiento a las propias emociones y contactarse con la corporalidad, tener un trato cuidadoso con uno mismo.

Este GUSTAR es sentido en la piel, en el cuerpo y es importante porque aquellas cosas que se hacen con gusto, fortalecen la relación con la vida, (el sentimiento de querer vivir) mientras que las que se hacen con disgusto, por deber u obligación quitan las ganas de vivir.

Cuando algo no provoca gusto se siente como un peso, el sentimiento es la tristeza. El plano de elaboración aquí es el SENTIR, quedarse en el dolor y sostener este sentimiento para dar lugar al surgimiento del duelo, para que esto valioso que se ha perdido en la vida, permanezca generando el sentimiento de que sigue habiendo vida en uno mismo (al ponerse en contacto con el propio dolor).

Las condiciones para el Sentir son: la *cercanía*, porque del tocar y ser tocado es que surge el movimiento interno; el *tiempo*, que necesita una relación para cultivarse y permanecer y además manifiesta lo que es valioso para el sujeto; y la *relación*, en cuya base se encuentra el sentimiento, debido a que la relación sólo es posible cuando existe afecto entre las personas que la conforman.

En la relación de las personas con el tiempo se manifiestan sus valores, debido a que el mismo se asigna a aquellas cosas que son consideradas importantes, aquellas que están en sintonía con el ritmo y armonía interior (cuando la vida es sentida por el sujeto como valiosa).

La temporalidad relacionada con el ejercicio puede pensarse como el cansarse y volverse fuerte, el cambio que se observa cuando el sujeto acostumbra a moverse, este crecimiento, este dinamismo, también forma parte de la relación con la vida.

Cuando el sentimiento que surge en el sujeto es que le gusta vivir, entonces podemos pensar que en su vida se conecta con el VALOR FUNDAMENTAL, que es la vivencia lo valioso en la medida que alimenta el gusto por vivir.

El hecho de haber incluido el ejercicio físico/deportivo como parte de la vida cotidiana y de realizarlo de manera recreativa, supone que se encuentra jerarquizado en la escala de valores del sujeto. Y que por lo tanto, se trata de una actividad que el sujeto realiza con gusto, razón por la que invierte "vida" en ella, lo que alimenta su sentimiento de bienestar general.

Además, el sentirse vivo implica la sensación de fluidez y movimiento interno, que se facilita con el implicado en el ejercicio, lo que brinda al sujeto dinamismo y vitalidad. Längle dice que la representación corporal del valor fundamental es a nivel cardíaco y circulatorio, ambos “puestos en movimiento” mediante el ejercicio.

De esta manera puede pensarse al ejercicio físico/deportivo como un factor que protegería a la persona ante la depresión, entendida como un déficit en el valor fundamental y traducida en el sentimiento de que la vida no gusta. La depresión se asocia con sentimientos de tristeza e introversión y el ejercicio supondría un salir y ponerse en contacto con el mundo (los demás, la naturaleza), alimentando el gusto por la vida y generando alegría y bienestar en quien lo practica.

En palabras de Längle “...la propia negligencia en el estilo de vida puede hacer que esta se vuelva muy pesada” (2003, p. 9). Aquí agregaríamos que lo contrario, es decir, un estilo de vida saludable, la alivianaría brindándole mayor CALIDAD.

3) Tercera Motivación: “EL SER SÍ MISMO”

Aquí la pregunta es por la individualidad, cada persona es “un Yo”, particular, distinto a otros. Las preguntas que surgen son “¿Me permito ser como soy?” y “¿Me es permitido ser como soy?”. El sujeto se pregunta: ¿Puedo?, ¿Me siento libre?, ¿Tengo derecho?, tratando de discernir si es LÍCITO o no el ser como es y el comportarse como lo hace. Se pone en juego el plano de la identidad, el conocimiento de sí mismo y la propia ética.

Cuando la respuesta es “no”, entonces en el plano elaborativo se encontrarían el PERDÓN y el ARREPENTIMIENTO. El primero surge cuando hay otro que es considerado culpable, se lo enjuicia y se hace una valoración del mismo. No depende del otro, sino del sujeto que perdona. El segundo surge cuando la culpa la tiene el sujeto y por ende la valoración y enjuiciamiento recae sobre él mismo.

Ambos desembocan en el ENCUENTRO, que necesita del distanciamiento necesario para percibir al otro distinto de uno: como un “Tú”. En el encuentro se da el respeto tanto por lo propio como por lo ajeno.

Las condiciones para que se produzca son: la *consideración*, que se da cuando después de acercarse, se produce un distanciamiento para observar lo propio del otro, tomando al otro en serio en su esencia y tomando en serio la esencia propia, sin desvalorizarse. También necesita de una *apreciación valorativa*, valorando tanto al otro como a sí mismo, y por último la *justificación*, que estaría dada por una instancia moral, tanto personal como a-personal que le otorga al sujeto el derecho o no de hacer lo que hace y ser como es.

De lo anterior surge el AUTOVALOR que se da cuando la persona acepta y actúa en consonancia con aquello que siente, que piensa, que quiere, en fin, aquello que es, otorgándole un valor. No es suficiente que los demás aprecien el valor de la persona, sino que ella misma reconozca su valor. La AUTOESTIMA es *“el valor más profundo que me identifica a mi mismo como el núcleo”* (Längle, A., 2003, p. 10).

En la elección de un ejercicio físico determinado se pone de manifiesto lo particular de cada persona y por ende se destaca lo único y lo especial en ella. Es decir, la realización de una actividad determinada se traduce como la manifestación de un aspecto personal de quien la elige.

En consecuencia, puede pensarse como una forma de enriquecer su autovalor, a través del enriquecimiento de esta faceta de su subjetividad.

Por otro lado, representaría un encuentro con el límite, con lo que se puede y lo que no se puede hacer en función de las habilidades y limitaciones personales.

4) Cuarta Motivación: “EL SENTIDO”

Aquí la persona sabe que se encuentra en este mundo con su autenticidad y particularidad, pero se pregunta “¿Para qué es bueno?”. Este “para qué” es el que constituye el SENTIDO.

El elemento esencial del mismo es la incorporación en un contexto mayor que otorgue un significado trascendente a cada situación. Se trata de reconocer el sentido que tiene la vida para cada uno. La AUTOTRASCENDENCIA es la piedra angular de la PLENITUD en la vida.

Para vivenciar esta dirección, este sentido en la vida primero se necesita la respuesta a muchas preguntas: “¿Existe un lugar donde me sienta productivo, necesitado?”, “¿Me veo en un contexto mayor que provea orientación a mi vida?”, “¿Hay algo que aún deba realizar?”, entre otras.

Si la respuesta es afirmativa, la persona es capaz de encontrarle un sentido a su vida, que se da como un diálogo entre lo que puede esperar de la vida y lo que la misma quiere de él. Si la respuesta es “no”, entonces se producen sentimientos de vacío, frustración y desesperación, que pueden desembocar en conductas adictivas y conductas suicidas.

La realización de un ejercicio físico/deportivo puede pensarse como una forma de integrarse a un bien común, como una manera de abrirse al mundo, cuando este hacer se incluye en un sentido mayor.

La adopción de un hábito de vida saludable puede transformarse en un aporte en pos de una sociedad más sana, empezando por la transmisión del ejemplo, del ejercicio como un valor, a la red social más próxima, familia, amigos. Además puede entenderse como un compromiso tanto con uno, como con los demás, un compromiso para tener un buen porvenir, cuidarse para poder cuidar a otros.

Cada sesión de ejercicio puede pensarse como una búsqueda de mayor salud y bienestar, el contacto con otras personas y la naturaleza, y por lo tanto su sentido trascendería la sensación placentera que genera de forma inmediata. Existen tantas razones como personas, porque el sentido es único en cada sujeto.

3.4. Los beneficios del ejercicio físico/deportivo desde la concepción tridimensional del hombre planteada por Viktor Frankl

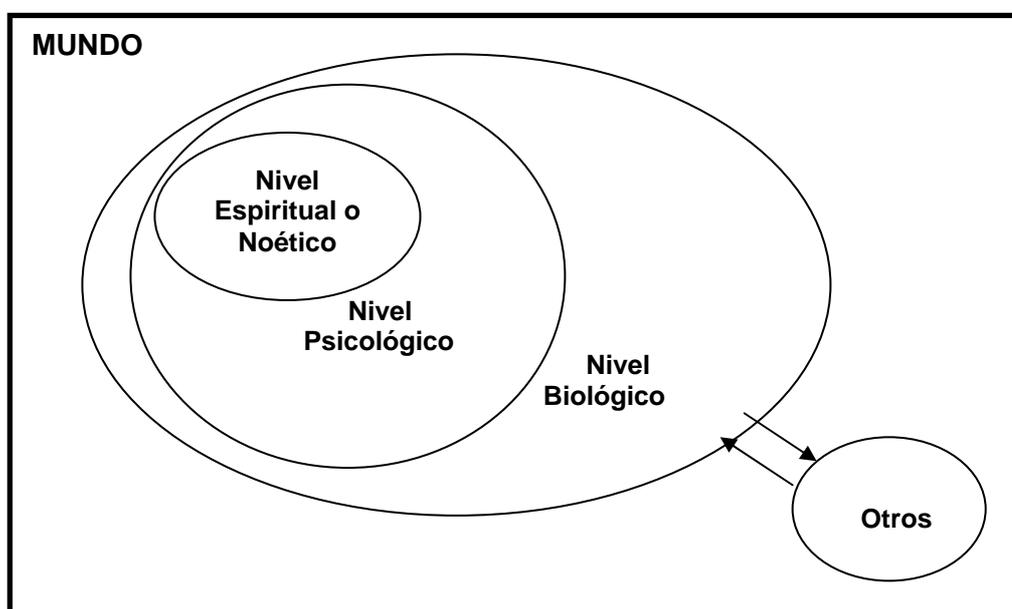
El hombre no podría definirse adecuadamente tratando de explicar su totalidad tomando sólo uno de sus tantos aspectos como factor esencial. De esta manera se toma la parte por el todo, se generaliza a partir de parcialidades y como consecuencia se cae en un reduccionismo que no permite ver ni comprender la rica complejidad que hace al ser humano.

El concepto de ser humano desde la visión **logoterapéutica** ofrece una integración de este parcelamiento definiéndolo como: “una unidad antropológica en una multiplicidad ontológica”.

En palabras de Victor Frankl (1979, p. 136) “*El hombre es ciudadano de varios reinos.*” Sostiene que en el hombre se hallan diferentes dimensiones ontológicas: la dimensión biológica o somática, la dimensión psicosocial y la **dimensión noética o espiritual** (logos).

Se configura así una imagen tridimensional del hombre. En ella la dimensión específicamente humana es la espiritual que le brinda unidad y totalidad al ser humano, y a su vez, sólo la totalidad de lo somático, lo psíquico y lo espiritual, constituyen al ser humano como una totalidad-en-unidad.

Esta tridimensionalidad del hombre a su vez se inserta en la relación con otros (otras personas con su particularidad y esencia únicas), y en un contexto socio-cultural-histórico, es decir, un mundo con sus propias leyes y condiciones:



Esta división es una construcción teórica que facilita la comprensión de la totalidad humana, pero deben considerarse aspectos en permanente diálogo el uno con el otro que no pueden separarse en realidad.

Continuando con las tríadas y en pos de ampliar la concepción de hombre en la teoría frankliana, nos detendremos brevemente en los fundamentos de la logoterapia: la libertad de la voluntad, voluntad en busca de un sentido, y el sentido de la vida.

1. La Libertad de la Voluntad Humana

“El hombre es el ser que siempre decide lo que es.” (Frankl, V., 1979, p. 126)

El ser humano dentro de esta perspectiva es *único e irrepetible*, existen entonces tantos sentidos como hombres y, a su vez, el sentido es dinámico, por lo que puede cambiar día a día, momento a momento.

El hombre está *llamado a la libertad*. Esta libertad se da ante condicionamientos (o destinos) biológicos (sus “disposiciones”), sociales (la “situación” en la que se encuentra) y psicológicos (factores anímicos que se interponen ante la acción de la libertad espiritual). Se puede adoptar una actitud libre frente a todos ellos y es justamente esa libertad espiritual (que es imposible de arrebatarse) lo que hace que la vida tenga un sentido.

Frankl (1966), en su libro “Psicoanálisis y Existencialismo”, lo explica de esta manera: “(...) *lo que caracteriza la vida del hombre es precisamente esa eterna lucha entre su libertad espiritual y su destino interior y exterior*”. (p. 136)

A su vez, el hombre está *llamado a la responsabilidad*. La misma se presenta como contrapartida de la libertad y ambas son manifestaciones de la dimensión espiritual del hombre.

El ser humano entonces es un ser que se decide, que elige y es en esa elección donde emerge decididamente su responsabilidad.

2. La Voluntad en busca de un Sentido

El ser humano también está llamado a buscar un sentido, está abierto al mundo y es en esta apertura donde se da la posibilidad de *autotrascendencia*, la cual es

definida como la “*capacidad de salir de sí mismo, sin dejar de ser uno mismo, para llegar al encuentro con las personas y las cosas*”. (Pareja Herrera, G, 1987, p. 145)

Es esta voluntad en la búsqueda de un sentido la motivación básica del ser humano. Es la expresión de algo inherente al hombre: la búsqueda de la felicidad.

3. El Sentido de la Vida

El ser humano es finito y es precisamente su finitud la que permite que su vida tenga sentido. Los caminos fundamentales hacia el sentido se dan a través de los *valores*: divididos por Frankl en valores creativos, vivenciales y de actitud (explicados en el capítulo anterior). Cabe destacar que los últimos se realizan cuando el hombre se ve enfrentado ante el sufrimiento y el dolor, la culpa y la muerte (definidas por Frankl como la triada trágica).

En la medida en que el hombre se compromete al cumplimiento del sentido de su vida (según lo puesto en valor a través su propio sistema de valores) se *autorrealiza*. La autorrealización no puede obtenerse cuando se la considera un fin en sí misma, sino cuando se la toma como un efecto secundario de la propia trascendencia.

Finalmente el ser humano está abierto a la trascendencia: Dios.

En conclusión, la concepción del ser humano de la antropología existencial puede resumirse de la siguiente manera:

Es un ser único e irrepetible, y por ende irremplazable. Está llamado a la libertad y a responder de sí mismo ante los demás y ante sí mismo por medio de su conciencia, a descubrir el sentido y realizar los valores en las situaciones concretas de su historia. Movido básicamente por la voluntad en busca de un sentido, por su capacidad de autotrascendencia. Llamado a afrontar su finitud y a la apertura de la dimensión suprahumana. (Pareja Herrera, G., 1987)

A continuación veremos los beneficios que comporta la práctica regular de ejercicio físico/deportivo sobre las dimensiones ontológicas humanas tratadas anteriormente.

3.4.1. Beneficios del ejercicio físico/deportivo sobre la dimensión espiritual

*“El arte, la ciencia y el deporte tienen en común la posibilidad de convertirse en
haceres creativos”*

Enrique Pichón Riviere (1976)

Los beneficios del ejercicio físico/deportivo sobre la espiritualidad se relacionan intrínsecamente con las motivaciones fundamentales que conducen a la persona a realizarlo.

Muchas de ellas nada tienen que ver con la recreación sino con el placer del alivio a corto plazo, como un “relleno compulsivo” de espacios vitales, o con aspectos estéticos, lo cual no permite que se genere un vínculo auténtico con la actividad que se realiza.

En este apartado, veremos los efectos beneficiosos del ejercicio que se practica regularmente, *recreativamente* en personas que eligen dedicar un espacio de sus vidas al mismo, por ser para ellos una actividad valiosa.

Así realizado, el ejercicio puede pensarse como la puesta en práctica de uno de los caminos hacia el sentido: **los valores vivenciales**.

Para que el ejercicio y el deporte sean parte del camino hacia el sentido debe haber una conexión para que quien los vivencie pueda, a través de su participación activa, plasmarlos en su interior y acoger en sí algo del mundo, enriqueciéndose interiormente. (Längle, A., 2008)

John Lawther afirma que la necesidad de autoperfeccionamiento juega un papel clave en la realización del ejercicio físico/deportivo, debido a que constituye una búsqueda de trascendencia que consiste básicamente en superar la propia marca.

Esta autosuperación puede pensarse como una forma de continua autorrealización, cuando se da como un efecto secundario del disfrute de la actividad.

Aquí cabe destacar las diferencias entre éxito y plenitud, resaltadas por Frankl y Längle.

En su libro “Vivir con Sentido” (2008) Alfred Längle dedica un capítulo al éxito. Comienza diciendo que ser exitoso en nuestros tiempos es considerado uno de los atributos más bellos.

Destaca que tener éxito siempre va a estar relacionado con la evaluación del objetivo del mismo (lo que implica que lo que se considera un éxito para determinada persona, no necesariamente debe serlo para otra). De todas maneras, existen puntos comunes que legitiman su uso.

“De éxito sólo se habla cuando lo precedió un obrar perseverante cuyo esfuerzo colaboró esencialmente para alcanzar el objetivo” (Längle, A., 2008, p. 68)

Por lo tanto tiene éxito quien es el causante del resultado que ambiciona, es decir, el resultado no se produjo por pura casualidad. Pero debe tenerse en cuenta que existe un factor “azaroso” siempre presente cuando se persigue un objetivo.

Debido a que el éxito no depende exclusivamente del hombre, entonces no puede asentarse completamente al mérito propio y a la inversa, tampoco el fracaso es atribuible un 100% a su incapacidad. Aunque sí es importante resaltar que la realización de un esfuerzo constante aumenta la probabilidad de lograr el cometido buscado, disminuyendo el influjo de la suerte.

Las personas que practican ejercicio como una forma de rellenar espacios o tiempos o para lograr un fin inmediato, se convierten en dependientes del éxito. Frankl lo denomina efectivismo, en el cual no hay autenticidad sino apariencias y superficialidad, por ende, tiene que ver con el parecer más que con el ser.

Para que esto no ocurra, debe haber una conexión con la actividad que se elige realizar, por lo cual la elección debe basarse en qué tan alto se encuentra en la jerarquía de valores de cada persona, así se genera un vínculo auténtico con lo que se hace y por ende, el éxito pasa a segundo plano, en palabras de Frankl, se convierte en un “efecto secundario”.

“En la dedicación a algo que represente un valor, está el sentido. De esa manera, el sentido está siempre del lado de lo realizable, siempre está dentro del alcance del ser humano.” (Längle, A., 2008, p. 74)

Es por ese camino que el ser humano puede sentirse pleno en relación a lo que hace. Aquí el éxito se convierte en un esfuerzo por la consecución de algo valioso, en la elección de dedicarse a un valor, en este caso un determinado tipo de actividad. Así se conserva el sentido, aún si no puede obtenerse el resultado deseado. Es en el sentido donde se encuentra la plenitud.

3.4.2. Beneficios Psicosociales del ejercicio físico/deportivo

Existen muchas investigaciones que respaldan la idea de que el ejercicio físico/deportivo y el Bienestar Psicológico están íntimamente relacionados. Esta relación es circular, debido a que no puede determinarse qué es causa y qué es efecto, sino que ambas variables son causa y efecto al mismo tiempo.

El Bienestar Psicológico, concebido como una globalidad que incluye aspectos cognitivos, emocionales, comportamentales y vinculares, se beneficia del ejercicio (aumentando en las personas que lo practican) por múltiples razones.

A su vez, podría pensarse que las personas que poseen mayor bienestar psicológico van a tender a realizar más ejercicio y mantener además otros hábitos saludables que aquellas que poseen un menor bienestar.

Moscoso Sánchez, D., Moyano Estrada E. y colaboradores, (2009) explican la relación de esta manera:

“La influencia positiva se produce porque la actividad física estimula la producción de las hormonas que mejoran el bienestar psíquico por lo que el deporte también influye positivamente en las enfermedades psíquicas, mejora la capacidad psicomotora del individuo y, como consecuencia, aumenta la autonomía personal que percibe el sujeto, lo que influye positivamente en su estado de ánimo”. (p. 160)

La mayoría de los estudios coinciden en los siguientes ítems:

Reducción de la Depresión

“Las personas que practican ejercicio regularmente suelen estar menos deprimidas que las sedentarias”. (Brannon, L. y Feist, J., 2001, p. 581)

Existe evidencia que respalda la idea de que el ejercicio puede reducir el estado de ánimo depresivo en personas en situación no clínica. Además, tanto si se administra de forma exclusiva como conjuntamente con una terapia farmacológica y psicoterapéutica, el ejercicio aeróbico puede resultar una herramienta útil para ayudar a los pacientes clínicamente deprimidos.

Reducción de la Ansiedad

Brannon y Feist (2001) comentan que existe suficiente evidencia que sugiere que un programa de actividad física puede reducir tanto la ansiedad rasgo como la ansiedad estado. Algunos estudios no han hallado una disminución de la ansiedad rasgo en personas que realicen ejercicio físico.

“Las investigaciones sugieren que el ejercicio puede aumentar la autoestima (Bosscher, 1993), aumentar la composición corporal (Norvell y Belles, 1993), potenciar la integración social (USDHHS, 1996), mitigar la fatiga y la irritación (Pierce y Pate, 1994) y aumentar la sensación de autocontrol (USDHHS, 1996). Cada uno de estos resultados positivos puede producir una mayor autoeficacia y reducir la ansiedad”. (Citados en Brannon, L. y Feist, J., 2001, p. 583)

De todas maneras, no existe un consenso generalizado en torno al tema. Algunos autores hablan de una disminución de la sintomatología en personas con trastornos de ansiedad, otros en cambio no han encontrado relaciones consistentes.

Protección contra el Estrés

La conclusión más general y unánime que se deriva de las investigaciones realizadas en torno a este aspecto es que el ejercicio físico actúa como un *amortiguador* del estrés en los niveles biológico y psicológico.

El ejercicio puede reducir el estrés, la tensión y eliminar el mal humor. Esto se desprende secundariamente del gasto energético que supone la actividad y de su potencial para disminuir la irritación.

Otra de las razones que se encontraron en las investigaciones se relaciona con la mejora en la respuesta al estrés, es decir, la mejora en la capacidad de afrontar las situaciones estresantes en sujetos que realizan ejercicio físico/deportivo.

Disminución de la Agresión

El deporte constituye una válvula de escape de la agresividad inherente al ser humano, quien acumula tensiones producidas por las frustraciones ocasionales (o frecuentes) de la vida diaria y en consecuencia acumula también agresividad.

Además, constituye una vía de escape inofensiva de la agresión intergrupala, que está reconocida por nuestra cultura. (Lawther, J., 1987)

Efecto positivo sobre las emociones

El ejercicio físico/deportivo le añade a la vida intensas vivencias, plenas de matices vitales, que permiten a las personas salirse de la monotonía de la rutina diaria y abrir un espacio en el que dan rienda suelta a su vida emocional. (Lawther, J., 1987)

Practicado recreativamente, produce estados emocionales tales como: diversión, alegría, autosatisfacción, orgullo, autoconfianza, excitación y entusiasmo, entre otros.

También funciona como moderador de algunos estados emocionales como la ira, cólera, disgusto, miedo, vergüenza, rabia, culpabilidad, etc., es decir, ayuda a mantener una estabilidad emocional.

Aumento de la autoestima

Muchas de las investigaciones en torno al tema adoptaron una definición global de la autoestima, considerándola como un sentimiento positivo hacia uno mismo. Este

tipo de definición (muy global) ha impedido que se establezca una relación clara entre la misma y el ejercicio físico. (Lawther, J., 1987)

Como dijimos anteriormente Brannon y Feist (2001) comentan que el adherirse a un programa de ejercicio regular puede mejorar la *salud física*, la *imagen corporal*, aumentar el *rendimiento físico*, los sentimientos de *autocontrol*, incrementar el *apoyo social* y mejorar la *autoeficacia física*, por lo que cualquiera de estos aspectos o una combinación de ellos podría proporcionar sentimientos más positivos sobre uno mismo.

“La participación en cualquier programa de ejercicios se relaciona sustancialmente con una sensación de bienestar con uno mismo”. (Brannon, L. y Feist, J., 2001, p. 586)

Mejora en las funciones cognitivas

Realizar ejercicio físico regular es un factor importante para mantener un mejor funcionamiento cognitivo, incluso puede mejorar el funcionamiento intelectual. De hecho, numerosas investigaciones han concluido que tiene un efecto positivo sobre diferentes aspectos de la función del SNC como el acortamiento del tiempo de reacción y la mejora de la memoria, la atención, la concentración y otras funciones cognitivas.

“Estudios epidemiológicos con personas de edad avanzada indican que la actividad física regular se relaciona con la supervivencia y con la capacidad cognitiva en el envejecimiento, tanto en hombres como en mujeres (Schroll, Steen, Berg, Heikkinen, Viidik, 1993)”. (Citados en Carrasco, M. C. y Redolat, R., 1998)

Estos efectos ponen en evidencia que la práctica regular de ejercicio físico/deportivo podría proteger frente al declive cognitivo asociado a la edad.

También se ha sugerido que el ejercicio puede influir sobre sistemas moleculares clave que sirven para el mantenimiento y plasticidad del cerebro. *“De este modo, las actividades pueden influir sobre la estructura y función del Sistema Nervioso y*

subyacer a la plasticidad dependiente de la actividad en el SNC (Cotman y Neeper, 1996)". (Citados en Carrasco, M. C., Redolat, R., 1998)

Aumento de la percepción de salud

Moscoso Sánchez y Moyano Estrada (1985) en su estudio denominado: "Deporte, Salud y Calidad de Vida" concluyeron que la práctica regular de ejercicio físico/deportivo influye positivamente sobre el estado de salud percibido tanto en jóvenes como en adultos. Descubrieron también que es de suma importancia la frecuencia con la cual se practica (a mayor frecuencia, mayor percepción de salud) y que las actividades cotidianas y de tiempo libre (pasear, trabajar, realizar labores domésticas) también influyen positivamente en la percepción de salud de las personas.

Jiménez et al. (2008) en su investigación sobre el "Bienestar Psicológico y Hábitos Saludables" encontraron que el Bienestar Psicológico sí está asociado a la práctica regular de ejercicio físico (al menos 90 minutos semanales), independientemente del ejercicio que se realice. Los participantes de este estudio que realizaban ejercicios regularmente tendieron a percibir un mayor grado de salud, menores niveles de estrés y mejor estado de ánimo que quienes no realizaban ningún tipo de ejercicio.

Otros beneficios que pueden nombrarse son la mejora en el rendimiento en diversas áreas vitales: laboral, académica, sexual.

"Estos hallazgos vienen a confirmar una constatación clínica conocida desde hace mucho tiempo y reiterada a lo largo de numerosas investigaciones, aunque no se sabe con certeza a través de qué mecanismo la práctica regular de actividad física mejora los niveles de ansiedad y depresión e incide beneficiosamente sobre otras emociones, contribuyendo todo ello al bienestar psicológico de las personas". (Akandere y Tekin, 2005; Biddle et al., 2000; Fox, 1999; Miguel et al., 2001; Paluska y Schwenk, 2000, Citados en Jiménez, et al., 2008, p. 196)

Aspectos sociales

La actividad lúdica, unida a la competitiva, son una parte fundamental en el desarrollo de la persona, como instrumentos de construcción, adaptación y expresión del paso del aislamiento egocéntrico a la relación social.

“Algunas investigaciones llevadas a cabo en tribus primitivas han demostrado que el nivel de socialidad del grupo es fácilmente mensurable por el juego de sus niños; y que allí donde hay juego hay riqueza de realización interhumana, hay comprensión, equilibrio psíquico y una dinámica interpersonal positiva”. (Mead, Benedict, Griaule, Hall, citados en Antonelli, F. y Salvini, A., 1978, p. 13)

Enrique Pichón Riviere (1976) afirma en su libro “Psicología de la vida cotidiana” que el juego no sólo tiene una motivación que busca el placer por la descarga, sino que es un verdadero campo de aprendizaje, un ajuste del sistema de comunicación, un entrenamiento para el cambio y el ámbito ideal para el desarrollo de tres actitudes básicas en todo grupo social: la pertenencia, la cooperación y la pertinencia.

De la misma manera podría pensarse al ejercicio físico/deportivo en su faceta recreativa, como una actividad natural y específica del ser humano, como una modalidad del juego que puede mantenerse y practicarse en cualquier etapa vital, como agente de salud y educación que concede al hombre la oportunidad de conocerse, expresarse y superarse.

Existen muchas investigaciones en torno al efecto terapéutico positivo en programas terapéuticos que incluyen el ejercicio físico como parte esencial para el tratamiento y recuperación de personas con comportamientos antisociales.

La actividad física no sólo previene esos riesgos, sino que también mejora las habilidades sociales: produciendo una mayor asertividad, una mejora de la capacidad para tomar decisiones, un mayor control emocional y los hace más habilidosos para la resolución de problemas.

De acuerdo a Caracuel Tubío (2008):

- Las relaciones sociales, las conductas cooperativas, el seguimiento de normas y el establecimiento de la autodisciplina, pueden verse favorecidas por medio de la actividad física.
- Las conductas adictivas, el aislamiento social, o el ausentismo laboral, pueden decrecer de manera considerable a través de la práctica deportiva.
- El deporte ocupa cada vez un espacio más importante en relación a la prevención de conductas no deseables –toxicomanías y delincuencia juvenil- y en la reinserción social de la persona que delinque.

“Mutrie y Faulkner (2004) comentan que la actividad física aparte de conllevar beneficios a nivel individual, resulta de gran valor desde el punto de vista social, ya que una comunidad en la que la actividad física sea vista como una norma social puede ser más sana y llegar a disponer de un mayor capital humano”. (Citados en Jimenez, M., et. al., 2008, p. 198)

“Las actividades deportivas ayudan a la formación del carácter dentro del marco de valores y actitudes potenciando el autocontrol, favoreciendo la voluntad y la disciplina, así como la honradez, la superación personal, la participación y la sociabilidad”. (Dosil, 2004, citado en León Zarseño, E. 2008, p. 32)

3.4.3. Beneficios biológicos del ejercicio físico/deportivo

Este es uno de los aspectos más estudiados del ejercicio. La medicina del deporte y la fisiología del ejercicio, son especialidades médicas que estudian los efectos del ejercicio del deporte y de la actividad física en el organismo humano, desde el punto de vista de la prevención y tratamiento de las enfermedades y lesiones.

De los innumerables estudios que existen al respecto, podemos concluir que existe consenso sobre los beneficios sobre la salud biológica de la práctica del ejercicio físico/deportivo sobre los siguientes puntos:

Aparato Cardiocirculatorio

La práctica regular de ejercicio físico, especialmente los ejercicios aeróbicos, está estrechamente asociada a una reducción de factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares.

Según el doctor Hernán Delmonte (2004), en el libro “Terapia Hormonal y Medicina Preventiva Durante el Climaterio” los mecanismos biológicos por los cuales el ejercicio puede reducir la mortalidad cardiovascular son, entre otros:

- Reducción de la frecuencia cardíaca en reposo y esfuerzo (aumento del rendimiento cardíaco).
- Reducción de la demanda miocárdica de oxígeno en reposo y ejercicio.
- Reducción de la presión arterial (sistólica y diastólica) en reposo y esfuerzo.
- Expansión del volumen plasmático.
- Mejoría de la contracción del músculo cardíaco.
- Mejoría del retorno venoso.
- Mejoría del sistema anticoagulación (refuerza la capacidad de la sangre para disolver los coágulos que pueden conducir a una trombosis).
- Mejoría de la función del endotelio, que favorece la vasodilatación.
- Incremento en el tono del SNA Parasimpático.

Aparato respiratorio

Mejora de la capacidad y/o resistencia de la función respiratoria. Por lo que incrementa el aporte de oxígeno y nutrientes a los tejidos.

Sistema Músculo-Esquelético

La actividad física tiene un efecto benéfico sobre la estructura y la resistencia óseas. Ayuda a mejorar la movilidad articular y a ganar agilidad. Gracias a esto se produce una reducción en la frecuencia y gravedad de las caídas y por lo tanto de sus consecuencias, influyendo indirectamente sobre la osteoporosis.

Los músculos, tendones y ligamentos se fortalecen con el ejercicio, lo que ayuda a realizar una reeducación postural del aparato locomotor.

Además retarda la sarcopenia, que es la pérdida degenerativa de masa muscular y fuerza al envejecer o al llevar una vida sedentaria.

Influencia Metabólica

- Menor sobrepeso y obesidad; mejora la composición muscular y corporal (pérdida de grasa y preservación de la masa magra).
- Incremento del metabolismo basal (gasto energético diario, mínimo para que la célula subsista).
- Previene el desarrollo de diabetes.
- Mejora la resistencia a la insulina.
- Mejora la tolerancia a la glucosa (por lo que es de suma importancia para el tratamiento de todos los tipos de diabetes).
- Mejora el perfil y composición lipídicos. Baja los niveles de colesterolemia (permite mantener niveles de colesterol normales en el plasma sanguíneo).
- Mejora la calidad de las lipoproteínas.
- La actividad física moviliza al organismo, evitando el depósito de ácido úrico en forma de cristales en las zonas más bajas del cuerpo y/o las articulaciones y por lo tanto, la sintomatología que trae aparejada.

Sistema inmunológico

El ejercicio regular y moderado ayuda a tener una mejor resistencia a las infecciones. El deporte permite movilizar los segmentos corporales y ayuda a reequilibrar la homeostasis corporal. Eso hace que el sistema inmunológico aumente, nuestro sistema defensivo se estimule y se fortalezca.

Esto permite que el ejercicio conlleve un efecto benéfico en enfermedades autoinmunes, como por ejemplo, algunos tipos de cáncer (de mama, próstata, colon, entre otros).

Otros beneficios que podemos nombrar son la mejora de las funciones del sueño y la liberación de endorfinas, intrínsecamente asociadas a la sensación de bienestar general y disminución del dolor.

3.5. Psicoimmunoneuroendocrinología (PINE)

Para concluir sería importante destacar que todo lo anterior ha dado lugar en el campo de las ciencias a una Psicoimmunoneuroendocrinología. Jaime Moguilevsky (2005), profesor titular de la cátedra de Fisiología, de la Facultad de Medicina de la UBA, lo explica como veremos a continuación.

Los tejidos especializados del organismo funcionan de forma integrada. Esta integración está coordinada por tres sistemas: el Sistema Nervioso Central mediante una red electroquímica (neurohormonas y neurotransmisores), el sistema endocrino a través de las hormonas, y el inmunitario, de las interleuquinas.

La PINE es el estudio de la interrelación entre estos sistemas: neuropsíquico, neuroendocrino e inmunológico. Básicamente la comunicación entre ellos se produce a través de hormonas.

“En nuestros días se considera que una hormona es cualquier sustancia que, liberada por una célula, actúa sobre otra célula, tanto cercana como lejana e independientemente de su origen y sin tener en cuenta la vía empleada para su transporte, sea esta la circulación sanguínea, el flujo axoplasmático o el espacio intersticial.” (Moguilevsky, J., en Siseles, N, 2005, p. 66)

Lo más significativo de este hecho es que una modificación de los sistemas neuropsíquico, neuroendocrino o inmunológico afecta indefectiblemente a los otros dos sistemas (**Figura 1**. Modificado de Moguilevsky, J., en Siseles, N., 2005, p. 65).

De esta manera, la interrelación entre las distintas dimensiones del hombre, puede observarse desde cada una de ellas y no puede dejar de tenerse en cuenta en los trabajos, políticas económicas y sociales y distintos abordajes de los agentes de salud de una sociedad.

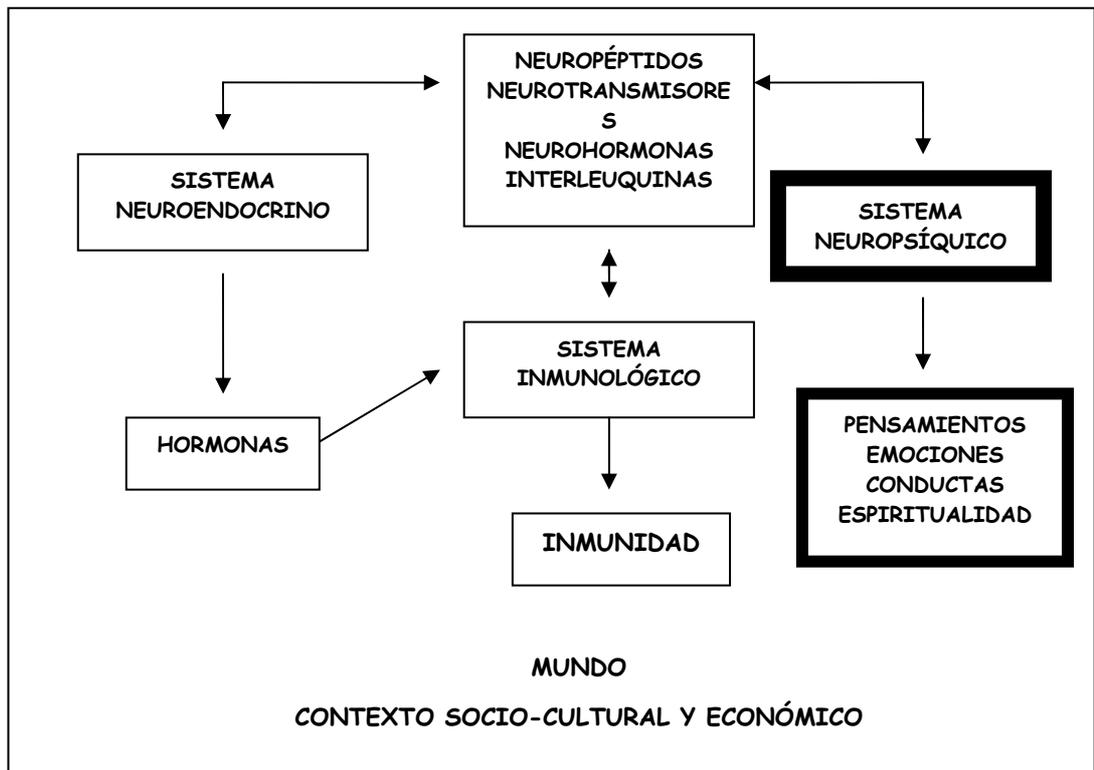


Figura 1

**MARCO
METODOLÓGICO**

Capítulo 4

“MATERIALES, MÉTODO Y PROCEDIMIENTO”

4.1. Hipótesis de investigación:

Hi: *“Los adultos que han incorporado el ejercicio físico/deportivo como parte de sus vidas, poseen mayor Bienestar Psicológico que los que no realizan ninguna actividad de este tipo.”*

4.2. Preguntas de investigación:

- ¿Cuál es el nivel de Bienestar Psicológico en adultos que realizan ejercicio físico/deportivo al menos 3 veces por semana?
- ¿Cuál es el nivel de Bienestar Psicológico en adultos que no realizan ningún tipo de ejercicio físico/deportivo?
- ¿Los adultos que realizan ejercicio físico/deportivo al menos 3 veces por semana, poseen distintos niveles de Bienestar Psicológico que los adultos que no realizan ninguna actividad de este tipo?

4.3. Objetivos

- Objetivo General:
 1. *Comparar el nivel de Bienestar Psicológico en adultos que hayan incorporado el ejercicio físico/deportivo como parte de sus vidas y adultos que no realicen ninguna actividad de este tipo.*
- Objetivos Específicos:
 1. *Estudiar los beneficios de la realización de ejercicio físico/deportivo sobre la salud mental.*
 2. *Determinar el Bienestar Psicológico de adultos que realizan ejercicio físico/deportivo.*
 3. *Determinar el Bienestar Psicológico de adultos que no realizan ninguna actividad de este tipo.*
 4. *Contribuir a la ciencia psicológica aportando alternativas de promoción e intervención psicoterápicas.*

4.4. Tipo de estudio:

Este trabajo se encuentra dentro de la categoría de *Diseño no Experimental*, debido a que las variables que intervienen en el mismo no son susceptibles de manipulación o dosificación por el experimentador. No se construye ninguna situación, sino que se observan situaciones ya existentes, no provocadas intencionalmente por el investigador. (Sampieri, R., Collado, C. y Lucio, P. 1998)

El estudio es *descriptivo*, porque buscaría especificar cuáles son los niveles de Bienestar Psicológico de ambos grupos sometidos al análisis. Se describe entonces cómo se manifiesta esta variable de estudio en cada uno de ellos. Luego se compararían los grupos en busca de diferencias o coincidencias importantes entre ellos.

Las conclusiones a las que se arribaría sólo serían válidas para el grupo de sujetos investigados, no siendo representativas, ni generalizables a otras poblaciones distintas de la estudiada. Por lo tanto, carece de validez estadística.

Dentro del diseño no experimental, constituiría una *investigación transversal*, ya que los datos fueron recolectados en un solo momento, en un tiempo único.

4.5. Descripción de la Muestra:

El tipo de muestra es *no probabilística intencional* de sujetos voluntarios, por ende, fueron seleccionados mediante un procedimiento informal y arbitrario, en función de los objetivos establecidos.

Se tomaron dos muestras de 20 sujetos cada una. Los sujetos fueron seleccionados por poseer características acordes a los intereses de la investigación. Dichas características son: sujetos adultos, de 35 a 55 años, de ambos sexos, cuya profesión u ocupación no esté relacionada con el ejercicio físico ni el deporte. Ninguno posee un trastorno clínicamente significativo ni alguna enfermedad que interfiera con su desenvolvimiento cotidiano, se encontrarían entonces dentro de la población saludable. Todos conviven con sus respectivas familias.

Uno de los grupos estará integrado por personas que realicen, al menos hace un año, algún tipo de ejercicio físico o deporte con fines recreativos, tres o más veces por semana (cada una de estas sesiones de una hora o más de duración, por lo que realizan un mínimo de 180 minutos semanales). El otro grupo estará compuesto por personas que no realicen actividad físico/deportiva

4.6. Instrumento:

Se utilizó, acorde a los objetivos del estudio, la escala “BIEPS-A” (Adultos), “Evaluación del Bienestar Psicológico en Iberoamérica”, de María Martina Casullo y colaboradores. Editorial: Paidós.

4.6.1. “Escala BIEPS-A” Evaluación del Bienestar Psicológico de Adultos en Iberoamérica, de María Martina Casullo y colaboradores. Editorial: Paidós

Descripción de la Escala:

La Escala consta de 13 ítems, que evalúan el Bienestar Psicológico desde una perspectiva de múltiples dimensiones. Puede administrarse en forma individual o colectiva y se responde en 5 minutos aproximadamente.

Constituye una técnica autoadministrable válida para la evaluación del Bienestar Psicológico autopercebido en la población adulta, utilizable en la evaluación individual y/o trabajos de investigación, como en este caso.

Fundamentos:

María Martina Casullo y colaboradores consideraron que el Bienestar Psicológico podía ser objeto de estudio empírico a partir de una serie de investigaciones realizadas en Argentina, Cuba, España y Perú.

Partieron del presupuesto básico de que si evaluaban los distintos aspectos del Bienestar Psicológico tendrían un indicador con el cual sería posible hacer comparaciones del grado en que las personas están o no satisfechas con su forma de vivir.

Sus fundamentos teóricos tienen origen en la concepción multidimensional del Bienestar Psicológico de Carol Ryff (Ryff y Keyes, 1995), quien planteaba que el mismo estaba conformado por seis dimensiones: apreciación positiva de sí mismo, capacidad para manejar de forma efectiva el medio y la propia vida, la calidad de los vínculos interpersonales, la creencia de que la vida tiene un propósito y significado, el sentimiento de que uno va desarrollándose en la vida y el sentido de autodeterminación.

La autora, integrante de una línea de orientación salugénica, propone vincular las teorías del desarrollo humano óptimo, el funcionamiento mental positivo y las teorías del ciclo vital. Considera que el Bienestar va tener variaciones importantes según la edad, el sexo y la cultura y que el constructo trasciende la creencia popular del mismo, concebido como la estabilidad de los afectos positivos a lo largo del tiempo.

Por ende, la propuesta general es evaluar la percepción que una persona tiene sobre los logros alcanzados en su vida y el grado de satisfacción personal con lo que hizo, hace o puede hacer, desde una mirada estrictamente personal y subjetiva.

Para esto, la Escala evalúa las siguientes dimensiones:

Control de Situaciones: implica tener una sensación de control y de autocompetencia. Las personas con control pueden crear o moldear contextos para adecuarlos a sus propias necesidades e intereses. En cambio aquellos que presentan una baja sensación de control, tienen dificultades en el manejo de los asuntos de la vida y creen que son incapaces de modificar el ambiente en función de sus necesidades.

Definiciones Operacionales: “si algo me sale mal, puedo aceptarlo, admitirlo; encaro sin mayores problemas mis obligaciones diarias.”

Aceptación de sí mismo: Se refiere al poder aceptar los múltiples aspectos de sí mismo, incluyendo los buenos y los malos. Sentirse bien acerca de las consecuencias de los eventos pasados. No tener aceptación de sí mismo sería estar desilusionado respecto de la vida pasada y querer ser diferente de cómo se es.

Definiciones Operacionales: “puedo aceptar mis equivocaciones y tratar de mejorar.”

Vínculos Psicosociales: Consisten en la capacidad para establecer buenos vínculos con los demás; tener calidez, confianza en los demás y capacidad empática y afectiva. Tener malos vínculos significa tener pocas relaciones interpersonales, sentirse aislado y frustrado y no poder establecer compromisos con otros.

Definiciones Operacionales: “generalmente le caigo bien a la gente; cuento con personas que me ayudan si lo necesito; creo que me llevo bien con la gente.”

Autonomía: Implica poder tomar decisiones de modo independiente y ser asertivo. Confiar en el propio juicio. Ser poco autónomo, en cambio, es depender de los demás para tomar decisiones y preocuparse por lo que ellos dicen, piensan y sienten.

Definiciones Operacionales: “puedo decir lo que pienso sin mayores problemas; en general hago lo que quiero, soy poco influenciado; puedo tomar decisiones sin dudar mucho.”

Proyectos: se relaciona con la capacidad de tener metas y proyectos en la vida. Considerar que la vida tiene significado. Asumir valores que otorgan sentido y significado a la vida.

Definiciones operacionales: “creo que sé lo que quiero hacer con mi vida; me importa pensar lo que haré en el futuro; soy capaz de pensar en un proyecto para mi vida; siento que podré lograr las metas que me proponga.”

Administración y Evaluación:

Los sujetos deben leer cada ítem y responder basándose en lo que sintieron y pensaron durante el último mes. Tienen tres opciones de respuesta:

1. De acuerdo (se asignan 3 puntos)
2. Ni de acuerdo ni en desacuerdo (se asignan 2 puntos)
3. En desacuerdo (se asigna 1 punto)

La escala tiene todos sus ítems directos, obteniéndose una puntuación total a partir de la suma de las puntuaciones asignadas a cada ítem. No admite respuestas en blanco. La puntuación global directa se transforma a un nivel percentilar.

Interpretación de la escala:

Puntuaciones inferiores al percentil 25: indican que la persona autopercibe un Bienestar Psicológico muy bajo y que están comprometidas varias de sus áreas vitales.

Percentil 25: Indicaría un nivel bajo de Bienestar Psicológico, sin un compromiso muy grande en las dimensiones evaluadas.

Puntuaciones correspondientes al percentil 50: indican un bienestar promedio señalando que el sujeto se siente satisfecho con su vida, en términos generales.

Puntuaciones correspondientes a los percentiles 75 a 95: indican un alto nivel de bienestar, señalando que el sujeto se siente muy satisfecho con su vida, considerándola globalmente.

4.7. Procedimiento

Se trabajó con dos grupos de sujetos. Cada uno de ellos compuesto por 20 personas. Uno de los grupos está integrado por personas que no realizan ejercicio físico/deportivo (grupo 1) y el otro por personas que sí lo hacen, al menos tres veces por semana, por lo menos hace un año (grupo 2).

A ambos grupos se les tomó la escala “BIEPS-A” “Evaluación del Bienestar Psicológico en Adultos” de María Martina Casullo y colaboradores. Previo a la aplicación, se encuestaba a los sujetos preguntando si su trabajo estaba relacionado o no con la práctica físico/deportiva y en el caso del grupo dos, se agregaban las preguntas pertinentes a los objetivos de la práctica.

De esta manera las muestras quedan configuradas de manera tal que todos los participantes del Grupo 2 realizan ejercicio de forma recreativa hace al menos un año y

ninguno de los sujetos de ambas muestras posee una actividad laboral que esté relacionada con el ejercicio físico o el deporte.

Luego se obtuvieron los resultados generales y dimensionales para cada grupo de personas, con el propósito de realizar comparaciones entre ellos. El Análisis General se realizó teniendo en cuenta las escalas que provee el Manual de María Martina Casullo y colaboradores y para el análisis dimensional se utilizaron los siguientes criterios:

1. Dimensión Proyectos: consta de una Escala que va desde 4 como Puntaje Directo mínimo, hasta 12 como Puntaje Directo máximo. El puntaje medio es 8 y se consideró una Desviación Estándar para cada uno de los extremos, por lo cual, cualquier Puntaje Directo por encima de 9 se consideró Alto (10, 11, 12), los puntajes 7, 8 y 9 se consideraron puntajes Medios y 6, 5 y 4 se consideraron Bajos.
2. Dimensiones Aceptación de sí mismo/Control de Situaciones, Autonomía y Vínculos: constan de Escalas que van desde 3 como Puntaje Directo mínimo, hasta 9 como Puntaje Directo Máximo. El Puntaje Directo Medio es 6 y se consideró un punto por encima y uno por debajo como Desviación Estándar, por lo que los puntajes que caigan por encima de 7 son considerados Altos (8 y 9), los Puntajes 7, 6 y 5 son considerados Medios y los Puntajes Directos de 4 y 3 son considerados Bajos.

Los datos se procesaron a través del programa Microsoft Office Excel 2003. Para obtener el valor P y la comparación de las Medias de cada grupo se utilizó el Programa Estadístico "GraphPad InStat" (Analysis Form), a través del método t de Student.

El Valor P es una medida estadística que permite realizar un contraste entre hipótesis de investigación. Sirve para corroborar o no, la hipótesis de partida en relación a un valor establecido (en este caso 0.05, porque es el nivel de significación utilizado en investigaciones de esta clase). Se rechaza la hipótesis si el valor P es igual o menor que el nivel de significación establecido. Los resultados obtenidos se describen a continuación.

Capítulo 5

“PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS”

5.1. Resultados obtenidos en la “Escala BIEPS-A”, Evaluación del Bienestar Psicológico en Iberoamérica, de María Martina Casullo y Colaboradores

En primer lugar, se puntuó la Escala BIEPS-A administrada a 40 sujetos integrantes de dos grupos, **Grupo 1: “Sujetos que no realizan actividad físico/deportiva”**, constituido por 20 sujetos (9 hombres y 11 mujeres) y **Grupo 2: “Sujetos que realizan actividad físico/deportiva”**, también conformado por 20 sujetos (la misma proporción de mujeres y hombres).

Luego se realizó la puntuación de cada una de las Dimensiones evaluadas por la Escala, lo cual da como resultado un Puntaje Directo relacionado con cada una de las mismas.

A continuación, los Puntajes Directos totales (resultado de la suma de los dimensionales), fueron convertidos a valores percentilares, de acuerdo a lo establecido en el Manual de la “Escala BIEPS-A”, Evaluación del Bienestar Psicológico en Iberoamérica, de María Martina Casullo y Colaboradores.

Se obtuvieron los siguientes resultados:

Grupo 1: “Sujetos que no realizan ejercicio físico/deportivo”

| Varones | Puntaje Directo | Percentil | Aceptación/ Control | Autonomía | Vínculos | Proyectos |
|----------------|------------------------|------------------|----------------------------|------------------|-----------------|------------------|
| Sujeto 1 | 37 | 75 | 8 | 8 | 9 | 12 |
| Sujeto 2 | 37 | 75 | 9 | 9 | 7 | 12 |
| Sujeto 3 | 27 | 5 | 5 | 7 | 7 | 8 |
| Sujeto 4 | 37 | 75 | 9 | 7 | 9 | 12 |
| Sujeto 5 | 30 | 5 | 6 | 9 | 5 | 10 |
| Sujeto 6 | 36 | 50 | 9 | 8 | 8 | 11 |
| Sujeto 7 | 36 | 50 | 9 | 9 | 8 | 10 |
| Sujeto 8 | 32 | 5 | 7 | 6 | 8 | 11 |
| Sujeto 9 | 37 | 75 | 9 | 8 | 8 | 12 |

| Mujeres | Puntaje Directo | Perc. | Aceptación/ Control | Autonomía | Vínculos | Proyectos |
|----------------|-----------------|-------|---------------------|-----------|----------|-----------|
| Sujeto 10 | 31 | 5 | 7 | 4 | 9 | 11 |
| Sujeto 11 | 35 | 50 | 7 | 8 | 8 | 12 |
| Sujeto 12 | 36 | 50 | 9 | 7 | 9 | 11 |
| Sujeto 13 | 35 | 50 | 8 | 6 | 9 | 12 |
| Sujeto 14 | 33 | 25 | 8 | 7 | 8 | 10 |
| Sujeto 15 | 32 | 5 | 7 | 5 | 9 | 11 |
| Sujeto 16 | 34 | 25 | 9 | 9 | 6 | 10 |
| Sujeto 17 | 38 | 75 | 9 | 9 | 8 | 12 |
| Sujeto 18 | 37 | 75 | 9 | 7 | 9 | 12 |
| Sujeto 19 | 32 | 5 | 7 | 7 | 7 | 11 |
| Sujeto 20 | 38 | 75 | 9 | 9 | 9 | 11 |

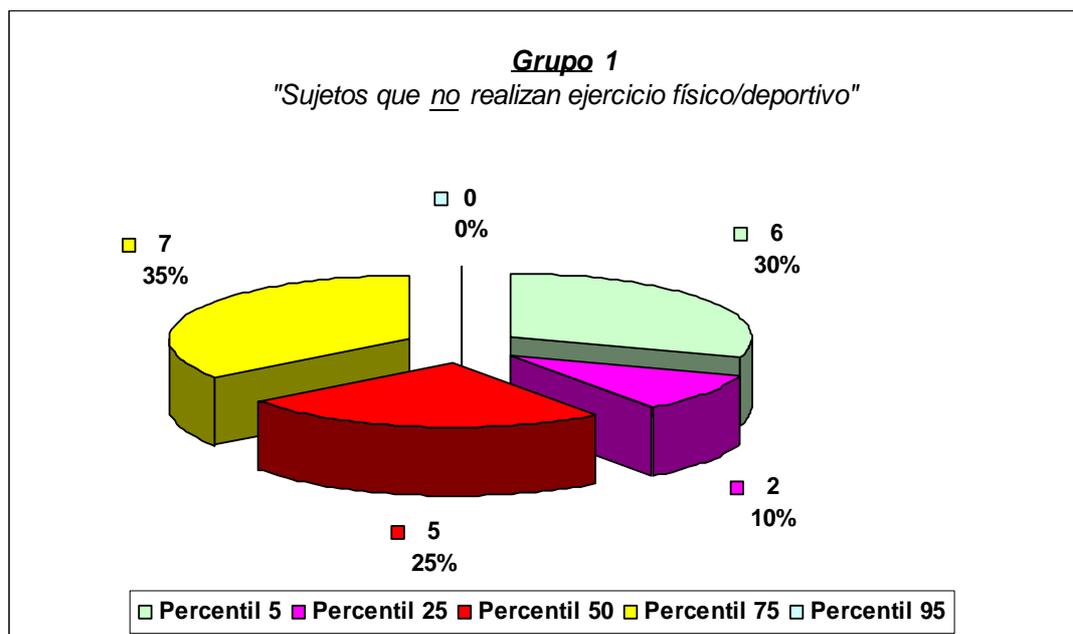
Grupo 2: “Sujetos que realizan ejercicio físico/deportivo”

| Varones | Ejercicio que realiza | P. Dir. | Perc. | Aceptación/ Control | Autonomía | Vínculos | Proy. |
|----------------|-----------------------|---------|-------|---------------------|-----------|----------|-------|
| Sujeto 1 | Fútbol | 33 | 25 | 9 | 5 | 9 | 10 |
| Sujeto 2 | Tenis/Fútbol | 35 | 50 | 9 | 7 | 9 | 10 |
| Sujeto 3 | Caminatas | 32 | 5 | 5 | 9 | 7 | 11 |
| Sujeto 4 | Ciclismo | 39 | 95 | 9 | 9 | 9 | 12 |
| Sujeto 5 | Tenis | 34 | 25 | 7 | 9 | 8 | 10 |
| Sujeto 6 | Jiu Jitsu | 38 | 75 | 9 | 8 | 9 | 12 |
| Sujeto 7 | Aparatos | 38 | 75 | 9 | 8 | 9 | 12 |
| Sujeto 8 | Tenis | 39 | 95 | 9 | 9 | 9 | 12 |
| Sujeto 9 | Tenis | 35 | 50 | 7 | 9 | 6 | 12 |

| Mujeres | Ejercicio que realiza | P. Dir. | Perc. | Aceptación/ Control | Auton. | Vínc. | Proy |
|-----------|-----------------------|---------|-------|---------------------|--------|-------|------|
| Sujeto 10 | Aerobic | 37 | 75 | 9 | 7 | 9 | 12 |
| Sujeto 11 | Aerobic | 35 | 50 | 8 | 8 | 8 | 11 |
| Sujeto 12 | Trotar | 35 | 50 | 9 | 9 | 8 | 9 |
| Sujeto 13 | Pilates | 32 | 5 | 6 | 5 | 9 | 12 |
| Sujeto 14 | Caminatas | 36 | 50 | 8 | 8 | 9 | 11 |
| Sujeto 15 | Aerobic | 33 | 25 | 8 | 8 | 9 | 8 |
| Sujeto 16 | Pilates | 33 | 25 | 9 | 8 | 8 | 8 |
| Sujeto 17 | Yoga | 37 | 75 | 9 | 9 | 8 | 12 |
| Sujeto 18 | Caminatas | 34 | 25 | 9 | 8 | 9 | 11 |
| Sujeto 19 | Caminatas | 31 | 5 | 9 | 5 | 8 | 12 |
| Sujeto 20 | Spinning | 38 | 75 | 9 | 5 | 9 | 8 |

5.2. Presentación y Análisis General de los resultados obtenidos en la “Escala BIEPS-A”, Evaluación del Bienestar Psicológico en Iberoamérica.

De acuerdo a lo establecido por María Martina Casullo y Colaboradores (2002), una vez realizada la conversión de la puntuación global directa a sus correspondientes valores percentilares se puede realizar el siguiente análisis:

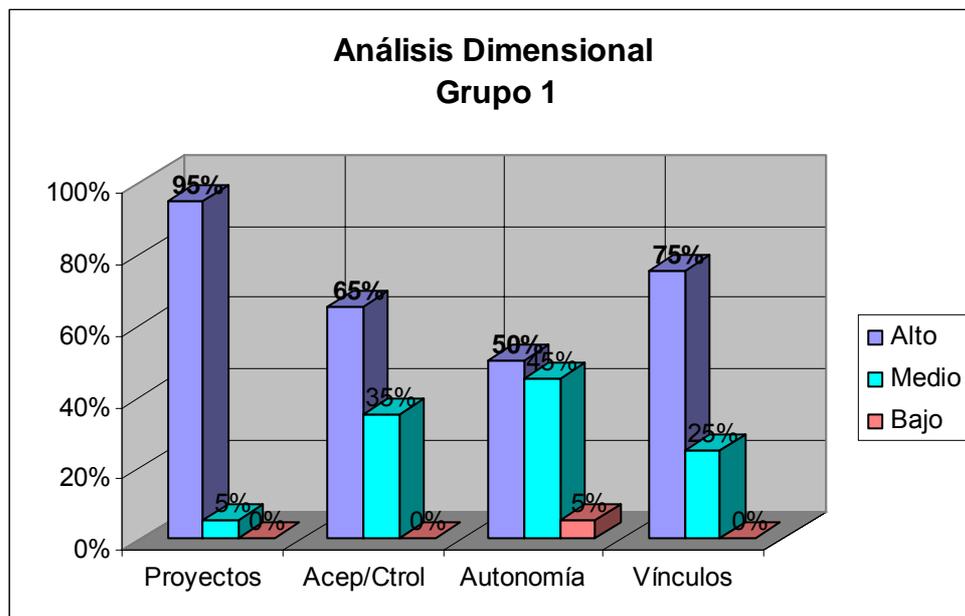


Puede observarse que:

- El mayor porcentaje, correspondiente al 35% de los sujetos se encuentra dentro del *Percentil 75*, lo cual correspondería con la autopercepción de un elevado Bienestar Psicológico. Esta categoría está constituida por 4 hombres y 3 mujeres. Un nivel elevado de Bienestar Psicológico se encuentra relacionado con la capacidad de poseer autoconfianza para tomar decisiones que no dependan de los demás y poder modificar el medio ambiente en función de las propias necesidades. También implica la capacidad de aceptarse a uno mismo, en los aspectos buenos y malos. Los sujetos que se sienten satisfechos con sus vidas tienden a considerar que la vida tiene sentido, los proyectos y metas personales son una manifestación de este significado que cada uno le otorga a la vida. Por otra parte, poseer un buen nivel de Bienestar, supondría además la posibilidad de establecer buenas relaciones interpersonales con vínculos afectivos cálidos y confiables.
- Un 25% del conjunto de sujetos que no realizan ejercicio físico/deportivo se ubica dentro del *Percentil 50*, conformado por 2 hombres y 4 mujeres, e indica que los mismos se sienten satisfechos con su vida cuando la evalúan globalmente. Podemos pensar que los sujetos que se incluyen dentro de este grupo se sienten conformes con la forma con la que han vivido.
- El 10% de este Grupo obtuvo puntajes directos que cayeron dentro del *Percentil 25*, lo cual indicaría que estas personas (2 mujeres) poseen un bajo nivel de Bienestar Psicológico. Este bajo nivel implicaría que quizás estén comprometidas algunas de sus áreas vitales, pero que pueden contar también con fortalezas y recursos en otras áreas.
- El *Percentil 5* tuvo una adherencia de un 30% del total de esta muestra por lo que se puede pensar en niveles de Bienestar Psicológico muy bajos, con compromiso de las áreas vitales evaluadas. Aquí, el compromiso es mayor que en el grupo anterior, debido a que estas personas pueden no contar con los recursos de otras áreas de importancia vital y por lo tanto, el Bienestar general se encuentra fuertemente disminuido. Es posible que estos sujetos dependan de otras personas para tomar decisiones, y para ejecutar actos que se

relacionen con asuntos personales, posean escaso manejo de las dificultades que se presentan en su cotidianidad y manifiesten problemas para establecer relaciones interpersonales cálidas y confiables. En general, puede pensarse que estas personas carecen de objetivos y metas personales que orienten sus vidas y que por ende es posible que sientan que las mismas no poseen sentido.

- Ninguno de los sujetos evaluados obtuvo un puntaje directo que corresponda al *Percentil 95*, por lo que se puede considerar que dentro de este grupo no hubieron sujetos que autoperciban un Bienestar muy elevado.
- El puntaje inferior más bajo del total de la población encuestada se encuentra en este grupo y corresponde a un Puntaje Directo de 27 (Percentil 5), el sujeto es de sexo masculino.
- El Análisis Dimensional de este Grupo arrojó los siguientes resultados:



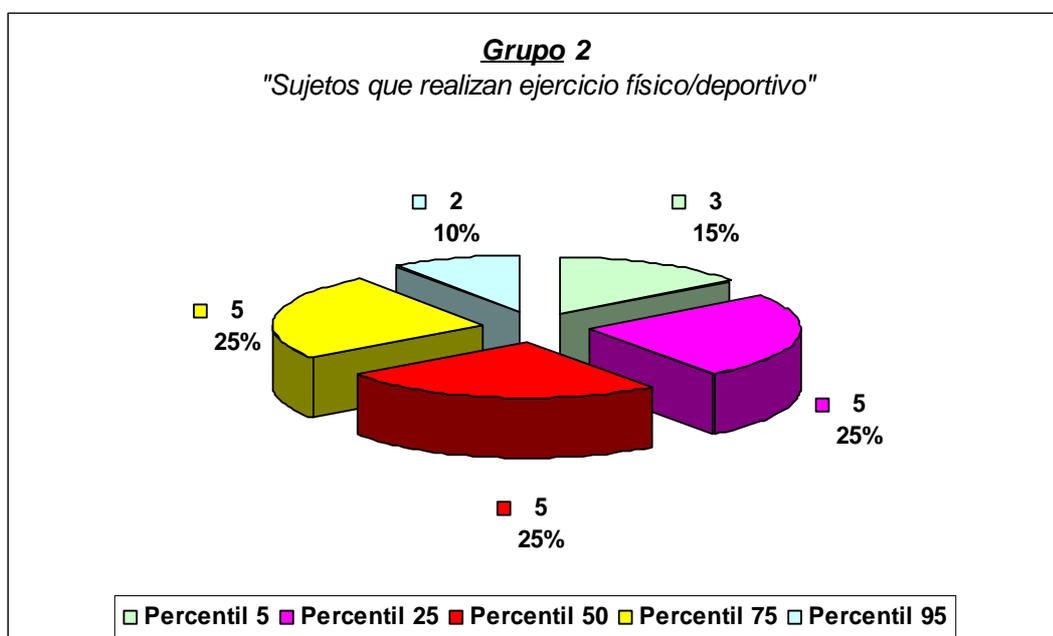
En este Gráfico puede observarse lo siguiente:

- Todas las Dimensiones obtuvieron un mayor porcentaje de sujetos con un Puntaje Directo Alto, excepto la Dimensión de Autonomía que obtuvo un 50% de sujetos que adhirieron a este nivel.

- De todas las dimensiones evaluadas, es la de Proyectos Personales la que tuvo una adherencia mayor en este grupo, contando con un 95% de sujetos que puntuaron Alto en la misma, por lo que puede pensarse que los mismos cuentan con objetivos y metas personales que otorgan una dirección específica a sus vidas. Se puede pensar que este grupo siente, percibe y vivencia que sus vidas poseen un sentido determinado acorde a sus valores personales.
- En relación a la Dimensión de Autoaceptación y Control de Situaciones, puede observarse que un 65% de los sujetos puntuaron Alto, mientras que el 35% restante obtuvieron un Puntaje Medio, por lo que puede pensarse que en este grupo la mayoría de los sujetos perciben que pueden aceptar tanto sus aspectos positivos como los negativos y se sienten capaces de afrontar las situaciones que les presenta la vida, pudiendo manejar las mismas y contando con la capacidad de adaptarse y sentirse cómodo con las responsabilidades y obligaciones cotidianas.
- La Dimensión Autonomía es la que obtuvo el menor porcentaje de adherencia a los Puntajes Altos, con un 50% de los sujetos. Puede pensarse que estos 10 sujetos poseen la capacidad de valerse por ellos mismos, no depender de los demás para tomar decisiones que atañen a sus vidas y por ende, confiar en su juicio propio. También supone la capacidad para hacer lo que quieran sin que la opinión ajena interfiera. Un 45% obtuvo puntajes Medios por lo que puede pensarse que si bien poseen los recursos que nombramos anteriormente, puede que exista una dificultad en algunas ocasiones para pensar, decir o hacer lo que quieran. Un 5% (un sujeto) obtuvo puntajes Bajos, se puede pensar que el mismo presenta grandes problemas en relación a esta dimensión, manifestándose como una gran dependencia del juicio de los demás, siendo sumamente influenciado. Esta es la única Dimensión que obtuvo puntajes Bajos.
- Los Vínculos Interpersonales son los que le siguen a Proyectos en relación a la adherencia a Puntajes Altos, con un 75% de sujetos (15 sujetos). Podemos inferir que los mismos poseen relaciones interpersonales cálidas y afectivas con los demás. Es probable que cuenten con una capacidad empática que les permite relacionarse y los protege frente al aislamiento, lo cual se traduce en la

posibilidad de conformar una red de contención que resulta fundamental para el apoyo emocional. El 25% restante (5 sujetos) obtuvieron un Puntaje Medio lo cual permite pensar que si bien estos sujetos pueden establecer buenas relaciones con los demás, quizás encuentren algunos inconvenientes en el establecimiento de vínculos.

- En fin, podemos decir que el área vital que funciona más óptimamente en este Grupo es el de Proyectos Personales, seguido por la Dimensión Vincular. Luego se encontraría el área de Autoaceptación y Control de Situaciones, y por último la dimensión de Autonomía, con algunos niveles de compromiso importante en la misma.



Se puede observar que:

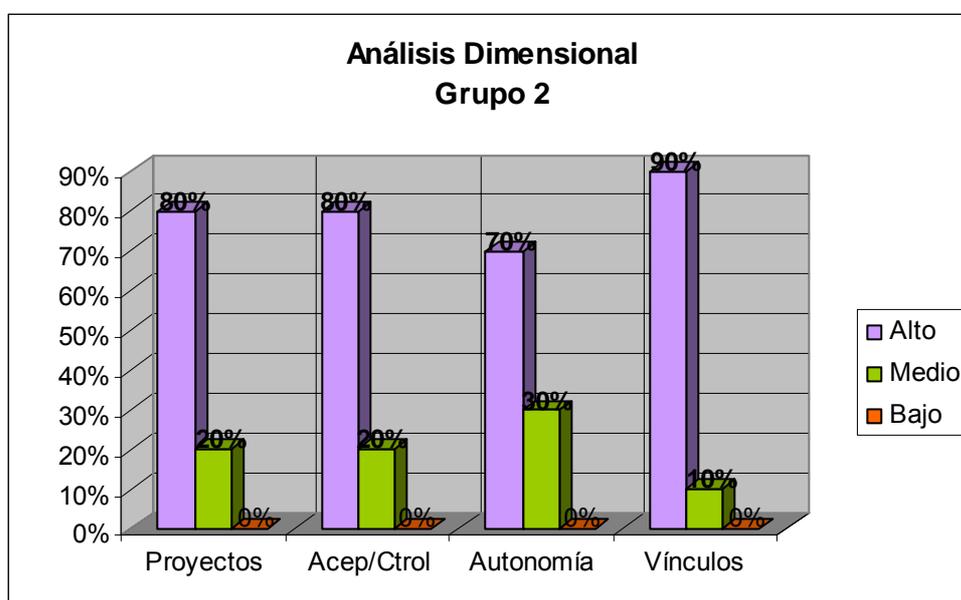
- Un 10% adhiere al *Percentil 95*, indicando que evalúan sus vidas como muy satisfactorias considerándola globalmente. Este rango poblacional está constituido por 2 hombres. Se puede pensar que estos sujetos se encontrarían con todas sus áreas vitales funcionando óptimamente, manifestándose en altos niveles de autonomía y control de las situaciones de su cotidianidad, también en una alta autoaceptación, es decir, se sienten bien con su historia personal y con su presente, por ende, pueden proyectarse hacia el futuro estableciendo metas

personales. Además cuentan con la capacidad para lograr vínculos personales afectivos y confiables, lo que se traduce en la generación de una red de sostén emocional.

- Estos sujetos obtuvieron el puntaje extremo más alto de la muestra y de toda la población evaluada, correspondiente a un Puntaje Directo de 39.
- El 25% de la población obtuvo puntajes directos que correspondieron al *Percentil 75*, por lo que puede inferirse que estos sujetos (3 mujeres y 2 hombres) se autoperciben más satisfechos con sus vidas que los adultos de su rango poblacional, en términos generales. Poseerían en general las mismas características que las descritas anteriormente, aunque pueden existir dificultades en alguna de las dimensiones evaluadas.
- Otro 25% de la población cayó dentro del *Percentil 50*, lo cual indicaría que poseen un nivel de Bienestar Psicológico promedio, es decir, bueno dentro de los parámetros esperables para su edad. Este grupo se encuentra conformado por 2 hombres y 3 mujeres. Podría pensarse que estos sujetos se sienten satisfechos con sus vidas, habiendo quizás dificultades en alguna de sus áreas vitales, pero sin que las mismas afecten su percepción y sentimiento de bienestar.
- Finalmente, el 25% de los sujetos encuestados adhirieron al *Percentil 25*, lo cual indica un bajo nivel de Bienestar, sin un compromiso mayor de sus áreas vitales. Este grupo está constituido por 2 hombres y 3 mujeres. Estos sujetos pueden poseer un nivel bajo de bienestar en todas sus áreas vitales y/o pueden estar comprometidas algunas de sus áreas en mayor medida que otras y esto afectar la evaluación global de su Bienestar. En términos generales, se puede inferir que estos sujetos tienen dificultades para establecer buenas relaciones interpersonales, dependen de los demás para tomar decisiones que atañen a sus vidas, se sienten poco capaces para manejar las dificultades que les presenta la misma, no están satisfechos con quiénes son, ni con su pasado, todo lo cual genera una dificultad para pensar y desear metas y proyectos futuros.
- Tres personas (1 hombre y 2 mujeres), correspondientes al 15% de la población cayeron dentro del *Percentil 5*, lo cual indicaría la autopercepción de que su

Bienestar General es muy bajo. En estos sujetos puede pensarse que existe un compromiso de sus áreas vitales. Aquí el compromiso es mayor que en el caso anterior, debido a que su puntaje es tan bajo que permite inferir que los mismos poseen grandes dificultades en más de una de sus áreas vitales. Esto puede traducirse tanto a nivel vincular (pobres vínculos afectivos), a nivel de autonomía personal (dependencia de los demás), poca aceptación de ellos mismos, problemas en el manejo de las situaciones que se presentan en sus vidas e inconvenientes para encontrar una dirección o sentido a las mismas.

- El Análisis Dimensional del Grupo 2 arrojó los resultados que se grafican a continuación:



Aquí puede observarse lo siguiente:

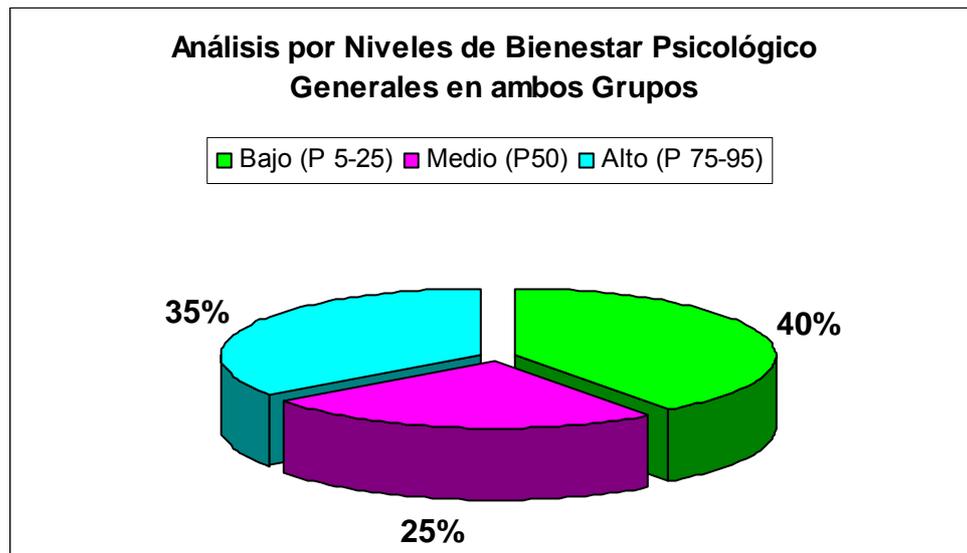
- Todas las Dimensiones tuvieron un gran porcentaje de adherencia a los Puntajes Altos. La Dimensión que obtuvo mayor adherencia fue Vínculos Interpersonales y la de menor adherencia fue Autonomía.
- Dentro de la Dimensión de Proyectos Personales un 80% de los sujetos (16 sujetos) obtuvieron Puntajes Altos, lo cual podría traducirse en que los mismos poseen metas y proyectos vitales definidos, y que orientan sus vidas hacia un fin determinado, con lo cual, le encuentran un sentido a las mismas. Este sentido se traduce en un sentimiento plenitud. El 20% de los sujetos restantes obtuvieron

una puntuación que cayó dentro de los niveles Medios de esta dimensión, lo que podría suponer algunas dificultades para pensar en un proyecto vital o saber qué se hará en un futuro, pero sin que esto acarree mayores complicaciones a sus vidas.

- La Dimensión de Autoaceptación y Control de Situaciones obtuvo el mismo porcentaje de adherencia que la anterior a los puntajes Altos, es decir un 80% (16 sujetos), por lo que puede inferirse que estas personas poseen la capacidad de aceptarse en su totalidad, con sus errores y aciertos, pueden afrontar las dificultades y responsabilidades cotidianas sin mayores inconvenientes y se sienten a gusto con su historia personal y su presente. El 20% restante de los sujetos arrojaron Puntajes Directos Medios, lo que puede pensarse como algunas dificultades en los recursos anteriormente explicados, que no generan mayores complicaciones en esta área vital.
- Un 70% obtuvo Puntajes Directos Altos en la Dimensión de Autonomía por lo que puede pensarse que estos 14 sujetos poseen las herramientas necesarias para que sus decisiones no se vean afectadas por la opinión o el juicio ajeno y poder actuar en consonancia con lo que se siente, se piensa o se quiere. Se trata de personas con un gran nivel de independencia. El 30% restante obtuvo niveles Medios de Autonomía, que podría manifestarse en algunas dificultades para decir lo que piensan, hacer lo que quieren o tomar decisiones propias, sin que esto afecte en mayor medida el Bienestar relacionado a esta dimensión.
- En relación a los Vínculos Interpersonales, un 90% de los sujetos de este grupo obtuvieron Puntajes Directos Altos (18 sujetos), lo que se traduciría como una gran cantidad de recursos para relacionarse con otras personas, una capacidad empática que permite generar una red social que sirva de sostén y contención. Estos sujetos son capaces de establecer relaciones cálidas y de confianza con otras personas. El 10% restante obtuvo Puntajes Directos Medios, por lo que puede pensarse que podrían presentar algunos inconvenientes en relación a lo anteriormente expuesto, pero sin que esto genere un obstáculo en el desenvolvimiento óptimo de esta dimensión de importancia vital.

- En este Grupo no hubo ningún sujeto que puntuara Bajo en las Dimensiones y por ende, se puede pensar que todos poseen un nivel de Bienestar de bueno a alto en todas ellas.

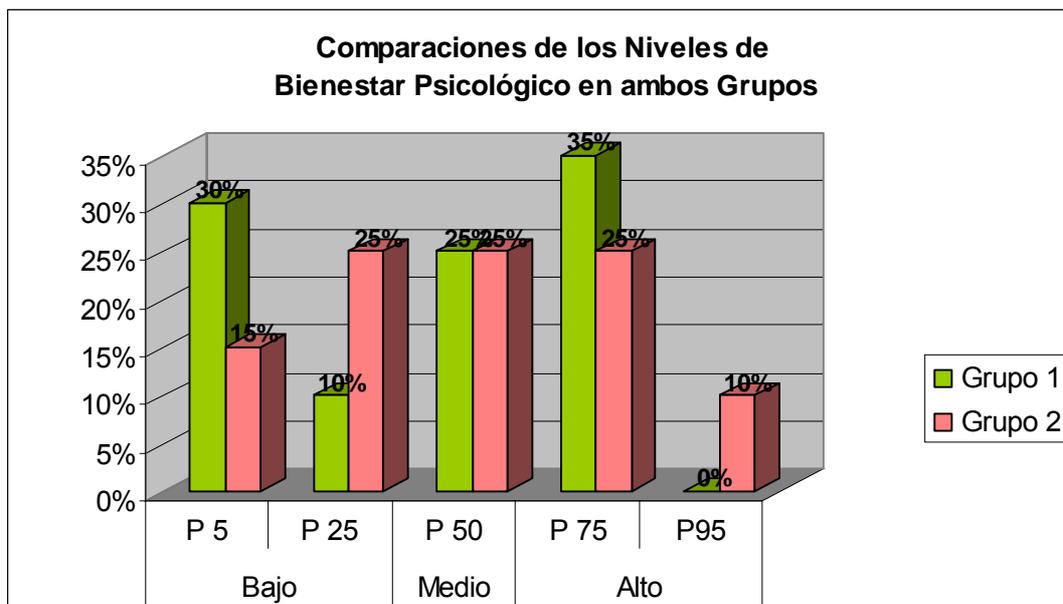
5.3. Presentación y Análisis Comparativo de los resultados arrojados en la “Escala BIEPS-A” por ambos Grupos.



En este Gráfico puede observarse:

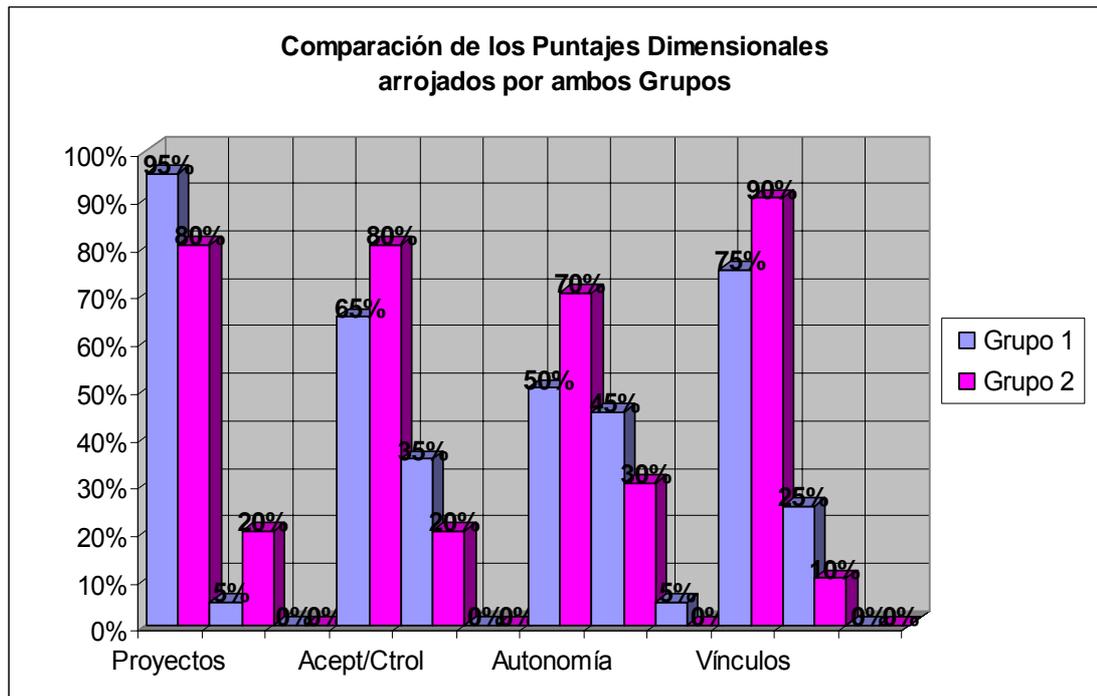
- Ambos Grupos poseen los mismos porcentajes en relación a cada Nivel de Bienestar Psicológico concebido en términos generales, es decir incluyendo sólo los niveles Alto, Medio y Bajo, sin subdividirlos en los valores percentilares correspondientes a cada uno de ellos.
- En ambos grupos un 35% de la población autoperceben un buen nivel de Bienestar Psicológico, por lo que puede pensarse que estos 8 sujetos en cada uno de los grupos, (16 del total) poseen un buen funcionamiento en relación a las áreas vitales evaluadas: la capacidad de establecer buenas relaciones interpersonales, aceptación de sí mismos, quiénes han sido y quiénes son, control sobre las dificultades y responsabilidades existentes en la vida, independencia y confianza en su propio juicio y proyectos vitales o metas a lograr que otorgan un sentido a sus vidas .

- Un 25% percibe un Bienestar Psicológico dentro del término Medio, es decir, lo esperable en relación al rango poblacional del cual forman parte (sujetos adultos). Lo que significa que estos sujetos (5 en cada Grupo, 10 en total) están satisfechos con sus vidas en términos generales y a pesar de que puedan presentar algunas dificultades en una o más áreas vitales, éstas no impiden el desenvolvimiento saludable de las mismas.
- Lo anterior resulta en que un 60% de los sujetos en ambos grupos se encuentran satisfechos al realizar una evaluación de sus vidas concebidas globalmente.
- Por otro lado, existe un 40% de los sujetos en ambos Grupos (8 sujetos en cada uno de ellos) cuya evaluación de sus vidas no es satisfactoria. Por lo que puede pensarse que sus Bajos niveles de Bienestar se deben a que se encuentran afectadas y en algunos casos comprometidas varias de sus áreas vitales, lo cual podría traducirse en algunas dificultades para establecer relaciones interpersonales satisfactorias, poca capacidad para formar vínculos confiables con otras personas, escasa autoaceptación, lo cual dificulta confiar en el propio juicio, en lo que sienten, piensan, quieren y por ende necesitan de la aprobación de los demás para tomar decisiones y actuar en consecuencia a las mismas. También podría pensarse en una dificultad en el manejo y afrontamiento de obligaciones y responsabilidades cotidianas, todo lo cual afecta la posibilidad de otorgarle una dirección clara a la vida a través de proyectos personales y metas pensadas para un futuro. En fin, en mayor o menor medida estos sujetos poseen una dificultad para encontrarle un sentido a sus vidas.



Aquí puede observarse que:

- Teniendo en cuenta los valores percentilares correspondientes a cada grupo, podemos ver una diferencia entre ambos en los Niveles Bajo y Alto.
- Dentro del Grupo de sujetos que no realizan ejercicio físico/deportivo (Grupo 1), un 30% corresponde al nivel percentilar 5, lo que puede pensarse como un fuerte compromiso de sus áreas vitales, es decir un nivel Muy Bajo de Bienestar, mientras que en el grupo de sujetos que realizan ejercicio (Grupo 2) este porcentaje es de un 15%. El 25% restante, sin bien posee un Nivel de Bienestar Psicológico Bajo no posee un compromiso tan grande en las dimensiones evaluadas.
- De la misma manera, si bien ambos grupos obtuvieron un mismo porcentaje de sujetos con un Alto Nivel de Bienestar Psicológico, dentro del Grupo de sujetos que realizan ejercicio físico/deportivo un 10% (2 sujetos) obtuvo Puntajes Directos que corresponden al Percentil 95, lo cual indica un Nivel de Bienestar Psicológico Muy Alto, que implica el desenvolvimiento óptimo en todas las áreas vitales evaluadas. En el Grupo de sujetos que no realizan ejercicio, no hubo ningún sujeto que posea estos niveles óptimos de Bienestar.



En este Gráfico puede observarse lo siguiente:

- En ambos Grupos prácticamente todas la Dimensiones obtuvieron un porcentaje de adherencia mayor al 50% a los Niveles Altos, exceptuando la Dimensión de Autonomía que en el Grupo 1 (Sujetos que no realizan ejercicio físico/deportivo) es del 5%.
- La única Dimensión que obtuvo puntajes más altos en el Grupo 1 que en el Grupo 2 (Sujetos que realizan ejercicio físico/deportivo) fue la Dimensión de Proyectos Personales, la cual obtuvo un mayor porcentaje de adherencia que cualquier otra en ambos Grupos a los Puntajes Altos, un 95% de la muestra que equivale a 19 sujetos.
- Las Dimensiones de Aceptación de sí mismo, Control de Situaciones, Autonomía y Vínculos Interpersonales obtuvieron un mayor porcentaje de adherencia a Puntajes Altos en el Grupo 2 que en el Grupo 1.
- La única Dimensión que arrojó un porcentaje de adherencia a Puntajes Bajos fue la de Autonomía, que en el Grupo 1 obtuvo un 5%, equivalente a un sujeto.

5.4. Resultados obtenidos del procesamiento de los datos en el Programa Estadístico “GraphPad InStat” (Analysis Form).

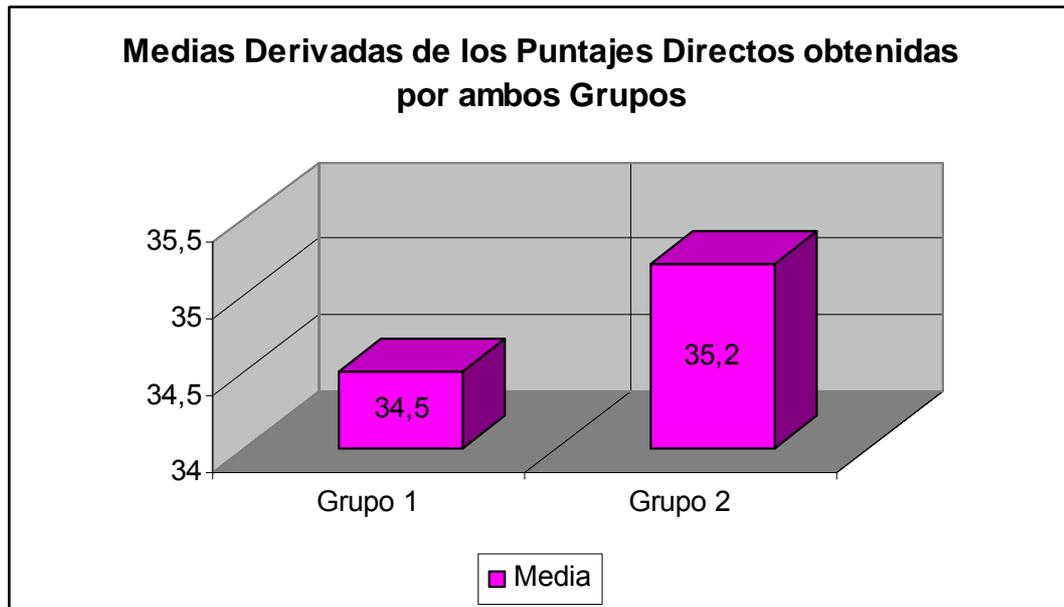
Los Puntajes Directos obtenidos de la “Escala BIEPS-A” por los sujetos que integran cada uno de los Grupos, fueron colocados en dos columnas comparativas.

Luego se optó por el método t de Student que permite obtener la Media y la Mediana de cada uno de ellos, para poder realizar una comparación entre los mismos. Los datos arrojados por el Programa estadístico fueron los siguientes:

| Grupo 1 | Grupo 2 |
|--|--|
| “Sujetos que <u>no</u> realizan ejercicio físico/deportivo” | “Sujetos que realizan ejercicio físico/deportivo” |

| | | |
|-------------------------------|--------|--------|
| Media | 34.5 | 35.2 |
| Desviación Estándar | 3.017 | 2.462 |
| N Muestral | 20 | 20 |
| Mínima | 27 | 31 |
| Mediana | 35.5 | 35 |
| Máxima | 38 | 39 |
| Test de Normalidad KS | 0.2313 | 0.1815 |
| Test de Normalidad Valor P | >0.10 | >0.10 |
| ¿Pasó los test de Normalidad? | sí | sí |

De acuerdo al análisis estadístico aplicado mediante este software, a través del método T de Student, se obtuvo que el Valor P es de 0.5695, lo cual es considerado no significativo, por lo que se establece que no existen diferencias significativas entre los niveles de Bienestar Psicológico de los sujetos que realizan ejercicio físico/deportivo y los sujetos que sí lo hacen.



En este Gráfico podemos observar que:

- La Media del Grupo 1 “Sujetos que no realizan ejercicio físico/deportivo” es menor que la Media del Grupo 2 (“Sujetos que realizan ejercicio físico/deportivo”).
- Los valores percentilares correspondientes a estos Puntajes Directos, se traducirían en el Percentil 25 en el Grupo 1 (Nivel de Bienestar Psicológico Bajo) y en el Percentil 50 en el Grupo 2 (Nivel de Bienestar Psicológico Medio).
- El valor de la media considerada en los estadísticos descriptivos generales de la “Escala BIEPS-A” para el grupo de adultos argentinos, es de 34.61 y la Desviación Estándar es de 3.32, por lo que los resultados arrojados por ambos grupos estarían dentro de la Media esperable para su rango poblacional.

CONCLUSIONES

Los fundamentos teóricos de este trabajo de investigación tienen sus bases en la Psicología de la Salud y la Psicología Positiva. Por esto, la mirada recae sobre los recursos y herramientas que puedan funcionar como promotoras de salud mental en los seres humanos.

La salud aquí es entendida desde su dinámica, como un continuo entre la salud y la enfermedad y por lo tanto al hablar de la misma, los compartimentos estancos y las definiciones determinantes no tienen lugar.

Dentro de la Salud Mental, hemos considerado una parte de la misma, el Bienestar Psicológico, que, como vimos, es conceptualizado de distintas maneras según el paradigma teórico y los instrumentos de medición de quien lo define.

En este caso, consideramos pertinente, siguiendo siempre una visión integral y holística, tener en cuenta este constructo como multidimensional, con aspectos subjetivos y objetivos. El peso que ejerce la percepción del propio estado de salud es muy significativo (así como otros aspectos subjetivos), pero también deben considerarse las condiciones socioambientales (objetivas) en las que se encuentran los sujetos evaluados, debido a que éstas afectan fuertemente el Bienestar General.

Así, las personas que viven en países con peores condiciones de vida, poseen un nivel de Bienestar menor que aquellos que viven en países con mejores condiciones. Estas condiciones son lo que dan lugar al Nivel de Vida.

El Bienestar también está intrínsecamente ligado a la Calidad de Vida de las personas.

Aquí la misma se entiende como: *“La percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones”*. (OMS, 1994) Por lo que engloba tanto las perspectivas sociológicas tradicionales (Calidad de Vida entendida como cobertura de necesidades básicas) con las psicosociales actuales

(satisfacción y bienestar personal), por lo que se entiende como un concepto dinámico y pluridimensional.

La salud, y con ella la calidad de vida y el bienestar, emergen y forman parte de la práctica de hábitos saludables en la vida cotidiana, por lo que se genera la siguiente inquietud: ¿La práctica regular de ejercicio físico/deportivo puede considerarse como un factor comportamental salutógeno?, esto es ¿Puede pensarse como promotor de un mayor nivel de bienestar, y por ende, de calidad de vida y salud en general?

En relación a los resultados que se obtuvieron en esta investigación, puede pensarse que la respuesta a estas preguntas es afirmativa.

La práctica regular de ejercicio físico/deportivo puede relacionarse con la formación de un mejor contacto con “el mundo” (con otras personas y con la naturaleza); la percepción de un mejor estado de salud, un mejor funcionamiento a nivel biológico (en todos los sistemas que lo conforman); la generación de un espacio dedicado a uno mismo, y por ende a la sensación de plenitud y de encuentro con lo que gusta. Todo lo cual conduce al sentimiento de que la vida tiene un sentido.

El objetivo planteado para realizar el presente trabajo fue: *“Comparar el nivel de Bienestar Psicológico en adultos que hayan incorporado el ejercicio físico/deportivo como parte de sus vidas y adultos que no realicen ninguna actividad de este tipo”*.

Se consideró como índice de medición la escala de Bienestar Psicológico de María Martina Casullo y colaboradores (BIEPS-A) y el análisis de las dimensiones que evalúa: Aceptación de sí mismo, Control de situaciones, Autonomía, Vínculos interpersonales y Proyectos Personales.

Debido al proceso de selección de la muestra utilizado (intencional no probabilística), las conclusiones que se derivan no pueden generalizarse a toda la población, sino que su validez recae únicamente sobre el grupo de sujetos que participaron en la investigación.

A partir del análisis de los resultados de la Escala BIEPS-A de María Martina Casullo y colaboradores se pudo observar que:

1. En ambas Muestras los porcentajes correspondientes a cada Nivel de Bienestar considerado en niveles generales (Bajo, Medio y Alto) coinciden, siendo un 40% de los sujetos que arrojó Niveles Bajos, un 25% adhirieron a un Nivel Medio y un 35% de los mismos obtuvieron puntajes que correspondieron a Niveles Altos.
2. Del total de los sujetos que conformaron las muestras, un 60% se sienten satisfechos con sus vidas en términos generales. Esto coincide con los lineamientos teóricos que sustentan esta investigación, debido a que para la selección de ambas muestras, se buscaron sujetos que tuvieran trabajo y familia, por lo que puede pensarse que poseen una red vincular de contención y un sustento económico que les permite un buen nivel de vida.
3. Al considerar con más detalle los niveles Bajos y Altos con sus Percentiles correspondientes, pudimos observar que el Grupo 1 (“Sujetos que no realizan ejercicio físico/deportivo”) posee un 30% de sujetos que adhieren al Percentil 5 (lo cual se traduce en un Nivel de Bienestar Psicológico Muy Bajo, con compromiso de áreas vitales) y que este porcentaje es sólo del 15% en el Grupo 2. Por otro lado, dentro de los sujetos que en ambos Grupos obtuvieron un Nivel Alto de Bienestar, el 10% de los sujetos del Grupo 2 (Sujetos que realizan ejercicio físico/deportivo) obtuvo Niveles Muy Altos, (dentro del Percentil 95), lo cual supone un óptimo funcionamiento en todas las dimensiones evaluadas, no habiendo sujetos que caigan dentro de este Percentil en el Grupo 1.

El Análisis Dimensional nos permite concluir que:

1. Los Niveles de Bienestar Psicológico fueron mayores en el Grupo 2 que en el Grupo 1 en las dimensiones de: Autoaceptación, Control, Vínculos y Autonomía, por lo cual, las personas que realizan ejercicio físico/deportivo, poseen una mejor aceptación de sí mismos, cuentan con mejores recursos para afrontar las situaciones cotidianas, poseen más y mejores habilidades para establecer relaciones interpersonales y son más capaces de valerse por ellos mismos, que aquellos que no realizan ejercicio físico/deportivo.

2. La Dimensión Proyectos fue más favorable en el Grupo 1, pudiendo pensarse entonces que la realización de ejercicio físico/deportivo no tiene tanta incidencia aquí como en las demás dimensiones evaluadas.
3. En relación al análisis dimensional, se cumplieron las expectativas de esta investigación.

A partir del procesamiento de los datos en el Programa estadístico en relación a los estadísticos generales de la “Escala BIEPS-A” se puede concluir que:

1. La diferencia entre las Medias arrojadas por ambos grupos no son significativas.
2. Ambas se encuentran dentro de los valores esperables para su rango poblacional, siendo en el Grupo 1 de 34.5 y en el Grupo 2 de 35.2, lo cual coincide con la Media considerada para Adultos argentinos, que es de 34.6.
3. Cuando traducimos estas Medias (consideradas en Puntajes Directos) a valores percentilares podemos observar que la Media del Grupo 1 se traduce en el Percentil 25, lo cual es considerado como un Bajo Nivel de Bienestar Psicológico, mientras que la Media del Grupo 2 se traduciría en el Percentil 50, lo cual es considerado como un buen Nivel de Bienestar, dentro del promedio. Estos resultados también coinciden con las expectativas de esta investigación.

Cabe destacar que además se realizó un análisis teniendo en cuenta las variables sexo (hombres-mujeres) y edades (de 35 a 44 años y de 45 a 55 años) buscando coincidencias o diferencias entre ellos, tanto en la muestra total como en cada uno de los Grupos considerados.

De este análisis merece una mención especial la gran diferencia obtenida en la Dimensión de Autonomía en los adultos de mayor edad que realizan ejercicio físico/deportivo en relación a los adultos de mayor edad que no realizan ejercicio. Un 33% de los sujetos del primer Grupo puntuaron alto, frente a un 86% de los sujetos del segundo Grupo. Esta diferencia es considerada importante (un 53% más) y sería

coherente con investigaciones anteriores. El envejecimiento activo (con la autonomía como factor fundamental) estaría favorecido por la práctica de ejercicio.

En relación a las Motivaciones Fundamentales de la Existencia podemos concluir que en los sujetos que realizan ejercicio físico/deportivo “El Ser”, “La relación con la vida” y “El ser sí mismo” se encuentran firmes. Si bien todas se interrelacionan puede pensarse que:

La **1º Motivación** está más asociada a la dimensión de Control de Situaciones. Ser-en-el-mundo implica poder sostenerse en el mismo manteniéndose con vida, lo cual se relaciona con sentirse en control, creando y moldeando los contextos en que se vive, en función a las propias necesidades e intereses.

También se debe pactar con las condiciones del propio mundo: sus leyes, el trabajo, la familia, el cuerpo. Para esto, el sujeto necesita sentirse autocompetente, no sólo adecuando y adaptándose a sus contextos, sino también afrontando los hechos y obligaciones de su vida sin mayores problemas.

El ejercicio físico/deportivo alimenta el sostén y la autoconfianza porque la persona se percibe y se siente saludable, lo cual refuerza al cuerpo y con ello le brinda la capacidad para sostenerse en el mundo donde “es”. El movimiento permite que la respiración se amplíe y circule con facilidad, lo cual genera el sentimiento de dinamización de la vida que ayuda al espíritu a estar “aquí y ahora”.

Así, el ejercicio es un factor protector ante la angustia y la enfermedad, ambas originadas en el sentimiento de falta de sostén, de que la vida se encuentra en peligro.

La **2º Motivación** “La Relación con la Vida” se encuentra más asociada a la dimensión de Vínculos Psicosociales.

La pregunta es: ¿Me gusta vivir? En este gusto se consideran las condiciones, hechos y personas del mundo propio (familia, trabajo, el pasado, etc.). Aquí las personas que rodean al sujeto se convierten en un aspecto fundamental. El encuentro con otros, valorando lo propio y lo ajeno, conlleva la posibilidad de establecer vínculos

cálidos, empáticos y saludables basados en el respeto y en la preservación de la identidad de cada uno de los que integran la relación.

Cuando el peso del gustar se encuentra por encima del deber se produce un sentimiento de bienestar, porque la persona se encuentra en consonancia con su Valor Fundamental. El gustar implica la dedicación a uno mismo, acercarse a las propias emociones y contactarse con la corporalidad, manifestándose en un autocuidado.

Las personas que realizan ejercicio físico/deportivo ponen en práctica lo anterior porque invierten “vida” (tiempo) en aquello que alimenta su gusto por vivir. La vitalidad se relaciona con la fluidez y el movimiento, que en la corporalidad se manifiestan en los niveles cardíaco y circulatorio, ambos dinamizados con el ejercicio.

El ejercicio físico/deportivo sería un factor protector ante la depresión, entendida como un déficit en el valor fundamental y traducida en los sentimientos de que la vida no gusta, de tristeza e introversión, contrarrestados en el ejercicio, porque éste implica salir y ponerse en contacto con el mundo (los demás, la naturaleza) y con uno mismo.

La **3º Motivación** “El Ser sí Mismo” se encuentra más asociada con las dimensiones de Aceptación de sí mismo y Autonomía.

Las personas que realizan ejercicio físico/deportivo poseen una mejor autoaceptación que quienes no lo hacen, debido a que dedican un espacio vital a realizar una actividad que alimenta su Autovalor.

En la elección de un ejercicio determinado se manifiesta un aspecto personal de quien lo elige, expresando lo especial de la persona. El sujeto acepta y actúa en consonancia con lo que siente, piensa, quiere, en fin, aquello que “es”, otorgándole un valor. Así, se genera el enriquecimiento de esta faceta de su subjetividad fortaleciendo su autoestima y favoreciendo en el sujeto la capacidad de aceptarse.

El autoaceptarse posibilita al sujeto tomar decisiones independientes, siendo asertivo y confiando en su juicio. La realización de ejercicio también constituye un encuentro con el límite personal, lo que se puede o no hacer en función de las habilidades y limitaciones propias.

La **4º Motivación Fundamental**: “El Sentido” estaría más relacionada a la dimensión de Proyectos Personales que fue la única que arrojó un mayor porcentaje de puntajes altos en el grupo de sujetos que no realizan ejercicio físico/deportivo.

Esto puede pensarse como producto de que las personas que no realizan ejercicio se avoquen más a cumplir metas personales relacionadas tal vez con el ámbito laboral y esto suceda en detrimento de la corporalidad, es decir, se enfatiza un aspecto vital, descuidando otro.

Los resultados obtenidos en este estudio en general, coinciden con los de otras investigaciones, por lo que se justifica la recomendación de la práctica del ejercicio físico/deportivo en la población general sana, siempre considerando que cada persona, según sus condiciones (edad, sexo, estado físico, etc.) deberá ajustar el tipo de ejercicio, su frecuencia, intensidad y duración.

De esta manera, el ejercicio físico/deportivo realizado regularmente debería utilizarse no sólo como una recomendación terapéutica complementaria, para algunas condiciones clínicas (como ansiedad y depresión), ni tampoco sólo como una prescripción médica en casos de hipertensión, trastornos del sueño, diabetes, enfermedades reumáticas, etc. sino que además debe considerarse como un factor clave en la promoción de la salud mental.

Este estudio presenta limitaciones que cabe resaltar: primero, por su naturaleza transversal no permitiría establecer relaciones causa-efecto entre la realización de ejercicio físico/deportivo y bienestar psicológico. Por lo tanto, cabe hipotetizar que si existen tendencias de asociación, estas podrían interpretarse bidireccionalmente, es decir, se toma la posibilidad de que los participantes que más ejercicio practican se sientan mejor psicológicamente, pero también de que sean los participantes psicológicamente más sanos los que tengan una actitud más dinámica y por lo tanto se involucren en más actividades físicas.

Además es probable que interfiriera en los resultados el modo en que se ha valorado el bienestar psicológico ya que la escala utilizada es de autoinforme y por lo tanto, las respuestas de los sujetos tal vez no reflejen con exactitud su situación real.

Realizadas estas salvedades, se puede pensar que la investigación futura podría ir encaminada a determinar las características específicas del ejercicio físico y el deporte que resultan significativas, esto es, la duración de cada sesión de ejercicio, el número de sesiones a la semana, la intensidad, la modalidad practicada, etc., que serían más idóneas para potenciar las diversas dimensiones del bienestar psicológico evaluadas en los distintos segmentos poblacionales, ajustando cada tipo de ejercicio físico a cada segmento poblacional específico.

Finalmente, habría que señalar la necesidad de potenciar los estudios longitudinales centrados en el seguimiento a largo plazo de los efectos del ejercicio físico sobre el bienestar, considerando para la valoración de estos parámetros tanto medidas subjetivas como objetivas (estandarizadas).

El presente trabajo espera ser el comienzo de investigaciones futuras que amplíen la información sobre la importancia de la realización de ejercicio físico/deportivo en la vida cotidiana, en personas de todas las edades, para que así se implemente cada vez más como un valor en las sociedades, comunidades y familias, dándole un lugar de especial importancia dentro de el ámbito de promoción de la salud en general y la salud mental y bienestar psicológico en particular.

BIBLIOGRAFÍA

- Antonelli, F. y Salvini, A. (1978). "Psicología del Deporte". Fundación Argentina de Psicología Aplicada al Deporte, Bs. As. Argentina: Ed. Miñón.
- Asid, M. L., (2004). *Bienestar psicológico, una aproximación a la psicología de la salud*. Tesina de Licenciatura para optar al título de Licenciado en Psicología, Universidad del Aconcagua, Mendoza, Argentina.
- Ballester Arnal, R. (1997). *"Introducción a la psicología de la salud"*. Valencia: Promolibro.
- Brannon, L. y Feist, J., (2001). *"Psicología de la Salud"*. Ed Paraninfo.
- Calabro, D., (2009, Octubre 11) ¿Se puede construir la felicidad? *Revista Nueva*, p. 58-61.
- Cantón Chirivella, E., (2001). Deporte, salud, bienestar y calidad de vida. *Cuadernos de Psicología del Deporte, 1*, Vol. 1. Universidad de Valencia, España.
- Caracatuel Tubio, J. C., (2008). Efectos psicológicos derivados de la práctica de ejercicio físico y el deporte. Facultad de Psicología, Universidad de Sevilla. Departamento de Psicología Experimental.
- Carrasco, A., García, A. y Brustand, R., (2009). Estado del arte y perspectiva actual del concepto de bienestar psicológico en psicología del deporte. *Revista Latinoamericana de Psicología, 2*, Vol. 41, pp. 335-347.
- Carrasco, M. C. y Redolat, R. (1998). *"¿Es la plasticidad cerebral un factor crítico en el tratamiento de las alteraciones cognitivas asociadas al envejecimiento?"*, Anales de psicología, Vol 14, Nº 1, pp. 45-53, Valencia.
- Casullo, M. M. (2002). *"Evaluación de bienestar psicológico en iberoamérica"*. Bs. As: Ed. Paidós.
- Colomer Revuelta, C. y Álvarez-Dardet Díaz, C., (2001). *"Promoción de la salud y cambio social"*. Barcelona: Ed. Masson.
- Cuadra, H. y Florenzano, R. (2003). El Bienestar Psicológico: Hacia una psicología positiva. En *Revista de Psicología, 12*, pp. 83-96. Universidad de Chile.
- Delmonte, H., (2004). Prevención cardiovascular. En A. L. Martire, J. V. Bayo, D. J. Fusaro y cols., *Terapia hormonal y medicina preventiva durante el climaterio*, (pp. 207-234), Bs. As.: Ed. Ascuné Hnos.

- Díaz Morales, J. F., Sánchez López, M. P. (2001). "Relevancia de los estilos de personalidad y las metas personales en la predicción de la satisfacción vital", *Anales de psicología*, Vol 17, Nº 2, pp. 151-158, Madrid.
- Frankl, V. E. (1966). *"Psicoanálisis y existencialismo"*. Fondo de Cultura Económica, México.
- Frankl, V. E. (1979). *"El hombre en busca de sentido"*. Barcelona: Ed. Herder.
- Gallar, M., (2002). *"Promoción de la Salud y Apoyo Psicológico al Paciente"*, Editorial THOMSON, Paraninfo
- García Martín, M. A., (2002). El Bienestar Subjetivo. *Escritos de psicología*, 6, pp. 18-39. Málaga.
- Giraldez, S., (1990). Redes de soporte social y salud, *Psicothema*, 2, Vol. 2, (pp. 113-135).
- Grabín, E.; Garber, M.; Arialdi, G. y Torreiro, M., (1986). "Prevención Primaria, Secundaria y Terciaria Aplicada a la Psicología del Deporte", *Rev. Arg. Med. Dep.*, Vol. IX, Nº 28
- Jimenez, M., Martínez, P., Miró, E. y Sánchez, A., (2008). Bienestar psicológico y hábitos saludables: ¿Están asociados a la práctica de ejercicio físico? *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 1, Vol. 8, pp. 185-202.
- Längle, Alfried, (2000, Mayo) *"Las motivaciones fundamentales de la existencia"*. Seminario presentado en la Ciudad de Buenos Aires. Traducción: Caprio, Graciela.
- Längle, Alfried, (2003), *"El arte de develar la persona"*. En *European Psychotherapy*, Vol 4, Nº 1, pp. 47-58, München: CIP: Medien. Traducción: Caprio, Graciela.
- Längle, Alfried, (2008), *"Vivir con sentido Aplicación práctica de la logoterapia"*. Bs. As. México: Ed. Lumen.
- Lawther, John D., (1987), *"Psicología del deporte y del deportista"*. Barcelona: Ed. Paidós.
- León, O. y Montero, I. (1997). *"Diseño de Investigaciones"* Madrid: Mc Graw-Hill /Interamericana de España.
- León Zarseño, E., (2008). *Motivación de conductas prosociales en la escuela a través del deporte*. Tesis de Doctorado para obtener el título de Doctor en Psicología, Universidad de Valencia, Facultad de Psicología, Departamento de Psicología Básica, Servicio de Publicaciones, España.

- Moguilevsky, J., (2005). Psicoimmunoneuroendocrinología de la menopausia. En N. O. Siseles, *Información y formación para el manejo actual de la mujer en su climaterio* (pp. 65-77). Bs. As.: Ed Ascune Hnos.
- Moscoso Sánchez, D. y Moyano Estrada, E., (2009). Deporte, salud y calidad de vida. *Colección de Estudios Sociales*, 26, Barcelona: Fundación "la Caixa".
- Moyano Díaz, E. y Ramos Alvarado, A., (2007). Bienestar subjetivo: Midiendo satisfacción vital, felicidad y salud en la población chilena de la región de Maule. *Revista Universum*, 22, Vol: 2 [Versión On-Line].
- Organización Mundial de la Salud, (1986, Noviembre). *"Carta de Ottawa para la promoción de la salud"*. Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud: Ottawa, Canadá.
- Organización Mundial de la Salud, (1998). *"Glosario de promoción de la salud"*.
- Oro, O. R., (1998). *"Psicología Preventiva"*. Buenos Aires: Fundación Argentina de Logoterapia.
- Pareja Herrera, L. G. (2006). El concepto de ser humano en el análisis existencial y la logoterapia de Viktor Frankl. En *"Viktor Frankl Comunicación y Resistencia"*, pp.129-222 , Bs. As.: Ed. San Pablo.
- Pichón Riviere, Enrique, (1967) *"Psicología de la vida cotidiana"*. Bs. As.: Ed. Galerna.
- Rodríguez, E., (2008). *Teatro y bienestar psicológico*. Tesina de Licenciatura para optar al título de Licenciado en Psicología, Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua, Mendoza, Argentina.
- Sampieri, R.; Collado, C. y Lucio, P. (1998) *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Sánchez Delgado, J. C. (2006) *"Definición y clasificación de actividad física y salud"*. PubliCE Standard. Pid: 704.
<http://www.actividadfisica.net/actividadfisica-definicion-clasificacion-actividad-fisica.html>
- Seligman, Martin (2005). *"La auténtica felicidad"*. Barcelona, España: Ed. Byblos.
- Sinay, S., (2009, Septiembre 28). En busca del tiempo perdido. *La Nación Revista*, p. 20-28.
- Toscano, W. y Rodríguez de la Vega, L., (2008). Actividad física y calidad de vida. *Revista Académica Holagramática*, 9, Vol. 1, pp. 3-17.
- Videla, Mirta (1991). *"Prevención"*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Cinco.

- Wikipedia. Enciclopedia Libre.
- Zubieta, E. y Fernández, I., (2000). Síntomas de Salud Física. En D. Páez (Comp.), *“Manual de Psicología social y salud”*. San Sebastian: Departamento de psicología social y metodología de las ciencias del comportamiento. Universidad del país Vasco.