

EXCLUIDO DE PRÉSTAMO

Rd. 723
S
PI-183



UNIVERSIDAD REY JUAN CARLOS

Instituto Universitario de la Danza "Alicia Alonso"

CURSO 2010-2011

LA ANSIEDAD EN EL BAILARIN PROFESIONAL

PAULA DE CASTRO FERNANDEZ

DIRECTOR

DR. AMADOR CERNUDA LAGO



RESUMEN

Con este trabajo hemos querido estudiar de forma precisa el nivel de Ansiedad Rasgo en el bailarín profesional. Para ello se han escogido bailarines profesionales de tres compañías de danza internacionalmente reconocidas: la Compañía Nacional de Danza (CND) en España , el Ballet de l'Opéra de Nice (BON), en Francia y el Béjart Ballet Lausanne (BBL), en Suiza. Tras una contextualización del concepto de ansiedad y de los estudios realizados al respecto desde el ángulo de la Psicología del Deporte, se describe el proceso de investigación sobre los niveles de Ansiedad Rasgo en el bailarín profesional confirmado. Los resultados obtenidos confirman nuestra hipótesis, la cual se basa en el bajo nivel de AR que el bailarín profesional presenta (10 centiles de media), equiparable al del deportista de competición. También se han observado aspectos relativos a la correspondencia entre el bajo nivel de AR del bailarín y su mayor capacidad para conseguir una correcta ejecución. Finalmente se propone una profundización del presente estudio que incorpore múltiples aspectos psicológicos del profesional de la danza para continuar las investigaciones en esta línea, con el fin de aplicar los métodos psicológicos de control del estrés y de la ansiedad a la danza profesional, tal y como se viene haciendo con el deporte de élite desde hace varias décadas con gran éxito.

INDICE

1. INTRODUCCION	5
2. MARCO TEORICO	9
2.1. Concepto de Ansiedad	9
2.1.1. Ansiedad y otros procesos psicológicos próximos.....	9
2.1.2. ¿Hay que diferenciar la Angustia de la Ansiedad?	10
2.1.3. La Ansiedad: de lo normal a lo patológico	11
2.2. Historia Medical de la Ansiedad	12
2.3. Clasificación actual de los trastornos de la Ansiedad	13
2.4. Enfoque biológico de la Ansiedad	14
2.5. Fisiología del Estrés y de la Ansiedad	15
2.6. Lo innato y lo adquirido	16
2.6.1. Personalidad y temperamento ansioso	16
2.6.2. Factores hereditarios y familiares	17
2.7. Dimensiones de la Ansiedad	18
2.8. Teorías psicológicas sobre la Ansiedad	19
2.8.1. Teorías psicodinámicas	19
2.8.2. Teorías conductuales.....	22
2.8.3. Teorías cognitivas	26
2.8.3.1. Sesgos cognitivos y Ansiedad	27
2.8.3.2. Emoción e imagen: procesamiento bioinformacional	27
2.9. Síntomas clínicos de la Ansiedad	28
2.9.1. A nivel motor	29
2.9.2. A nivel fisiológico.....	29
2.9.3. A nivel cognitivo.....	29
2.10. Tipos de Ansiedad	30
2.11. Psicología del Deporte	31
2.11.1. Teorías de la Psicología del Deporte	32

2.11.2. El atleta de alto nivel	34
2.12. El bailarín: un atleta de alto nivel	34
2.13. Ansiedad y deporte de alto nivel	35
2.14. Ansiedad y nivel de Arousal en Ballet	37
3. ESTUDIO EMPIRICO	41
3.1. Hipótesis	41
3.2. Metodología	41
3.2.1. Muestra	41
3.2.2. Instrumentos	41
3.2.3. Procedimiento	42
3.3. Resultados.....	42
3.4. Discusión	43
3.5. Conclusiones y recomendaciones	45
BIBLIOGRAFIA	47
ANEXOS	56

Cuadros, 56

- Cuadro 2.1. TRASTORNOS DE ANSIEDAD SEGÚN LA DSM-IV TR..... 56
- Cuadro 3.1. RESULTADOS DEL TEST STAI de SPIELBERGER.....57
- Cuadro 3.2. VALORES PORCENTUALES DE LA AR DE LOS SUJETOS DE LA MUESTRA..... 59

Gráficos 60

- Gráfico 3.1. VALORES PORCENTUALES DE LA AR DE LOS SUJETOS DE LA MUESTRA 60
- Gráfico 3.2. AR Y EXPERIENCIA PROFESIONAL 61
- Gráfico 3.3. NIVEL DE AR SEGÚN LA PROCEDENCIA PROFESIONAL..... 62
- Gráfico 3.4. . COMPARACIÓN ENTRE EDADES Y COMPAÑÍA DE PROCEDENCIA DE LOS SUJETOS 63

1. INTRODUCCION

Desde hace ya varias décadas, la mayoría de los equipos deportivos profesionales en Estados Unidos confían la preparación mental de sus jugadores a psicólogos especializados. En Europa se empieza a penas a tomar conciencia de la importancia de la preparación mental en el deporte, donde el fenómeno es más marcado en las modalidades individuales (tenis, judo, esgrima, golf, etc.).

Por supuesto que resulta un tanto utópico esperar que cada equipo, sea cual sea su tamaño e importancia, tenga acceso a la asistencia de un profesional de la Psicología especializado en su campo; sin embargo, la idea no está tan lejos de la realidad, sobre todo si tenemos en cuenta que profesionales especializados como médicos, osteópatas y fisioterapeutas ya forman parte integrante de cualquier equipo o asociación deportiva que se precie.

En una sociedad que se considera tan avanzada como la nuestra, la desconfianza sigue reinando en torno a la potencia mental del ser humano: se subestima el poder de la mente sobre el cuerpo, no queriendo ver obviedades que resultarían peligrosas para muchos colectivos.

La danza es una disciplina artística basada en una técnica corporal tan dura y exigente como la de cualquier deporte, o quizá aún más; su dimensión física se asemeja a la de una actividad deportiva a nivel de competición, es decir, que un bailarín profesional puede ser equiparado a un deportista de élite.

Por ello, podemos pensar que, si la ardua preparación física que uno y otro reciben son bien similares (cada vez se utilizan más técnicas de entrenamiento comunes), quizá también necesiten un apoyo psicológico similar.

Se han realizado estudios sobre la relación entre la personalidad del deportista y el nivel de su "performance" deportiva. Algunas de las conclusiones de esos estudios resultan inesperadas y altamente interesantes: "Numerosos rasgos de personalidad oponen a deportistas y no deportistas"; "Las personas con ciertos rasgos de personalidad se sienten atraídas por el deporte"; "Según el tipo de deporte, los atletas presentan perfiles de personalidad diferentes"; "En algunos deportes, existe una relación entre la personalidad del

jugador y el puesto que ocupa en el campo”; “Es posible distinguir atletas de alto nivel de los de nivel inferior basándose en criterios de personalidad”; “Las atletas femeninas se asemejan mucho a los atletas masculinos en términos de personalidad”, etc.

Si un rasgo de personalidad es una disposición relativamente permanente, el estado de ánimo es una respuesta psicológica bastante efímera a un estímulo externo, que interviene en una situación dada.

En el caso de los deportistas, se suelen estudiar los diferentes estados de ánimo como: tensión/ansiedad, depresión/melancolía, odio/hostilidad/angustia, vigor/actividad, fatiga/inercia y confusión/desconcierto (observados con el test POMS, por ejemplo). El perfil de estado de ánimo del deportista de élite es denominado perfil de iceberg, porque todos los estados negativos se sitúan bajo la media de la población estándar, mientras que el vigor se encuentra por encima. A través de los diversos modelos teóricos que se han elaborado, se ha demostrado la influencia del estado de ánimo sobre el comportamiento del deportista. La depresión aparece como una variable moderadora que condiciona la influencia de los otros estados de ánimo sobre el resultado deportivo. Parece que la depresión amplifica los efectos negativos del estado anímico sobre dichos resultados.

Otro aspecto primordial en el seguimiento psicológico del deportista es el de la gestión del estrés y de la ansiedad.

La relación entre estrés y ansiedad depende del mecanismo del estrés. Si se produce un desequilibrio entre una situación potencialmente estresante y los recursos disponibles percibidos por el individuo para hacerle frente, se produce entonces la respuesta de estrés. La respuesta es el estrés negativo o ansiedad situacional. La ansiedad está estrechamente relacionada con la personalidad del individuo y la situación. La ansiedad que aparece frente a una situación de competición es denominada “ansiedad situacional precompetitiva”. Sus principales antecedentes son el miedo al fracaso y el miedo al juicio social negativo. Pero también existen otras causas: el miedo a lesionarse, la ambigüedad, la perturbación de una rutina, la dificultad de la tarea y diversas variables de personalidad. Todo comportamiento que ayude a un individuo a controlar una situación estresante se considera un comportamiento de “coping”.

A lo largo de mis casi 20 años de vida profesional como bailarina a nivel internacional, he podido constatar la gran ambigüedad del mundo de la danza: el bailarín es un individuo que

vive en constante contradicción física y mental, en continua búsqueda de un equilibrio emocional que se le exige intacto por un lado (la dura disciplina física, que sobrepasa incluso la de la mayoría de los deportes de élite, un enorme autocontrol, un contexto de trabajo basado en jerarquías arcaizantes y conductas despóticas, etc.), al tiempo que se le exige una hipersensibilidad artística y un vaivén emocional extremo que colme la demanda expresiva. Si además añadimos la enorme presión psicológica, tanto la inherente a la persona (ambición personal, miedo a la autodecepción, a las lesiones) como la externa (exigencias de los superiores, alta y constante competitividad, miedo al fracaso, miedo a las críticas, a la pérdida del “estatus”...), resulta obvio que la danza posee todas las características del deporte de élite sumadas a las de una exigente disciplina artística.

La evolución de la danza desde sus orígenes ha sido lenta y parca; con la excusa del respeto de la “Tradición del Ballet”, tan sagrada como errónea en muchos aspectos, el trabajo puramente físico en danza ha comenzado apenas a desarrollarse estas últimas décadas. Se ha tomado ejemplo de otras disciplinas deportivas que ganaban terreno a gran velocidad (como la gimnasia, entre otras), y se han aplicado ciertos métodos de entrenamiento, adaptados a las exigencias de la danza. Por desgracia, este campo sigue falto de investigación y desarrollo.

Sin embargo, en lo que aún no se ha tomado absolutamente ningún tipo de iniciativa, es en el campo del “entrenamiento” psicológico del bailarín. Como se ha explicado anteriormente, el atleta de élite recibe una preparación y un seguimiento a nivel psicológico, además de su entrenamiento físico específico; esto no se ha aplicado todavía en el ámbito de la danza de forma sistemática.

Son tantos los aspectos de la vida diaria del bailarín que evidencian la necesidad imperiosa de una asistencia psicológica, que parece increíble que todavía no se haya dado el paso a su integración en el entrenamiento profesional.

De la misma forma que un atleta olímpico es preparado mentalmente para sus competiciones, entrenamientos, épocas de lesiones, de pausas, etc., los bailarines profesionales, especialmente aquéllos que por su posición asumen más responsabilidades y, por tanto, más presiones, deberían beneficiarse de un seguimiento y una preparación psicológica específica y personalizada.

Para ello, el primer paso es estudiar el bailarín desde el punto de vista psicológico, investigar todos los aspectos que constituyen su personalidad (su perfil) y sobre todo

identificar sus necesidades en relación con las exigencias artísticas y “atléticas” propias de su trabajo diario.

Uno de los factores estudiados por la Psicología del Deporte es la influencia que los altos niveles de ansiedad del deportista ejercen sobre su rendimiento. Con el fin de optimizarlo al máximo, es necesario aprender a controlar el estrés y la ansiedad durante los entrenamientos y, sobre todo, durante la competición.

En esta línea ubicamos nuestra tesis, que intenta aplicar los métodos de investigación de la Psicología del Deporte a la Danza y a los bailarines, esperando que éste sea solo el comienzo de una relación profunda y fructífera entre el Arte y la Ciencia.

2. MARCO TEORICO

2.1. CONCEPTO DE ANSIEDAD

2.1.1. ANSIEDAD Y OTROS PROCESOS PSICOLÓGICOS PRÓXIMOS

Desde sus primeras conceptualizaciones, la ansiedad ha constituido una cuestión de fuerte controversia y por eso ha sido, y es en la actualidad, un tópico central de reflexión y de investigación desde distintos puntos de vista y aproximaciones psicológicas (Barlow, 1991; Eysenck, 1991; Gray, 1991; Watson, Weber, Assenheimer, Clark, Strauss y McCormick, 1995).

Una cuestión importante que conviene mencionar en el inicio de este apartado es la relación existente entre tres fenómenos psicológicos: ansiedad, miedo y estrés. Estos tres fenómenos comparten muchos procesos neurales (por ejemplo, la implicación de la amígdala) y funcionales. Estos últimos se encuentran definidos por tres componentes comunes: *experiencia subjetiva*, que constituye el sentimiento emocional, *manifestación conductual*, que puede verse reflejada en la respuesta de evitación o escape como respuestas más relevantes, y por último, *las reacciones fisiológicas* (para una revisión véase Lang, 1968, 1984). Las diferencias entre los tres procesos no son fácilmente definibles y esta dificultad a menudo hace complicado conocer qué fenómeno experimenta una persona en un momento determinado.

No obstante, y con el fin de enmarcar el concepto de ansiedad, intentaremos reflejar aquí algunas diferencias entre estos tres procesos que parecen mayoritariamente aceptadas.

La ansiedad y el miedo difieren en que mientras este último es una reacción normal y común producida por un evento amenazante que habitualmente se identifica con facilidad (Öhman, 2000), la ansiedad se materializa en una respuesta exagerada de miedo a eventos no siempre identificables o que se produce ante situaciones inapropiadas (Ledoux, 1998; Öhman, 1992). Adicionalmente, en la ansiedad suele estar presente un componente anticipatorio ante la potencial amenaza de un estímulo (Epstein, 1972; Mandler, 1975). Un aspecto que diferencia a la ansiedad (y también al miedo) del estrés, es el peso tan importante que tiene en esta última respuesta el componente fisiológico. En cambio, tanto en la ansiedad como en el miedo, aunque poseen un claro componente fisiológico, el componente psicológico resulta

central. Por otro lado, también el estrés, al igual que el miedo, constituye, en principio una respuesta normal o no patológica del organismo para hacer frente a las demandas que le impone el entorno (estresores), poseyendo además un carácter adaptativo. El estrés únicamente puede convertirse en una condición patológica si las respuestas de adaptación del individuo se prolongan excesivamente en el tiempo y no son suficientes para hacer frente a los estresores, especialmente si se perciben como indicadores de amenaza o daño (Lazarus, 1993). Por lo tanto, en un principio, el estrés y el miedo se consideran como condiciones no patológicas al contrario que la ansiedad.

2.1.2. ¿HAY QUE DIFERENCIAR LA ANGUSTIA DE LA ANSIEDAD?

La psiquiatría ha conservado durante mucho tiempo una distinción entre ambos términos: la ansiedad está reservada a la vertiente psicológica (derivada del término *anxietas*), la angustia lo sería al somático (origen latino común con el término médico *angor*, proveniente del término *angustia*, que designa un pasaje estrecho), con una idea de opresión física.

Según Maurey (1998), la angustia es una constante en la existencia humana, está considerada como normal e incluso puede ser estimulante. “En la ansiedad, existe una espera, una anticipación de algún acontecimiento o serie de acontecimientos inquietantes. La incertidumbre está presente. La ansiedad hace pensar también en duda e inquietud. No es lo mismo decirse ansioso sobre su futuro o estar angustiado al respecto. Parece que la angustia se refiere a cosas más fundamentales y considerada mucho más seria, en el sentido de peligrosa y amenazante, que la ansiedad.” Se evoca una diferencia de naturaleza entre los dos términos, ocupando la angustia un lugar algo más metafísico.

La angustia se utiliza a veces para expresar una ansiedad intensa, una distinción de orden cuantitativo. Es la duración del fenómeno lo que las distingue: la angustia sería más bien un fenómeno agudo y la ansiedad más duradero.

Las recientes clasificaciones psiquiátricas retienen principalmente el término ansiedad en sus descripciones clínicas.

2.1.3. LA ANSIEDAD: DE LO NORMAL A LO PATOLÓGICO

La ansiedad no es patológica en sí misma y se inscribe en el registro emocional humano normal. La ansiedad ligada al estrés de la vida cotidiana, como el relativo a dificultades financieras, profesionales, familiares o de salud es legítimo y comprensible. Existen en efecto verdaderas “enfermedades de la ansiedad”, que se caracterizan sobre todo por la persistencia en el tiempo de sus manifestaciones y por su repercusión en la vida del individuo (sufrimiento subjetivo, hándicap social o profesional, etc.). Es pues importante delimitar la normalidad y lo patológico. En el plano cualitativo, ciertos síntomas psicológicos son complejos y se alejan de los experimentados en el momento de la simple aprensión, y deben ser reconocidos. Por ejemplo, los ataques de pánico, las fobias o las obsesiones. En el plano cuantitativo, son las nociones de molestia y de hándicap las que van a definir la patología. Cuando la ansiedad alcanza una intensidad tal que dificulta la vida cotidiana del paciente, que escapa de todo control, estamos en el marco de la ansiedad patológica que debe ser evaluada a partir de criterios diagnósticos lo más precisos posible.

La ansiedad viene acompañada de numerosas modificaciones fisiológicas que permiten reaccionar en situaciones de estrés. Todavía no está claramente establecido que esas modificaciones sean la expresión de la ansiedad o que sean su origen. En cuanto a su mecanismo de formación, es posiblemente debido a numerosos factores psicológicos y fisiológicos.

Podría decirse que la ansiedad es un factor de adaptación que permite encarar situaciones de peligro y de urgencia. Es necesaria frente a la agresión, en las prestaciones y en las pruebas de la vida. Parece indispensable en la acción, el aprendizaje, en la toma de decisiones. A partir de un cierto grado, la ansiedad se vuelve patológica en el sentido de ser invasora e insoportable, y al contrario inhibe y bloquea al individuo en su adaptación frente al mundo que lo rodea.

2.2. HISTORIA MEDICAL DE LA ANSIEDAD

Aunque existen descripciones desde la Antigüedad que podríamos atribuir a la emoción ansiosa, el concepto de ansiedad ha nacido realmente en la Europa del siglo XIX.

Sin ser nombrada, la ansiedad aparece en las neurosis. “enfermedades sin lesiones observables”, introducidas por Cullen, médico escocés, desde 1769.

La primera descripción de un estado ansioso ha sido realizada en un artículo de Morel en 1866 sobre el “delirio emotivo” sin nombrarla, sin embargo.

La agorafobia será identificada en dos artículos sobre el miedo a los espacios de Legrand du Saulle (1875). Beard (1880) describe la neurastenia, que diferencia de la histeria y de hipocondria. El origen estaría ligado al agotamiento nervioso debido a los cambios de vida de la sociedad americana. El cuadro clínico es muy variado y reagrupa junto al agotamiento físico y mental más de 50 síntomas. La ansiedad no aparece como el elemento central, pero es evidente que muchas de las manifestaciones descritas pueden relacionarse con la ansiedad.

Freud, en 1895, aislará de la neurastenia la neurosis de angustia, que corresponde realmente a la primera descripción de ansiosa.

“Nombro este complejo sintomático “neurosis de angustia”, porque el conjunto de sus elementos se agrupa alrededor del síntoma fundamental de la angustia, y porque cada uno posee una relación determinada con la angustia”

El mayor aporte de la identificación de la neurosis de angustia es hacer de la espera ansiosa el síntoma central de una patología hasta entonces considerada como orgánica. Freud propondrá a lo largo de su vida varia teorías muy diferentes sobre la angustia. Su descripción clínica de la neurosis de angustia, de las fóbicas (denominadas “histeria de angustia” y de las compulsivas es muy precisa y cercana a la de los trastornos de ansiedad actuales: ansiedad generalizada y trastorno de pánico, agorafobia, trastorno obsesivo compulsivo. Se trata de la primera clasificación de los trastornos de ansiedad en la que Freud distingue la neurosis de angustia y la neurastenia del lado de las neurosis actuales, y las neurosis fóbicas histéricas y obsesivas del lado de las psiconeurosis de transferencia.

En los años 1920 nace el “Behaviorismo” o conductismo que describe los mecanismos de aprendizaje y del condicionamiento de los comportamientos, y aporta una visión radicalmente diferente de las fobias. Joseph Wolpe (1958), a partir de la hipótesis de que las fobias, y más generalmente las neurosis, corresponden a una respuesta emocional condicionada, propone el primer tratamiento conductista por desensibilización sistemática.

En los años sesenta, el enfoque cognitivo basado en teorías del tratamiento de la información va a enriquecer el modelo conductista. Beck propone que los trastornos psíquicos vienen dados por esquemas cognitivos que conducen a un tratamiento erróneo del contexto. En el ansioso, las cogniciones ansiosas (pensamientos automáticos y monólogos internos ansiosos) conducirían a una interpretación errónea del mundo y de sí mismo que se convertirían en síntomas y trastornos ansiosos específicos.

En 1970, el conductista Marks propone reagrupar las fobias en tres grandes clases: la clínica, la edad de aparición y la evolución. Son: la agorafobia, las fobias sociales y las fobias simples. Desarrollará además las técnicas de exposición en las fobias y las obsesiones-compulsión.

A partir de los años 1980, el interés renacerá por las enfermedades de la ansiedad como los pánicos, las fobias y las obsesiones, debido en parte al gran desarrollo mundial de los fármacos para la ansiedad y a la investigación en neurobiología.

2.3. CLASIFICACION ACTUAL DE LOS TRASTORNOS DE LA ANSIEDAD

La clasificación propuesta por Freud se basa en el concepto de neurosis. Ha sido durante mucho tiempo la referencia para médicos y psiquiatras. Al final de los años 1970, nuevos sistemas de clasificación internacional van a aparecer, introduciendo la noción de trastorno de ansiedad. Actualmente existen dos sistemas de clasificación con criterios específicos para cada categoría que las componen. Ellos son: la 4ª versión del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV-TR)

publicado en 2000, y la 10ª edición de la Clasificación internacional de las enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (CIM-10).

El término de ansiedad aparece en la 7ª edición de la clasificación internacional de las enfermedades en 1955. Los trastornos ansiosos se encuentran en el apartado de los trastornos nerviosos. Contrariamente a la CIM, la clasificación americana de psiquiatría ha prácticamente abandonado el término de neurosis por el de trastornos de ansiedad. (Cuadro 2.1. Trastornos de ansiedad según la DSM-IV-TR)

2.4. ENFOQUE BIOLÓGICO DE LA ANSIEDAD

El desarrollo de la psiquiatría biológica en los años setenta a conducido a investigar sobre las anomalías de sistemas neurobiológicos supuestamente implicados en la ansiedad. Los principales sistemas han sido el sistema simpático, ya que se activa con el miedo y la ansiedad, el sistema del GABA¹ y el sistema de monoaminas² (principalmente la noradrenalina³ y el sistema noradrenergético central, y la serotonina⁴). Esta última hipótesis reposa sobre la implicación de las monoaminas cerebrales en la regulación de grandes funciones vitales y de emociones, y sobre el mecanismo de acción de los antidepresores.

Otra vía de la psiquiatría biológica ha sido la de buscar los mecanismos de la ansiedad a partir de las estructuras cerebrales y de su funcionamiento. Sería tentador, al igual que existen estructuras cerebrales del lenguaje, evidenciar un centro de la ansiedad.

Boulenger (1987) destaca el papel preponderante de conjuntos neurofuncionales que forman parte del sistema límbico⁵ y que están estrechamente conectados a él, como el sistema septohipocámpico⁶ y del locus coeruleus⁷.

¹ GABA: Acido gama-aminobutírico

² Neurotransmisores del cerebro

³ Es una hormona secretada por las glándulas suprarrenales. Aumenta la tensión arterial y la frecuencia y la profundidad de la respiración, aumenta los niveles de azúcar en sangre y disminuye la actividad del intestino.

⁴ Monoamina neurotransmisora sintetizada en las neuronas serotoninérgicas en el Sistema Nervioso Central (SNC) y las células enterocromafines (células de Kulchitsky) en el tracto gastrointestinal de los animales y del ser humano.

⁵ Sistema formado por varias estructuras cerebrales que gestiona respuestas fisiológicas ante estímulos emocionales

⁶ El hipocampo es un área de la corteza cerebral localizada en el interior de la parte medial o interna del lóbulo temporal, bajo la superficie cortical.

⁷ Localizado en el tallo cerebral, en la parte rostralateral de la protuberancia en la región gris central, bajo el suelo del IV ventrículo, involucrada en la respuesta al pánico y al estrés.

Este campo, actualmente en pleno auge gracias a los progresos considerables realizados en las ciencias cognitivas y en la imagen cerebral, se encuentra sin embargo en una fase de desarrollo, tanto en sus resultados como en las aplicaciones terapéuticas concretas que podrían derivarse.

Otra vía de conocimiento concierne la biología de los mecanismos de condicionamiento del miedo. El miedo se basa sobre una red neuronal en el que la amígdala⁸ parece tener el papel de director de orquesta. Esta red comprende la amígdala y sus proyecciones, el hipocampo y el córtex prefrontal, que parecen ser zonas sensibles en los sujetos que sufren de ansiedad.

2.5. FISILOGIA DEL ESTRÉS Y DE LA ANSIEDAD

Desde los años 1990, la tentativa de explicación de la biología de la ansiedad es la de buscar en los mecanismos neurobiológicos de la respuesta al estrés.

Varios autores han encontrado una analogía entre el papel del estrés sobre la ansiedad y el fenómeno de la sensibilización neuronal. La sensibilización neuronal es un fenómeno neurofisiológico que describe la modificación en el tiempo de la respuesta a la estimulación de grupos neuronales. Eric Kandel (1983), galardonado con el premio Nobel, ha propuesto una analogía entre los fenómenos de sensibilización neuronal y la ansiedad crónica y anticipativa en el hombre. El estrés podría intervenir a dos niveles en este modelo: primeramente de forma directa en los fenómenos de sensibilización a partir de un modelo estímulo-respuesta, y después en la expresión de los genes implicados en los mecanismos bioquímicos de la sensibilización.

⁸ Conjunto de núcleos de neuronas localizadas en la profundidad de los lóbulos temporales de los vertebrados complejos, incluidos los humanos. La amígdala forma parte del sistema límbico y su papel principal es el procesamiento y almacenamiento de reacciones emocionales

2.6. LO INNATO Y LO ADQUIRIDO

Podemos observar que las hipótesis etiológicas sobre la ansiedad propuestas desde el siglo XIX son muy variadas. La cuestión fundamental es saber si se nace ansioso o si el individuo se vuelve ansioso.

2.6.1. PERSONALIDAD Y TEMPERAMENTO ANSIOSO

Parece que la ansiedad, en muchos casos, no se presenta como un episodio transitorio sino como una condición duradera. Spielberger, en los años 1970, propone hacer una distinción entre la ansiedad rasgo y la ansiedad estado. Desarrolló además un test, el STAI que permite evaluar la ansiedad estado y rasgo en un mismo sujeto.

Podemos a veces encontrar en los individuos emociones, miedos, signos físicos de ansiedad pero también pensamientos que se confunden con su carácter y su personalidad.

Sobre un plano psicopatológico, la personalidad puede ser abordada de dos formas: bajo la forma de trastorno de la personalidad definida a través de criterios precisos de igual manera que para los trastornos (enfoca categórico), o considerando los rasgos de personalidad (enfoque dimensional).

Los trastornos de personalidad solo constituyen trastornos si son rígidos e inadaptados, y si causan un sufrimiento subjetivo y/o una alteración significativa del funcionamiento.

Se han descrito diez trastornos de la personalidad (paranoico, narcisista, esquizoide, esquizotípico, antisocial, borderline, histriónico, evitante, dependiente, obsesiva-compulsiva). Generalmente, las personalidades dependientes, evitantes y obsesivas-compulsivas identifican a las personas ansiosas y temerosas.

El estudio de la personalidad interroga sobre el carácter innato de la ansiedad y sobre la intervención del determinismo biológico con la noción de temperamento. El temperamento testificaría sobre la parte genética de la personalidad manifestándose de forma precoz.

Según Kagan, el temperamento designa las reacciones comportamentales y emocionales que aparecen de forma precoz y están en parte influenciadas por la genética (predisposición psicobiológica). El temperamento varía según los individuos, y es más o menos estable en el tiempo y según las situaciones. Kagan a demostrado que el comportamiento de inhibición comportamental en el niño era estable en el tiempo y que aumentaría el riesgo de la aparición

de un trastorno de la ansiedad en la edad adulta. Según y como respuesta a su propio temperamento y a su propia ansiedad, los padres de esos niños desarrollan una ligazón, actitudes relacionales y actitudes educativas susceptibles de reforzar o de mantener la ansiedad.

Ciertos autores han propuesto otros modelos de temperamento ansioso. Una tipología de base innata prepararía bajo ciertas condiciones el sujeto a la ansiedad y los diferentes síntomas se organizarían en función de los acontecimientos, y de las capacidades de adaptación del sujeto. Hantouche propone abordar la ansiedad generalizada como una exageración de un temperamento ansioso caracterizado por una hipersensibilidad al peligro, rasgos evitantes y sensitivos, un temperamento ansio-evitante, ansio-fóbico y ansio-sensitivo.

En la perspectiva de un enfoque dimensional de la personalidad, Young ha propuesto un enfoque de la personalidad a partir de la teoría de los esquemas. Esquemas disfuncionales precoces se instalan durante la infancia, guían la estructuración de la persona y se extienden durante toda su vida. Poseen una función adaptativa y se estructuran a partir de necesidades del niño durante su desarrollo (las necesidades principales son el ser reconocido, animado y amado, sentirse en seguridad, poder expresar sus sentimientos y sus deseos, acceder a la autonomía y a la confianza en sí mismo). Si estas necesidades no son cubiertas, los esquemas se activan y pueden conducir a patologías. Los esquemas descritos por Young pueden asimilarse a rasgos o dimensiones de la personalidad activadas en cada uno de forma variable, y correspondientes a una personalidad singular.

2.6.2. FACTORES HEREDITARIOS Y FAMILIARES

Parece que los trastornos de ansiedad son más frecuentes en las familias de ansiosos, según los estudios epidemiológicos. Por el momento, ninguna hipótesis genética válida puede ser retenida, porque los modelos biológicos son desconocidos, y porque la participación de otros factores psicológicos y ambientales, entre los cuales la interacción familiar y la educación, es evidente. Por el momento, se mantiene el carácter "familiar" de la ansiedad, con una participación supuesta de factores de predisposición biológica, ambientales y educacionales (Gorwood, 1998).

El modo educativo interviene ciertamente, y aunque es difícil definir un estilo parental ansioso, encontramos a menudo madres sobreprotectoras y padres poco cálidos, que reducen las

experiencias de socialización y favorecen la dependencia. Encontramos en las familias más conflictos y más síntomas ansiosos en los padres mismos.

De la misma forma, los adultos interrogados de forma retrospectiva sobre su infancia describen de forma significativa un ambiente familiar poco caluroso, sobreprotector y rígido. Estos resultados muestran la existencia de disfuncionamientos en el ambiente familiar de niños ansiosos, Sin embargo, el comportamiento de los padres y los trastornos del niño ejercen una influencia recíproca sobre la percepción de cada uno.

2.7. DIMENSIONES DE LA ANSIEDAD

La ansiedad no es un fenómeno unitario. Se manifiesta de manera similar a otras emociones, conjugando tres sistemas de repuestas o dimensiones.

- **DIMENSION SUBJETIVO – COGNITIVA**

Es el componente que tiene que ver con la propia experiencia interna, e incluye un espectro de variables relacionadas con la percepción y evaluación subjetiva de los estímulos y estados asociados con la ansiedad. A esta dimensión pertenecen las experiencias de miedo, pánico, alarma, inquietud, aprensión, obsesiones y pensamientos intrusivos de tipo catastrófico (Sandin y Chorort, 1995). Se le concede a esta dimensión la función de percibir y evaluar los estímulos y/o las manifestaciones ansiosas para su valoración y consecuente búsqueda de repuestas. Es decir que la apreciación subjetiva de las otras dimensiones es lo que permite que determinada persona pueda saber que hay una alteración ansiosa.

- **DIMENSION FISIOLÓGICO – SOMÁTICA**

La ansiedad se acompaña invariablemente de cambios y activaciones fisiológicas de tipo externo (sudoración, dilatación pupilar, temblor, tensión muscular, palidez facial, entre otros),

interno (aceleración del ritmo cardiaco y respiratorio, descenso de la salivación, entre otros), e involuntarios o parcialmente voluntarios (palpitaciones, temblor, vómitos, desmayos, entre otros). Estas alteraciones se perciben subjetivamente de forma desagradable y ayudan a conformar el estado subjetivo de ansiedad (Sandin y Chorot 1995).

- **DIMENSION MOTOR – CONDUCTUAL**

Se refiere a los cambios de conducta observables que incluyen la expresión facial, movimientos y posturas corporales, aunque principalmente se refiere a las respuestas de evitación y escape de la situación generadora de ansiedad.

2.8. TEORÍAS PSICOLÓGICAS SOBRE LA ANSIEDAD

Son muchos los modelos teóricos que han tratado de explicar el fenómeno de la ansiedad. A continuación se revisan los principales de entre ellos.

- **2.8.1. TEORIAS PSICODINAMICAS**

Desde una perspectiva psicodinámica los principales determinantes de los trastornos de ansiedad son los eventos intrapsíquicos y las motivaciones del inconsciente. Así la teoría freudiana sobre la naturaleza y etiología de la ansiedad se basaba en un modelo estructural constituido por las tres instancias psíquicas denominadas: “Ello”; “Yo” y “Súper yo”. Freud elaboró a lo largo de su vida tres teorías de la ansiedad:

- **Teoría de la Transformación:**

En el curso de su práctica clínica Freud encontró que algunos pacientes desarrollaban neurosis de ansiedad en relación con prácticas sexuales que impedían la descarga de la energía libidinosa en el orgasmo (continencia, coito interrumpido, etc.), lo que le llevó a atribuir los síntomas de la ansiedad a una acumulación de la libido reprimida que acaba transformándose, señalando que esta transformación era estrictamente somática, es decir, debida a un proceso fisiológico y no psicológico. Esta teoría es conocida como la “hipótesis de la transformación” de la ansiedad, enfatizándose el hecho de que la magnitud e intensidad de la ansiedad se encuentran directamente relacionadas con la magnitud e intensidad de la energía libidinosa reprimida.

En 1910 Freud reformula su teoría y propone que la ansiedad está relacionada con la traumática experiencia del nacimiento, ya que según Freud, el nacimiento es el primer acontecimiento peligroso al que el hombre tiene que enfrentarse en la vida y lo que se produce es una premonición de la emoción que nosotros llamamos ansiedad.

Esta hipótesis presenta ya dos elementos determinantes en las posteriores formulaciones de Freud sobre la ansiedad:

1. La ansiedad es vista como una reacción ante un peligro externo.
2. La ansiedad en el adulto es un reflejo de experiencias afectivas desagradables en los primeros años de vida.

• Teoría de la Ansiedad Señal

Freud (1926) reformula una vez más la hipótesis sobre la ansiedad con el fin de adecuarla a su teoría estructural del aparato psíquico. En esa nueva hipótesis Freud distingue dos tipos de ansiedad: “ansiedad automática”, que se da cuando el individuo se enfrenta a un peligro extremo, y la “ansiedad señal”, que tiene lugar cuando el individuo anticipa una posible amenaza futura, la cual actúa como una señal para que el individuo remedie la situación. El peligro puede ser externo o interno, un deseo inconsciente o un impulso reprimido, en cuyo caso se ponen en marcha los mecanismos de defensa del Yo con el fin de contener un impulso temido que esta fuera de control.

La ansiedad señal puede dar lugar a la utilización de la represión como mecanismo de defensa, como se defendía en la hipótesis de la transformación. Esta última teoría es la que más ha repercutido en los desarrollos posteriores. Desde esta óptica dinámica, el tratamiento de la ansiedad se dirige a estudiar los conflictos internos que dan lugar a la ansiedad, su significación inconsciente y los mecanismos defensivos desarrollados para combatirla.

Freud realizará en 1929 otro importante aporte, distinguiendo tres tipos de ansiedad de acuerdo con su origen:

1. La Ansiedad Objetiva, se refiere a la reacción del Yo ante un peligro de tipo externo; por ejemplo: la ansiedad que se experimenta cuando pelagra la vida misma. Este tipo de ansiedad es equivalente al miedo justificado.

2. La Ansiedad Moral, experimentada por el Yo en forma de culpabilidad o de vergüenza; se considera como un temor a que el Súperyo castigue un desacato a las normas morales de conducta.

3. La Ansiedad Neurótica, que se refiere al miedo a las consecuencias desastrosas de la expresión de un impulso previamente castigado. Para May (1954) “la ansiedad neurótica se basa en la ansiedad real en el sentido de que una persona tiene que asociar una necesidad instintiva con un peligro externo antes de aprender a tener sus propios instintos, el niño adquiere una ansiedad neurótica cuando se le castiga por su impulsividad”.

Posteriormente, a diferencia de Freud, Horney en 1945 (citado por Engler, 1996) no consideraba a la ansiedad como una parte inevitable de la conducta humana. Afirma que como seres humanos nuestro desafío esencial es ser capaces de relacionarnos de manera efectiva con otras personas. La ansiedad básica, como un sentimiento creciente de estar solo y desamparado ante un mundo hostil, resulta de sentimientos de inseguridad en estas relaciones.

Para Horney (1937), la ansiedad, la reacción ante peligros o amenazas reales o imaginarias, es una fuerza motivadora más fuerte que el impulso sexual. Mientras que para Freud la ansiedad es el resultado de conflictos sexuales, Horney afirma que la ansiedad también podía presentarse en diversos contextos no sexuales. Así, en la infancia la ansiedad surge porque los niños dependen de los adultos para su supervivencia, se sienten ansiosos porque no saben con seguridad si continuarán recibiendo alimentos y protección. Cuando

llegan a sentir que no dependen por completo de sus padres para satisfacer estas necesidades, crean protecciones internas o defensas que les proporcionan satisfacción y seguridad. Experimentan ansiedad cuando esas defensas se ven amenazadas.

Según Horney, las personas bien adaptadas también sienten amenazada su seguridad básica y experimentan ansiedad. Pero como el medio ambiente les permite satisfacer sus necesidades básicas, se desarrollan sin quedar atrapados en estilos de vida neuróticos.

2.8.2. TEORIAS CONDUCTUALES

Los psicólogos conductistas centran su atención en las respuestas adquiridas y las tendencias de respuestas. Creen que los principios generales del aprendizaje se pueden aplicar a la comprensión de todas las conductas, incluyendo los trastornos de ansiedad. De acuerdo con los teóricos conductistas la ansiedad es una respuesta aprendida de naturaleza anticipatoria, sin síntomas que creen las condiciones del ambiente, con frecuencia dentro del hogar.

Como estructura científica, la ciencia debe estar ligada a hechos observados, siendo estos las condiciones que la producen y los efectos que siguen a su inducción. Por esta razón, Skinner (1953), uno de los principales conductistas, rechazó cualquier referencia a los eventos mentales (pensamientos o sentimientos) como explicaciones de la conducta; prefirió confiar de manera exclusiva en las variables del estímulo observable y de las respuestas. Sostiene que no son esenciales los mediadores en la explicación de la conducta.

Otros teóricos también enfatizan las variables E y R, pero avanzan un paso más que Skinner, al tomar en cuenta también los eventos internos. Dallar y Miller (1950) se encuentran entre los primeros teóricos que ampliaron psicología del aprendizaje para incluir los eventos mentales. Llegaron hasta el punto de estar de acuerdo con los teóricos psicodinámicos en que existen antecedentes personales detrás del desarrollo de los trastornos neuróticos (conocidos actualmente como trastornos de ansiedad).

Las teorías conductuales sobre la génesis, mantenimiento y extinción de los trastornos de ansiedad han evolucionado significativamente durante los últimos quince años; el aspecto más importante de estas teorías es que están respaldadas experimentalmente y han resultado ser de utilidad para la terapia de los trastornos de ansiedad.

- TEORIAS DEL APRENDIZAJE

- Condicionamiento Clásico: Modelo de Watson y Rayner:

Watson y Rayner (1920) formularon una teoría experimental de las fobias sobre la base del condicionamiento clásico, sufriendo que cualquier situación o estímulo (“principio de equipotencialidad”), inicialmente neutro, puede licitar respuestas de miedo por su asociación con estímulos nocivos traumáticos (licitadores naturales de miedo o dolor, estímulos incondicionados).

Sin embargo, esta teoría presentaba algunas debilidades:

1. No cualquier estímulo puede ser condicionado a respuestas de ansiedad, por tanto el principio de equipotencial no parece compatible con la propiedad selectiva de las fobias.

2. El innecesario carácter traumático de la situación de condicionamiento, pues no todas las experiencias traumáticas llevan al condicionamiento del miedo, así la frustración por falta de recompensa puede ser más relevante que el propio dolor físico en la génesis de las fobias (Eysenck, 1975).

3. No explica la no – extinción de la respuesta condicionada de miedo en ausencia de refuerzo.

Sin embargo las respuestas fóbicas no solo se extinguen cuando no son reforzadas, sino que a veces pueden incrementarse.

- Condicionamiento Clásico y Operante: Modelo Bifactorial Mediacional:

Modelo de Mowrer (1939, 1960), el cual ha sido considerado como el segundo gran modelo de condicionamiento de la ansiedad. Es una teoría de dos factores (bifactorial) pues se basa tanto en los principios del ya mencionado condicionamiento clásico como en el condicionamiento operante, dos formas de aprendizaje diferentes pero bastante relacionadas.

El modelo se desarrolla en dos fases básicas. En la fase inicial, se explica el desarrollo del componente emocional del miedo, mediante un proceso de condicionamiento pavloviano, se establece una respuesta condicionada de miedo, respuesta que adquiere propiedades de impulso secundario con capacidad para mediar y motivar el inicio de una conducta instrumental de escape /evitación. En la segunda fase, se expone el componente de evitación del miedo, aquí el sujeto no aprende a evitar un castigo, sino más bien a escapar de la exposición al estímulo que le avisa de la proximidad de un evento aversivo; con esta respuesta se reduce el miedo, entonces esta conducta de evitación queda reforzada negativamente. Es decir, el miedo motiva las respuestas de evitación, y la reducción del miedo (por escape / evitación) refuerza y mantiene la conducta de evitación (carácter mediacional del miedo).

Lo más importante innovación de esta teoría consiste en establecer que la ansiedad posee propiedades motivacionales (el miedo es la causa de la conducta de evitación o escape). Por otra parte aporta una explicación sugestiva sobre el fenómeno de la paradoja neurótica.

- Teoría de la Preparación:

Este modelo intenta explicar por qué ciertos estímulos o situaciones suelen elicitare respuestas fóbicas o de miedo; surge el concepto de prepotencia para explicar el limitado rango de fobias comunes. Los estímulos prepotentes podrían explicar la elevada frecuencia de ciertas fobias, ya que la prepotencia conduce selectivamente las asociaciones a través de ciertas vías nerviosas.

Una formulación semejante realiza Seliman planteando el concepto de preparación, afirmando que el organismo está preparado filogenéticamente a través del proceso evolutivo de la especie para asociar ciertos estímulos con relativa facilidad y otros con relativa dificultad. Esta teoría surge como reacción a la premisa de equipotencialidad vigente en la psicología del aprendizaje.

Para Seligman (1971) las fobias son instancias de aprendizaje preparado, por tanto poseen un significado biológico evolutivo. De esta forma un limitado rango de estímulos se ha convertido en objetos potencialmente fóbicos porque en el curso de la evolución, los individuos que por su constitución genética se condicionaban o sentían miedo fácilmente ante estos estímulos, sobrevivieron y se adaptaron más eficazmente transmitiendo a sus descendientes esta tendencia a las fobias; al ser instancias de aprendizaje preparado, se constituyen predominantemente por asociaciones primitivas y no cognitivas y, al contrario que en el aprendizaje no preparado, no son fácilmente modificables por argumentos lógicos.

- Teoría de la Incubación de la ansiedad:

La teoría de la incubación de Eysenck (1979, 1985), que se ha denominado el “tercer gran modelo de condicionamiento”, plantea el problema del mantenimiento de las fobias, ya que como se ha señalado sería de esperar que si la aparición del estímulo temido no va seguida del acontecimiento aversivo, la respuesta de ansiedad acabara extinguiéndose con el tiempo al no ser forzada, sin embargo la ansiedad es una respuesta altamente resistente a la extinción. Esta teoría postula que la ansiedad se adquiere y se mantiene de acuerdo con los principios del condicionamiento pavloviano.

Esta teoría tiene implicaciones de cara al tratamiento, sugiriendo que éste debe basarse en exposiciones largas y prolongadas al estímulo productor de la ansiedad.

- MODELO CONGNITIVO DE APRENDIZAJE

Estos modelos otorgan importancia a los procesos cognitivos para explicar la ansiedad, aludiendo la existencia de formas indirectas de aprendizaje vicario que no implican la presencia EI (por ejemplo, un niño observa las reacciones de miedo de otro niño o de su madre ante un EC), y el condicionamiento semántico basado en relaciones físicas.

❖ Modelo de Expectativa de la Ansiedad

El modelo de Reiss se basa en las ideas del neocondicionamiento pavloviano, tales como la necesidad de asociación por contigüidad EC – EI para explicar la adquisición del miedo, o del papel de las expectativas en la producción de la ansiedad.

Este modelo sostiene que lo que es aprendido en el condicionamiento pavloviano es una expectativa con respecto a la ocurrencia- no ocurrencia de un estímulo incondicionado inicial, o de un cambio en su magnitud o duración. Las expectativas son consideradas respuestas mediadoras con propiedades estimulares cubiertas que pueden elicitar respuestas anticipatorias. Es un proceso cognitivo que tiene lugar entre la aparición de un estímulo inicial y la respuesta resultante. En un primer planteamiento de su modelo, Reiss distingue entre expectativas de peligro y expectativas de ansiedad.

Respecto a cómo se aprenden las expectativas de peligro y las expectativas de ansiedad, algunos autores consideran que el condicionamiento clásico es solo una de las muchas formas por las que se puede aprender la ansiedad, incluyendo la posibilidad de que el miedo sea aprendido por condicionamiento encubierto o por condicionamiento vicario, es decir, a través de la observación de personas que manifiestan estas conductas.

2.8.3. TEORIAS COGNITIVAS

Dentro de la perspectiva cognitiva se considera como generador de ansiedad el significado o interpretación de la situación por parte del individuo. Este vive a menudo ciertas situaciones de la vida cotidiana como amenazantes, y aunque en ocasiones el individuo reconoce que la situación no supone una amenaza objetiva, no puede sin embargo controlar su

reacción de ansiedad. Estas “amenazas” suelen girar en torno a tres temas fundamentales: la aceptación, la competencia y el control.

Desde esta perspectiva existen básicamente tres teorías explicativas de la ansiedad: la Teoría de la Red Asociativa de Bower (1981), la Teoría del Esquema de Beck (1976) y la Teoría Tridimensional de la Ansiedad de Lang.

2.8.3.3.1. SESGOS COGNITIVOS Y ANSIEDAD

Beck y Bower sostienen que tanto la depresión como la ansiedad están asociadas a un sesgo congruente con el estado de ánimo en todos los aspectos del procesamiento. De acuerdo con este modelo, existe un esquema disfuncional que juega un papel central en el desarrollo y mantenimiento de la depresión y la ansiedad. La diferencia entre ambos trastornos es explicada en términos de contenido de los sesgos de procesamiento. Así las personas con trastornos de ansiedad procesan selectivamente la información relevante para la ansiedad, mientras que los individuos con depresión procesan selectivamente información relevante al estado de ánimo depresivo. Dicho en otra manera los individuos con trastornos de ansiedad poseen un sesgo sistemático para procesar selectivamente la información relevante al peligro personal, como resultado de una activación selectiva del esquema asociado representado en la memoria a largo plazo.

2.8.3.2. EMOCION E IMAGEN: PROCESAMIENTO BIOINFORMACIONAL

Una importante teoría cognitiva sobre la emoción es la de Lang (1968), que se basa en una concepción “descripcionalista” de la imagen emocional (es decir, la representación que corresponde a una imagen mental se asemeja más a una descripción que a un cuadro).

Lang sugiere que la información sobre la ansiedad (y otras emociones) es almacenada en la memoria a largo plazo en redes asociativas consistentes en elementos ligados de forma lógica, exactamente como cualquier otra información. La red puede ser activada por inputs que se acoplan a la información presente.

Lang afirma en su Teoría Tridimensional de la Ansiedad que estos acontecimientos están directamente relacionados con la memoria emocional, la cual alberga tres tipos de información:

- Información sobre estímulos externos y sus características físicas;
- Información sobre las respuestas asociadas a los estímulos, pudiendo incluir información sobre expresiones faciales, conductas verbales, respuestas de aproximación o de evitación, respuestas viscerales y somáticas, entre otras.
- Información sobre proposiciones semánticas, las cuales definen el significado de los estímulos y las respuestas asociadas a ellos.

Todo ello produce un estado de hipervigilancia en el que el individuo se encuentra en un constante rastreo de estímulos ambientales con el fin de detectar cualquier posible amenaza. Esto genera un estado de alerta que produce manifestaciones tanto a nivel fisiológico, como cognitivo y conductual, ocasionando un profundo malestar en el individuo.

2.9. SINTOMAS CLINICOS DE ANSIEDAD

A pesar de la variedad de explicaciones teóricas, sobre la génesis y el mantenimiento de los problemas de ansiedad, desde el estudio pionero de Lang, ha ido aumentando el grado de acuerdo en evaluación conductual y en terapia de conducta con la conceptualización de la ansiedad de Lang. En este sentido, la ansiedad se concibe como un constructo que designa un conjunto de respuestas motoras, psicofisiológicas y cognitivas provocadas por variables

antecedentes, sean tanto estímulos externos como internos. Las respuestas a cada uno de esos tres niveles son:

2.9.1. A nivel motor:

Las manifestaciones motoras más frecuentes de la ansiedad son las conductas de evitación activa cuyo objetivo es impedir la aparición de los estímulos que provocan las respuestas de ansiedad, y las de evitación pasiva en la que el sujeto deja de realizar una acción a fin de evitar los estímulos evocadores de ansiedad.

Si las condiciones fuerzan al sujeto a mantenerse en la situación, aparecen entonces perturbaciones verbales como voz temblorosa, bloqueos, repeticiones, etc. además de movimientos motores como tics, temblores, muecas faciales y en otros casos inhibición del movimiento.

2.9.2. A nivel fisiológico:

El organismo muestra un estado de activación del sistema nervioso central, con una sobreactivación de los mecanismos de control subcortical, y a nivel del sistema nervioso autónomo con incremento de la activación de la rama simpática, produciendo cambios en las respuestas cardiovasculares. El aumento de las contracciones cardiacas o taquicardias se percibe como palpitaciones, que unido al mayor volumen de sangre que sale del corazón, eleva la presión sanguínea y la tasa del pulso. La afluencia de sangre a determinadas zonas y no a otras varía la coloración de la piel (enrojecimiento o palidez) y la temperatura (calor o frío súbitos), así la vasoconstricción periférica desplaza sangre desde las extremidades a los músculos principales disminuyendo la temperatura periférica, percibiéndose como manos y pies fríos.

2.9.3. A nivel cognitivo:

Las respuestas cognitivas consisten en pensamientos e imágenes negativas referidas a la situación y al propio sujeto, a sus respuestas de ansiedad y/o a las consecuencias. El individuo normalmente, presenta dificultades de atención y concentración, debido a que su atención es selectiva a aquellos estímulos que le provocan ansiedad, lo que le impide concentrarse en otras tareas. En los casos más graves puede ir acompañada de despersonalización y desrealización.

2.10. TIPOS DE ANSIEDAD

Aunque hemos comenzado hablando de la ansiedad como trastorno afectivo, que como tal implica un mal funcionamiento de los procesos emocionales del individuo, para comprender mejor la extensión de este concepto es necesario hacer una distinción fundamental. Así, debemos diferenciar la ansiedad clínica o patológica y la no clínica, que será la contemplada en esta tesis.

Nos podemos acercarnos a la ansiedad no clínica entendiéndola de dos formas. Una primera aproximación la define como una característica disposicional y relativamente estable del individuo que nos puede indicar una propensión a la ansiedad. Este tipo de ansiedad es lo que se conoce como *ansiedad rasgo*. Por tanto, la ansiedad rasgo (también denominada, en ocasiones, neuroticismo) es una dimensión de personalidad bien definida por numerosos autores (Costa y McCrae, 1985; Gray, 1982; Eysenck, 1967). La segunda forma de dirigirnos a la ansiedad no clínica es haciendo alusión a una reacción emocional puntual suscitada por un contexto amenazante o una situación estresante y que tiene una duración limitada. Esta situación transitoria constituye la *ansiedad estado* (Spielberger, 1983). Sólo cuando ambas condiciones se manifiestan de manera persistente y especialmente intensa perturbando el funcionamiento diario del individuo, pueden constituir una patología de ansiedad o ansiedad clínica (Williams, Watts, MacLeod y Mathews, 1988).

En cuanto a la ansiedad patológica, es necesario establecer una serie de límites para evitar un cierto solapamiento entre los distintos subtipos de ansiedad clínica. Actualmente, los criterios diagnósticos más extendidos para la clasificación de los trastornos de ansiedad son el CIE-10 (OMS, 1992) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, en su 4ª edición (DSM-IV; American Psychiatric Association, 1995)(Cuadro 2.1.), en el que se clasifican los trastornos de ansiedad en 12 categorías distintas en las cuales se da cabida a los

conceptos de miedo, preocupación, etcétera . Muchos de estos trastornos de ansiedad no sólo disponen de características similares, sino que también poseen un sustrato biológico compartido (p.e., Rauch, Savage, Alpert, Fischman y Jenike, 1997). Atendiendo a sus bases biológicas, estas categorías se podrían agrupar en otras más generales. Por una parte tendríamos la *ansiedad aguda*, que recoge trastornos de ansiedad específica, entre los que destacaremos las fobias y los ataques de pánico. Las fobias se caracterizan por la aparición de reacciones de miedo muy intensas y puntuales ante una potencial presencia (anticipación) de eventos amenazantes, cursando con evitación de la situación. Por su parte, el ataque de pánico se define como un episodio de miedo o molestia de comienzo brusco y corta duración que cursa con diversas manifestaciones físicas (palpitaciones y sudoración, entre otras) y con un miedo a morir o padecer alguna enfermedad. Por otra parte tendríamos la *ansiedad generalizada*, que consiste en una preocupación duradera y difusa no ligada a ningún acontecimiento concreto. Por último, y en tercer lugar, el *trastorno obsesivo-compulsivo* (TOC), que se describe como la aparición de ideas obsesivas sobre distintos aspectos (por ejemplo, preocupación exagerada por la seguridad, por la higiene, etc.) a las que se siguen una serie de conductas compulsivas o rituales patológicos, que la persona piensa que debe realizar para evitar ese potencial peligro (Carretié, 2001). El TOC tiene una base biológica diferente a la de la ansiedad aguda y a la de la ansiedad generalizada. Como hemos adelantado, el presente trabajo se centra en la ansiedad no patológica, tanto en su modalidad *rasgo* como en su modalidad *estado*.

2.11. PSICOLOGÍA DEL DEPORTE

Según la Asociación Americana de Psicología A.P.A. (citado por García, S. 2000) “la Psicología del Deporte y de la actividad física es el estudio científico de los factores psicológicos que están asociados con la participación y el rendimiento en el deporte, el ejercicio y otros tipos de actividad física”.

Thomas (1980; citado por González, J. 1992) afirma que “la psicología del deporte investiga, como disciplina científica, las causas y los efectos de los procesos psíquicos que tienen lugar en el ser humano antes, durante y después de una actividad deportiva”.

Los profesionales de la psicología del deporte se interesan por dos objetivos principales: Por un lado, ayudar a los deportistas a utilizar principios psicológicos para mejorar su rendimiento. Por otro lado, comprender cómo la participación en el deporte, ejercicio y actividad física afectan al desarrollo psicológico del individuo, su salud y bienestar a lo largo de su ciclo vital.

En otro sentido, la Psicología de la Actividad Física estudia también el comportamiento de las personas en relación con el ejercicio u otras formas de actividad física. Esto incluye a niños, jóvenes, adultos y ancianos.

Por lo tanto, la Psicología de la Actividad Física y del Deporte se encarga de estudiar los aspectos psicológicos durante la actividad física, sea esta orientada al rendimiento o no.

2.11.1. TEORIAS DE LA PSICOLOGIA DEL DEPORTE

Dentro de La Psicología del Deporte se pueden encontrar varios modelos teóricos generales, de los que destacaremos los cuatro principales: el Modelo Psicodinámico o Psicoanalítico, el Modelo Conductual, el Modelo Cognitivo y el Modelo Humanista (Hill, 2001). Existen también derivaciones de estos modelos, como el Modelo Interconductual, derivado de la teoría de J.R. Kantor. El Modelo Conductual y el Cognitivo comparten y complementan algunas de sus técnicas, conformando así el Modelo Cognitivo-Conductual, orientado al diseño y elaboración de paquetes de intervención para la mejora del rendimiento de atletas y deportistas. Por supuesto, cada uno de estos modelos teóricos proporciona un marco distinto para el enfoque y desarrollo de investigaciones, o diseño de programas específicos, así como para la interpretación de datos; por ello cabe suponer que una misma situación o problemática en esta área puede ser abordada, valorada y resuelta de forma diferente, dependiendo del modelo utilizado para ello.

Ya habiendo presentado anteriormente las principales corrientes teóricas en Psicología, al adentrarnos en la aplicación de los Modelos Psicológicos al mundo del deporte, se impone el citar el Modelo Humanista.

El Modelo Humanista se relaciona con los orígenes filosóficos de la Psicología, por lo que hace más énfasis en el estudio y explicación de la experiencia, y la naturaleza del ser humano. La perspectiva humanista ve a las complejidades de la experiencia humana como la clave para explicar la personalidad del individuo y sus cambios; además, entiende la naturaleza humana como una fuerza que busca crecer y desarrollarse, y adquirir competencia que llevará al “self” (a uno mismo) a niveles más altos de logro y realización; y a la auto-realización como la fuerza que impulsa a cada individuo hacia la meta del auto-logro o auto-actualización, conceptos centrales en el Modelo Humanista. De esta manera, la investigación basada en este modelo se dirigirá hacia el análisis de temas como la auto-realización, el significado de la experiencia deportiva, el auto-desarrollo, y los momentos de funcionamiento óptimo en el deporte que incluyen las experiencias y el rendimiento cumbre (Privette, 1983; Privette y Bundrick, 1991; Jackson y Roberts, 1992; Hill, 2001; Jackson, Thomas, Marsh y Smethurst, 2001) . Desde la perspectiva humanista se considera que los métodos cuantitativos son limitados para el estudio de estos fenómenos, por lo que ha promovido y legitimizado la utilización de métodos de investigación cualitativa en la Psicología del Deporte. (Privette, 1983; Scanlan, Stein y Ravizza, 1989; Privette y Bundrick, 1991; Jackson y Roberts, 1992; Hanin, 2000; Hill, 2001; Jackson, Thomas, Marsh y Smethurst, 2001).

Respecto a la influencia que han tenido, puede decirse que el Modelo Psicodinámico fue el primer modelo dominante, ejerciendo cierta influencia en algunos de los primeros trabajos en Psicología del Deporte, pero aunque sigue siendo vigente, su aplicación al deportista de élite es más bien limitada. El modelo Conductual despuntó a partir de la formación oficial de la Psicología del deporte, pero en la actualidad se puede considerar al Modelo Cognitivo-conductual como el dominante en este campo, tanto por el volumen trabajos de investigación como por la comprobación de la efectividad en las intervenciones a través de revisiones bibliográficas y meta-análisis de los resultados obtenidos por diferentes estudios (Meyers, Whelan y Murphy, 1996; Hill, 2001). Sin embargo, aunque el modelo Humanista no ha recibido tanta atención como los modelos Cognitivos y Conductual, el énfasis que hace en el funcionamiento superior se ajusta muy bien a los objetivos y aspiraciones de superación de muchos atletas, entrenadores y psicólogos, y parece estar cada vez más aceptado en la Psicología del Deporte (Privette, 1983; Scanlan, Stein y Ravizza, 1989; Jackson, 2000; Hill, 2001).

2.11.2. EL ATLETA DE ALTO NIVEL

Según Leal (1997) un atleta de alto rendimiento es un "atleta dotado de condiciones físicas especiales, adecuadas a las exigencias de la disciplina; inmerso en un aprendizaje progresivo de la técnica deportiva, con una energía competitiva para la confrontación y una sustanciosa motivación".

El atleta de alto rendimiento se caracteriza también por enfrentar, generalmente, retos deportivos de gran importancia y peso tanto para las organizaciones, estados, y naciones, como para su capacidad, récord deportivo y valoración personal.

La ansiedad precompetitiva resulta de un desequilibrio entre las capacidades percibidas y las demandas del ambiente deportivo. Cuando las demandas percibidas están equilibradas con las capacidades percibidas, se experimenta un estado óptimo de alerta/vigilancia. La ansiedad precompetitiva sobreviene cuando la destreza y la habilidad del deportista no son percibidas como equivalentes a las del contrincante.

2.12. EL BAILARIN: UN ATLETA DE ALTO NIVEL

Basándonos en las definiciones anteriormente citadas sobre la naturaleza del atleta de alto nivel, no cabe la menor duda que el bailarín profesional debe ser actualmente considerado como tal. Dado el tipo de entrenamiento físico que la disciplina de la danza a nivel profesional requiere, se puede reconocer fácilmente la analogía con el entrenamiento deportivo de alto nivel. Las investigaciones realizadas en torno al deporte de élite son aplicables a la danza, y por ello parece obvio que ciencias como la Medicina y la Psicología se interesen cada vez más a desarrollar estudios concretos sobre el bailarín y sus especificidades como atleta.

2.13. ANSIEDAD Y DEPORTE DE ALTO NIVEL

Actualmente es bastante común que un atleta de alto rendimiento domine las técnicas de preparación psicológica para la competición. La psicología deportiva como área aplicada trabaja de manera científica y concreta adaptando y creando procesos de evaluación e intervención que le permitan al deportista desarrollar al máximo su potencial físico y psicológico.

Su objeto de estudio lo constituyen las particularidades psicológicas de la actividad deportiva y del deportista. Del mismo se derivan un conjunto de tareas tales como el estudio de los fundamentos psicológicos, de la preparación física, técnica y táctica; las particularidades psicológicas de la personalidad del deportista, los fundamentos psicológicos del entrenamiento, la competencia y los diferentes deportes y la preparación psicológica del deportista para la competencia.

Esta área aplicada de la psicología es aparentemente una disciplina muy joven , aunque bien pueden rastrearse trabajos pioneros a finales del siglo pasado. El primer laboratorio de psicología del deporte en el mundo fue establecido por Carl Diem en Berlín en 1920. Cinco años más tarde se fundaba en Estados Unidos uno similar. Fue sin duda en la antigua Unión Soviética y gracias al trabajo de psicólogos tales como Rudick, Puni y Hanin, donde el área llegó a consolidarse, emergiendo como disciplina de estudio y campo aplicado entre los años 1947 y 1957.

En Estados Unidos y gracias al trabajo de científicos como Garfield, Olgivie, Tukto, Morgan y Martens, entre otros, la psicología deportiva adquiere una forma importante en la década del 60. Pero no es hasta los años 70 que la psicología deportiva se empieza a imponer como elemento de utilidad en el entrenamiento deportivo, y es a partir de ese momento que comienza a surgir el fenómeno de la necesidad de profesionalización en esta disciplina.

Aunque en países con gran adelanto deportivo (Alemania, Estados Unidos, países del Este, Cuba) la profesionalización en psicología deportiva no ha planteado problema, en otros la psicología del deporte ha sido algo anecdótico. Cabe destacar la gran labor que el Dr. Cernuda realiza en este campo en España desde hace varias décadas.

Parece que cada vez más los responsables de la dirección deportiva, técnicos y deportistas a nivel mundial comprenden que para alcanzar logros máximos y estables en el deporte, se requiere de un arduo trabajo que incluya la planificación a largo plazo, con el recurso de todas aquellas disciplinas científicas que han probado ser eficaces para la consecución de un alto rendimiento deportivo.

Según Garfield (1987): "la mayoría de los atletas reconocen que del 60 al 90 por ciento del éxito en el deporte se debe a factores mentales y al dominio psicológico", y en la experiencia personal de muchos deportistas de élite se afirma que la planificación del entrenamiento psicológico con los componentes físicos, técnicos y tácticos supone el 50% de la efectividad en las potencialidades del atleta.

El ejercicio y el deporte promueven una reducción significativa de la ansiedad-estado y sus medidas fisiológicas correlacionadas. De acuerdo con el meta-análisis de Petruzzello (1991), examinando la ansiedad-estado, la ansiedad-rasgo y los correlatos fisiológicos de la ansiedad, no importa cómo la ansiedad sea considerada, no hay duda de que el ejercicio está asociado con una reducción de esas tres medidas, de acuerdo con la edad, sexo y modelo de salud mental. (Folkins & Sime, 1981; Morgan, 1985).

Por tanto, en el deporte de competición, la persona con una ansiedad-rasgo elevada es generalmente más propensa a experimentar sentimientos de ansiedad-estado más elevados que la persona con nivel bajo de ansiedad-rasgo. Esta situación depende de cómo un individuo interpreta las circunstancias competitivas particulares. Su interpretación se verá influida por diversos factores tales como las experiencias anteriores, la capacidad y el entrenamiento en el manejo del stress.

El estudio del alto rendimiento deportivo desde una perspectiva biomédica y psicológica constituye hoy una línea de investigación con gran implantación en la mayoría de los países occidentales. Sin embargo dado la amplitud de la temática y la relevancia que ha adquirido el deporte de alto rendimiento, se hace necesario profundizar en múltiples aspectos, algunos de ellos escasamente trabajados. Con esta línea de investigación se pretenden descubrir los aspectos que favorecen ese rendimiento a través del estudio de la ansiedad y de los estados de ánimos de los deportistas, antes, durante y después de la competición. Igualmente, se pretende analizar aspectos que desde el punto de vista médico favorezcan ese máximo rendimiento.

Lo novedoso de esta línea de investigación es el carácter interdisciplinar que presenta, en el intento de analizar considerando parámetros físicos, fisiológicos y psicológicos.

2.14. ANSIEDAD Y NIVEL DE AROUSAL EN BALLET

Es muy frecuente comprobar como muchos bailarines cometen errores y bajan su nivel de rendimiento durante las actuaciones debido a la ansiedad que experimentan. La importancia de la ansiedad, su frecuencia y las repercusiones que tiene para el bailarín han convertido este problema en uno de los principales campos de investigación e intervención de la psicología en el mundo de la danza.

Para comprender lo que es la ansiedad, es necesario aclarar el significado de algunos conceptos que a continuación veremos:

Un bailarín que manifiesta ansiedad antes y durante la actuación experimenta un elevado nivel de arousal y sentimientos de tensión y temor, estos elementos son los que componen una de las definiciones más actuales de ansiedad, la de Levitt (1980) que considera la ansiedad como un sentimiento subjetivo de temor, acompañado de un elevado nivel de arousal fisiológico.

El nivel de arousal refleja la activación del sistema nervioso simpático, por lo tanto hace referencia a la intensidad de la activación fisiológica y no es un indicativo de emoción. Tanto la alegría como el miedo pueden incrementar el nivel de arousal, sin embargo una emoción tiene efectos positivos y la otra conlleva efectos negativos. Es importante comprender este concepto para evitar confusiones muy comunes entre los profesionales cuando se hace referencia a la ansiedad. No es lo mismo decir que un bailarín está ansioso en un momento concreto, que decir que un bailarín es una persona ansiosa, esto nos acerca a la distinción que estableció Spielberger (1966) de ansiedad estado y ansiedad rasgo.

La ansiedad estado se define como un estado o condición emocional transitoria del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos,

de tensión, y aprensión, además de una hiperactividad del sistema nervioso autónomo. Este tipo de ansiedad puede variar con el tiempo y fluctuar en intensidad.

La ansiedad rasgo se conceptúa como una propensión ansiosa relativamente estable por la que difieren los individuos en su tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras y a elevar como consecuencia su ansiedad estado.

En base a los trabajos de Spielberger (1966), Spielberger y su equipo de colaboradores (1971) cabe suponer que bailarines con mayor ansiedad rasgo presentarán mayor ansiedad estado, que otros con una ansiedad rasgo más baja, como consecuencia de que los bailarines con una mayor ansiedad rasgo tienden a percibir las situaciones como más amenazadoras, por tanto los bailarines con mayor ansiedad rasgo son más propensos a elevar sus niveles de ansiedad estado ante una actuación o a perder con más facilidad la calma en un momento decisivo.

Los bailarines con niveles altos de ansiedad rasgo tienden a exhibir mayores niveles de ansiedad estado en la actuación. Scalan y Passner (1977) señalan que la ansiedad rasgo correlaciona significativamente con la ansiedad estado que los individuos experimentan justo antes de un evento artístico público. Igualmente después de la actuación, la ansiedad estado correlacionaba significativamente con el hecho de haber tenido éxito o fracaso, mostrando los bailarines sin éxito más ansiedad.

El estudio de la ansiedad pre actuación ha permitido conocer un par de importantes aspectos. El primero es que los patrones de ansiedad para bailarines experimentados difieren de los presentados por bailarines sin experiencia. Se ha encontrado que la ansiedad pre-actuación es más alta para bailarines con experiencia en danzas que requieran virtuosismo técnico como el ballet clásico y contrariamente, en otras danzas sin tanta exigencia técnica los niveles más altos de ansiedad pre-actuación son presentados por los bailarines sin experiencia.

Un segundo y muy importante aspecto es que la ansiedad pre-actuación parece seguir el modelo de la U invertida. Este modelo originario de Yerkes y Dodson (1908) afirma que la ejecución se ve facilitada según aumenta la activación, el nivel de arousal hasta alcanzar un punto óptimo a partir del cual, los incrementos resultan en detrimento de la ejecución. Estudios como los de Fenz (1975), Fenz y Jones (1972), Lowe (1973), Gould y otros (1983), utilizando deportistas de diferentes modalidades y los de Cernuda (1992, 1996) utilizando gimnastas y bailarines, apoyan este modelo, mostrando evidencia suficiente como para concluir que niveles moderados de activación tienden a permitir mejores ejecuciones que niveles extremadamente altos.

La ansiedad no afecta a todos los bailarines del mismo modo, cada sujeto tiene niveles diferentes de tolerancia y como consecuencia el nivel óptimo de ansiedad para cada uno es

diferente. Por tanto el estudio de la ansiedad es fundamental como paso previo a cualquier tipo de intervención en psicología del deporte.

El nivel de arousal se relaciona directamente con la calidad y efectividad de ejecución del/la bailarín/a. El arousal lo podemos considerar como una función energizante que controla los recursos corporales ante actividades vigorosas e intensas. El estado de arousal de un sujeto se percibe como una variación en un rasgo continuo que oscila, desde el sueño profundo en un extremo hasta el mayor grado de excitación en el otro. El arousal es un estado natural de activación. Sin embargo, cuando los niveles de arousal llegan a ser extremadamente elevados, pueden aparecer reacciones emocionales incómodas asociadas al sistema nervioso autónomo. Esta situación desagradable, de incomodidad y poco adaptativa es lo que llamamos popularmente estrés o ansiedad (estado). Las reacciones de tipo ansiógeno ante la competición pueden determinar una pérdida de rendimiento y el fallo del bailarín.

Las estructuras para el control del arousal se localizan en el cerebro, concretamente a nivel del córtex, la formación reticular, el hipotálamo y el sistema límbico. Estos centros interactúan con la médula adrenal y los sistemas somático y autónomo. La integración de estos sistemas determina el arousal total en una situación artística como podemos ver a continuación.

Un bailarín en el vestuario poco antes del comienzo de la actuación se angustia porque duda de su habilidad en la ejecución de un determinado elemento que todavía no controla con total garantía y teme fallarlo. Sus pensamientos de duda, de miedo al fracaso le llevan a una situación de ansiedad frente a la actuación. Su ansiedad podría no ser real, o infundada, pero a su cuerpo este hecho no le importa ya que debido a sus pensamientos el córtex empieza a enviar señales al hipotálamo, con lo cual éste comienza a liberar hormonas que activan la glándula pituitaria que se encarga de producir la hormona ACTH, que activa a su vez las glándulas adrenales que empiezan a vertir epinefrina y norepinefrina (más popularmente conocidas como adrenalina y noradrenalina) en la corriente sanguínea. De este modo, estas hormonas junto con el aumento de activación del sistema nervioso autónomo predisponen al cuerpo y a la mente para una situación extrema. Por ello, la tasa cardíaca, la presión sanguínea y la tasa respiratoria se incrementan. Los vasos sanguíneos de las manos y de los pies se cierran destinando su aporte sanguíneo a los músculos más largos y fuertes, los músculos empiezan a agarrotarse y con ello el bailarín ha convertido su pensamiento en una alta excitación cuyas consecuencias en la actuación no necesitan comentario.

Es fundamental poder identificar a los bailarines que pueden tener problemas de sobreactivación para evitar consecuencias como las del ejemplo que acabamos de comentar. De este modo se evitará malograr en el espectáculo largas horas de trabajo y dedicación tanto del

entrenador como del propio bailarín. El nivel óptimo de arousal para un trabajo específico, depende de factores que son únicos para cada bailarín. Los bailarines con respecto a cada ejercicio difieren en la cantidad de experiencia previa y en la cantidad de práctica que han realizado. El momento de la actuación es el principal evidenciador de la sobreactivación, ya que en el entrenamiento el bailarín no tiene necesariamente que manifestar síntomas externos. Es interesante comparar las respuestas cognitivas, fisiológicas y los comportamientos de los bailarines en una situación de actuación con público con los que tienen en situaciones de ensayo. Que el bailarín no preste atención a las instrucciones del coreógrafo o del maestro antes de la actuación, que muestre más inquietud de la que tiene habitualmente con comentarios que indican un determinado nivel de duda, cuando el bailarín se dirige al maestro o al psicólogo en busca de ayuda. Otras señales como cara enrojecida, manos sudorosas, pupilas dilatadas, respiración forzada, hiperactividad antes de actuar o pasividad excesiva, bostezos, la manera de hablar más rápida de lo normal son indicativos de que el bailarín puede tener una activación excesiva que va a perjudicar sus posibilidades de rendimiento. Detectar estos indicadores de sobreactivación y comprender las relaciones que existen entre la ejecución y el nivel de arousal es un primer paso para solucionar estos problemas de control del bailarín.

A nivel de la importancia de la ansiedad rasgo en el ámbito de la danza, hay que tener en cuenta los estudios de Cernuda (2010a, 2010b), que indican la capacidad predictiva que tiene este rasgo para detectar talentos motores. En su experiencia profesional durante seis ciclos olímpicos, ha seleccionado los atletas que han participado en diferentes ciclos olímpicos desde Seúl 1988, Barcelona 1992, Atlanta 1996, Sydney 2000, Atenas 2004 y Peking 2008 . Con esta importante experiencia profesional ha comprobado que numerosos campeones olímpicos y del mundo con los que interviene tienen una ansiedad rasgo baja, en torno a 10 según sus estudios. Al estar relacionado con el mundo de la danza, con Alicia Alonso ha realizado numerosos estudios en bailarines de importantes compañías, encontrando el mismo factor entre los bailarines de alto nivel.

3. ESTUDIO EMPIRICO

A continuación se presentará la hipótesis sobre la que se ha basado el estudio, así como la metodología seguida para su realización.

3.1. HIPOTESIS

Nuestro estudio se basa en la defensa del bajo nivel de ansiedad rasgo que posee el bailarín profesional, característica que apoyaría:

1. La equiparación en este aspecto del bailarín profesional al deportista de alto nivel;
2. La teoría sobre la relación entre el nivel de ansiedad del bailarín y su nivel o calidad de ejecución.

3.2. METODOLOGIA

3.2.1. MUESTRA

En este estudio han participado 44 bailarines profesionales pertenecientes a las compañías: Béjart Ballet Laussane (Suiza), Ballet de l'Opéra de Nice (Francia) y Compañía Nacional de Danza (España) de edades comprendidas entre 19 y 43 años.

3.2.2. INSTRUMENTOS

Se ha utilizado el STAI (Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo) de C.D. Spielberger, R. L. Gorsuch y R.E.Lushene, en la versión en lengua española, francesa e inglesa.

El Cuestionario de ansiedad Estado-Rasgo de C. D. Spielberger (1970) dio a los investigadores la oportunidad definitiva de determinar los niveles de ansiedad rasgo y ansiedad estado, convirtiéndose en un instrumento de uso casi exclusivo. Se señala que en las dos últimas décadas se publicaron más de 3000 estudios utilizándolo. Los ítems de la ansiedad rasgo en este test se seleccionaron en función de su correlación con las puntuaciones totales de otras escalas de ansiedad, reflejando los sujetos como se sienten generalmente e indicando la frecuencia con que experimentan síntomas de ansiedad. En la escala de ansiedad estado se consideró tanto la validez de constructo como la consistencia interna y la facilidad y rapidez de administración.

El test de C. D. Spielberger ofrece las ventajas de solidez psicométrica, fiabilidad y confiabilidad.

3.2.3. PROCEDIMIENTO

Se ha aplicado el test a los bailarines profesionales seleccionados, una vez recogidas las pruebas se ha procedido a su valoración e interpretación obteniendo la medida de ansiedad rasgo correspondiente a cada bailarín participante.

3.3. RESULTADOS

Este estudio ha sido basado en la observación del coeficiente de la Ansiedad Rasgo de 44 bailarines profesionales de nivel internacional. El cuadro 3.1. refleja todos los resultados obtenidos a través del test STAI, según la edad, el sexo, la procedencia profesional y la nacionalidad de los sujetos. Como podemos observar en dicho cuadro, la mayoría de los bailarines presentan una Ansiedad Rasgo por debajo del centil 40, lo que corrobora el bajo nivel de AR que se preveía desde la teoría expuesta. Aún más claramente podemos considerar en la tabla nº 2 la gran mayoría de sujetos que presentan una AR de 10, es decir, un 56,8 % del total, seguido por la AR de 15, con un 15,9 % y de la AR de 25, con un 13,6 % (gráfico 3.1. y cuadro 3.2.).

Si comparamos los resultados de los sujetos que obtuvieron entre 10 y 12 centiles de AR (68,2 %) y los que obtuvieron entre 15 y 35 (31,8 %), vemos claramente que una amplia mayoría de bailarines (casi el 70 %) presentan una AR relativamente baja.

Analizando los datos desde el punto de vista de los años de experiencia profesional del bailarín y de su edad, datos que se corresponden generalmente de forma proporcional, obtenemos la siguiente relación (gráfico 3.2.): el grupo más significativo es el que corresponde al nivel de AR más bajo, 10 centiles, y son tanto los sujetos más jóvenes y con menor experiencia como los más experimentados y con edades superiores quienes lo componen.

Desde el punto de vista de la procedencia, es decir, según la compañía de ballet en la que el sujeto trabaja actualmente, podemos observar que son los bailarines del Béjart Ballet Lausanne quienes presentan un índice algo más elevado de AR, y sobre todo un porcentaje menor de sujetos con una AR de 10 centiles. La media del nivel de AR de los sujetos del BON y del CND es de 10, mientras que la del BBL es de 11 a 15 (gráfico 3.3). Aunque estas diferencias pueden parecer mínimas e irrelevantes, no dejan de ser una importante información que puede servir para detectar una tendencia ansiosa general entre los sujetos que trabajan en un mismo lugar, y, quizá detectar otro tipo de problemas mayores a través de un estudio pormenorizado.

El gráfico 4.4. permite analizar la edad de los bailarines de cada compañía estudiada. La edad media general es de 27 años, 31 en la CND, 26 en el BON y 24 en el BBL. Si comparamos los resultados de AR del grupo con sujetos más jóvenes, el BBL (11 centiles de media) con los del BON (10) y los del BBL (10) veremos que se puede encontrar una relación entre la edad media de los bailarines y su nivel de AR: los bailarines más jóvenes presentan en general un mayor nivel de AR. Todo ello parece corroborar la tesis de Cernuda (2010a, 2010b) de que los bailarines más experimentados presentan niveles de ansiedad diferentes a los más noveles.

3.4. DISCUSION

Los resultados obtenidos en este estudio confirman los de estudios precedentes realizados en su mayoría con sujetos del mundo del deporte.

Tal y como ha sido defendido por Cernuda (2010a, 2010b), observamos que el bailarín profesional presenta un nivel de AR muy bajo (10 de media), el mismo nivel que el observado en deportistas de élite.

Podemos entonces comenzar a equiparar el sujeto-deportista de alto nivel con el bailarín profesional, y justificar así la aplicación de métodos de trabajo sobre el plano psicológico a la danza profesional, tal y como se ha venido haciendo desde hace varias décadas en el mundo del deporte de competición.

Respecto a la relación entre el nivel de Ansiedad Rasgo del sujeto y el nivel de su ejecución, podemos citar la defensa de Cernuda (2010a, 2010b) de la capacidad predictiva de talentos motores que presenta el estudio de los niveles de Ansiedad en los deportistas. Se ha demostrado que el deportista de élite, así como el bailarín profesional, poseen niveles de AR muy bajos de forma general. En el caso del bailarín, el hecho de poseer el estatuto de “profesional”, y especialmente el trabajar en compañías de reconocido nivel y prestigio internacional, (como las escogidas para este estudio), se puede considerar un signo de excelencia en su nivel de ejecución general. Si es así, el bajo nivel de AR que presentan los bailarines de este estudio, no debe ser una sorpresa, ya que habría que ver su profesionalismo como una “selección natural” en la que sólo han sobrevivido los más resistentes (desde el punto de vista del control de la propia ansiedad) y los de mayor talento. De esta forma, el presente trabajo confirma la línea de estudio de Fenz (1975), Fenz y Jones (1972), Lowe (1973), Gould y otros (1983) y Cernuda (2002, 2006) sobre la correspondencia entre bajos niveles de ansiedad y una mejor ejecución del atleta y bailarín.

3.5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La hipótesis sobre la que hemos construido nuestra investigación ha quedado corroborada a través del análisis de los resultados obtenidos y su cotejación con los elementos y la información conocida y presentada en el marco teórico.

- Podemos confirmar, pues, la hipótesis que defiende que los bailarines profesionales presentan un nivel muy bajo de AR, equiparable, además, con el también bajo nivel (alrededor de 10, según Cernuda) de los deportistas de élite.
- En relación a la correspondencia entre el nivel de AR del bailarín profesional y su nivel de ejecución, y tal y como ya se ha explicado en la discusión, podemos considerar el grado de profesionalismo del bailarín como un índice del nivel general de su ejecución técnica, lo que parece coincidir con un bajo nivel de AR.
- Se ha evidenciado tras este estudio, el claro paralelismo entre el deporte de competición y la danza a nivel profesional a muchos niveles; se propone una aplicación a la danza de los métodos de entrenamiento psicológico ya utilizados para el deporte de competición, especialmente los relativos al control de la ansiedad y sus nefastas consecuencias.
- La necesidad de profundizar en esta línea de investigación y estudio, centrándose en los problemas concretos del bailarín y sus posibles tratamientos de reconocimiento, prevención y control, apoyándose sobre lo ya logrado por la Psicología del deporte.
- La utilización de los métodos y técnicas de investigación cualitativa en la Psicología del Deporte, reflejan la perspectiva humanista de estudiar de una manera más completa o integral a los atletas y deportistas, incluyendo un análisis fenomenológico de la amplia variedad de reacciones y experiencias psicológicas que se presentan durante el rendimiento deportivo, a través de entrevistas, cuestionarios, y auto-reportes retrospectivos; y conceptualizando al individuo como un participante que coopera en la investigación en la búsqueda de una información también provechosa y valiosa para

él mismo. Así, los fenómenos que no pueden ser observados y medidos en unidades cuantificadas, tales como las historias personales, se consideran tópicos legítimos para la investigación porque avanzan el conocimiento y revelan la riqueza de la experiencia humana (Hill, 2001).

En este sentido, cabe considerar la posibilidad de la aplicación de técnicas de investigación propias del método Humanista al estudio del bailarín y de su performance; dado el alto componente emocional involucrado en el ejercicio de la danza a nivel profesional, parece adecuado el tener en cuenta la gran importancia e influencia que posee este aspecto de la danza en el rendimiento general del atleta-bailarín, y, por lo tanto, reconocer la investigación cuantitativa en la Danza.

BIBLIOGRAFIA

- *Anxiety Inventory*, 3a ed. Palo Alto. CA: Consulting Psychologists Press.
- APA (2000) *DSM-IV-TR Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th. Edn, Text Revision. Washington.: American Psychiatric Press.
- Barlow, D.H. (1991). Disorders of emotion. *Psychological Inquiry*, 2, 58, 71.
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International University Press.
- Boulenger, J.P. (1987). L'approche biologique de la pathologie anxieuse. In : Boulenger J.P. *L'attaque de panique : un nouveau concept ?* Jean-Pierre Goureau, Château-du-Loire.
- Bower, G.H. (1981). Mood and memory. *American Psychologist*, 36, 129-148.
- Carretié, L. (2001). *Psicofisiología*. Madrid: Pirámide.
- Carretié, L. e Iglesias, J. (1995). *Psicofisiología: Fundamentos Metodológicos*.
- Cernuda, A. (1998). *Influencia de la ansiedad rasgo en la distorsión de la Imagen corporal y en la aparición de trastornos alimentarios*. Area de Psicología Clínica y de la Salud. Libro de Resúmenes II Congreso Iberoamericano de Psicología. Madrid. Colegio Oficial de Psicólogos.
- Cernuda, A. (1998). *Problemas psicológicos en deportistas y artistas de alto nivel. La importancia de la Psicología Clínica en el alto rendimiento*. Libro de Resúmenes II Congreso Iberoamericano de Psicología. Madrid. Colegio Oficial de Psicólogos.
- Cernuda, A. (2009). *Ansiedad y nivel de Arousal en Ballet*. Actas XIII Congreso Mundial UNESCO de investigación de la Danza. Málaga. CID UNESCO.
- Cernuda, A. (2010a). *La importancia del factor Ansiedad Rasgo en la selección temprana de talentos deportivos para el alto rendimiento*. Actas XII Congreso Nacional de Psicología de la Actividad Física y el Deporte y Primeras Jornadas Internacionales de la AMPD. Madrid. Universidad Autónoma de Madrid.

- Cernuda, A. (2010b). *La importancia de la ansiedad rasgo en la selección de talentos artísticos de alto nivel*. Actas XXVII Congreso Mundial de la Unesco de investigación de la danza. Córdoba. CID UNESCO.
- Costa, P.T. y Mc Crae, R. R. (1985). Hypochondriasis, neuroticism, and aging. When are somatic complaints unfounded?. *American Psychologist*, 40, 19-28.
- DSM-IV (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona, Masson.
- Epstein, S. (1972). The nature of anxiety with emphasis upon its relationships to expectancy. In Spielberger, C.D. (Ed.) *Anxiety: Current Trends in Theory and Research Vol.2*. New York: Academic Press, pp. 292-334.
- Eysenck, H.J. y Eysenck, M.W. (1985). *Personality and individual differences*. Nueva York: Plenum.
- Eysenck, M.W. (1967). *The biological basis of personality*. Springfield: Charles C. Thomas.
- Eysenck, M.W. (1991). Neuroticism, anxiety and depression. *Psychological Inquiry*, 2, 75-76.
- Eysenck, M.W. (1992). *Anxiety: The cognitive perspective*. Hove, UK: Lawrence Erlbaum Associates.
- Eysenck, M.W. (1997). *Anxiety and cognition: A unified theory*. Hove, UK: Psychology Press.
- Eysenck, M.W., MacLeod, C. y Mathews, A. (1987). Cognitive functioning in anxiety. *Psychological Research*, 49, 189-195.
- Folkins, C.H. y Sime, W.E. (1981). Physical fitness training and mental health. *American Psychologist*, 36, 373-389.
- Freud, S. (1895) Qu'il est justifié de séparer de la neurasthénie un certain complexe symptomatique sous le nom de névrose d'angoisse. In : *Névrose, psychose et perversion*, 5^e édition fr. PUF, 15-38. Paris.
- Freud, S. (1926). *Inhibition, symptôme et angoisse*. 2^e édition fr. PUF, 102, Paris.
- González L.G. (1996). *Stress y actividad física. Informe de Problema de Investigación*. Instituto de Medicina del Deporte. Cuba.
- Gorwood, P. (1998). L'anxiété est-elle héréditaire ?. *L'Encéphale*. XXIV, 252-5.

- Gould, D. y Krane, V. (1992). The arousal-athletic performance relationship: Current status and future directions. In: T.S. Horn (Ed.). *Advances in sport psychology* (pp. 119-141). Champaign, IL: Human Kinetics.
- Gould, D. y Tuffey, S. (1996). Zones of optimal functioning research: A review and critique. *Anxiety, Stress and Coping*, 9, 53-68.
- Gould, D. y Udry, E. (1994). Psychological skills for enhancing performance: Arousal regulation strategies. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 26, 478-485.
- Gould, D., Greenleaf, C. y Krane, V. (2002). Arousal-anxiety and sport behavior. In: T.S Horn (Ed.), *Advances in sport psychology* (2nd ed.) (pp. 207-280). Champaign, IL: Human Kinetics.
- Gould, D., Greenleaf, C. y Krane, V. (2002). *The relationship between arousal and athletic*. Champaign, IL: Human Kinetics.
- Gray, J.A. (1982). *The Neuropsychology of Anxiety*. New York: Oxford University Press.
- Gray, J.A. (1991). Fear, panic and anxiety: What's in a name?. *Psychological Inquiry*, 2, 77- 78.
- Hammermeister, J., y Burton, D. (2001). Stress, appraisal, and coping revisited: Examining the antecedents of competitive state anxiety with endurance athletes. *The Sport Psychologist*, 15, 66-90.
- Hanin, Y. L. (1978). A study of anxiety in sports. En: W.F. Straub (Ed.). *Sport psychology: An analysis of athletic behavior* (pp. 236-249). Ithaca, NY: Mouvement Publications.
- Hanin, Y. L. (1986). State-trait anxiety research in the USSR. In: C.D. Spielberger & R. Diaz-Guerrero (Eds.). *Cross cultural anxiety. Vol. 3* (pp. 45-64.). Washington D.C.: Hemisphere Publishing.
- Hantouche, E. (2001) Anxiété généralisée: trouble, personnalité ou tempérament. *Neuropsy, numéro spécial, juillet 2001*, 25-31.

- Hill, K. L. (2001). *Frameworks for Sport Psychology. Enhancing Sport Performance*. Champaign: Human Kinetics.
- Horn, T. S. (2008). Performance: Current status and future directions. In T.S. Horn's (Ed). *Advances in Sport Psychology*. Champaign, Illinois: Human kinetics.
- http://sommeil.univ-lyon1.fr/articles/jouvet/encyclo_universalis/nora.php
- Hughes, J. (1984). Psychological effects of habitual aerobic exercise: A critical review. *Preventive Medicine, 13*.
- International Society of Sport Psychology ISSP (1992). Physical activity and psychological benefits. A position statement. *International Journal of Sport Psychology, 23*.
- Jackson, A.S. y Roberts, G.C. (1992). Positive performance states of athletes: Toward a conceptual understanding of peak performance. *The Sport Psychologist, 6*, 156-171.
- Jackson, A.S., Thomas, P.R., Marsh, H.W. y Smethurst, C.J. (2001). Relationships between "flow", self-concept, psychological skills and performance. *Journal of Applied Sport Psychology, 13*, 129-153.
- Kandel, E. (1983). From metapsychology to molecular biology: explorations in the nature of anxiety. *Am J Psychiatry, 140*, 1277-93.
- Lang, P. J. (1968). Fear reduction and fear behavior : Problems in treating a construct. En J.M. Shilien (ed.). *Research in psychotherapy, vol.3*, (pp. 205, 227). Washington, DC: American Psychological Association.
- Lazarus, R. (1966). *Psychological stress and the coping process*. Mc Graw Hill: New York.
- Lazarus, R.S. (1993). From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology, 44*, 1-21.
- Le Doux, J. E. (1999) Fear and the brain: where have we been, and where are we going?. *Biological Psychiatry, 44*, 1229-1238.
- LeDoux, J. E. (1990). Information flow from sensation to emotion: Plasticity in the neural computation of stimulus value. En M. Gabriel y J. Moore (eds.). *Learning and computational neuroscience: Foundations of adaptative networks*, (pp. 53-90). Cambridge, MA: MIT Press
- LeDoux, J. E. (1996). *The emotional Brain*. New York: Ariel.

- LeDoux, J. E. (1998). Fear and the brain: Where have we been, and where are we going?. *Biological Psychiatry*, 44, 12, pp. 1229-1238.
- LeDoux, J. E. (2000). Emotion circuits in the brain. *Annual Reviews*. Madrid: Pirámide.
- Mandler, G. (1975). *Mind and Emotion*. New York: Wiley.
- Martens, R, Vealey, R. S. y Burton, D. (1990). *Competitive anxiety in sport*. Champaign, IL: Human Kinetics.
- Meyers, A. W., Whelan, J.P. y Murphy, S.M. (1996). Cognitive Strategies in Athletic Performance Enhancement. In M. Hersen, R.M. Eisler y P. M. Miller (Eds.), *Progress in Behavior Modification* (pp. 137-164). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Morgan, W. P. (1978). Sport personology: the credulous-skeptical argument in perspective. In W.F. Straub (Ed.), *Sport Psychology: an analysis of Athlete Behavior*. Ithaca, NY: Movement Publications.
- Morgan, W. P. (1985). Selected psychological factors limiting performance: A mental health model. In: D. H. Clarke & H. M. Eckert (Eds.), *Limits of human performance* (pp. 70-80). (Academy Papers, No. 18). Champaign, IL: Human Kinetics.
- Mowrer, O.H. (1939). Stimulus response theory of anxiety. *Psychological Review*, 46, p. 553-565.
- Mowrer, O.H. (1960). *Learning theory and behaviour*. Nueva York: Wiley.
- Naatanen, R. (1973). The inverted-U relationship between activation and performance: A critical review. En: S. Kornblum (Ed.), *Attention and performance IV*. New York: Academic Press.
- *Neurosciences*, 23, 155-181.
- Öhman, A. (1992). Orienting and attention: Preferred preattentive processing of potentially phobic stimuli. In B.A. Campbell, H. Haynes y R. Richardson (Eds.), *Attention and information processing in infants and adults*. Perspectives from human and animal research. Hillsdale, N.J: LEA.

- Öhman, A. (1993). Fear and anxiety as emotional phenomena: Clinical phenomenology, evolutionary perspectives, and information processing mechanisms. In M. Lewis y J. M. Haviland-Jones (Eds.). *Handbook of emotions*. (pp. 511-536). New York: Guilford Press.
- Öhman, A. (2000). Fear and anxiety: Evolutionary, cognitive and clinical perspectives. En M. Lewis y J. M. Haviland-Jones (Eds.). *Handbook of emotions*. (2ª ed, pp. 573-593). New York: Guilford Press.
- Petruzzello, S. J. (1991). A meta-analysis on the anxiety reducing effects of acute and chronic exercise. *International journal of sports medicine*, 11(3), 143 - 182.
- Privette, G. (1983). Peak Experience, Peak Performance, and "Flow". A comparative Analysis of Positive Human Experiences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45 (6), 1361-1368.
- Privette, G. y Bundrick, C.M. (1991). Peak Experience, Peak Performance, and "Flow"; Personal descriptions and theoretical constructs. *Journal of Social Behavior and Personality*, 6, 169-188.
- Raglin, J. S. y Hanin, Y. L. (2000). Competitive anxiety. In Y. L. Hanin (Ed.), *Emotions in sport* (pp. 93-111). Champaign, IL: Human Kinetics.
- Raglin, J. S. y Turner, P. E. (1993). Anxiety and performance in track and field athletes: A comparison of the inverted-U hypothesis with ZOF theory. *Personality and Individual Differences*, 14, 163-172.
- Rauch, S.L., Savage, C.R., Alpert, N.M., Fischman, A.J. y Jenike, M.A. (1997). The functional neuroanatomy of anxiety: A study of three disorders using positron emission tomography and symptom provocation. *Biological Psychiatry*, 42, 446-452.
- Sandín, B. y Chorot, P. (1995). Concepto y categorización de los trastornos de ansiedad. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.). *Manual de Psicopatología* (pp. 53-80). Madrid: McGraw-Hill.
- Scanlan, T. K., Stein, G.L. y Ravizza, K. (1989). An in-depth study of former elite figure skaters: II. Sources of enjoyment. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 11, 65-83.

- Schwartz, G. E., Davidson, R. J. y Goleman, D. J. (1978). Patterning of cognitive and somatic processes in the self-regulation of anxiety: Effects of meditation versus exercise. *Psychosomatic Medicine*, 40, 321-328.
- Seligman, M. E. P. (1971). Phobias and preparedness. *Behavior Therapy*, 2, 307-320.
- Servant, D. (2004). *Gestion du stress et de l'anxiété*. Paris, Masson.
- Skinner, B. (1974). *Ciencia y Conducta Humana*. Barcelona, España: Editorial Fontanella, S.A.
- Smith, R. E., Smoll, F. L., & Schutz, R. W. (1990). Measurement and correlates of sport-specific cognitive and somatic trait anxiety: The Sport Anxiety Scale. *Anxiety Research*, 2, 263-280.
- Sonstroem, R. J., & Bernardo, P. (1982). Intraindividual pre-game state anxiety and basketball performance: A re-examination of the inverted-U curve. *Journal of Sport Psychology*, 4, 235-245.
- Spielberger, C. D. (1966). Theory and research on anxiety. En: C. D. Spielberger (Ed.). *Anxiety and behavior* (pp. 3-20). New York: Academic Press.
- Spielberger, C. D. (1972). Conceptual and methodological issues in anxiety research. In: C. D. Spielberger (Ed.). *Anxiety: Current trends in theory and research, Vol. 2* (pp. 481-493). New York: Academic Press.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R.L., Lushene, R., Vagg, P.R. y Jacobs, G.A. (1983). *Manual for the state-trait anxiety inventory (Form Y)*. Palo Alto. CA: Consulting Psychologists Press.
- Spielberger, C.D. Anxiety: State-Trait process. In: *Stress and Anxiety: series in clinical and community psychology (vol. 1)*. 113-43. Washington: Hemisphere Publishing Corporation.
- Thomas, A. (1978). *Einführung in die Sportpsychologie*. Göttingen: Verlag für Psychologie Dr C.J. Hogrefe.

- Turner, P. E., & Raglin, J. S. (1996). Variability in precompetition anxiety and performance in college track and field athletes. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 28, 378-385.
- Vealey, R. S., & Greenleaf, C. A. (2001). Seeing is believing: Understanding and using imagery in sport. En: J.M. Williams (Ed.). *Applied sport psychology. Personal growth to peak performance* (4th ed.) (pp. 247-283). Mountain View, CA: Mayfield.
- Watson, D., Weber, K., Assenheimer, J.S., Clark, L.A., Strauss, M.E. y McCormick, R.A. (1995). Testing a tripartite model: I. Evaluating the convergent and discriminant validity of anxiety and depression symptom scales. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 3-14.
- Williams, J.M.G., Watts, F.N., MacLeod, C. y Mathews, A. (1997). *Cognitive psychology of emotional disorders* (2^a ed.). Chichester, UK: Wiley.
- Wilson, G. S., Raglin, J. S. y Pritchard, M. E. (2002). Optimism, pessimism, and precompetition anxiety in college athletes. *Personality and Individual Differences*, 32, 893-902.
- Young, J. E. (1990, 1994). *Cognitive therapy for personality disorders : a schema-focused approach*. Sarasota: Professional Resource Exchange.

ANEXOS

1. CUADROS

Cuadro 2.1. TRASTORNOS DE ANSIEDAD SEGÚN LA DSM-IV-TR

TRASTORNOS DE ANSIEDAD según la DSM-IV-TR

- Ataques de pánico (crisis de ansiedad, de angustia, panic attack)
- Trastorno de angustia con agorafobia
- Trastorno de angustia sin agorafobia
- Fobia simple
- Agorafobia sin crisis de angustia
- Fobia social
- TOC
- Trastorno de ansiedad generalizada
- Trastorno por estrés post-traumático
- Trastorno por estrés agudo
- Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica
- Trastorno de ansiedad inducido por sustancias

Cuadro 3.1. RESULTADOS DEL TEST STAI de SPIELBERGER

COMPAÑIA DE ORIGEN	SEXO	NACIONALIDAD	EDAD	AÑOS DE EXPERIENCIA	ANSIEDAD RASGO	
BBL		0	ITAL	19	2	15
BBL		0	FRAN	26	9	10
BBL		0	ITAL	22	1	11
BBL		1	FRAN	24	4	10
BBL		1	BEL	22	4	25
BBL		1	ITAL	22	3	11
BBL		1	CUBAN	26	11	15
BBL		1	ITAL	30	13	10
BBL		0	RUS	28	10	25
BBL		1	ITAL	30	13	10
BBL		0	USA	19	1	10
BBL		1	BEL	20	2	25
BON		1	FRAN	21	2	10
BON		1	FRAN	23	5	11
BON		0	FRAN	32	14	10
BON		1	ESP	33	14	10
BON		0	URU	24	8	15
BON		0	FRAN	25	7	10
BON		1	FRAN	36	20	35
BON		1	FRAN	20	1	25
BON		0	FRAN	38	18	10
BON		1	ITAL	27	8	12
BON		0	ESP	38	20	10
BON		0	FRAN	26	9	10
BON		0	FRAN	28	7	25
BON		0	FRAN	19	7	10
BON		0	ITAL	23	5	10

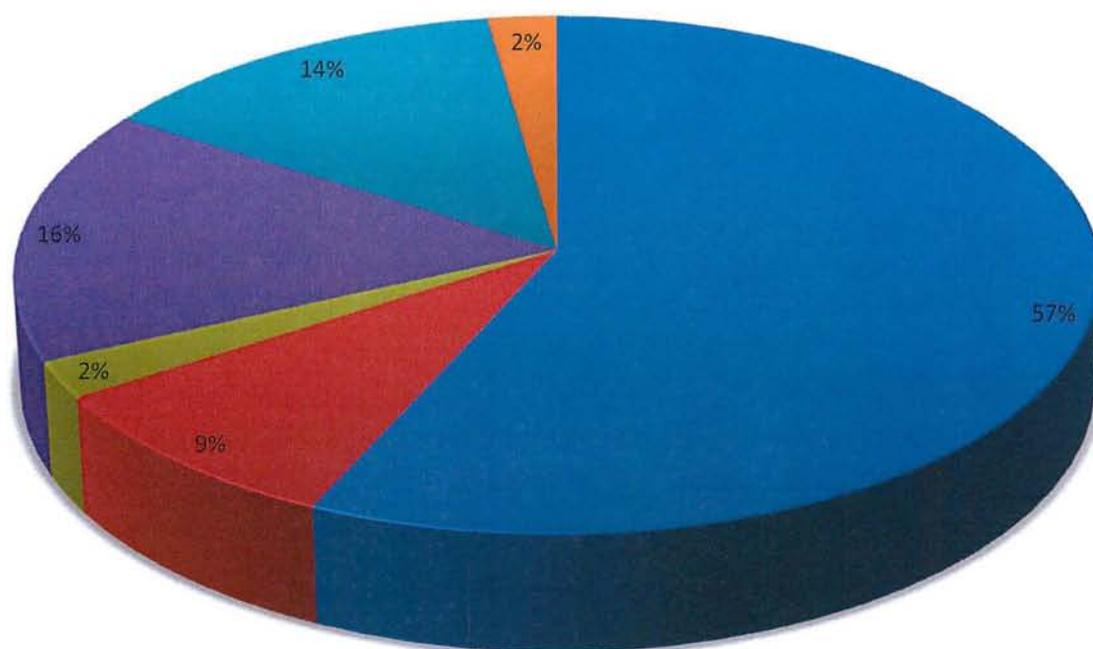
BON	0	RUS	27	8	10
BON	0	AUST	22	3	15
CND	1	ESP	38	20	10
CND	0	ESP	33	4	10
CND	0	CUBAN	38	21	10
CND	0	BEL	22	5	10
CND	1	ESP	43	23	15
CND	1	ESP	25	6	10
CND	1	ESP	29	11	10
CND	1	ITAL	28	9	25
CND	0	ESP	32	13	10
CND	0	ESP	37	19	10
CND	0	POR	31	13	15
CND	1	CUBAN	35	15	15
CND	0	USA	22	3	10
CND	1	HOL	27	9	11
CND	1	AUST	30	11	10

Cuadro 3.2. VALORES PORCENTUALES DE LA AR DE LOS SUJETOS DE LA MUESTRA

CENTIL ANSIEDAD RASGO	N° de SUJETOS	PORCENTAJE del total (44 sujetos)
10	25	56,8 %
11	4	9,1 %
12	1	2,3 %
15	7	15,9 %
25	6	13,6 %
35	1	2,3 %

2. GRAFICOS

Gráfico 3.1. VALORES PORCENTUALES DE LA AR DE LOS SUJETOS DE LA MUESTRA



■ AR 10

■ AR 11

■ AR 12

■ AR 15

■ AR 25

■ AR 35

Gráfico 3.2. AR Y EXPERIENCIA PROFESIONAL

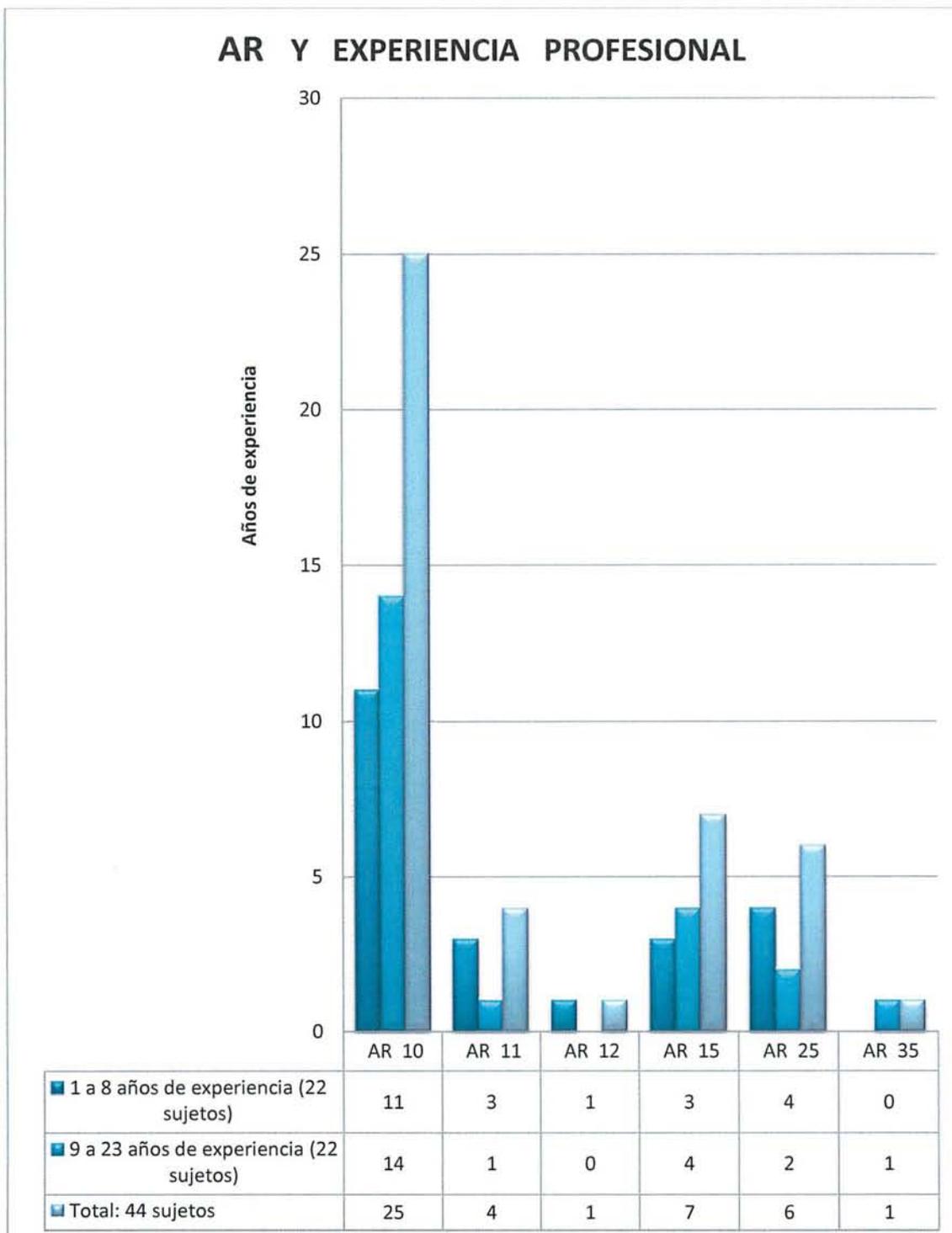


Gráfico 3.3. NIVEL DE AR SEGÚN LA PROCEDENCIA PROFESIONAL

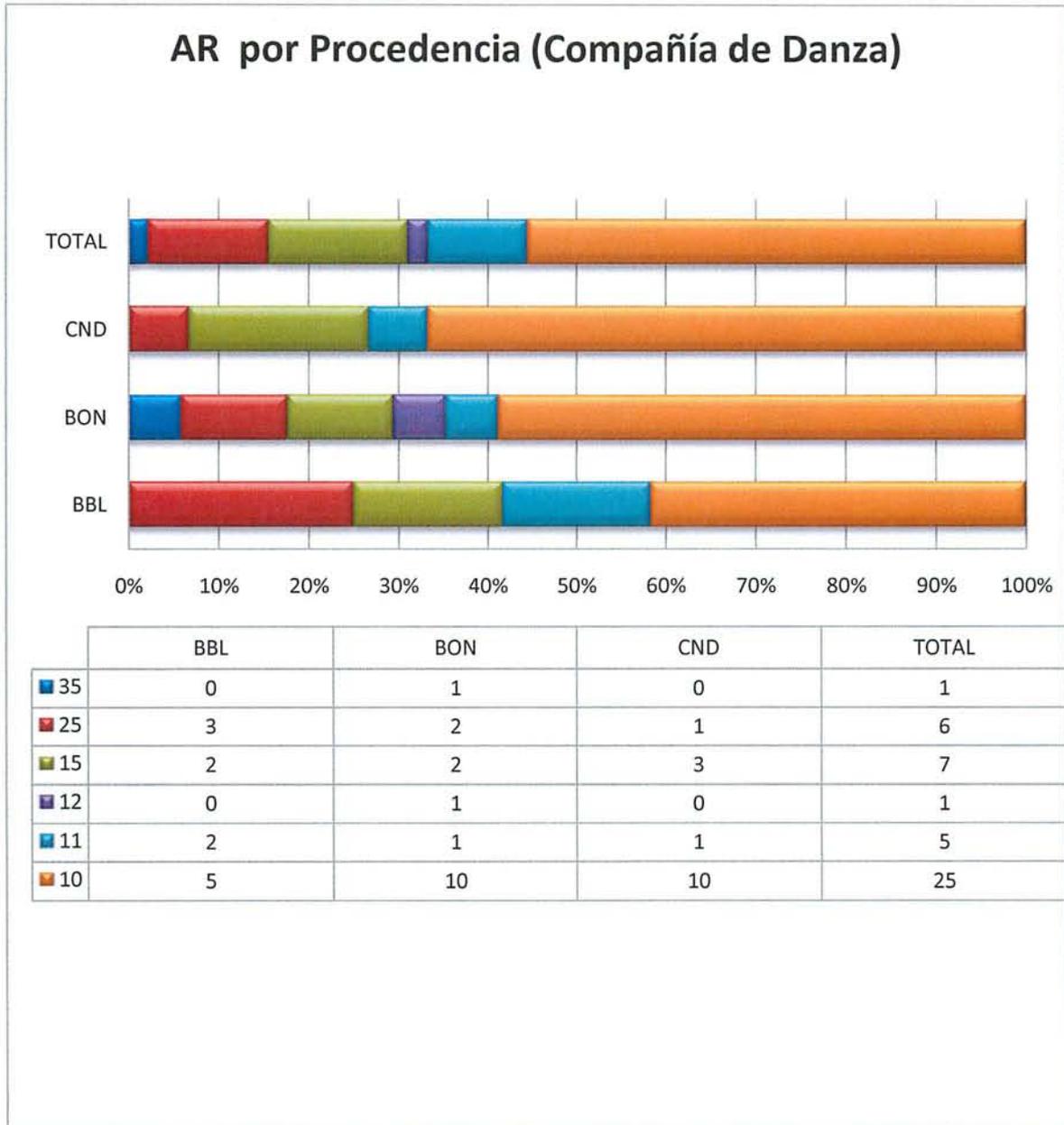


Gráfico 3.4. COMPARACIÓN ENTRE EDADES Y COMPAÑÍA DE PROCEDENCIA DE LOS SUJETOS

