



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA Y ANSIOSA Y REGULACIÓN
EMOCIONAL EN ADULTOS QUE REALIZAN EJERCICIO FÍSICO**

Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología con mención en Psicología Clínica
que presenta la Bachiller:

DANIELA PAOLA D'ACUNHA MAGGI

Asesora: Mg. Mónica De Los Milagros Cassaretto Bardales

LIMA, PERÚ

2019

AGRADECIMIENTOS

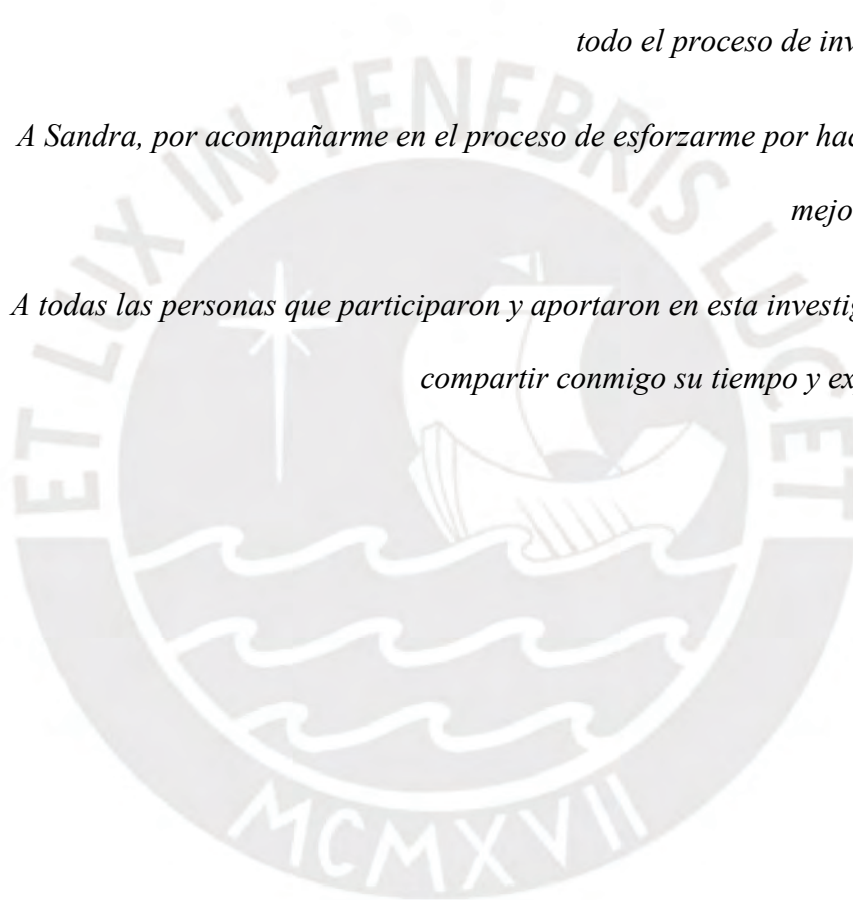
A mis papás y a mi hermano, por su amor, confianza y apoyo en todo lo que me propongo realizar.

A Leonardo, por ser mi compañero incondicional y por recorrer conmigo todas y cada una de las oportunidades que nos da la vida para seguir creciendo juntos.

A Mónica Cassaretto, por su dedicación, exigencia, y por confiar en mí durante todo el proceso de investigación.

A Sandra, por acompañarme en el proceso de esforzarme por hacer siempre mejor las cosas.

A todas las personas que participaron y aportaron en esta investigación, por compartir conmigo su tiempo y experiencias.



Resumen

El objetivo principal de la presente investigación fue analizar la posible relación entre la Sintomatología Depresiva y Ansiosa con la Regulación emocional, en adultos que realizan ejercicio físico. Con este propósito se evaluó a 116 adultos, de ambos sexos, que practicaban ejercicio físico, cuyas edades oscilaron entre los 18 y 61 años ($M = 33.03$ años; $DE = 11.40$). Se utilizó el Cuestionario de Regulación Cognitiva de las Emociones (CERQ) en su versión validada en el Perú (Dominguez y Medrano, 2016); el Cuestionario de Regulación Emocional adaptada en Perú (Gargurevich y Matos, 2010); el Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II) adaptado en Argentina (Brenlla y Rodríguez, 2006); y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en su versión adaptada al español (Sanz, 2011). Se encontró una relación directa entre la sintomatología depresiva y ansiosa y las estrategias de regulación emocional culpar a otros, autculparse, rumiación, catastrofización y supresión; y entre la estrategia aceptación y la sintomatología ansiosa. Asimismo, se halló una relación inversa entre la sintomatología depresiva y ansiosa y la estrategia focalización positiva, y entre la estrategia reevaluación cognitiva y la sintomatología depresiva. Por último, se encontraron diferencias según ciertas variables sociodemográficas y otras relacionadas al ejercicio físico. Se discuten estos hallazgos, así como las limitaciones del estudio y futuras líneas a seguir.

Palabras clave: Sintomatología depresiva, sintomatología ansiosa, regulación emocional, adultos, ejercicio físico.

Abstract

The aim of the present study was to analyze the possible relationship between depressive and anxiety symptomatology and emotional regulation in adults who exercise. With this purpose, this study was made up of 116 adults of both sexes who exercise, whose ages oscillated between 18-61 years of age ($M = 33.03$ years; $DE = 11.40$). The Cognitive Emotional Regulation Questionnaire (CERQ) was used in its Spanish version validated in Perú (Dominguez y Medrano, 2016), the Emotional Regulation Questionnaire (ERQP) adapted in Peru (Gargurevich y Matos, 2010), the Beck Depression Inventory II (BDI-II) in its Argentinian version (Brenlla y Rodríguez, 2006), and the Beck Anxiety Inventory (BAI) in its Spanish adaptation (Sanz, 2011). A direct relationship was found between the depressive and anxiety symptomatology and the emotional regulatory strategies other-blame, self-blame, rumination, catastrophizing and suppression, and between anxiety symptomatology and the acceptance strategy. In addition, it was found that depressive and anxiety symptomatology inversely correlated with the strategy positive refocusing, and that the cognitive reappraisal strategy inversely correlated with depressive symptomatology. Finally, differences were found according to certain sociodemographic variables and others related to physical exercise. The possible explanations of these findings are discussed, as well as the limitations of the study and the possible future lines to follow.

Key words: Depressive symptomatology, anxiety symptomatology, emotional regulation, adults, physical exercise.

Tabla de contenidos

Introducción	1
Método	13
Participantes	13
Medición	14
Procedimiento	19
Análisis de datos	19
Resultados	21
Discusión	27
Referencias	39
Apéndices	53
Apéndice A: Características sociodemográficas	53
Apéndice B: Consentimiento Informado	54
Apéndice C: Ficha de datos sociodemográficos	55
Apéndice D: Confiabilidad por consistencia interna	56
Apéndice E: Correlaciones entre Estrategias de Regulación Emocional	60

En la actualidad existe una fuerte preocupación por el estilo de vida que tienen los individuos, puesto que éste se ha convertido en uno de los aspectos con mayor influencia sobre su salud (Kwaśniewska, Kaleta, Dziańkowska-Zaborszczyk y Drygas 2009). Esto ha llevado a que se preste atención al rol que cumplen los comportamientos habituales y cotidianos que caracterizan el modo de vida de las personas, los cuales no sólo suelen ser consistentes en el tiempo (Rodríguez, 1995; Roth, 1990) si no que, según su naturaleza, pueden constituirse factores de riesgo o protección (Flórez, 2007). Sin embargo, dado que las conductas ocurren en un contexto, para comprenderlas se deben tomar en cuenta los factores personales, interpersonales, ambientales e institucionales que se encuentran inmersos en éste (Winett, King y Atman, 1989).

Las conductas que conforman los estilos de vida pueden ser prácticas no saludables tales como el consumo de tabaco y alcohol, abuso de otras sustancias, inadecuados hábitos de sueño, mala dieta, comportamientos sexuales de riesgo, o sedentarismo; que generan consecuencias adversas a corto o largo plazo en la salud y bienestar de las personas (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 2007; Wu, Rose, y Bancroft, 2006). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017a), dichas prácticas constituyen factores de riesgo comportamentales modificables que favorecen la aparición de las enfermedades no transmisibles (ENT), las cuales son enfermedades crónicas, y de larga duración, que resultan de la interacción de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y conductuales.

Las ENT constituyen la principal causa de muerte a nivel mundial. En el 2012, de un total de 56 millones de defunciones registradas, 36 millones de muertes (68%) correspondían a fallecimientos por ENT, de las cuales (OMS, 2014), 15 millones se dan en la etapa de la adultez, en personas que tienen entre 30-69 años (OMS, 2017a).

Tomando en cuenta esto, se ha observado que existe un incremento en el uso de las tecnologías de informática y telecomunicaciones (Arellano y Salas, 2017), un aumento de los comportamientos sedentarios durante las actividades laborales y domésticas, así como del uso de los medios de transporte “pasivos” (en los que los sujetos no ejercitan), lo cual, entre otras cosas, ha generado que al menos el 60% de la población tenga una insuficiente participación en la práctica de actividad física (OMS, 2017).

A todo esto se suma que, desde el inicio, la adultez es una etapa de exploración individual en la que muchas personas finalizan sus estudios, dejan el hogar parental, se integran al mercado laboral buscando independizarse económicamente y consideran

empezar a formar una familia (Cohen et al., 2003; Instituto Nacional de la Juventud [INJU], 2006). Frente a todas estas transiciones y cambios, la práctica de ejercicio físico no sólo se percibe como una alternativa contra el sedentarismo (Seclén-Palacín y Jacoby, 2003), sino que juega un rol importante en la promoción de la salud de las personas (Scully et al., 1998).

El ejercicio físico es una subcategoría de la actividad física que es planificada, estructurada, repetitiva y que se realiza con el fin de mantener o mejorar ciertos elementos del estado físico (OMS, 2017b). La actividad física, por su parte, se entiende como cualquier movimiento corporal, generado por los músculos, que implica un gasto de energía (OMS, 2017b). Ésta puede realizarse durante el tiempo libre en el contexto de distintas actividades cotidianas, o también a partir de la práctica de ciertos deportes o ejercicios programados (OMS, 2010).

De acuerdo con estas categorías, la OMS (2010) señala que los adultos entre 18-64 años deben realizar, en sesiones de 10 minutos como mínimo, preferentemente distribuidas a lo largo de la semana, cualquiera de las siguientes opciones de actividad física: un mínimo de 150 minutos semanales de actividad aeróbica moderada, o al menos 75 minutos semanales de actividad aeróbica vigorosa, o una combinación que en minutos sea equivalente a ambas. Por su parte, actividades de fortalecimiento muscular convendrían realizarse 2 o más días a la semana. En relación a esto, se dice que mayores cantidades de actividad física traerán mayores beneficios para la salud (US Department of Health and Human Services, 2008) y que, mínimo, dosis moderadas de ésta son efectivas para mejorar el estado de ánimo (Shephard y Shek, 1995), incluyendo síntomas de depresión y ansiedad, los cuales parecen estar inversamente relacionados con la práctica de ejercicio físico (De Mello et al., 2013; Ströhle, 2009).

Existen una serie de estudios que señalan que la práctica de ejercicio físico no sólo disminuye emociones negativas como la ansiedad, la depresión, el cansancio, la ira, y contribuye a amortiguar el impacto negativo del estrés (Calfas y Taylor, 1994; Salmon, 2001; Jiménez, Martínez y Sánchez, 2008), sino que también incrementa emociones positivas como el placer, el vigor y la energía (Woo et al., 2009). En relación a esto, algunas investigaciones manifiestan que el ejercicio físico vigoroso parece incrementar la liberación de endorfinas y la inhibición de la producción de las hormonas de estrés, generando en la persona que lo realiza un estado de calma y relajación (Allen, 2000; Allen y Cohen, 1987).

El ejercicio físico se presenta como una alternativa terapéutica muy recomendable para el tratamiento de la depresión (Salazar, 2010), siendo considerada tan efectiva como un tratamiento psicoterapéutico o farmacológico (Brosse et al., 2002). Este es un aspecto de vital importancia dadas las altas tasas de prevalencia que tiene esta condición a nivel mundial, así como las complicaciones propias de la misma.

La depresión es una enfermedad mental que en la actualidad afecta a más de 300 millones de personas a nivel mundial (2017c), siendo la población adulta la que cuenta con una mayor prevalencia, y las mujeres (5.1%) más afectadas que los hombres (3.6%) (OMS, 2017d). Este es un trastorno cuyos síntomas son de duración variable, y dependiendo de su intensidad, pueden afectar el funcionamiento de las personas con distintos grados de deterioro (Parker, 2009). López (2007) advierte que dicho trastorno se caracteriza por una alteración en el humor, que se encuentra acompañado de síntomas como la tristeza, desesperanza, sentimientos de minusvalía, pensamientos negativos, entre otros.

Según la Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento (CIE-10), los síntomas como el cambio en el estado de ánimo, en la capacidad para disfrutar, la disminución de la energía y la reducción de la autoconfianza y la autoestima, muchas veces están acompañados de ciertos síntomas somáticos. Estos pueden ser la pérdida de interés, despertar antes de lo habitual, ausencia de reacción emocional ante una situación que normalmente la produce, empeoramiento del humor depresivo en la mañana, enlentecimiento psicomotor, agitación, pérdida de apetito, pérdida de peso y disminución de la libido. Así también, el CIE-10 señala que, dependiendo del número de los síntomas, los episodios depresivos pueden ser leves, moderados, o graves (OMS, 2018a).

Es importante mencionar que se pueden considerar los cuadros depresivos como parte de un continuo, y no como una entidad categórica, ya que existen personas que no cumplen con la totalidad de los síntomas para recibir un diagnóstico de depresión leve, moderada, o grave (Angst, Sellaro y Merikangas, 2000; Andrews et al., 2007; Ruscio y Ruscio, 2000). De acuerdo con esto, la sintomatología depresiva podría implicar la presencia de un número reducido de síntomas, cuya cantidad no cumple necesariamente todos los criterios del trastorno. A diferencia de un estado emocional como es la tristeza, la cual se caracteriza por presentar ciertos síntomas depresivos temporales, el diagnóstico de depresión y/o la presencia de altos niveles de sintomatología depresiva afectaría a la persona de manera recurrente (Leventhal, 2008). En este sentido, mientras

más intensa es la sintomatología depresiva, existirían mayores dificultades en su funcionamiento psicosocial (Barnett y Gotlib, 1988; Vredenburg, Flett y Krames, 1993).

Por ello, Gotlib, Lewinsohn y Seeley (1995) enfatizan que las personas que presentan un nivel de sintomatología depresiva, que no llega a cumplir los criterios para un diagnóstico de depresión, se encuentran en riesgo de manifestar un cuadro depresivo o ansioso en el futuro, así como dificultades en su funcionamiento; lo cual pone el foco de atención en la importancia de la prevención.

Por otro lado, en el 2015, la proporción de la población mundial que sufría de algún trastorno de ansiedad era del 3.6%, siendo éstos, al igual que en el caso de la depresión, más comunes en las mujeres (4.6%) que en los hombres (2.6%) (OMS, 2017d). La ansiedad es un estado tanto psicológico como fisiológico caracterizado por elementos cognitivos, somáticos, emocionales y conductuales que, combinados, generan una sensación displacentera que se relaciona con el miedo, la aprensión, inquietud o preocupación (Gao et al., 2012). De acuerdo con esto, los síntomas que caracterizan la ansiedad se asocian a un estado general de angustia que comprende ciertos componentes como la irritabilidad, agitación, dificultades en la relajación e impaciencia (Oei, Sawang, Goh, Mukhtar y 2013).

Sin embargo, la ansiedad puede ser considerada una reacción normal frente a situación de amenaza o estrés, a menos que ésta se vuelva excesiva y persistente en el tiempo, ya que en este caso se estaría hablando de un trastorno de ansiedad cuyos síntomas interfieren con el funcionamiento de la persona (National Institute of Mental Health [NIH], 2016). Los síntomas ansiosos y un trastorno de ansiedad propiamente dicho, se encuentran ubicados a lo largo de un continuo (Kessler et al., 2003; Angst et al., 2009). Por ello, la sintomatología ansiosa que se presenta en un trastorno de ansiedad, suele ser la misma que se manifiesta en la ansiedad normal; con la diferencia de que en ésta última los síntomas suelen desaparecer cuando el estímulo estresante desaparece (Gutiérrez-García y Contreras, 2013).

En el caso de la ansiedad patológica, la persona puede responder a un peligro que no es real, o amenazante, y la intensidad, frecuencia y duración de ésta no sólo es desproporcionada respecto a la situación objetiva (García et al., 1999), sino que interfiere en el funcionamiento del individuo (Gross y Hen, 2004). En este sentido, cuando la ansiedad supera los límites normales y disminuye el rendimiento de la persona en sus actividades cotidianas, se podría hablar del posible inicio de un trastorno de ansiedad (Celis et al., 2001). De acuerdo con esto, Clark y Beck (2012) señalan que

personas que manifiesta una alta predisposición al nerviosismo, preocupación, ansiedad, o experimentan situaciones que aumentan sus niveles de estrés en el día a día, se encontrarían más vulnerables a desarrollar un trastorno de ansiedad. Por ello, a mayor presencia de sintomatología ansiosa, parecerían haber mayores posibilidades de presentar un cuadro ansioso.

Existen diversos estudios que señalan que el ejercicio físico tiene importantes efectos positivos sobre la sintomatología depresiva y ansiosa. Por ejemplo, Dunn et al (2005) encontraron que personas entre 20 y 45 años, que presentaban una depresión de moderada a mayor, y que se empezaron a ejercitar según las recomendaciones de salud pública planteadas por la OMS, reducían de manera significativa su cuadro depresivo. En correspondencia con esto, en una investigación realizada con 200 mujeres con edades entre los 18 y 65 años, siendo las que tienen entre 45 y 65 años mayores niveles de depresión, se encontró que las que acuden al gimnasio o realizan algún programa de actividad física regular, manifiestan menores niveles de depresión que las que no lo hacen (Olmedilla, Ortega y Madrid, 2008). Así también, otra investigación realizada por Kesaniemi et al (2001) manifiesta que la práctica de ejercicio aeróbico, realizada entre 6 y 12 semanas, por personas que manifiestan un cuadro depresivo de moderado a mayor, se asocia con una mejora significativa de los síntomas depresivos y ansiosos; aunque esta respuesta es un poco más lenta a comparación de la que se obtiene con ciertos fármacos.

Tomando en cuenta el tipo de ejercicio que se practica, Lawlor y Hopker (2001) encontraron, en una revisión sistemática de 14 artículos, que no se presentan diferencias entre el tipo de ejercicio realizado, ya sea aeróbico o anaeróbico, y su efecto en la sintomatología depresiva. Por su parte, Walsh (2011) señala que ambos son efectivos tanto para intervenciones a corto plazo, como para un mantenimiento a largo plazo. En correspondencia con estos resultados, Doyne et al., (1987) no observaron diferencias significativas, en el tratamiento de depresión, entre personas que corren y otras que realizan levantamiento de pesas. Así también, otro estudio realizado con pacientes que padecían un trastorno de depresión o ansiedad, reportó que no existen diferencias significativas entre los que se ejercitan trotando o corriendo (Sexton et al., 1989). En todos los casos la relación encontrada ha sido siempre positiva, es decir, cualquiera sea el tipo de ejercicio realizado, siempre llevaba a una reducción del cuadro depresivo o ansioso.

Es importante rescatar que la preferencia por un ejercicio específico en particular, el interés de realizar alguno con mayor intensidad que otro, y la experiencia en la realización de éste, pueden ser variables a considerar respecto al mejoramiento del estado de ánimo de la persona. Sin embargo, se ha encontrado que cuando el ejercicio físico se realiza de manera regular, y las personas poseen cierta experiencia en su realización, el mejoramiento del ánimo es un resultado normal de la práctica; sin importar si prefieren uno u otro ejercicio (Lane, Jackson y Terry, 2005). De igual manera, se advierte que ejercitarse bajo distintas condiciones ambientales, ya sea en un espacio cerrado o en un contexto natural, tiene un impacto significativo en la disminución de la ansiedad, a comparación de un estado de reposo (McAuley, Mihalko y Bane, 1996).

Ahora bien, son varios los mecanismos que explican la influencia que tiene el ejercicio físico en la sintomatología depresiva y ansiosa. Uno de estos puede ser a partir del uso de distintas estrategias de regulación emocional, las cuales contribuirían a la disminución y manejo de dicha sintomatología. Por ejemplo, Bernstein y McNally (2017) señalaron que la práctica de ejercicio aeróbico podría modificar la forma en que una persona responde a ciertos eventos emocionales, así como facilitar la regulación de las emociones negativas. Ante estas hipótesis, se encontró que el ejercicio moderado puede ayudar a atenuar las emociones negativas en los participantes que, en un inicio, experimentaban dificultades en la regulación emocional.

La regulación emocional es un proceso a partir del cual las personas influyen no sólo en las emociones que experimentan, sino en el momento en que las experimentan y en cómo las expresan (Gross, 1998). De acuerdo con esto, la regulación emocional implica ciertos cambios en las respuestas emocionales que se tienen, lo que se observa ya que, durante ésta, las personas pueden incrementar, mantener, o disminuir sus emociones negativas o positivas según cual sea su objetivo (Gross, 1999). Así también, se advierte que en la medida en que la regulación emocional opera sobre las emociones, los efectos de ésta pueden apreciarse a nivel conductual, fisiológico, cognitivo y afectivo (Koole, 2009).

Para explicar cómo las personas se regulan emocionalmente, Gross y Thompson (2007) postulan el “Modelo del Proceso de Regulación Emocional”, en el cual se señala que las emociones pueden ser reguladas en cinco fases distintas del proceso; la selección de la situación, la cual refiere a realizar acciones que probablemente lleven a una situación en la que la persona experimente una emoción deseada; la modificación

de la emoción, relacionada a modificar situaciones externas o ambientes físicos; el despliegue atencional, referido a dirigir la atención dentro de una situación con el objetivo de influir en las propias emociones; el cambio cognitivo, el cual tiene que ver con modificar la forma en cómo las personas valoran situación, alterando de ésta manera su significado emocional; y por último, la modulación de la respuesta, que puede ser experiencial, fisiológica o conductual (Gross, 2013). Las cuatro primeras fases corresponden a la etapa antecedente a la respuesta, mientras que la última pertenece a la etapa de respuesta (Gross y John, 2003).

Existen diversas estrategias de regulación emocional, siendo las más estudiadas la estrategia de reevaluación cognitiva y de supresión expresiva. La reevaluación cognitiva está inmersa en la fase del cambio cognitivo, y consiste en modificar el proceso de surgimiento de la emoción que se da en una situación, con el objetivo de incrementar o disminuir emociones positivas o negativas (Gross, 2013; Gross y John, 2003; Lazarus y Alfert, 1964; Gross, 2013). Dicha estrategia, al llevarse a cabo en la etapa antecedente a la respuesta, interviene antes de que ésta se haya generado por completo, de manera que la reevaluación cognitiva puede alterar el curso que sigue la emoción posteriormente (Gross y John, 2003). Por otro lado, la estrategia de supresión expresiva es una forma de modulación de la respuesta que involucra la inhibición de la expresión de la respuesta emocional (Gross, 1998; Gross y John, 2003; Gross, 2013). Ésta es una estrategia que interviene al final del proceso generativo de la emoción, por lo cual, si bien modifica el aspecto comportamental de la expresión de la emoción, no cambia su naturaleza (Gross y John, 2003).

Además de las dos estrategias mencionadas, también se han estudiado nueve estrategias de regulación cognitiva de las emociones, referidas a los pensamientos que puede tener una persona luego de haber experimentado una situación estresante o amenazante. La estrategia de rumiación o focalización de pensamientos involucra pensar repetitiva y excesivamente en los pensamientos y emociones asociados al evento displacentero; la catastrofización hace referencia a tener pensamientos que enfatizan de manera explícita el error experimentado; el auto-culparse hace alusión a pensamientos que culpan a la misma persona acerca del evento experimentado; el culpar a otros, por el contrario, refiere a pensamientos que atribuyen la culpa de lo experimentado al ambiente o a otras personas; la estrategia de poner en perspectiva consiste en pensamientos que hacen a un lado la seriedad y negatividad del evento, a la vez que enfatizan la relatividad de éste a comparación de otros; la aceptación se refiere a tener

pensamientos de resignación y aceptación de la situación experimentada; la focalización positiva consiste en tener pensamientos placenteros y alegres, en lugar de pensar en la situación actual; la reinterpretación positiva referida a pensamientos dirigidos a crear un significado positivo a la situación vivida en aras del crecimiento personal, y por último; la refocalización en los planes, dirigida a pensar en los pasos a llevar a cabo para poder lidiar con el evento negativo (Garnefski y Kraaij, 2007; Medrano, Moretti, Ortiz y Pereno, 2013).

Las dificultades en la regulación emocional se encuentran asociadas a una serie de psicopatologías, particularmente a trastornos internalizantes como la depresión y la ansiedad (Aldao, Nolen-Hoeksema y Schweizer, 2010; Kring y Sloan, 2009). Una serie de estudios señalan que el uso frecuente de ciertas estrategias de regulación emocional tales como la supresión, rumiación y catastrofización, y el menor uso de algunas estrategias como la reevaluación cognitiva, se relacionan con distintos niveles de sintomatología depresiva y ansiosa (Campbell-Sills, Barlow, Brown, y Hoffman, 2006; Garnefski y Kraaij, 2006; Gross y John, 2003). Así también, se ha encontrado que el uso de estrategias maladaptativas de regulación emocional, tales como la supresión y la rumiación, pueden predecir tanto síntomas depresivos como ansiosos (Aldao y Nolen-Hoeksema, 2012). En relación a esto, Joormann y Gotlib (2010) encontraron, en una investigación llevada a cabo con 101 participantes, que el grupo de pacientes con depresión manifestaba una falta de inhibición al procesar material negativo, lo cual se asoció al mayor uso de la estrategia rumiación. Asimismo, en este mismo grupo se advirtió que un menor uso de la estrategia reevaluación, y el mayor uso de las estrategias de rumiación y supresión, se encontraban relacionadas a mayores niveles de sintomatología depresiva.

Siguiendo esta línea, se sabe que la estrategia de regulación emocional llamada supresión parecería no ser efectiva en la reducción de las emociones negativas a corto plazo y que, además, ésta estaría asociada a posteriores dificultades en la regulación emocional (Campbell-Sills, Barlow, Brown y Hoffman, 2006). Tomando en cuenta esto, la supresión parecería reducir la expresión emocional, más no las emociones negativas (Gross, 1998). Esta estrategia, utilizada en la evitación, la cual se encuentra relacionada a la depresión y ansiedad (Hayes et al., 2004), también se ha visto asociada con la frecuencia con la cual personas que padecen un trastorno de personalidad borderline, recurren a las autolesiones como estrategia de regulación emocional (Chapman, Specht, y Cellucci, 2005)

Por otro lado, en una revisión realizada por Nolen-Hoeksema (2012) acerca de las diferencias de sexo respecto al uso de las estrategias de regulación emocional y a la presencia de una psicopatología, se observó que las mujeres hacen un mayor uso de estrategias como la rumiación, mientras que los hombres utilizan la supresión como estrategia de evitación; lo cual explicaría, en parte la mayor presencia de cuadros depresivos y ansiosos en mujeres. Sin embargo, es importante mencionar que, en ambos sexos, un uso frecuente de ambas estrategias está significativamente relacionado a altas puntuaciones en depresión y ansiedad (Nolen-Hoeksema y Aldao 2011).

Pese a que no se han encontrado muchas investigaciones que estudien la relación entre la sintomatología depresiva y ansiosa, y regulación emocional, en personas que realizan ejercicio físico, se pueden inferir ciertas particularidades respecto a ésta en dicha población en contraste a lo hallado en población general. En un estudio realizado por Bernstein y McNally (2017) se halló que la práctica de ejercicio físico podría cambiar la forma en que las personas responden a sus emociones. Según estos autores, el ejercicio vigoroso facilitaría la regulación de las emociones negativas, así como la disminución de la sintomatología depresiva. Respecto a esto, otro estudio indicó que el ejercicio físico regular podría ayudar a prevenir el inicio o empeoramiento del estado de ánimo depresivo en personas que poseen poca flexibilidad emocional (Strawbridge, Deleger, Roberts, y Kaplan, 2002). Mientras que por su parte, Solanki, y Lane (2010) señalan que las personas que han experimentado emociones positivas durante la práctica de ejercicio físico, están más propensas a considerar que el ejercicio puede ser utilizado como una estrategia de regulación para mejorar el estado de ánimo.

En una investigación llevada a cabo con 418 estudiantes de algunas universidades en Seul, se buscó conocer la relación entre la autorregulación, la práctica de ejercicio físico y la adherencia a éste, controlando la motivación intrínseca y las emociones positivas. Se encontró que la relación entre la autorregulación, la motivación intrínseca y las emociones positivas era distinta dependiendo de los niveles de participación en la realización de ejercicio físico (frecuencia de entrenamiento semanal y duración de la participación en el ejercicio). Mientras mayores eran los niveles de participación en la práctica de ejercicio físico, los participantes mostraron mayor autorregulación, motivación intrínseca y emociones positivas. Asimismo, también se halló que a mayor autorregulación se presentaba una mayor adherencia al ejercicio físico (Jihoon, Hyunsoo y Sungho, 2016).

Entonces, si bien parecería ser que la práctica de ejercicio aeróbico, a largo plazo, disminuye los síntomas depresivos debido a una acumulación continua de mejoras en el estado de ánimo (Bernstein y McNally, 2017); Meyer y Taranis (2007) advierten que la práctica de ejercicio de forma compulsiva constituiría una estrategia maladaptativa en la regulación de las emociones. Dichos autores encontraron que adultos que realizan ejercicio de forma compulsiva podrían estar inmersos en un ciclo a partir del cual, una vez que culminan de hacer ejercicio, necesitan retomarlo para que las mejoras en su estado de ánimo post-entrenamiento se repitan. En este sentido, el ejercicio se estaría utilizando como una manera de evitar las emociones negativas que se presentan en ausencia de éste. En ésta misma línea, Buckworth y Tomporowski (2013) manifestaron que, si bien el sedentarismo incrementa el riesgo de padecer un diagnóstico de depresión, altos niveles de ejercicio físico podrían no funcionar como factores protectores ante éste.

Por su parte, Pedersen y Saltin (2006) señalan que, dado que un recurrente síntoma depresivo y ansioso es la inquietud, la actividad física podría generar que las personas que experimentan dicha sintomatología reconozcan que el incremento del pulso y la sudoración no son peligrosos, sino que, por el contrario, son sensaciones esperadas durante el ejercicio. De igual manera, en una investigación realizada por Broman-Fulks y Storey (2008) con el objetivo de exponer a los participantes a sensaciones corporales que podrían asociarse a las experimentadas durante la ansiedad, se encontró que la exposición a la excitación fisiológica que genera el ejercicio aeróbico se asocia con una disminución significativa de los puntajes de sensibilidad a la ansiedad, de los temores a los síntomas respiratorios y cardiovasculares, de la manifestación pública observable de los síntomas, y del descontrol cognitivo; todos ellos síntomas de un trastorno de ansiedad. Se puede hipotetizar esto como una estrategia de regulación, en tanto la práctica de ejercicio físico estaría brindándole a la persona el reconocimiento de que ciertos síntomas físicos, que considera como parte de la sintomatología depresiva o ansiosa, pueden experimentarse sin ser considerados amenazantes. No obstante, la práctica de ejercicio físico podría ser menos agradable si debido a la intensidad con la que es realizada, la persona excede su umbral ventilatorio, generándole dificultades para respirar (Al Sudani, 2015).

En el Perú, los jefes del hogar, tanto hombres como mujeres, consideran que los obstáculos más significativos para la realización del ejercicio físico tienen que ver con la falta de tiempo, el desinterés para la práctica o la falta de infraestructura deportiva

(Seclén-Palacín, 2003). Se ha observado que la escasa actividad física no sólo es uno de los principales factores de riesgo de mortalidad a nivel mundial (OMS, 2017b), lo cual hace referencia a su relación con la salud física, sino que también posee un gran alcance en la salud mental de las personas. Por ello, se considera que la realización de la presente investigación es de suma importancia, ya que si bien se conocen los efectos positivos que tiene el ejercicio sobre la sintomatología depresiva y ansiosa, no se han encontrado investigaciones que vinculen estas variables y la autorregulación emocional en personas que realizan ejercicio físico. Además, ésta también es importante ya que no se sabe si las relaciones entre dichas variables, en población que realiza ejercicio físico, serían distintas a las ya encontradas en población general, sobre todo porque el realizar ejercicio físico de manera regular implica cambios corporales, así como un manejo de señales físico emocionales, lo que podría cambiar la vivencia emocional de las personas que se ejercitan. En este sentido, las mejoras en el estado de ánimo podrían deberse a efectos fisiológicos derivados del ejercicio físico, y/o al uso de distintas estrategias de regulación emocional.

Por lo tanto, de todo esto se depende que el propósito principal de este estudio es analizar la posible relación existente entre la sintomatología depresiva y ansiosa y la regulación emocional en adultos que realizan ejercicio físico regular. Asimismo, como objetivos específicos se plantea conocer las diferencias en la sintomatología depresiva y ansiosa, y en la regulación emocional, en función a características sociodemográficas como el sexo y la edad; y otras asociadas al ejercicio físico como el tiempo de práctica mensual, el tipo de ejercicio físico realizado, la frecuencia semanal de entrenamiento, y el tiempo de entrenamiento semanal.

Para ello, se realizará una investigación en un único momento del tiempo, con un grupo de adultos que realizan ejercicio físico que se ofrecieron a participar voluntariamente, a los cuales se les brindaron los cuestionarios de sintomatología depresiva, sintomatología ansiosa y regulación emocional, con el fin de describir su relación.



Método

Participantes

Los participantes de la siguiente investigación fueron 116 adultos que realizan ejercicio físico, contactados a través de las redes sociales, con edades entre los 18 y 61 años ($M = 33.03$ años; $DE = 11.40$), de los cuales 60.3% fueron mujeres y 39.7% hombres. Respecto al lugar de procedencia, el 88.8% nació en Lima, el 6.9% en provincia, mientras que el 4.3% eran extranjeros hispanohablantes; y el tipo de actividad física que se encontraban practicando era actividad aeróbica y de fortalecimiento muscular (51.7%), actividad aeróbica (32.8%), actividad de fortalecimiento muscular (10.3%) y actividad de flexibilidad (5.2%).

A partir de la ficha de datos obtenida se halló que el 38.8% de los participantes se encontraba estudiando, que el 72.4% se encontraba trabajando, y que el 8.6% realizaba otras actividades. En el último año, el 9.5% fue diagnosticado con ansiedad, mientras que el 3.4% con depresión. Asimismo, se encontró que sólo el 9.5% de los participantes era parte de un proceso psiquiátrico o psicoterapéutico.

En relación al ejercicio físico, se advierte que en términos de frecuencia de entrenamiento semanal los participantes realizan en promedio 4 días de ejercicio a la semana ($M = 4.26$; $D.E. = 1.36$), entrenando aproximadamente 331 minutos semanales ($M = 331.25$; $D.E. = 201.54$). Se observa, además, que la muestra tiene un promedio de 70 meses practicando ejercicio físico ($M = 70.34$; $D.E. = 73.06$) (Apéndice A).

Se consideraron como criterios de inclusión para formar parte de la investigación, que los participantes realizaran, como tiempo promedio semanal, un mínimo de 150 minutos semanales de actividad aeróbica moderada, o al menos 75 minutos semanales de actividad aeróbica vigorosa, o una combinación que en minutos sea equivalente a ambas. Respecto a la frecuencia, actividades aeróbicas debían ser realizadas, a lo largo de la semana, en sesiones de 10 minutos como mínimo. Además, los participantes debían encontrarse practicando ejercicio físico durante al menos 2 meses. Debido a estos criterios, y a la presencia de un caso que calificaba en el BDI-II con un nivel de depresión severa, de las 143 personas que completaron las encuestas, 27 participantes fueron eliminados.

Medición

La escala que se utilizó para medir la sintomatología depresiva fue el Inventario de Depresión de Beck II (*Beck Depression Inventory II – BDI-II*), elaborado por Beck, Steer y Brown (2006) en su adaptación argentina por Brenlla y Rodríguez (2006). Esta prueba de autoinforme, basada en los criterios descritos en el DSM-IV, evalúa la sintomatología depresiva en adultos y adolescentes desde los 13 años. Los mismos que pueden pertenecer a población normal o clínica.

Dicho cuestionario está compuesto por 21 ítems, los cuales se puntúan en una escala Likert de 4 puntos que va del 0 al 4; excepto los ítems 16 (cambios en los hábitos de sueño) y 18 (cambios en el apetito) que contienen 7 puntos cada uno, ya que sirven para diferenciar entre incrementos y disminuciones en el comportamiento o motivación. La puntuación mínima y máxima de la prueba es de 0 y 63 respectivamente; y se advierte que una mayor puntuación indica una mayor sintomatología depresiva (Beck, Steer y Brown, 2006).

La versión original de la prueba fue aplicada a dos muestras, a una población psiquiátrica de Estados Unidos (500) y a una población de estudiantes en Canadá (120). Respecto a su estructura factorial, ésta se estudió mediante un análisis de componentes principales (ACP), con una rotación Promax (oblicua), a partir de la cual se hallaron 2 factores. Ambos factores, la dimensión somato-afectiva y la dimensión cognitiva, explican la mayoría de la varianza en las poblaciones mencionadas (Beck, Steer y Brown, 1996).

Para las dos muestras se hallaron evidencias de confiabilidad por consistencia interna, con un alfa de Cronbach de .92 y de .93 para la población psiquiátrica y de estudiantes respectivamente. Así también, las correlaciones ítem-total corregido se encuentran entre .39 y .70 para la población psiquiátrica y entre .27 y .74 para la población de estudiantes. Por su parte, la confiabilidad test-retest, llevada a cabo luego de una semana de la aplicación, a una muestra de 26 pacientes clínicos, fue de .93 (Beck, Steer y Brown, 1996). Se reportaron evidencias de validez convergente observadas en la correlación positiva con la Hamilton Psychiatric Rating Scale of Depression-Revised (.71), así como evidencias de validez discriminante halladas en una correlación moderada con la Hamilton Rating Scale for Anxiety-Revised (.47), en una muestra de 87 pacientes clínicos (Riskind, Beck, Brown y Steer, 1987).

El BDI-II ha sido adaptado en países como España (Sanz, Navarro y Vásquez, 2003) y Argentina (Brenlla y Rodríguez, 2006). En este último, el cuestionario fue

validado con una muestra de 325 pacientes clínicos externos y 472 personas de población general, donde se reportó una confiabilidad por consistencia interna, con un alfa de Cronbach de .88 y .86 respectivamente; mientras que las correlaciones ítem-total corregidas iban de .19 a .61 para la población clínica, y de .25 a .55 para la población general. Respeto a la confiabilidad test-retest, ésta se llevó a cabo luego de 7-10 días de la primera aplicación en 17 pacientes clínicos (.90) y 40 personas de la población general (.86), encontrándose una correlación positiva y significativa en ambos casos. Así también, se hallaron evidencias de validez convergente con la escala MMPI-II (.58) y con la escala de depresión SCL-90 R (.81), y de validez discriminante con la escala de ansiedad de la SCL-90 R (.63), para la muestra de pacientes clínicos.

En la validación Argentina, se establecieron los siguientes puntos de corte para clasificar los niveles de depresión tomando en cuenta la puntuación obtenida en el BDI-II: 0 -13 un rango mínimo de depresión, de 14-19 una depresión leve, de 20-28 una depresión moderada, y de 29 a 63 una depresión severa (Brenlla y Rodríguez, 2006).

Si bien la escala del BDI-II no ha sido adaptada aún en el Perú, ésta ha sido ampliamente utilizada en distintas investigaciones, obteniéndose en todos los casos adecuadas evidencias de confiabilidad por consistencia interna (Rodríguez, 2008; Alcántara, 2008; Obando, 2011; Otiniano, 2012; Tataje, 2013; Vigil, 2016).

La presente investigación cuenta con evidencias de confiabilidad por consistencia interna con un alfa de Cronbach de .88 (Apéndice D).

Por otro lado, para medir la sintomatología ansiosa se utilizó el Inventario de Ansiedad de Beck (*Beck Anxiety Inventory – BAI*), elaborado por Beck, Epstein, Brown y Steer (1988) en la versión adaptada al español por Sanz (2011). Esta es una prueba de autoinforme que mide la gravedad de la ansiedad en adultos y adolescentes desde los 13 años.

La escala consta de 21 ítems, que se valoran en una escala Likert de 4 puntos, donde 0 es *Nada en absoluto* y 3 es *Gravemente; casi no podía soportarlo*. La puntuación mínima es de 0 puntos, mientras que la puntuación máxima es de 63. Puntuaciones entre 0 y 7 reflejan un mínimo nivel de ansiedad, de 8 a 15 indican ansiedad leve, de 16 a 25 ansiedad moderada y de 26 a 63 ansiedad grave (Beck y Steer, 2011).

La versión original de la prueba fue aplicada a 1086 pacientes externos psiquiátricos, obteniendo de éstos una sub muestra de 160 pacientes. Se hallaron evidencias de confiabilidad por consistencia interna, con un alfa de Cronbach de .92,

mientras que las correlaciones ítem-total oscilaron entre .30 y .71. Respecto a la confiabilidad test-retest, una sub muestra de 83 pacientes externos completaron el BAI luego de una semana de la aplicación inicial, encontrándose una correlación de .75 (Beck et al., 1988).

Asimismo, se obtuvieron evidencias de validez concurrente con la Hamilton Anxiety Rating Scale-Revised (.51) y con la sub escala de ansiedad de la Cognition Check List (.51), así como evidencias de validez de discriminante con la Hamilton Psychiatric Rating Scale for Depression-Revised (.25), y con el BDI (.48) (Riskind, Beck, Brown y Steer, 1987). Por su parte, mediante un análisis de componentes principales (ACP) con rotación Promax, se encontraron dos factores: aspectos somáticos de la ansiedad y aspectos subjetivos de la ansiedad (Beck et al., 1988).

Ahora bien, el BAI fue adaptado al español con dos muestras de pacientes externos con diversos trastornos psicológicos (307 y 85), con dos muestras de adultos de la población general española (249 y 99) y con dos muestras de la población de estudiantes universitarios de Madrid (590 y 137). Para estos, se reportaron evidencias de confiabilidad por consistencia interna, con un alfa de Cronbach de .90 y .92, de .93 y .85 y de .88 respectivamente. Respecto a las correlaciones ítem-total para todas las muestras, éstas fueron superiores a .30 (Sanz, 2011).

Asimismo, se encontraron evidencias de validez discriminante con el BDI-II para las dos muestras de pacientes externos (.56 y .44), para las dos muestras de población general (.63 y .62), y para las dos muestras de estudiantes universitarios (.58 y .56). Por otro lado, para analizar la validez factorial de la adaptación española del BAI, se realizó un análisis de componentes principales (ACP) a partir de la primera muestra de pacientes externos con trastornos psiquiátricos, y de las dos muestras de pacientes no clínicos. A partir de estos análisis factoriales se extrajeron dos factores, un factor somático explicaba un 30.6% de la varianza, y otro afectivo-cognitivo que explicaba un 7% (Sanz, 2011).

Por su parte, en ésta investigación se hallaron evidencias de confiabilidad por consistencia interna con un alfa de Cronbach de .93 (Apéndice D).

Para medir la variable de regulación emocional, se utilizó el Cuestionario de Regulación Cognitiva de las Emociones (*Cognitive Emotional Regulation Questionnaire-CERQ*), el cual fue elaborado por Garnefski, Kraaij y Spinhoven (2001) en su versión traducida al español por Medrano, Moretti, Ortiz, y Pereno (2013) y validada en el Perú por Dominguez y Medrano (2016). Dicho cuestionario busca

conocer qué piensan las personas luego de haber experimentado una situación estresante o amenazante.

La escala consta de 36 ítems, los cuales se puntúan en una escala Likert de 5 puntos, donde 1 es *casi nunca* y 5 es *casi siempre*. Ésta cuenta con 9 sub escalas, siendo estas: rumiación, catastrofización, auto-culparse, culpar a otros, poner en perspectiva, aceptación, focalización positiva, reinterpretación positiva y refocalización en los planes; cada una de las cuales consta de 4 ítems. Para obtener una puntuación por cada sub escala, se deben sumar los puntajes de los ítems que pertenecen a ésta, los cuales pueden ir de 4 a 20 (Garnefski, Kraaij y Spinhoven, 2001; Garnefski et al., 2002; Garnefski y Kraaij, 2007).

La versión original de la prueba fue aplicada a dos muestras en Holanda, tanto a una población de adolescentes (487) (Garnefski, Kraaij y Spinhoven, 2001) como a una de adultos (611) (Garnefski y Kraaij, 2007). En ambos grupos se estudió la estructura factorial del CERQ mediante un análisis de componentes principales (ACP) con rotación varimax, del cual se extrajeron 9 factores. En el caso de los adolescentes estos 9 factores explican un 64.6% de la varianza, con comunalidades entre .43 y .73 (Garnefski, Kraaij y Spinhoven, 2001); mientras que en la población de adultos dichos factores explican un 68.6% de la varianza, con comunalidades entre .52 y .79 (Garnefski y Kraaij, 2007). Asimismo, en esta última muestra también se llevó a cabo un análisis factorial confirmatorio (AFC), con el objetivo de evaluar el modelo de 9 factores obtenido con la muestra de adolescentes, donde los índices de ajuste indicaron la viabilidad del modelo: $\chi^2(560) = 558.79$; $p = 0.51$; $CFI = 0.97$.

Para la población de adolescentes se expusieron evidencias de confiabilidad por consistencia interna, con un alfa de Cronbach que va de .68 a .83. Asimismo, las correlaciones test-retest, a los 5 meses de la aplicación, se encontraron en un rango entre .40 y .60 (Garnefski, Kraaij y Spinhoven, 2001; Garnefski et al., 2002). Por su parte, en la muestra de adultos se hallaron evidencias de confiabilidad por consistencia interna, con un alfa de Cronbach que va de .75 a .87; en tanto las correlaciones test-retest, al año de la primera aplicación, oscilan entre .48 y .65 (Garnefski y Kraaij, 2007).

El CERQ ha sido adaptado a diferentes países como Suiza (Jermann et al., 2006), China (Zhu et al., 2008), Rumania (Perte y Miclea, 2011), Turquía (Tuna y Bozo, 2012), Irán (Abdi et al., 2012), España (Domínguez-Sánchez et al., 2013), Argentina (Medrano, Moretti, Ortiz y Pereno, 2013), entre otros. En el Perú, dicho cuestionario fue validado por Dominguez y Medrano (2016) en una muestra de 345

estudiantes universitarios limeños. Mediante el uso de un análisis factorial confirmatorio (AFC) se obtuvo el siguiente índice de ajuste: $\chi^2(558) = 1007.4302$ $p = 0.48$; $CFI = 0.942$; y se hallaron evidencias de confiabilidad por consistencia interna, con un alfa de Cronbach que va de .58 a .74. Así también, se hallaron evidencias de validez convergente entre las escalas de Cansancio Emocional (ECE) y Bienestar Psicológico (BIEPS-A) y cada una de las estrategias de regulación emocional.

En el presente estudio se hallaron evidencias de confiabilidad por consistencia interna con un alfa de Cronbach para cada una de las escalas, que van del .66 al .87 (Apéndice D).

Por su parte, se utilizó el Cuestionario de Regulación Emocional (*Emotional Regulation Questionnaire – ERQ*) elaborado por Gross y Thompson (2003), y adaptado en el Perú por Gargurevich y Matos (2010), el cual evalúa dos estrategias de regulación emocional: reevaluación cognitiva y supresión.

El ERQP consta de 10 ítems, los cuales se puntúan en una escala Likert de 7 puntos, donde 1 es *totalmente de acuerdo* y 7 *totalmente en desacuerdo*. Ésta prueba cuenta con dos sub escalas, la de reevaluación cognitiva que consta de 6 ítems, y la de supresión que está compuesta por 4 ítems (Gross y Thompson, 2003).

La versión original de la prueba fue validada en cuatro muestras, en todas las cuales se estudió la estructura factorial del ERQ mediante un análisis factorial exploratorio (AFE), con rotación Varimax, que arrojó dos factores en las cuatro muestras: reevaluación cognitiva y supresión; los cuales explican más de 50% de la varianza. Posteriormente, se realizó un análisis factorial confirmatorio (AFC) el cual reportó dos factores, en correspondencia a lo observado en el AFE (Gross y Thompson, 2003).

Además, en la versión original se hallaron evidencias de confiabilidad por consistencia interna, con un alfa de Cronbach que oscila desde el .75 al .82 en la escala de reevaluación cognitiva, y de .68 a .76 en la escala de supresión. Así también, la prueba cuenta, por un lado, con evidencias de validez convergente, ya que la estrategia de reevaluación cognitiva correlacionó de manera positiva con la escala de afecto positivo del PANAS, mientras que correlacionó de manera negativa con la de afecto negativo. Por otro lado, también se exponen evidencias de validez divergente, al observarse que la estrategia de supresión correlacionó negativamente con la escala de afecto positivo, y no correlacionó de manera significativa con la escala de afecto negativo del PANAS (Gross y Thompson, 2003).

En el Perú la Escala de Regulación Emocional (*ERQP*) fue validada por Gargurevich y Matos (2010) en una muestra de 320 estudiantes universitarios de dos universidades privadas de Lima. Se expusieron evidencias de confiabilidad por consistencia interna con un alfa de Cronbach de .72 para la escala de reevaluación cognitiva, y de .74 para la escala de supresión. Asimismo, la validez convergente y divergente fue evaluada, como en la versión original, a partir de las correlaciones de las sub escalas del ERPQ y el PANAS. De esto se obtuvo que la estrategia de reevaluación cognitiva correlacionó positivamente con la escala de afecto positivo; que la escala de supresión correlacionó de manera positiva con la escala de afecto negativo; y también que se obtuvieron correlaciones negativas, no significativas, entre la escala de reevaluación cognitiva y la de afecto negativo, y la de supresión y afecto positivo.

En el presente estudio se hallaron evidencias de confiabilidad por consistencia interna con un alfa de Cronbach de .78 para la escala de reevaluación cognitiva, y de .68 para la escala de supresión (Apéndice D).

Procedimiento

En cuanto a la selección de los participantes, se contactó con estos de manera virtual, a través de las redes sociales, por medio de la publicación del link del formulario en perfiles personales y grupos de personas que podrían realizar ejercicio físico, y a través de estas también se solicitó el contacto de otras personas que cumplieren con las características para participar en la investigación. Para recoger la información, se generó un formulario online que contuvo el consentimiento informado (Apéndice B), las pruebas psicológicas, y una ficha de datos (Apéndice C).

Cabe mencionar que la participación de los sujetos se dio de manera voluntaria y, en ésta línea, se adjuntó un consentimiento informado en el cual se indicó el propósito de la investigación, la duración de las pruebas, y su derecho a rehusarse a participar, finalizar el cuestionario, o retirarse del estudio si así lo deseasen. Así también, se les informó que su participación era anónima, y que sus datos serían usados únicamente para fines del presente estudio.

Análisis de datos

Una vez realizadas las pruebas mencionadas se hicieron los siguientes análisis con el paquete estadístico SPSS v24. En primera instancia, se obtuvo la confiabilidad por consistencia interna mediante el coeficiente alfa de Cronbach. Seguido a esto, se

analizó la normalidad de las puntuaciones con el contraste Kolmogorov Smirnov y, ante la falta de normalidad, se emplearon los coeficientes de asimetría ($<|3|$) y curtosis ($<|10|$) para observar que no hubiesen casos severos de no normalidad (Kline, 2010). Posteriormente se hizo uso de estadísticos descriptivos como la distribución de frecuencias y medidas de tendencia central para analizar al grupo de participantes. Dado que no se encontraron casos que indicasen una falta de normalidad severa, se realizaron contrastes paramétricos con estadísticos robustos como son t-Student y ANOVA. Finalmente, para ver la relación entre la sintomatología depresiva y ansiosa y la regulación emocional, tomando en cuenta variables sociodemográficas y otras asociadas al ejercicio físico, se realizaron correlaciones mediante el estadístico r de Pearson.



Resultados

A continuación se exponen los resultados obtenidos en función a los objetivos planteados en la presente investigación. En primer lugar, se presenta la frecuencia de los niveles de sintomatología depresiva y ansiosa en la muestra. En segundo lugar, para responder al propósito principal del estudio, se presenta la correlación entre las variables mencionadas, para seguidamente analizar las diferencias en éstas según características sociodemográficas y otras asociadas al ejercicio físico.

Respecto a la frecuencias de los niveles de sintomatología depresiva y ansiosa, tal y como se observa en la tabla 1, el mayor porcentaje de la muestra presenta un nivel de sintomatología depresiva mínima (82.21%), así como un nivel de sintomatología ansiosa mínima (62.93%). Sin embargo, se advierte que un 6.90% de los participantes manifiesta un nivel de sintomatología ansiosa grave.

Tabla 1
Frecuencia de los rangos de Sintomatología Depresiva y Ansiosa

	Nivel	Puntuaciones	n	%
Sintomatología Depresiva	Mínima	0 - 13	100	82.21
	Leve	14 - 19	6	5.17
	Moderada	20 - 28	10	8.62
Sintomatología Ansiosa	Mínimo	0 - 7	73	62.93
	Leve	8 - 15	25	21.55
	Moderado	16 - 25	10	8.62
	Grave	26 - 63	9	6.90

Respecto al propósito principal de la investigación, como se puede advertir en la tabla 2, se encontraron relaciones directas y moderadas entre las estrategias de regulación emocional culpar a otros, rumiación y catastrofización, y la sintomatología depresiva y ansiosa. Asimismo, se halló una relación directa y baja entre las estrategias de regulación emocional autoculparse y supresión, y la sintomatología depresiva y ansiosa; mientras que por su parte, la estrategia aceptación se relacionó de manera directa y baja sólo con la sintomatología ansiosa. Se encontró, además, una relación inversa y baja entre la estrategia de regulación emocional reinterpretación positiva y la sintomatología depresiva, mientras que la estrategia focalización positiva se relacionó

de manera inversa y baja tanto con la sintomatología depresiva como ansiosa (Apéndice E).

Tabla 2

Correlaciones entre las Estrategias de Regulación y la Sintomatología Depresiva y Ansiosa

	BDI-II	BAI
Culpar a otros	.31**	.39**
Autoculparse	.25**	.26**
Aceptación	.12	.21*
Rumiación	.33**	.32**
Catastrofización	.49**	.44**
Poner en Perspectiva	-.02	.00
Reinterpretación Positiva	-.23*	-.18
Focalización en los Planes	-.04	-.00
Focalización Positiva	-.19*	-.19*
Reevaluación Cognitiva	-.13	-.04
Supresión	.26**	.20*

* $p < .05$, ** $p < .01$

Por otro lado, en cuanto a los objetivos específicos, se buscó determinar si existían diferencias significativas según ciertas características sociodemográficas (ver tabla 3). Respecto al sexo de los participantes, se puede observar que los hombres hacen un mayor uso de las estrategias de regulación emocional catastrofización y supresión, que las mujeres. Asimismo, se encontró que las personas que estudian presentan una mayor tendencia al uso de la estrategia de regulación emocional rumiación que las que no estudian, las mismas que además exponen mayores niveles de sintomatología ansiosa. Por su parte, a diferencia de las personas que no son parte de un proceso psicoterapéutico, los que sí acuden a uno no sólo manifiestan un mayor uso de la estrategia rumiación, sino que además obtienen puntajes más elevados en sintomatología depresiva y ansiosa.

Tabla 3
Comparación de medias según sexo, estudios y proceso psicoterapéutico

			n	M	D.E.	t	d
Sexo	Catastrofización	Mujer	70	7.88	2.63	-2.26*	.41
		Hombre	46	9.20	3.60		
	Supresión	Mujer	70	3.27	1.24	-2.03*	.39
		Hombre	46	3.73	1.12		
Estudios	Rumiación	Si	45	12.82	3.10	2.53*	.48
		No	71	11.28	3.26		
	BAI	Si	45	11.62	10.66	2.80**	.55
		No	71	6.42	8.14		
Proceso psicoterapéutico	Rumiación	No	105	11.60	3.21	-2.93**	.99
		Si	11	14.54	2.73		
	BDI-II	No	105	6.38	5.92	-2.92**	.83
		Si	11	12.00	7.44		
	BAI	No	105	7.69	9.06	-2.68**	.77
		Si	11	15.54	11.07		

*p<.05, **p<.01

En relación a los participantes que tienen un diagnóstico de depresión o ansiedad (ver tabla 4), se encontró que los que tienen un diagnóstico de depresión o ansiedad presentan un mayor uso de la estrategias rumiación y catastrofización a diferencia de las personas que no tienen un diagnóstico. Asimismo, los participantes que tienen un diagnóstico de depresión o ansiedad, a diferencia de los que no lo tienen, presentan mayores niveles de sintomatología depresiva y ansiosa.

Tabla 4
Comparación de medias según si la persona tiene o no un diagnóstico de depresión o ansiedad

		n	M	D.E.	t	d
Rumiación	Si	15	13.53	3.27	2.13*	.68
	No	101	11.63	3.21		
Catastrofización	Si	15	10.20	3.45	2.45*	.64
	No	101	8.13	2.98		
BDI-II	Si	15	13.80	7.08	5.02**	1.25
	No	101	5.89	5.47		
BAI	Si	15	16.40	11.47	2.96**	.90
	No	101	7.26	8.63		

*p<.05, **p<.01

Ahora bien, respecto a las características asociadas al ejercicio físico, se encontró que las personas que realizan actividad aeróbica y de fortalecimiento muscular

($M = 14.82$; $D.E. = 3.17$) hacen un mayor uso de la estrategia Focalización Positiva que las personas que realizan sólo actividad aeróbica ($M = 12.21$; $D.E. = 3.20$). En cuanto a la intensidad de la actividad física, tal y como se observa en la tabla 5, los participantes que realizan actividad física intensa utilizan en mayor medida la estrategia de Reinterpretación Positiva que los que realizan actividad física moderada. Así también, las personas que realizan actividad física intensa o de una combinación de ambas intensidades, a diferencia de una intensidad moderada, presentan un mayor uso de la estrategia Focalización en los Planes. Mientras que por otra parte, los que realizan actividad física que combina ambas intensidades presentan mayores niveles de sintomatología ansiosa que los que realizan actividad física intensa.

Tabla 5

Comparación de medias mediante un ANOVA para la intensidad de la actividad física

	Moderada (n=34)		Una combinación de ambas (n=45)		Intensa (n=38)		F(gl)
	M	D.E.	M	D.E.	M	D.E.	
Reinterpretación Positiva	14.35	3.44	15.51	2.55	16.22	3.17	3.40* (2a, 113b)
Focalización en los Planes	13.68	2.95	15.60	2.39	16.05	2.69	8.00** (2a,113b)
BAI	7.09	8.14	11.51	11.21	5.94	7.36	4.19* (2a, 113b)

* $p < .05$, ** $p < .01$

Como se puede observar en la tabla 6, se encontraron relaciones directas y bajas entre la frecuencia de entrenamiento semanal y la estrategia de Reevaluación Cognitiva, y el tiempo de práctica mensual que tiene la persona realizando ejercicio físico y las estrategias de Catastrofización y Focalización en los Planes; lo cual podría significar que mientras más tiempo tenga una persona practicando ejercicio físico, mayor uso hará de las dos últimas estrategias mencionadas.

Tabla 6
Correlaciones entre las variables asociadas al ejercicio físico y las estrategias de regulación emocional

	Reevaluación Cognitiva	Catastrofización	Focalización en los Planes
Frecuencia de entrenamiento semanal	.193*	-	-
Tiempo mensual de práctica de ejercicio físico	-	.189*	.212*

* $p < .05$, ** $p < .01$

Además, se halló también una relación directa y moderada entre la frecuencia y los minutos de entrenamiento semanal ($r = .62$; $p < 0.1$), y una relación directa y baja entre la frecuencia y la intensidad de entrenamiento ($r = .29$; $p < 0.1$). Se observó que mientras más sean los minutos semanales de entrenamiento, mayor será el tiempo mensual que tiene la persona realizando ejercicio físico ($r = .27$; $p < 0.1$), y mayor será la intensidad de la práctica ($r = .28$; $p < 0.1$). Finalmente, se encontró que mientras más tiempo tenga la persona realizando ejercicio físico, mayor será la intensidad de su entrenamiento ($r = .27$; $p < 0.1$).



Discusión

La importancia de la práctica de ejercicio físico, y su relación con la salud, es un tema que viene siendo ampliamente estudiado debido a los múltiples efectos que tiene el ejercicio sobre ésta (De Mello et al., 2013; Jiménez, Martínez y Sánchez, 2008; Salmon, 2001; Ströhle, 2009; Woo et al., 2009). Las personas que realizan ejercicio regularmente, no sólo tienden a percibir que tienen más salud, sino que presentan menores niveles de estrés y un mejor estado de ánimo (Jiménez et al., 2008); además de que disminuyen sus niveles de depresión y ansiedad (Akandere y Tekin, 2005; Lawlor y Hopker, 2001).

A pesar de que se han realizado una serie de investigaciones que exponen los beneficios del ejercicio físico, muy poco se conoce acerca de los mecanismos que podrían explicar la influencia que éste tiene sobre la sintomatología depresiva y ansiosa. Uno de los mecanismos que podría contribuir al manejo y disminución de dicha sintomatología, es el uso de distintas estrategias de regulación emocional, en tanto el ejercicio físico podría modificar la forma en que la persona responde a sus emociones, facilitando la regulación de las emociones negativas (Bernstein y McNally, 2017). Si bien se conoce la relación que existe entre la sintomatología depresiva y ansiosa, y la regulación emocional, no se han encontrado estudios donde se controle el posible efecto de la práctica de ejercicio físico en ésta, por lo que el presente estudio busca conocer la posible relación entre la sintomatología depresiva y ansiosa y la regulación emocional en adultos que realizan ejercicio físico regular. Además, también busca examinar si existen diferencias en dicha relación en función a características sociodemográficas y a otras asociadas al ejercicio.

Respecto al objetivo principal de la investigación, y en correspondencia con lo encontrado en otros estudios (Aldao, Nolen-Hoeksema y Schweizer, 2010; Aldao y Nolen-Hoeksema, 2012; Garnefski y Kraaij, 2006; Garnefski y Kraaij, 2007; Gross y John, 2003; Joormann y Gotlib; 2010) se advierte que las estrategias de regulación emocional culpar a otros, autoculparse, rumiación, catastrofización y supresión se relacionan de manera positiva con la sintomatología depresiva y ansiosa; lo cual quiere decir que un mayor uso de dichas estrategias consideradas maladaptativas, se relaciona con una mayor presencia de sintomatología depresiva y ansiosa. Y de estas estrategias, culpar a otros, rumiación y catastrofización tienen las relaciones más fuertes con el

reporte de una mayor presencia de sintomatología (Garnefski y Kraaij, 2006). De acuerdo con esto, parecería ser que las estrategias de regulación que se encuentran asociadas a enfocarse o pensar de manera repetitiva en las fallas o aspectos negativos de una situación, se verían asociadas en mayor medida a la sintomatología depresiva y ansiosa.

Aspectos como los señalados en la Triada Cognitiva de Beck (1979) manifiestan cómo la visión negativa que tiene una persona sobre sí misma, el mundo, y el futuro; pueden traer como consecuencia la aparición de síntomas depresivos. Dicha visión se refleja a partir de errores cognitivos negativos en todos los niveles de procesamiento, que se presentan cuando se activan esquemas cognitivos negativos; que suelen caracterizar a las personas con síntomas depresivos (Vázquez, Hervás, Hernángómez Y Romero, 2010). Por un lado, se advierte cómo la persona tiende a atribuirse o culparse a sí misma por las experiencias que le toca vivir; criticándose además por los defectos que considera lo convierten en alguien indeseable y sin valor. Por otro lado, la persona tiende a interpretar las situaciones que le tocan vivir de una manera negativa, experimentando el mundo como un espacio que le demanda atravesar por insuperables obstáculos para poder lograr sus objetivos. Por último, la visión negativa del futuro, que obliga a anticipar continuamente las dificultades y el sufrimiento que le tocará vivir. Todo esto, a su vez, da luces acerca de cómo el uso de las estrategias maladaptativas que se ven relacionadas con la sintomatología depresiva y ansiosa, fomentan el recuerdo y enfoque en lo negativo, la rumiación en lo doloroso y la supresión, sin éxito, de los pensamientos negativos.

Asimismo, acorde a otras investigaciones (Garnefski y Kraaij, 2006; Jacob y Anto, 2016), un mayor uso de la estrategia focalización positiva se relaciona con una menor presencia de sintomatología depresiva y ansiosa; mientras que un mayor uso de la estrategia reinterpretación positiva se relaciona con una menor presencia de sintomatología depresiva (Garnefski et al., 2004); siendo ésta, además, una estrategia que juega un rol importante en el reporte de psicopatología. Por una parte, al encontrarse que la reinterpretación positiva está relacionada al optimismo y a la autoestima, ya que lleva a la persona a darle un significado positivo a las situaciones, para su crecimiento personal (Carver, Scheier y Weintraub, 1989; Garnefski et al., 2004); tiene sentido que se relacione con una menor sintomatología depresiva. Mientras que por otra parte, la estrategia de focalización positiva, la cual consiste en tener pensamientos placenteros y alegres, en lugar de pensar en la situación actual; expone la

idea acerca de cómo las emociones positivas que podrían estar siendo experimentadas en la práctica de ejercicio físico, ponen en marcha pensamientos receptivos, flexibles e integradores (Vecina, 2006); lo que a su vez podría disminuir la presencia de sintomatología depresiva y ansiosa.

Ahora bien, es interesante observar que, a diferencia de otros estudios, no se encontró una relación entre la sintomatología depresiva y ansiosa y las estrategias de regulación emocional consideradas adaptativas como poner en perspectiva, focalización en los planes y reevaluación cognitiva (Gross y John, 2003; Jacob y Anto, 2016; Jermann, Van der Linden, d'Acremont y Zermatten, 2006). Sin embargo, esto podría explicarse tomando en cuenta la hipótesis de interferencia, la cual sugiere que cuando existe una relación positiva alta entre la psicopatología y las estrategias maladaptativas de regulación emocional, podría presentarse una relación negativa baja entre la psicopatología y las estrategias adaptativas; tal como se observa en los resultados obtenidos. Aldao y Nolen-Hoeksema (2011) señalan que para las personas que son propensas a usar estrategias de regulación maladaptativas, utilizar estrategias adaptativas se torna más difícil debido a la interferencia que generan las primeras sobre las segundas. De acuerdo con esto, refieren que parecería ser que las estrategias maladaptativas generan una reducción en el foco atencional, evitando que las personas desvíen la atención de estímulos negativos, dificultando el acceso al uso de estrategias de regulación adaptativas.

Por otra parte, la estrategia aceptación sólo se relaciona de manera positiva con la sintomatología ansiosa, a pesar de que en otras investigaciones se ha encontrado que ésta se relaciona con la sintomatología depresiva (Garnefski y Kraaij, 2006); así como a menores niveles de sintomatología depresiva y ansiosa (Garnefski et al., 2001; Jacob y Anto, 2016). Este resultado podría explicarse en tanto dicha estrategia de regulación no estaría siendo entendida como la aceptación y vivencia de la situación experimentada, así como de los estados emocionales que genera; sino que parecería ser que se asociaría en mayor medida a tener pensamientos de resignación e incertidumbre, donde la persona tendría una postura pasiva y de conformidad ante las emociones negativas (Domínguez-Sánchez et al. 2013, Garnefski et al., 2002). Respecto a esto, se advierte que usualmente las personas que tienen síntomas de ansiedad quieren evadirlos y luchan por eliminarlos, sin embargo, mantener la idea de que se puede controlar la ansiedad la exacerba. Por tanto, si bien las personas que sufren de ansiedad normalmente son estimuladas a aceptarla y reconocer su existencia sin juzgarla, muchas veces confunden

ésta aceptación con resignación, y esto tiende a aumentar la angustia de que la ansiedad no desaparecerá (Beck, Emery y Greenberg, 1985).

De acuerdo con todo lo mencionado, parecería ser que la naturaleza de la relación entre las estrategias de regulación emocional y la sintomatología depresiva y ansiosa no cambia demasiado, aun cuando se practique regularmente ejercicio; sin embargo, habría que prestar atención a cómo es que si bien el ejercicio físico podría no disminuir las emociones negativas, si parecería promover emociones positivas. Y además, tomando en cuenta que el ejercicio físico podría estar incidiendo a nivel fisiológico más no a nivel cognitivo, habría que pensar en la posibilidad de educar a los entrenadores personales, que trabajan en espacios donde el ejercicio se practica, para que estos modifiquen la forma en la que brindan las instrucciones y/o motivan a sus clientes. Esto, con el objetivo de que puedan incidir en el cambio de la forma de pensar que tienen las personas, de manera que eventualmente esto aporte a un estado afectivo positivo.

Ahora, si bien la relación entre las variables estudiadas cambia poco en función a la práctica de ejercicio físico, si se advierten ciertos matices en cada variable por separado. Por un lado, en el último estudio epidemiológico de salud mental realizado en Lima Metropolitana y Callao, por el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” (2013), se encontró que, en adultos, la prevalencia actual de un episodio depresivo severo es de 1.7%, y de un episodio depresivo leve es de 0.3%; mientras que el trastorno depresivo en general en conjunto con el episodio depresivo representan un 2.8%. Por su parte, en los trastornos de ansiedad en general, se observa una prevalencia actual de 1.9%. A pesar de que en la presente investigación no se tiene una muestra representativa, se observa que el 82.21% de los participantes no presenta o presenta un nivel mínimo de sintomatología depresiva, a comparación de un nivel moderado de 8.62%; mientras que el 62.93% no presenta o presenta un nivel mínimo de sintomatología ansiosa. De acuerdo con esto, podría ser que la variable ejercicio físico se encuentra incidiendo en los niveles de sintomatología depresiva y ansiosa de los participantes, de manera que, a diferencia de lo que se observa en población general, no se presentan casos de depresión severa, y son más los casos de sintomatología depresiva mínima que leve o moderada; lo mismo que se observa en el caso de la sintomatología ansiosa.

Tomando en cuenta que mayores cantidades de actividad física traen más beneficios para la salud, y que dosis moderadas de ésta serían efectivas para mejorar los

síntomas de depresión y ansiedad (US Department of Health and Human Services, 2008; De Mello et al., 2013), cobra sentido que siendo el promedio de entrenamiento semanal de los participantes de 4.26 días y 331.25 minutos, el 82% de la muestra manifieste un nivel mínimo de sintomatología depresiva, mientras que el 62.93% un nivel mínimo de sintomatología ansiosa. En concordancia con estos resultados, la OMS (2018b) indica que los adultos, entre 18 y 64 años, deberían llegar a un promedio de 300 minutos semanales de actividad física para obtener beneficios adicionales para la salud.

Asimismo, en la población de Lima Metropolitana y Callao, se observa una mayor prevalencia de sintomatología depresiva y ansiosa en mujeres que en hombres, siendo 3.9% y 2.1%, y 1.7% y 1.7 para ambos respectivamente (Instituto Nacional de Salud Mental, 2013). Se le han dado múltiples explicaciones a estas diferencias, tales como hipótesis biológicas que señalan a la fisiología endocrina de la mujer como responsable de su mayor tasa de depresión, u otras que explican dicha prevalencia debido a la violencia de género, de la cual es parte la constante discriminación social, legal y económica a la que está expuesta, que, además, la lleva a experimentar sentimientos de indefensión y vulnerabilidad (Matud, Guerrero y Matías, 2006; Matud, 2008). Por otra parte, también se ha planteado que la mayor presencia de depresión en mujeres es en parte consecuencia de los altos niveles de violencia física, psicológica y sexual que se ejerce sobre ellas, lo cual tiene un gran impacto sobre su salud y se gesta como un factor de riesgo para la aparición de trastornos mentales (Matud, 2008; Nolen-Hoeksema, 2001).

Sin embargo, a diferencia de lo encontrado en población general (OMS, 2017d), en la presente investigación no se encontraron diferencias de sexo respecto a la sintomatología depresiva y ansiosa. Este resultado es alentador ya que podría significar que la práctica de ejercicio físico atenuaría las diferencias que comúnmente se observan respecto al sexo, donde las mujeres tienen una mayor prevalencia en dichos trastornos. En este sentido, el ejercicio físico podría fomentar el empoderamiento de la mujer, ya que su práctica no sólo se relaciona con una mejora en la autopercepción física y en la autoestima, sino también en la autoeficacia (Knapen et al., 2005; White, Kendrick y Yardley, 2009). Asimismo, otra explicación podría ser que el ejercicio físico regularía los factores fisiológicos, como los cambios hormonales que, comúnmente, se dice hacen las diferencias en la prevalencia de la sintomatología depresiva y ansiosa observada en mujeres (Matud, Guerrero y Matías, 2006).

Además, es interesante observar que, a diferencia de lo encontrado en múltiples investigaciones (Garnefski et al., 2004; Martin y Dahlen, 2005) los hombres utilizan en mayor medida la estrategia de catastrofización que las mujeres; mientras que acorde con otro estudio (Nolen-Hoeksema, 2012) estos también hacen un mayor uso de la estrategia de supresión. Una posible explicación a esto es que el uso de una estrategia de evitación como la supresión en los hombres, podría hacer pensar el ejercicio físico como un espacio en el que se estaría buscando evitar las emociones negativas; mientras que el uso de la catastrofización daría luces de un incremento en los pensamientos que enfatizan el error que se puede cometer. Esto último llevaría a pensar que la práctica de ejercicio físico podría encontrarse influyendo en minimizar el enfoque y maximización de las emociones negativas que tendrían las mujeres según lo hallado en población general. Sin embargo, también habría que prestar atención a que los hombres estarían suprimiendo sus emociones, lo cual resulta una estrategia de regulación maladaptativa, de manera que estos necesitarían encontrar espacios de conexión y reconocimiento de sus afectos para poder trabajar sobre éstos.

Por otro lado, se observa que los participantes que poseen un diagnóstico de depresión o ansiedad, y los que acuden a un proceso psicoterapéutico, a diferencia de los que no lo tienen, presentan mayores niveles de sintomatología depresiva y ansiosa. En correspondencia con estos resultados, se advierte que las personas que poseen un diagnóstico de depresión o ansiedad utilizan en mayor medida las estrategias de regulación emocional rumiación y catastrofización; las cuales, según una serie de estudios, se han visto relacionadas con el aumento de la sintomatología depresiva y ansiosa (Campbell-Sills, Barlow, Brown, y Hoffman, 2006; Garnefski y Kraaij, 2006), ya que en el primer caso se piensa de manera repetitiva sobre una situación displacentera y las emociones que ésta trae, mientras que en el segundo se tienden a tener pensamientos que enfatizan el error. Así también, las personas que se encuentran en un proceso psicoterapéutico utilizan en mayor medida la estrategia rumiación, lo cual se podría explicar, en primer lugar, en tanto estas personas se encontrarían elaborando sus vivencias y esto podría llevarlas a pensar repetitivamente sobre diversas situaciones; mientras que en segundo lugar, podría ser que éstas estén acudiendo a terapia debido al uso de esta estrategia.

Estos resultados muestran cómo las personas que tienen un diagnóstico de depresión o ansiedad, y que acuden a un proceso psicoterapéutico, utilizan en mayor medida estrategias de regulación emocional maladaptativas. Esto daría luces acerca del

rol que podría jugar una conducta saludable como el ejercicio físico en el proceso de recuperación de la persona, ya que se ha encontrado que estilos de vida saludables podrían contribuir en el tratamiento de múltiples psicopatologías (Walsh, 2011).

Por otro lado, se observa que la edad media de los participantes es de 33 años, lo que indicaría que, si bien que la mayoría son adultos tempranos, recién se encuentran saliendo de la adultez emergente; periodo denominado de ésta manera por el gradual retroceso en la edad en la que las personas se independizan económicamente, dejan el hogar parental, finalizan sus estudios y se plantean formar una familia (Cohen et al, 2003; INJU, 2006; Arnett, 2000). Lo que además se advierte ya que el 45% de los participantes aún se encuentra estudiando, mientras que el 84% trabaja. Este es un aspecto importante ya que podría indicar que frente a todas las transiciones que surgen en la edad adulta, la práctica de ejercicio físico se estaría gestando como una actividad que podría estar contribuyendo a amortiguar el impacto negativo del estrés que es generado por todos los cambios que se dan en esta etapa.

Monroe (2008) señala que la experiencia de estrés, entendida como las distintas circunstancias ambientales y sociales que requieren una adaptación psicológica por parte de la persona, puede incrementar el uso de la rumiación. En este caso, dicha estrategia de regulación surge en tanto la persona piensa repetitiva y excesivamente en cómo reducir la brecha entre sus objetivos deseados y su actual situación (Carver y Scheier, 1981; Martin y Tesser, 1996). A su vez, la rumiación se encuentra asociada con altos niveles de sintomatología ansiosa (Fresco et al., 2002; Harrington y Blankenship, 2002). En correspondencia con esto, se ha encontrado que los participantes que estudian presentan una mayor tendencia al uso de la rumiación, y además exponen mayores niveles de sintomatología ansiosa, que los que no estudian. Este resultado podría explicarse en tanto las personas que estudian podrían tener ciertos objetivos deseados respecto a su rendimiento académico, y el no responder acorde con estos, tener expectativas o exigencias muy altas en cuanto a resultados, puede llevarlos a rumiar al respecto, así como a la aparición de sintomatología ansiosa.

No se encontraron diferencias en cuanto al trabajo, a pesar de que, al igual que en los estudios, éste podría constituir un estresor importante. Sin embargo, se podría pensar que los participantes se encuentran satisfechos laboralmente, por lo que sus niveles de sintomatología depresiva y ansiosa, así como el uso que hacen de las estrategias de regulación emocional, no serían diferentes al de las personas que no se encuentran trabajando. Esto, debido a que la satisfacción laboral contribuye al bienestar

psicológico y a la disminución de los niveles de estrés a los que podría estar expuesta una persona que trabaja (Gómez-Perdomo, Meneses-Higueta y Palacio-Montes, 2017). De igual manera, tampoco se encontraron diferencias respecto al lugar de nacimiento, lo que podría explicarse en tanto la mayoría de los participantes procedía de Lima, mientras que el grupo de personas que venía de provincia o del extranjero era muy reducida.

Por otra parte, se encontró que mientras más días a la semana la persona realiza ejercicio físico, mayores serán los minutos de entrenamiento. Esto llevaría a pensar, en relación a lo encontrado en otras investigaciones, que las personas que entrenan más días y horas a la semana podrían presentar una mayor motivación intrínseca para la práctica de ejercicio físico, acompañado de una mayor satisfacción y competencia percibida en dicha actividad (Frederick y Ryan, 1993). Así también, una mayor participación en ésta promovería la autorregulación y las emociones positivas; lo que a su vez facilita la adherencia a su práctica (Ahn, Jeon y Kwon, 2016). En correspondencia con esto último, dado que la duración del entrenamiento y la intensidad del mismo son dos de los componentes que forman parte de la adherencia a la actividad física, se entiende el haber encontrado que mientras mayor sea el tiempo de entrenamiento en el que una persona viene realizando ejercicio físico, ésta entrenará más minutos a la semana con una mayor intensidad.

Además, se encontró que el tiempo de práctica también está relacionado a la estrategia de regulación focalización en los planes, lo cual indicaría que, dado que ésta se refiere a pensar en los pasos a llevar a cabo para poder solucionar un problema o lidiar con alguna situación (Garnefski y Kraaij, 2007); las personas que llevan más tiempo ejercitándose, podrían hacerle frente a los problemas o a la falta de tiempo que en muchos casos lleva a que se abandone la práctica de ejercicio físico. En este sentido, la realización de esta actividad de manera regular habría facilitado que éstas puedan organizarse para poder incluir la práctica dentro de su estilo de vida.

En ésta misma línea, se observó que mientras mayor es la frecuencia de entrenamiento semanal, los participantes hacen un mayor uso de la estrategia de reevaluación cognitiva; y dado que dicha estrategia de regulación emocional implica la modificación del proceso de surgimiento de la emoción que se da en una situación (Gross, 2013), este resultado podría indicar que un mayor número de días de entrenamiento semanal ayudaría a los practicantes de ejercicio físico a cambiar el impacto que tiene una situación sobre las emociones, o que el uso de dicha estrategia

estaría favoreciendo una mayor práctica de éste. En tanto un mayor uso de la estrategia de reevaluación cognitiva se relaciona positivamente con el afecto positivo, la vitalidad, el optimismo y el crecimiento personal (Gross y John, 2003); una mayor frecuencia de entrenamiento semanal podría promover las emociones positivas, mejorar el estado de ánimo y a su vez prevenir síntomas depresivos (Strawbridge, Deleger, Roberts, y Kaplan, 2002; Solanki, y Lane, 2010).

En relación a lo anterior, otras investigaciones señalan que el ejercicio físico vigoroso, o intenso, no sólo parece incrementar la liberación de endorfinas y la inhibición de la producción de las hormonas de estrés, generando un estado de calma y relajación en la persona (Allen, 2000; Allen y Cohen, 1987), sino que también facilitaría la regulación de las emociones negativas (Bernstein y McNally, 2017). Este estado generado por la realización de ejercicio físico intenso podría haber facilitado que las personas utilicen en mayor medida la estrategia de regulación emocional reinterpretación positiva, posibilitando que sus pensamientos respecto a la situación que se encuentran viviendo sean más positivos. Sin embargo, dado que dicha estrategia otorga pensamientos positivos a situaciones displacenteras, podría ser que el uso de ésta sería lo que promovería la práctica de ejercicio intenso. Ahora bien, este resultado es interesante ya que los días y horas de entrenamiento se relacionan con la intensidad del mismo, por lo que valdría la pena reflexionar acerca de si existe la necesidad de retomar la actividad para evitar las emociones negativas y para que las mejoras en el estado de ánimo se repitan (Meyer y Taranis, 2007).

Tal y como se ha observado, si bien la adherencia al deporte se muestra como una variable protectora de la salud; llama la atención la presencia de individuos que pueden realizar ejercicios de 6 a 8 días a la semana, dedicando 2 horas diarias al mismo y con intensidad vigorosa. La literatura científica advierte de la posibilidad de una práctica compulsiva de actividad física, la cual constituiría una estrategia maladaptativa en la regulación de las emociones debido a la necesidad de retomar ésta para que las mejoras en el estado de ánimo que se dan post-entrenamiento se repitan (Meyer y Taranis, 2007); lo que a su vez podría llevarnos a pensar en la posibilidad de un exceso de focalización en la apariencia o de la presencia de vigorexia en la persona. Esta podría ser una posible explicación acerca de porque a mayor frecuencia y minutos semanales de entrenamiento, mayor será la intensidad del mismo.

Además, existen personas que se vuelven dependientes del ejercicio físico debido a un perfeccionismo negativo. Éstas, tienden a reaccionar de manera negativa al

fracaso, y en su intento por alcanzar objetivos no realistas, no son capaces de disfrutar la satisfacción de sus logros (Hagan y Husenblas, 2003; Blatt, 1995). Respecto a esto, se advierte que las personas que poseen preocupaciones perfeccionistas, tienden a tener pensamientos automáticos catastróficos (Rudolph, Flett, y Hewitt, 2007) magnificando los estresores y las imperfecciones considerándolas inaceptables y amenazantes. Esto podría ser una explicación acerca del porqué las personas que llevan más tiempo ejercitándose utilizan en mayor medida la estrategia catastrofización, ya que por el tiempo que vienen practicando esta actividad, podrían estar esperando alcanzar resultados no realistas en el entrenamiento que realizan; y no alcanzar sus objetivos estaría siendo observado como una imperfección o fracaso inaceptable.

Por otro lado, se ha encontrado que se presentan mayores niveles de sintomatología ansiosa en personas que realizan ejercicio físico que combina ambas intensidades, que en los que realizan ejercicio intenso. Esto indicaría que exponer a las personas a sensaciones corporales como el incremento del pulso y la sudoración, experimentadas mayormente en una práctica intensa, podría llevar a que éstas reconozcan dichas sensaciones como esperadas y no amenazantes; exposición que se relacionaría a una disminución en la sintomatología ansiosa (Pedersen y Saltin, 2006; Broman-Fulks y Storey, 2008). Esto llevaría a pensar que, al combinar intensidades, la persona podría no habituarse a las sensaciones corporales que aparecen al realizar ejercicio intenso, debido a que estas aparecerían de forma intermitente de acuerdo a como se combine la intensidad del entrenamiento.

Por su parte, similar a lo encontrado en otras investigaciones (Doyne et al., 1987; Lawlor y Hopker, 2001; Sexton et al., 1989), no se encontraron diferencias entre el tipo de ejercicio realizado y la sintomatología depresiva y ansiosa. No obstante, sí se halló que las personas que realizan ejercicio aeróbico y de fortalecimiento muscular, realizan un mayor uso de la estrategia focalización positiva que las que practican sólo actividad aeróbica. Una explicación a esto sería que las personas que combinan estos dos tipos de ejercicio podrían encontrarse contando las repeticiones de los ejercicios a realizar, o moviéndose para combinar uno u otro ejercicio, lo que impediría que se detengan a pensar en su situación actual, sino que tengan pensamientos placenteros respecto a la actividad que están realizando. Mientras que las personas que sólo realizan actividad aeróbica se encuentran practicando una actividad a la vez, tal como correr, montar bicicleta, o bailar; por lo que no estar realizando varias actividades les daría espacio a pensar en otros aspectos más allá del disfrute que genera el ejercicio.

A la luz de lo encontrado en la presente investigación, y tomando en cuenta que mayores cantidades de actividad física traen más beneficios para la salud (US Department of Health and Human Services, 2008), habría que prestar atención a las estrategias de regulación emocional adaptativas que se han visto relacionadas con variables asociadas al ejercicio físico, como la intensidad o frecuencia del entrenamiento. Esto resulta importante ya que podría abrir paso a analizar más de cerca que rol cumplen dichas variables en la modificación del impacto que tiene una situación sobre las emociones.

Asimismo, este estudio también expone la posibilidad de que el ejercicio físico sea una variable que puede atenuar las diferencias de sexo respecto a la sintomatología depresiva y ansiosa. Este resultado podría permitir la promoción de esta actividad como una opción para que las mujeres tengan un mayor control sobre su salud, disminuyendo sus niveles de sintomatología. Lo mismo en el caso de la población de adultos tempranos, dado que parecería ser que dados los cambios que se dan en ésta etapa, la práctica de ejercicio físico estaría amortiguando el impacto del estrés y la modificación en las emociones negativas.

Ahora bien, dentro de las limitaciones de la presente investigación, se advierte en primer lugar la importancia del tamaño de la muestra, la cual permite obtener una mayor heterogeneidad de la misma, es decir, una mayor diversidad en las características de los participantes. En este sentido, si bien este estudio pudo contar con una cantidad considerable de encuestados, al ampliar la muestra, obtendríamos mayor representatividad y reduciríamos la homogeneidad del grupo.

En segundo lugar, si bien el haber realizado la recolección de datos en una plataforma virtual podría considerarse una limitación debido a la posibilidad de una falsificación en los datos recogidos; no sólo se ha encontrado que los intentos de falsear las respuestas en la administración de cuestionarios psicológicos son los mismos en aplicación escrita y virtual (Grieve y Groot, 2011), sino que también se ha observado que las propiedades psicométricas de ambas no difieren significativamente entre sí (Buchanan y Smith, 1999; Fouladi, McCarthy, y Moller, 2002; Miller, et al., 2002).

Asimismo, a pesar de que a veces se cuestiona la representatividad de la muestra en aplicaciones virtuales, en un meta análisis que explora la diversidad en muestras recogidas de forma virtual versus aplicaciones tradicionales, se encontró que en relación a características sociodemográficas, las primeras resultan ser más diversas que las segundas (Gosling et al., 2004). Por tanto, todo esto se corresponde con lo encontrado

por Meyerson y Tyron (2003) cuando señalan que el recojo de datos virtual es confiable, valido, razonablemente representativo, rentable y eficiente; y con lo hallado por Lonsdale, Hodge y Rose (2006) cuando advierten que los cuestionarios de psicología del deporte virtuales no sólo son devueltos con mayor rapidez a los encuestadores, sino que también hay una menor cantidad de data perdida.

Sin embargo, una dificultad que se observó respecto a este tipo de aplicación fue la diferenciación que realizaron los participantes cuando se les consultó acerca de la cantidad de meses que venían practicando ejercicio físico, al igual que en el caso de los minutos de entrenamiento semanal. A pesar de que se explicitó que se requería la información en términos de meses y minutos, muchos participantes los redactaron en años y horas. Se cree que en una aplicación escrita quizá esta confusión podría haberse resuelto explicando la pregunta a los encuestados.

Por otro lado, se recomienda realizar otras investigaciones que evalúen las variables de regulación emocional y sintomatología depresiva y ansiosa, comparando como se da la relación de las mismas en personas que realizan ejercicio físico y en las que no lo practican. Esto permitiría realizar análisis más sofisticados, ya que si bien el presente estudio brinda algunas luces acerca del uso de las distintas estrategias de regulación emocional en personas que practican ejercicio, se obtendría mayor información si se pudiesen cotejar los resultados con personas que no lo practican.

Asimismo, se sugiere que se recoja información acerca de otros hábitos saludables que tienen las personas además de la práctica de ejercicio físico; lo cual podría contribuir a observar si éstos median también la relación entre las variables estudiadas. Además, se cree importante conocer los motivos por los cuales la persona realiza ejercicio físico, ya que se ha observado la importancia de la adherencia al mismo en el uso de estrategias de regulación adaptativas. En este sentido, sería interesante evaluar la posibilidad de realizar investigaciones que incluyan una escala de adherencia al ejercicio físico, para poder conocer cómo ésta se relaciona con las variables de sintomatología depresiva y ansiosa y regulación emocional en población que realiza ejercicio físico.

Finalmente, si bien la relación entre la sintomatología depresiva y ansiosa con la regulación emocional en personas que realizan ejercicio físico, no cambia mucho respecto a lo hallado en población general, si parecería promover emociones positivas, lo que a su vez podría favorecer el uso de estrategias de regulación adaptativas.

Referencias bibliográficas

- Abdi, S., Taban, S., y Ghaemian, A., (2012). Cognitive emotion regulation questionnaire: Validity and reliability of the Persian translation of the CERQ (36-item). *Procedia, Social and Behavioral Sciences*, 32, 2-7.
- Ahn, J., Jeon, H., y Kwon, S. (2016). Associations Between Self-Regulation, Exercise Participation, and Adherence Intention Among Korean University Students. *Perceptual and motor skills*, 123(1), 324-340.
- Akandere, M., y Tekin, A. (2005). Efectos del ejercicio físico sobre la ansiedad. *PubliCE Standard*, 478.
- Al Sudani, A. (2015). Physical activity, mental health and positive emotions. *Lase Journal of Sports Science*, 6(1), 94-100.
- Alcántara Zapata, N. R. (2008). *Sintomatología depresiva y adhesión al tratamiento en pacientes con VIH*. (Tesis de Licenciatura) Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., y Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 30(2), 217-237.
- Aldao, A., y Nolen-Hoeksema, S. (2012). The influence of context on the implementation of adaptive emotion regulation strategies. *Behaviour research and therapy*, 50(7), 493-501.
- Allen, M. (2000). The psychobiology of athletic training. *Sport psychiatry: theory and practice*. New York: WW Norton & Company, 22-44.
- Allen, M.E., y Coen, D. (1987). Naloxone-blocking of running-induced mood changes. *Annals of Sport Medicine*, 3, 190-195.
- Andrews, G., Brugha, T., Thase, M. E., Duffy, F. F., Rucci, P., y Slade, T. (2007). Dimensionality and the category of major depressive episode. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 16(S1).
- Angst, J., Gamma, A., Baldwin, D. S., Ajdacic-Gross, V., y Rössler, W. (2009). The generalized anxiety spectrum: prevalence, onset, course and outcome. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 259(1), 37.

- Angst, J., Sellaro, R., y Merikangas, K. R. (2000). Depressive spectrum diagnoses. *Comprehensive psychiatry*, 41(2), 39-47. Ansiedad y estrés académico en estudiantes de medicina humana del primer y sexto año. *In Anales de la Facultad de Medicina*, 63(1).
- Arellano, C. X. M., y Salas, H. M. A. (2017). El ejercicio para jóvenes universitarios. *Revista UNIMAR*, 34(1).
- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American psychologist*, 55(5), 469.
- Barnett, P. A., y Gotlib, I. H. (1988). Psychosocial functioning and depression: Distinguishing among antecedents, concomitants, and consequences. *Psychological Bulletin*, 104, 97-126.
- Beck, A. T. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford press.
- Beck, A. T., Emery, G., y Greenberg, R. L. (1985). Anxiety disorders and phobias: A cognitive approach. *Basic, New York*.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., y Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: The Beck Anxiety Inventory. *J Consult Clin Psychol*, 56, 893-897.
- Beck, A. T., Steer, R. A., y Brown, G. K. (1996). Beck Depression Inventory-II. *San Antonio*, 78(2), 490-8.
- Beck, A. T., y Steer, R. A. (2011). *Inventario de Ansiedad de Beck*. BAI. (Adaptación española de J. Sanz). Buenos Aires: Pearson.
- Beck, A., Steer, R. y Brown, G. (2006). *Inventario de depresión de Beck*. BDI – II. Buenos Aires: Paidós.
- Bernstein, E. E., y McNally, R. J. (2017). Acute aerobic exercise helps overcome emotion regulation deficits. *Cognition and emotion*, 31(4), 834-843.
- Blatt, S. J. (1995). The destructiveness of perfectionism: Implications for the treatment of depression. *American psychologist*, 50(12), 1003.
- Brenlla, M. y Rodríguez, C. (2006). *Manual de Inventario de Depresión de Beck BDI II. Adaptación Argentina*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Broman-Fulks, J. J., y Storey, K. M. (2008). Evaluation of a brief aerobic exercise intervention for high anxiety sensitivity. *Anxiety, Stress & Coping*, 21(2), 117-128.

- Brosse, A. L., Sheets, E. S., Lett, H. S., y Blumenthal, J. A. (2002). Exercise and the treatment of clinical depression in adults. *Sports medicine*, 32(12), 741-760.
- Buchanan, T., y Smith, J. L. (1999). Using the Internet for psychological research: Personality testing on the World Wide Web. *British journal of Psychology*, 90(1), 125-144.
- Buckworth, J., y Tomporowski, P. (2013). *Exercise psychology*. Human kinetics.
- Calfas, K. J., y Taylor, W. C. (1994). Effects of physical activity on psychological variables in adolescents. *Pediatric exercise science*, 6(4), 406-423.
- Campbell-Sills, L., Barlow, D. H., Brown, T. A., y Hofmann, S. G. (2006). Acceptability and suppression of negative emotion in anxiety and mood disorders. *Emotion*, 6, 587-595.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., y Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of personality and social psychology*, 56(2), 267.
- Carver, C. S., y Scheier, M. F. (1981). The self-attention-induced feedback loop and social facilitation. *Journal of Experimental Social Psychology*, 17(6), 545-568.
- Celis, J., Bustamante, M., Cabrera, D., Cabrera, M., Alarcón, W., y Monge, E. (2001).
- Chapman, A. L., Specht, M. W., y Cellucci, T. (2005). Borderline personality disorder and deliberate self-harm: does experiential avoidance play a role? *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35(4), 388-399.
- Clark, D., y Beck, A. (2012). *Terapia Cognitiva para Trastornos de Ansiedad*. Bilbao: Descleé de Brouwer.
- Cohen, P., Kasen, S., Chen, H., Hartmark, C., y Gordon, K. (2003). Variations in patterns of developmental transitions in the emerging adulthood period. *Developmental Psychology*, 39, 657-669.
- De Mello, M. T., de Aquino Lemos, V., Antunes, H. K. M., Bittencourt, L., Santos-Silva, R., y Tufik, S. (2013). Relationship between physical activity and depression and anxiety symptoms: a population study. *Journal of Affective Disorders*, 149(1), 241-246.
- Dominguez, S., y Medrano, L. (2016). Propiedades psicométricas del Cognitive Emotional Regulation Questionnaire (CERQ) en estudiantes universitarios de Lima. *Psychologia: Avances en la disciplina*, 10(1), 53-67.

- Domínguez-Sánchez, F., Lasa-Aristu, A., Amor, P., y Holgado-Tello, F. (2013). Psychometric properties of the spanish version of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. *Assessment*, 20(2), 253- 261.
- Domínguez-Sánchez, F., Lasa-Aristu, A., Amor, P., y Holgado-Tello, F. (2013). Psychometric properties of the Spanish version of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. *Assessment*, 20(2), 253-261.
- Doyne, E. J., Ossip-Klein, D. J., Bowman, E. D., Osborn, K. M., McDougall-Wilson, I. B., y Neimeyer, R. A. (1987). Running versus weight lifting in the treatment of depression. *Journal of consulting and clinical psychology*, 55(5), 748.
- Dunn, A. L., Trivedi, M. H., Kampert, J. B., Clark, C. G., & Chambliss, H. O. (2005). Exercise treatment for depression: efficacy and dose response. *American journal of preventive medicine*, 28(1), 1-8.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., y Buchner, A. (2007). G* Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior research methods*, 39(2), 175-191.
- Flórez, L. (2007). *Psicología Social de la Salud. Promoción y prevención*. Bogotá: Manual Moderno.
- Fouladi, R. T., Mccarthy, C. J., y Moller, N. (2002). and-pencil or online? Evaluating mode effects on measures of emotional functioning and attachment. *Assessment*, 9(2), 204-215.
- Frederick, C. M., y Ryan, R. M. (1993). Differences in motivation for sport and exercise and their relations with participation and mental health. *Journal of sport behavior*, 16(3), 124.
- Fresco, D. M., Frankel, A. N., Mennin, D. S., Turk, C. L., y Heimberg, R. G. (2002). Distinct and overlapping features of rumination and worry: The relationship of cognitive production to negative affective states. *Cognitive Therapy and Research*, 26(2), 179-188.
- Gao, Y. Q., Pan, B. C., Sun, W., Wu, H., Wang, J. N., y Wang, L. (2012). Anxiety symptoms among Chinese nurses and the associated factors: a cross sectional study. *BMC psychiatry*, 12(1), 141.
- García, M. B., Martínez, P. A. S., García-Portilla, M. P. G., y García, M. B. (1999). Trastornos de ansiedad. *Medicine*, 7(106), 4952-4962.
- Gargurevich, R. y Matos, L. (2010). Propiedades psicométricas del cuestionario de autorregulación emocional adaptado para el Perú. *Revista de Psicología*, 12(1),

- Garnefski, N., Kraaij, V., y Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 30(8), 1311-1327.
- Garnefski, N., Legerstee, J., Kraaij, V., van den Kommer, T., y Teerds, J. A. N. (2002). Cognitive coping strategies and symptoms of depression and anxiety: A comparison between adolescents and adults. *Journal of adolescence*, 25(6), 603-611.
- Garnefski, N., Teerds, J., Kraaij, V., Legerstee, J., y van Den Kommer, T. (2004). Cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: Differences between males and females. *Personality and Individual Differences*, 36(2), 267-276.
- Garnefski, N., y Kraaij, V. (2006). Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Personality and Individual Differences*, 40, 1659–1669.
- Garnefski, N., y Kraaij, V. (2007). The cognitive emotion regulation questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*, 23(3), 141-149.
- Gómez-Perdomo, G. E., Meneses-Higueta, A. C., y Palacio-Montes, M. C. (2017). La satisfacción laboral y el capital psicológico: factores que influyen en el síndrome de burnout. *Ansiedad y Estrés*, 23(2-3), 71-75.
- Gosling, S. D., Vazire, S., Srivastava, S., y John, O. P. (2004). Should we trust web-based studies? A comparative analysis of six preconceptions about internet questionnaires. *American psychologist*, 59(2), 93.
- Gotlib, I. H., Lewinsohn, P. M., y Seeley, J. R. (1995). Symptoms versus a diagnosis of depression: Differences in psychosocial functioning. *Journal of consulting and clinical psychology*, 63(1), 90-100.
- Grieve, R., y De Groot, H. T. (2011). Does online psychological test administration facilitate faking?. *Computers in Human Behavior*, 27(6), 2386-2391.
- Gross, C., y Hen, R. (2004). The developmental origins of anxiety. *Nature reviews. Neuroscience*, 5(7), 545.
- Gross, J. J. (1998). Antecedent-and response-focused emotion regulation: divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of personality and social psychology*, 74(1), 224.
- Gross, J. J. (1999). Emotion regulation: Past, present, future. *Cognition and Emotion*, 13, 551-573.

- Gross, J. J. (2013). Emotion regulation: taking stock and moving forward. *Emotion*, 13(3), 359.
- Gross, J. J. (Ed.). (2014). *Emotion regulation: Conceptual and empirical foundations. Handbook of emotion regulation* (pp. 3-20). New York: Guilford publications.
- Instituto Nacional de la Juventud (2006). *5ta Encuesta Nacional de Juventud*. Chile: Instituto Nacional de la Juventud.
- Gross, J. J., y John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and wellbeing. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 348–362.
- Gross, J. J., y Thompson, R. A. (2007). Emotion Regulation: Conceptual Foundations. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 3-24). New York: Guilford Press.
- Gutiérrez-García, A. G., y Contreras, C. M. (2013). Anxiety: an adaptive emotion. In *New insights into anxiety disorders*. InTech.
- Hagan, A. L., y Hausenblas, H. A. (2003). The relationship between exercise dependence symptoms and perfectionism. *American Journal of Health Studies*, 18(2/3), 133.
- Harrington, J. A., y Blankenship, V. (2002). Ruminative thoughts and their relation to depression and anxiety. *Journal of Applied Social Psychology*, 32(3), 465-485.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Pistorello, J., Toarmino, D., et al. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *Psychological Record*, 54, 553–578.
- Instituto Nacional de Salud Mental. (2013). Estudio epidemiológico de salud mental en Lima metropolitana y Callao-Replicación 2012: Informe General. *Anales de Salud Mental*. XXVIX (1).
- Jacob, M. S., y Anto, M. M. (2016). A Study on Cognitive Emotion Regulation and Anxiety and Depression in Adults. *The international journey of Indian psychology*, 3(2), p. 117 – 124.
- Jermann, F., Van der Linden, M., d'Acremont, M., y Zermatten, A. (2006). Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ): Confirmatory factor analysis and psychometric properties of the French translation. *European Journal of Psychological Assessment*, 22(2), 126-131.
- Jermann, F., Van der Linden, M., d'Acremont, M., y Zermatten, A. (2006). Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ): Confirmatory factor analysis and

- psychometric properties of the French translation. *European Journal of Psychological Assessment*, 22(2), 126.
- Jihoon, A., Hyunsoo, J., y Sungho Kwon¹, s. (2016). Associations Between Self-Regulation, Exercise Participation, and Adherence Intention Among Korean University Students. *Perceptual & Motor Skills*, 123(1), 324-340.
- Jiménez, M. G., Martínez, P., Miró, E., y Sánchez, A. I. (2008). Bienestar psicológico y hábitos saludables: ¿están asociados a la práctica de ejercicio físico? *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(1).
- Joormann, J., y Gotlib, I. H. (2010). Emotion regulation in depression: relation to cognitive inhibition. *Cognition and Emotion*, 24(2), 281-298.
- Kesaniemi, Y. A., Danforth, E., Jensen, M. D., Kopelman, P. G., Lefebvre, P., y Reeder, B. A. (2001). Dose-response issues concerning physical activity and health: an evidence-based symposium. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 33(6), S351-S358.
- Kessler, R. C., Merikangas, K. R., Berglund, P., Eaton, W. W., Koretz, D. S., y Walters, E. E. (2003). Mild disorders should not be eliminated from the DSM-V. *Archives of General Psychiatry*, 60(11), 1117-1122.
- Knapen, J., Van de Vliet, P., Van Coppenolle, H., David, A., Peuskens, J., Pieters, G., y Knapen, K. (2005). Comparison of changes in physical self-concept, global self-esteem, depression and anxiety following two different psychomotor therapy programs in nonpsychotic psychiatric inpatients. *Psychotherapy and psychosomatics*, 74(6), 353-361.
- Kline, R. (2010). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling*. 3era ed. New York: Guilford Press.
- Koole, S. L. (2009). The psychology of emotion regulation: An integrative review. *Cognition and emotion*, 23(1), 4-41.
- Kring, A. M., y Sloan, D. M. (Eds.). (2009). *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment*. Guilford Press.
- Kwaśniewska, M., Kaleta, D., Dziańkowska-Zaborszczyk, E., y Drygas, W. (2009). Healthy behaviors, lifestyle patterns and sociodemographic determinants of the metabolic syndrome. *Central European journal of public health*, 17(1), 14.
- Lane, A. M., Jackson, A., y Terry, P. C. (2005). Preferred modality influences on exercise-induced mood changes. *Journal of sports science & medicine*, 4(2), 195.

- Lawlor, D. A., y Hopker, S. W. (2001). The effectiveness of exercise as an intervention in the management of depression: systematic review and meta-regression analysis of randomized controlled trials. *Bmj*, 322(7289), 763.
- Lazarus, R. S., y Alfert, E. (1964). Short-circuiting of threat by experimentally altering cognitive appraisal. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 69(2), 195.
- Leventhal, A. M. (2008). Sadness, depression, and avoidance behavior. *Behavior Modification*, 32(6), 759-779.
- Lonsdale, C., Hodge, K., y Rose, E. A. (2006). Pixels vs. paper: Comparing online and traditional survey methods in sport psychology. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 28(1), 100-108.
- López Ibor, M. I. (2007). Ansiedad y depresión, reacciones emocionales frente a la enfermedad. *In Anales de Medicina Interna*, 24(5), 209-211.
- Martin, L. L., y Tesser, A. (1996). Some ruminative thoughts. *Advances in social cognition*, 9, 1-47.
- Martin, R. C., y Dahlen, E. R. (2005). Cognitive emotion regulation in the prediction of depression, anxiety, stress, and anger. *Personality and individual differences*, 39(7), 1249-1260.
- Matud Aznar, M. P. (2008). Género y salud. *Suma Psicológica*, 15(1).
- Matud, M. P., Guerrero, K., y Matías, R. G. (2006). Relevancia de las variables sociodemográficas en las diferencias de género en depresión. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(1).
- McAuley, E., Mihalko, S. L., y Bane, S. M. (1996). Acute exercise and anxiety reduction: Does the environment matter? *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 18(4), 408-419.
- Medrano, L. A., Moretti, L., Ortiz, Á., y Pereno, G. (2013). Validación del cuestionario de regulación emocional cognitiva en Universitarios de Córdoba, Argentina. *Psykhé*, 22(1), 83-96.
- Meyer, C., y Taranis, L. (2007). Exercise and the eating disorders: To compensate or not to compensate. British Association for Behavioural and Cognitive Psychotherapies Conference, Brighton, UK. National Institute of Mental Health. (2016). Anxiety Disorders. Overview. Recuperado de <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/anxiety-disorders/index.shtml>

- Meyerson, P., y Tryon, W. W. (2003). Validating internet research: A test of the psychometric equivalence of internet and in-person samples. *Behavior Research Methods, Instruments, & Computers*, 35(4), 614–620
- Miller, E. T., Neal, D. J., Roberts, L. J., Baer, J. S., Cressler, S. O., Metrik, J., y Marlatt, G. A. (2002). Test-retest reliability of alcohol measures: is there a difference between internet-based assessment and traditional methods?. *Psychology of Addictive Behaviors*, 16(1), 56.
- Monroe, S. M. (2008). Modern approaches to conceptualizing and measuring human life stress. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, 4, 33-52.
- Nolen-Hoeksema, S. (2001). Gender differences in depression. *Current directions in psychological science*, 10(5), 173-176.
- Nolen-Hoeksema, S. (2012). Emotion regulation and psychopathology: The role of gender. *Annual review of clinical psychology*, 8, 161-187.
- Nolen-Hoeksema, S., y Aldao, A. (2011). Gender and age differences in emotion regulation strategies and their relationship to depressive symptoms. *Personality and individual differences*, 51(6), 704-708.
- Obando, R. (2011). Sintomatología depresiva y afrontamiento en adolescentes escolares de Lima. *Lima: Tesis de Licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Perú.*
- Oei, T. P., Sawang, S., Goh, Y. W., & Mukhtar, F. (2013). Using the depression anxiety stress scale 21 (DASS-21) across cultures. *International Journal of Psychology*, 48(6), 1018-1029.
- Olmedilla Zafra, A., Ortega Toro, E. y Madrid Garrido, J. (2008). Variables sociodemográficas, ejercicio físico, ansiedad y depresión en mujeres: un estudio correlacional. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte* vol. 8 (31), 224-243
- Organización de las Naciones Unidas. (2007). *Panorama de la salud en la región. Salud en las Américas*. Recuperado de http://www.paho.org/cor/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones&alias=256-salud-en-las-americas-2007-vol-1&Itemid=222
- Organización Mundial de la Salud (2017d). *Depression and Other Common Mental Disorders. Global Health Estimates*. Ginebra, Suiza. Recuperado de <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254610/1/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?ua=1>

- Organización Mundial de la Salud. (2010). *Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud*. Ginebra, Suiza.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles*. Ginebra, Suiza. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/149296/1/WHO_NMH_NVI_15.1_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2017). Inactividad física: Un problema de salud pública mundial. Nota descriptiva. Recuperado de http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_inactivity/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2017a). Enfermedades no transmisibles. Nota descriptiva. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2017b). Actividad Física. Nota descriptiva. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2017c). Depresión. Nota descriptiva. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2018a). Depresión. Nota descriptiva. Recuperado de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organización Mundial de la Salud. (2018b). Actividad Física. Nota Descriptiva. Recuperado de: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
- Otiniano, F. (2012). *Validez de constructo y eficacia diagnóstica de las escalas depresión mayor y trastorno de ansiedad del Inventario Clínico Multiaxial de MILLON III (MCMI-III)*. (Tesis de Licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Parker, G. (2009). Diagnosis Depressive Disorders. En H. Herrman, M. Maj & N. Sartorius (Eds.), *Depressive Disorders*. (3ds ed., cap. 1, pp. 1-26). Hoboken, NJ: Wiley Blackwell.
- Pedersen, B. K., y Saltin, B. (2006). Evidence for prescribing exercise as therapy in chronic disease. *Scandinavian journal of medicine & science in sports*, 16(1), 3-63.
- Perte, A., y Miclea, M. (2011). The standardization of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ) on Romanian population. *Cognition, Brain, Behavior. An Interdisciplinary Journal*, 15(1), 111-130.

- Riskind, J. H., Beck, A. T., Brown, G., y Steer, R. A. (1987). Taking the Measure of Anxiety and Depression Validity of the Reconstructed Hamilton Scales. *The Journal of nervous and mental disease*, 175(8), 474-479.
- Rodríguez, J. (1995). *Psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis.
- Rodríguez, L. (2008). *Sintomatología depresiva y riesgo para desarrollar un trastorno alimentario en mujeres adolescentes universitarias y preuniversitarias*. (Tesis de Licenciatura) Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Roth, E. (1990). Aplicaciones comunitarias de la medicina conductual. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 22(1), 27-50.
- Rudolph, S. G., Flett, G. L., y Hewitt, P. L. (2007). Perfectionism and deficits in cognitive emotion regulation. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 25(4), 343-357.
- Ruscio, J., y Ruscio, A. M. (2000). Informing the continuity controversy: A taxometric analysis of depression. *Journal of abnormal psychology*, 109(3), 473-487.
- Salazar, F. V. (2010). Ejercicio y depresión. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39(4), 732-748.
- Salmon, P. (2001). Effects of physical exercise on anxiety, depression, and sensitivity to stress: a unifying theory. *Clinical psychology review*, 21(1), 33-61.
- Sanz, J. (2011). *Adaptación española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)*. Madrid: Pearson.
- Sanz, J., Navarro, M., y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la depresión de Beck-II (BDI-II): 1. Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 29(124), 239-288
- Scully, D., Kremer, J., Meade, M. M., Graham, R., y Dudgeon, K. (1998). Physical exercise and psychological wellbeing: a critical review. *British journal of sports medicine*, 32(2), 111-120.
- Seclén-Palacín, J. A., y Jacoby, E. R. (2003). Factores sociodemográficos y ambientales asociados con la actividad física deportiva en la población urbana del Perú. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 14(4), 255-264.
- Sexton, H., Mære, Å. y Dahl, N. H. (1989). Exercise intensity and reduction in neurotic symptoms. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 80(3), 231-235.
- Shephard, R. J., y Shek, P. N. (1995). Exercise, aging and immune function. *International journal of sports medicine*, 16(01), 1-6.

- Solanki, D., y Lane, A. M. (2010). Relationships between exercise as a mood regulation strategy and trait emotional intelligence. *Asian journal of sports medicine*, 1(4), 195.
- Strawbridge, W. J., Deleger, S., Roberts, R. E., y Kaplan, G. A. (2002). Physical activity reduces the risk of subsequent depression for older adults. *American journal of epidemiology*, 156(4), 328-334.
- Ströhle, A. (2009). Physical activity, exercise, depression and anxiety disorders. *Journal of neural transmission*, 116(6), 777.
- Tataje, A. (2013). *Sintomatología depresiva y dimensiones de perfeccionismo en jóvenes universitarios de Lima Metropolitana*. (Tesis de Licenciatura) Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Tuna, E., y Bozo, O. (2012). The Cognitive Emotion Regulation Questionnaire: Factor structure and psychometric properties of the Turkish version. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 34(4), 564-570.
- US Department of Health and Human Services. (2008). Physical activity guidelines advisory committee. *Physical Activity Guidelines for Americans*. Recuperado de <https://health.gov/paguidelines/guidelines/>
- Vázquez, C., Hervás, G., Hernangómez, L., y Romero, N. (2010). Modelos cognitivos de la depresión: una síntesis y nueva propuesta basada en 30 años de investigación. *Psicología conductual*, 18(1), 139.
- Vecina Jiménez, M. L. (2006). Emociones positivas. *Papeles del psicólogo*, 27(1).
- Vigil, V. (2016). *Interpretación emocional y sintomatología depresiva en un grupo de madres de Lima*. (Tesis de Licenciatura) Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Vredenburg, K., Flett, G. L., y Krames, L. (1993). Analogue versus clinical depression: A critical reappraisal. *Psychological Bulletin*, 113,327-344.
- Walsh, R. (2011). Lifestyle and mental health. *American Psychologist*, 66(7), 579.
- White, K., Kendrick, T., y Yardley, L. (2009). Change in self-esteem, self-efficacy and the mood dimensions of depression as potential mediators of the physical activity and depression relationship: Exploring the temporal relation of change. *Mental Health and Physical Activity*, 2(1), 44-52.
- Winnet, R.A., King, A.L. y Altman, D.G. (1989). *Health psychology and public health. An integrative approach*. Elmsford: Pergamon Press, Inc.

- Woo, M., Kim, S., Kim, J., Petruzzello, S. J., y Hatfield, B. D. (2009). Examining the exercise-affect dose-response relationship: Does duration influence frontal EEG asymmetry? *International journal of psychophysiology*, 72(2), 166-172.
- Wu, T., Rose, S. y Bancroft, J. (2006). Gender differences in health risk behaviors and physical activity among middle school student. *Journal School Nursing*, 22, 1, 25-31.
- Zhu, X., Auerbach, R., Yao, S., Abela, J., Xiao, J., y Tong, X. (2008). Psychometric properties of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire: Chinese version. *Cognition and Emotion*, 22(2), 288-307.





Apéndice A

Características sociodemográficas

Tabla 7

Características sociodemográficas de los participantes

		<i>n</i>	<i>%</i>
Sexo	Mujeres	70	60.3
	Hombres	46	39.7
Lugar de nacimiento	Lima	103	88.8
	Provincia	8	6.9
	Extranjero	5	4.3
Tipo de actividad física	Actividad aeróbica y de fortalecimiento muscular	60	51.7
	Actividad aeróbica	38	32.8
	Actividad de fortalecimiento muscular	12	10.3
	Actividad de flexibilidad	6	5.2
Intensidad de actividad física	Una combinación de ambas	45	38.8
	Intensa	37	31.9
	Moderada	34	29.3
Estudios	No	71	61.2
	Si	45	38.8
Trabajo	Si	84	72.4
	No	32	27.6
Otras actividades	No	106	91.4
	Si	10	8.6
Diagnóstico	No	101	87.1
	Depresión	4	3.4
	Ansiedad	11	9.5
Proceso Psicoterapéutico	No	105	90.5
	Si	11	9.5
		<i>Me</i>	<i>De</i>
Edad		33.03	11.40
Frecuencia de entrenamiento semanal		4.26	1.36
Minutos de entrenamiento semanal		331.25	201.54
Tiempo en meses de práctica de ejercicio físico		70.34	73.06

Apéndice B

Consentimiento Informado

La presente investigación, acerca de la realización de ejercicio físico en adultos, es conducida por la alumna Daniela D'Acunha, estudiante de los últimos ciclos de la Facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú, la cual se encuentra bajo la supervisión de la Mg. Mónica Cassaretto.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder una ficha de datos sociodemográficos y algunas encuestas sobre el tema mencionado, lo que tomará aproximadamente 30 minutos de su tiempo. Asimismo, su participación será voluntaria, y la información que se recoja será estrictamente confidencial y no se podrá utilizar para ningún otro propósito que no esté contemplado en esta investigación. Dado esto, no se realizará ningún tipo de devolución de resultados.

Si tuviera alguna duda con relación al desarrollo del proyecto, usted es libre de formular las preguntas que considere pertinentes. Además, puede finalizar su participación en cualquier momento, o abstenerse a responder alguna de las preguntas planteadas, sin que esto represente algún perjuicio para usted.

Muchas Gracias.

En función a lo leído:

¿Desea participar de la investigación? SI () NO ()

Para cualquier consulta o información adicional puede contactarse con el responsable del estudio al siguiente correo electrónico: d.dacunha@pucp.pe, o con la asesora de la tesis, la Mg. Mónica Cassaretto, al mcassar@pucp.edu.pe o al teléfono (511)626-2000 Anexo 4598.

Apéndice D

Confiabilidad por Consistencia Interna

Tabla 8

Confiabilidad del Cuestionario de Regulación Cognitiva de las Emociones

	Ítem	Correlación total de elementos corregida	Alfa si se elimina el ítem
Culpar a otros $\alpha = .77$	CERQ 9	.50	.75
	CERQ 21	.44	.80
	CERQ 29	.72	.68
	CERQ 36	.68	.66
Autoculparse $\alpha = .73$	CERQ 1	.54	.67
	CERQ 17	.57	.64
	CERQ 26	.42	.73
	CERQ 33	.58	.64
Aceptación $\alpha = .66$	CERQ 2	.52	.54
	CERQ 16	.45	.59
	CERQ 25	.35	.66
	CERQ 32	.47	.58
Rumiación $\alpha = .73$	CERQ 3	.59	.62
	CERQ15	.49	.68
	CERQ18	.49	.68
	CERQ27	.50	.68
Catastrofización $\alpha = .75$	CERQ 8	.48	.73
	CERQ 10	.55	.69
	CERQ 22	.55	.69
	CERQ 35	.61	.65
Poner en Perspectiva $\alpha = .75$	CERQ 7	.41	.76
	CERQ 11	.52	.70
	CERQ 20	.61	.64
	CERQ 34	.64	.63
Reinterpretación Positiva $\alpha = .80$	CERQ 6	.63	.74
	CERQ 12	.54	.78
	CERQ 23	.64	.74
	CERQ 31	.65	.73
Focalización en los Planes $\alpha = .72$	CERQ 5	.48	.68
	CERQ 13	.54	.64
	CERQ 19	.59	.61
	CERQ 30	.45	.69

	CERQ 4	.69	.85
Focalización Positiva $\alpha = .87$	CERQ 14	.68	.86
	CERQ 24	.81	.80
	CERQ 28	.74	.83

Tabla 9

Confiabilidad del Cuestionario de Regulación Emocional

	Ítem	Correlación total de elementos corregida	Alfa si se elimina el ítem
Reevaluación Cognitiva $\alpha = .78$	ERQP 1	.50	.75
	ERQP 3	.55	.74
	ERQP 5	.34	.79
	ERQP 7	.51	.75
	ERQP 8	.64	.72
	ERQP 10	.63	.72
Supresión $\alpha = .68$	ERQP 2	.48	.61
	ERQP 4	.49	.61
	ERQP 6	.58	.54
	ERQP 9	.33	.70

Tabla 10
Confiabilidad del Inventario de Depresión de Beck-II

	Ítem	Correlación total de elementos corregida	Alfa si se elimina el ítem
	BDI 1	.44	.87
	BDI 2	.47	.87
	BDI 3	.56	.87
	BDI 4	.63	.87
	BDI 5	.47	.87
	BDI 6	.37	.87
	BDI 7	.50	.87
	BDI 8	.45	.87
	BDI 9	.56	.87
	BDI 10	.43	.87
BDI-II	BDI 11	.47	.87
$\alpha = .88$	BDI 12	.66	.87
	BDI 13	.35	.88
	BDI 14	.49	.87
	BDI 15	.54	.87
	BDI 16	.55	.87
	BDI 17	.54	.87
	BDI 18	.29	.88
	BDI 19	.48	.87
	BDI 20	.54	.87
	BDI 21	.42	.87

Tabla 11
Confiabilidad del Inventario de Ansiedad de Beck

	Ítem	Correlación total de elementos corregida	Alfa si se elimina el ítem
	BAI 1	.40	.92
	BAI 2	.40	.93
	BAI 3	.45	.93
	BAI 4	.66	.92
	BAI 5	.69	.92
	BAI 6	.65	.92
	BAI 7	.70	.92
	BAI 8	.67	.92
	BAI 9	.83	.92
	BAI 10	.68	.92
BAI	BAI 11	.67	.92
$\alpha = .93$	BAI 12	.65	.92
	BAI 13	.69	.92
	BAI 14	.70	.92
	BAI 15	.63	.92
	BAI 16	.55	.92
	BAI 17	.72	.92
	BAI 18	.32	.93
	BAI 19	.69	.92
	BAI 20	.26	.93
	BAI 21	.53	.92

Apéndice E

Correlaciones entre las Estrategias de Regulación Emocional

Tabla 12

Correlaciones entre las Estrategias de Regulación Emocional

	AC	ACE	RUM	CAT	PEP	RP	FEP	FP	RC	SUP
CAO	.35**	.27**	.38**	.50**	.23*	.04	.19*	.01	-.04	.02
AC		.42**	.51**	.46**	.38**	.14	.45**	.11	.03	.12
ACE			.50**	.15	.52**	.44**	.57**	.39**	.23*	.00
RUM				.47**	.36**	.18*	.45**	.01	.18	.06
CAT					.09	-.09	.17	-.21*	-.08	.12
PEP						.55**	.54**	.44**	.11	-.03
RP							.68**	.70**	.34**	-.11
FEP								.46**	.19**	.02
FP									.36**	-.09
RC										.51

* $p < .05$, ** $p < .01$. CAO: Culpar a Otros, AC: Autoculparse, ACE: Aceptación, RUM: Rumiación, CAT: Catastrofización, PEP: Poner en Perspectiva, RP: Reinterpretación Positiva, FEP: Focalización en los Planes, FP: Focalización Positiva, RC: Reinterpretación Cognitiva, SUP: Supresión