



TESIS DOCTORAL

ESTADO DE SALUD PERCIBIDO, AUTOCONCEPTO FÍSICO Y METAS  
PERSONALES EN MUJERES FÍSICAMENTE ACTIVAS

Paulina A. Fuentes Flores

DEPARTAMENTO DE DIDÁCTICA DE LA EXPRESIÓN MUSICAL, PLÁSTICA Y  
CORPORAL

2014



TESIS DOCTORAL

ESTADO DE SALUD PERCIBIDO, AUTOCONCEPTO FÍSICO Y METAS  
PERSONALES EN MUJERES FÍSICAMENTE ACTIVAS

Paulina A. Fuentes Flores

DEPARTAMENTO DE DIDÁCTICA DE LA EXPRESIÓN MUSICAL, PLÁSTICA Y  
CORPORAL

Conformidad de los Directores:

Narcís Gusi Fuertes

Margarita Gozalo Delgado

2014



UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA

FACULTAD DE CIENCIAS DEL DEPORTE  
DEPARTAMENTO DE DIDÁCTICA DE LA  
EXPRESIÓN MUSICAL, PLÁSTICA Y CORPORAL

Avenida Universidad, S/N  
10003 Cáceres  
Teléfono: 927 257 460  
Fax: 927 257 461

**Dr. D. NARCÍS GUSI FUERTES**, catedrático de Universidad de la Facultad de Ciencias del Deporte del Departamento de Didáctica de la Expresión Musical, Plástica y Corporal, y **Dra. Dña. MARGARITA GOZALO DELGADO**, profesora titular del Departamento de Psicología y Antropología, ambos de la Universidad de Extremadura.

**CERTIFICAN:**

Que la Tesis Doctoral realizada por **Dña. Paulina A. Fuentes Flores**, con el título: **“ESTADO DE SALUD PERCIBIDO, AUTOCONCEPTO FÍSICO Y METAS PERSONALES EN MUJERES FÍSICAMENTE ACTIVAS”**, bajo nuestra dirección, reúne los requisitos necesarios de calidad, originalidad y presentación para optar al grado de Doctor, y está en condiciones de ser sometida a valoración de la Comisión encargada de juzgarla.

Y para que conste a los efectos oportunos, firmo la presente en Cáceres, a de enero de 2014.

Dr. D. Narcís Gusi Fuertes

Dra. Dña. Margarita Gozalo Delgado

No tenía miedo a las dificultades;

Lo que le asustaba era la obligación de tener que escoger un camino.

Escoger un camino significa abandonar otros.

(Paulo Coelho)



## **AGRADECIMIENTOS**

Me gustaría aprovechar este espacio para poder agradecer el apoyo y la ayuda a todas aquellas personas, instituciones y centros que de alguna u otra forma, han posibilitado la realización de éste trabajo.

En primer lugar a mi familia, especialmente a mi madre que incondicionalmente siempre me ha apoyado en todas las decisiones que he ido tomando, dándome la oportunidad de aprender de mis aciertos y de mis errores, y siempre estando ahí para cuando he necesitado una mano.

A mi otra familia, la que ha ido apareciendo a lo largo de mi vida, mis amigas/os y compañeras/os, gracias por estar ahí, por escuchar y decir lo que había que decir, apostando por la amistad. Realmente sin vosotras/os no lo habría logrado.

A las participantes en el estudio, a los centros deportivos, asociaciones de vecinos, al Instituto Municipal de Deporte y a los profesionales, a todos ellos por dedicarnos y regalarnos parte de su tiempo, sin vuestra colaboración esta investigación no habría salido adelante.

A mis directores, Margarita, gracias por confiar en mí, por tu apoyo y dedicación, no sólo a nivel académico, si no que también personal, como compañera y amiga.

Narcís, gracias por apoyar nuestra investigación y por tus aportaciones al mismo, por acompañarnos en esta aventura y estar ahí cuando lo necesitamos.

A los administrativos y personal de la Facultad de Ciencias del Deporte, por facilitarme mi estancia en esta Universidad, haciendo mucho más llevadero el día a día.

Al Departamento de Didáctica de la Expresión Musical, Plástica y Corporal de la Universidad de Extremadura, por acogerme en el programa de doctorado de “Motricidad Humana” posibilitando mi desarrollo y aprendizaje profesional en el área de la investigación, a todos y cada uno de los profesores que participaron de este proceso y la ayuda brindada en su momento.

A los compañeros del laboratorio de Control Motor, Fisiología y Biomecánica, especialmente Chiqui, Julito y Andreas... grandes compañeros y amigos.

A las/os compañeras/os que han pasado por nuestro laboratorio Nuria y Miguel Madruga, y a los compañeros del laboratorio de Salud y Calidad de Vida, gracias por toda vuestra ayuda brindada a ti Miguel Mocholí, Adsuar y Pedro.

A Katia, por ayudarme a reencontrarme con la estadística, por su apoyo y amistad, gracias.

## PRESENTACIÓN

El documento que se presenta a continuación, recoge el trabajo de investigación realizado por la doctoranda Paulina A. Fuentes Flores y dirigida por la Dra. Dña. Margarita Gozalo Delgado, profesora titular de la Facultad de Formación del Profesorado del Departamento de Psicología y Antropología y bajo la codirección del Dr. Don. Narcís Gusi Fuertes, Catedrático de Universidad de la Facultad de Ciencias del Deporte del Departamento de Didáctica de la Expresión Musical, Plástica y Corporal. Ambos de la Universidad de Extremadura.

El estudio que se presenta se enmarca en la línea de investigación de salud y género, y se incluye en el proyecto de investigación titulado “*Factores determinantes de la inclusión de la actividad física saludable en el proyecto de vida de las mujeres extremeñas*”. Aceptado por la Comisión de Bioética de la Universidad de Extremadura.

El interés principal por desarrollar esta tesis doctoral, nace de la experiencia vivida en al ámbito profesional como Licenciada en Ciencias de la Actividad Física y el Deporte, y de la experiencia vivida al formar parte del grupo de investigación “Actividad Física, Calidad de Vida y Salud” (AFYCAV), especialmente en el Laboratorio de “Psicología del Deporte” de la Facultad de Ciencias del Deporte de la Universidad de Extremadura. Dándome la oportunidad de poder observar las necesidades planteadas por la población adulta femenina cacereña, a la hora de realizar hábitos saludables, vinculados a la práctica físico-deportiva.

Con esta investigación hemos querido contribuir a la equidad de género en el fomento de la práctica físico-deportiva y profundizar en los factores sociales,

motivacionales y psicológicos que influyen en la mantención de hábitos activos y saludables en la población femenina de la ciudad de Cáceres.

Creemos que es de suma importancia explorar las motivaciones y los objetivos que mueven a la población a asumir hábitos vinculados con el cuidado de la salud y con estilos de vida activos, explorar las diferencias que presentan en relación al género y cómo se implican en sus metas. Todo esto nos puede permitir a los profesionales diseñar programas adaptados a las necesidades y a los objetivos de éste colectivo en particular.

El estudio que presentamos a continuación se divide en varios capítulos y apartados, que intentan reflejar el largo proceso de reflexión y trabajo teórico, que ha dado las bases al investigador para realizar su proceso y que nos ha permitido exponer los resultados obtenidos.

En el Capítulo I, se presenta el marco teórico de la investigación. En este apartado se pretende realizar una contextualización de los temas y de las variables estudiadas. La idea principal es que ayude al lector a centrar los objetivos del estudio. Este apartado ha sido construido gracias a la revisión bibliográfica realizada durante el proceso de investigación. Esta revisión se ha basado en fuentes de información científica como revistas, libros, revistas electrónicas y algunas bases de datos con acceso en internet (Teseo, Medline, PubMed, Wok, entre otros).

Al finalizar el apartado se realiza un breve resumen de los estudios que nos han parecido más interesantes de compartir por ser los más relacionados con el estudio.

En el Capítulo II, se exponen los objetivos e hipótesis de nuestro estudio. Se exponen las interrogantes surgidas tras la revisión bibliográfica y los objetivos que pretendemos conseguir con la realización del estudio.



En el Capítulo III, se desarrolla el apartado de material y método, donde se describe el diseño de investigación, la metodología utilizada, los instrumentos utilizados, las variables del estudio, el procedimiento, el proceso de obtención de la muestra y sus características, la técnica de muestreo utilizada, el tamaño de la muestra y el análisis estadístico de los datos.

En el Capítulo IV, desarrollamos el apartado de resultados, el cual se dividió en dos partes, la primera orientada a la obtención de los objetivos del estudio, centrada en las dimensiones más descriptivas. La segunda parte de índole más inferencial, donde se desarrollan las hipótesis del estudio, buscando diferencias entre grupos y relaciones entre las variables.

En el Capítulo V, en éste apartado desarrollamos las discusiones y conclusiones del estudio. Analizando los resultados obtenidos y comparándolos con los estudios revisados en el capítulo I, con el fin de concluir con las implicaciones que ha podido tener este estudio, realizando un análisis crítico de sus debilidades y sus perspectivas de futuro.

A continuación, presentamos la bibliografía y los anexos.

## **ABREVIATURAS**

**CAF:** Cuestionario de Autoconcepto Físico

**CE:** Comisión Europea

**ENSE:** Encuesta Nacional de Salud de España

**ESV:** Escala de Satisfacción con la Vida

**EVA:** Escala Visual Analógica

**FIFA:** Federación Internacional de Fútbol Asociación

**IMEX:** Instituto de la Mujer de Extremadura

**IMC:** Índice de Masa Corporal

**INE:** Instituto Nacional de Estadística

**MSC:** Ministerio de Sanidad y Consumo

**MSSSI:** Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

**MTAS:** Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales

**OMS:** Organización Mundial de la Salud

**OPS:** Organización Panamericana de la Salud

**PSPP:** Physical Self-Perception Profile

**PIAFD:** Plan Integral para la Actividad Física y el Deporte

**PSE:** Plan de Salud de Extremadura

**UE:** Unión Europea

## Índice de tablas

<b>Tabla 1:</b> Factores de impacto sobre la mortalidad en los países desarrollados. (PIAFD, 2009).....	17
<b>Tabla 2:</b> Resumen estadístico del tiempo semanal dedicado a la actividad físico-deportiva.....	109
<b>Tabla 3:</b> Descripción de las variables implicadas en la investigación.....	116
<b>Tabla 4:</b> Frecuencia y porcentaje de las preguntas relacionadas con la variable instalación deportiva. n=258.....	121
<b>Tabla 5:</b> Frecuencia y porcentaje de las preguntas relacionadas con la práctica físico-deportiva de los otros significativos de la muestra total n=258.....	122
<b>Tabla 6:</b> Frecuencia y porcentaje de la pregunta relacionada con el gasto en la actividad físico-deportiva de la muestra total n=258.....	123
<b>Tabla 7:</b> Frecuencia y porcentaje de las preguntas relacionadas con el tiempo sin realizar actividad físico-deportiva y causas o motivos para no realizarla para la muestra total n=258.....	124
<b>Tabla 8:</b> Frecuencia y porcentaje de las respuestas relacionadas con la preferencia físico-deportiva, sus dificultades y limitaciones para poder realizarla para la muestra total n=258.....	125
<b>Tabla 9:</b> Frecuencia y porcentaje de las preguntas relacionadas con las tareas domésticas y la percepción de cuidador de la muestra total n=258.....	126
<b>Tabla 10:</b> Frecuencia y porcentaje de la pregunta relacionada con los motivos para realizar actividad física y/o deporte. n=258.....	127
<b>Tabla 11:</b> Valores descriptivos de EVA y ESV de la muestra total n=258.....	128
<b>Tabla 12:</b> Análisis de fiabilidad de la ESV para muestra total y su división en categoría de edad. n=258.....	129
<b>Tabla 13:</b> Frecuencia y porcentaje de las preguntas relacionadas con los hábitos de vida y el cuidado de la salud de la muestra total n=258.....	130
<b>Tabla 14:</b> Análisis de fiabilidad del CAF para la muestra total y su división en la categoría edad. n=258.....	132
<b>Tabla 15:</b> Valores descriptivos de las escalas del Cuestionario de Autoconcepto Físico (CAF) de mujeres adultas físicamente activas de Cáceres n=258.....	132

<b>Tabla 16:</b> Medias de tendencia central y dispersión, de las escalas del Cuestionario de Autoconcepto Físico (CAF) en función de los rangos de edad, de las mujeres adultas físicamente activas de Cáceres n=258.....	133
<b>Tabla 17:</b> Comparación de las dimensiones del CAF de la muestra de mujeres que participaron en estudio de (Goñi, 2006) y la muestra de mujeres físicamente activas de Cáceres.....	134
<b>Tabla 18:</b> Relación de los predictores del Autoconcepto Físico y la influencia de las covariables.....	135
<b>Tabla 19:</b> Frecuencia y porcentaje de la muestra que ha desarrollado el apartado de metas personales (n=139).....	137
<b>Tabla 20:</b> Frecuencia y porcentaje de los motivos de práctica físico-deportiva de la muestra total n=258.....	138
<b>Tabla 21:</b> Relación de la variable edad con el número de horas dedicadas a la práctica físico-deportiva para la muestra total n=258.....	139
<b>Tabla 22:</b> U de Mann-Whitney grupos de edad y nº de horas dedicadas a la práctica físico-deportiva para la muestra total n=258.....	140
<b>Tabla 23:</b> Prueba de normalidad para las variables edad categorizada y el CAF para la muestra total n=258.....	142
<b>Tabla 24:</b> Relación de la variable edad con las dimensiones del Autoconcepto (CAF) para la muestra total n=258.....	143
<b>Tabla 25:</b> Comparación entre grupos de edad y las dimensiones del cuestionario de autoconcepto físico para la muestra total n=258.....	144
<b>Tabla 26:</b> Relación de la variable edad categorizada con las metas personales de actividad físico-deportiva para la muestra total n=258.....	146
<b>Tabla 27:</b> Relación del número de horas dedicadas a la práctica físico-deportiva con variables sociodemográficas.....	147
<b>Tabla 28:</b> Prueba de normalidad para las variables número de horas dedicadas a la práctica físico-deportiva y las dimensiones del Cuestionario de Autoconcepto Físico para la muestra total n=258.....	152
<b>Tabla 29:</b> Relación del número de horas dedicadas a la práctica físico-deportiva con las dimensiones del Cuestionario de Autoconcepto Físico para la muestra total n=258.....	153
<b>Tabla 30:</b> Comparación entre el número de horas dedicadas a la práctica físico-deportiva categorizadas y las dimensiones del Cuestionario de Autoconcepto Físico para la muestra total n=258.....	154

<b>Tabla 31:</b> Relación entre el número de horas dedicadas a la práctica físico-deportiva categorizada con las variables estado de salud percibido (EVA) y la ESV para la muestra total n=258.....	155
<b>Tabla 32:</b> Relación de la variable número de horas dedicadas a la práctica físico-deportiva categorizada con las metas personales de actividad físico-deportiva para la muestra total n=258.....	156
<b>Tabla 33:</b> Relación de las metas personales de actividad física con las variables estado de salud percibido (EVA) y ESV. Para la muestra total n=258.....	158

## Índice de gráficos

<b>Gráfico 1:</b> Distribución según grupos de edad para la muestra total, n=258.....	106
<b>Gráfico 2:</b> Distribución del estado civil para la muestra total, n=258.....	107
<b>Gráfico 3:</b> Distribución del nivel de estudios para la muestra total, n=258.....	108
<b>Gráfico 4:</b> Distribución de la situación laboral para la muestra total, n=258.....	108
<b>Gráfico5:</b> Diagrama de frecuencia de EVA de la muestra total n=258.....	128
<b>Gráfico 6:</b> Porcentaje de la ESV de la muestra total (n= 258).....	129
<b>Gráfico 7:</b> Relación edad con las metas personales relacionadas con la actividad físico-deportiva.....	145
<b>Gráfico 8:</b> Relación del número de horas dedicadas a la práctica físico-deportiva con el estado civil.....	148
<b>Gráfico 9:</b> Relación del número de horas dedicadas a la práctica deportiva con la variable nivel de estudios.....	148
<b>Gráfico10:</b> Relación del número de horas dedicadas a la práctica físico-deportiva con la variable situación laboral.....	149
<b>Gráfico 11:</b> Relación del número de horas dedicadas a la práctica físico-deportiva y las barreras percibidas para su práctica.....	150
<b>Gráfico12:</b> Relación del número de horas dedicadas a la práctica físico-deportiva con la variable labores del hogar.....	150
<b>Gráfico13:</b> Relación del número de horas dedicadas a la práctica físico-deportiva con los motivos para realizarla.....	151
<b>Gráfico14:</b> Relación del número de horas dedicadas a la práctica físico-deportiva y las metas personales referentes a la actividad físico-deportiva.....	157

## Índice de figuras

<b>Figura 1:</b> Modelo jerárquico de habilidades intelectuales de Shavelson, Hubner y Stanton (1976). Fuente: Goñi y Fernández, (2009).....	42
<b>Figura 2:</b> Modelo del autoconcepto físico de Fox y Corbin (1989).....	44
<b>Figura 3:</b> Modelo del autoconcepto físico de Goñi et al. (2006) y Esnaola (2005).....	45

## Índice de Contenido

<b>RESUMEN.....</b>	<b>3</b>
 <b>CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO</b>	
 <b>1.1. ACTIVIDAD FÍSICA, EJERCICIO FÍSICO Y DEPORTE:</b>	
<b>DELIMITACIÓN CONCEPTUAL.....</b>	<b>8</b>
1.1.1. ACTIVIDAD FÍSICA.....	8
1.1.1.1. <u>Características de la Actividad Física</u> .....	10
1.1.1.2. <u>Actividad Física Cotidiana</u> .....	11
1.1.2. EJERCICIO FÍSICO.....	12
1.1.3. DEPORTE.....	14
 <b>1.2. CONCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD.....</b>	<b>16</b>
1.2.1. CONDUCTA SEDENTARIA O SEDENTARISMO.....	18
1.2.1.1. <u>Sedentarismo</u> .....	18
1.2.1.2. <u>Sedentarismo Físico</u> .....	20
 <b>1.3. DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO.....</b>	<b>22</b>
1.3.1. MUJER Y DEPORTE.....	22
1.3.2. MUJER Y SALUD.....	28
1.3.3. MUJER, ACTIVIDAD FÍSICA Y CICLO VITAL.....	30
1.3.4. MOTIVACIONES DE LAS MUJERES HACIA LA PRÁCTICA FÍSICO-DEPORTIVA.....	33
1.3.5. BARRERAS PERCIBIDAS POR LAS MUJERES HACIA LA PRÁCTICA FÍSICO-DEPORTIVA.....	36



<b>1.4. VARIABLES PSICOLÓGICAS ANALIZADAS EN EL ESTUDIO.....</b>	<b>40</b>
1.4.1. AUTOCONCEPTO.....	40
1.4.1.1. <u>Estructura Interna del Autoconcepto</u> .....	41
1.4.2. AUTOCONCEPTO FÍSICO.....	46
1.4.3. SATISFACCIÓN CON LA VIDA.....	50
1.4.4. PROYECTO PERSONAL DE VIDA.....	57
<b>1.5. ESTUDIOS RECIENTES SOBRE LA PRÁCTICA FÍSICO- DEPORTIVA EN LA MUJERES Y VARIABLES RELACIONADAS...</b>	<b>60</b>
1.5.1. ESTUDIOS RELACIONADOS CON LA PRÁCTICA FÍSICO- DEPORTIVA Y LA SALUD FÍSICA Y/O MENTAL.....	60
1.5.2. ESTUDIOS RELACIONADOS CON LA PRÁCTICA FÍSICO- DEPORTIVA Y EL BIENESTAR PSICOLÓGICO.....	65
1.5.3. ESTUDIOS RELACIONADOS CON LA PRÁCTICA FÍSICO- DEPORTIVA Y LOS PROYECTOS PERSONALES.....	69
1.5.4. ESTUDIOS RELACIONADOS CON LOS MOTIVOS DE LA PRÁCTICA FÍSICO-DEPORTIVA Y LAS BARRERAS PERCIBIDAS PARA REALIZAR LA ACTIVIDAD.....	71
1.5.5. ESTUDIOS RELACIONADOS CON LA PRÁCTICA FÍSICO- DEPORTIVA Y EL AUTOCONCEPTO FÍSICO.....	77
1.5.6. ESTUDIOS RELACIONADOS CON LA PRÁCTICA FÍSICO- DEPORTIVA Y EL GÉNERO.....	82
1.5.7. ESTUDIOS RELACIONADOS CON LA PRÁCTICA FÍSICO- DEPORTIVA Y ASPECTOS SOCIEODEMOGRÁFICOS.....	85
<b>CAPÍTULO II: OBJETIVOS E HIPÓTESIS</b>	
<b>2.1. OBJETIVOS DEL ESTUDIO.....</b>	<b>91</b>
<b>2.2. HIPÓTESIS DEL ESTUDIO.....</b>	<b>93</b>

## **CAPÍTULO III: MATERIAL Y MÉTODOS**

<b>3.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>97</b>
3.1.1. PROCEDIMIENTOS.....	98
3.1.2. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS.....	99
<b>3.2. PARTICIPANTES DEL ESTUDIO.....</b>	<b>102</b>
<b>3.3. TÉCNICA DE MUESTREO.....</b>	<b>103</b>
3.3.1. TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	103
3.3.2. PARTICIPANTES DEL ESTUDIO Y SUS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS.....	105
3.3.2.1. <u>Edad</u> .....	105
3.3.2.2. <u>Estado Civil</u> .....	107
3.3.2.3. <u>Nivel de Estudios</u> .....	107
3.3.2.4. <u>Situación Laboral</u> .....	108
3.3.2.5. <u>Número de horas semanales dedicadas a la actividad físico-deportiva</u> .....	109
<b>3.4. INSTRUMENTOS DE MEDIDA.....</b>	<b>110</b>
3.4.1. CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO.....	110
3.4.2. CUESTIONARIO DE AUTOCONCEPTO FÍSICO (CAF).....	110
3.4.3. ESCALA DE SATISFACCIÓN CON LA VIDA (ESV).....	112
3.4.4. CUESTIONARIO EQ-5D-3L.....	113
3.4.5. EVALUACIÓN DE PROYECTOS PERSONALES.....	114
<b>3.5. VARIABLES DEL ESTUDIO.....</b>	<b>115</b>

## CAPITULO IV: RESULTADOS

<b>4.1. RESULTADOS.....</b>	<b>119</b>
4.1.1. RESULTADOS DE LOS OBJETIVOS DEL ESTUDIO.....	120
4.1.1.1. <u>Objetivo 1</u> .....	120
<b>a) Aspectos facilitadores y barreras detectadas en el estudio.....</b>	120
<b>b) Instalaciones deportivas.....</b>	121
<b>c) Otros Significativos.....</b>	121
<b>d) Gasto Mensual Destinado a la Actividad.....</b>	122
<b>e) Causas de Abandono Temporal de la Actividad Físico-Deportiva.....</b>	123
<b>f) Actividades que Más les Gustaría Realizar y sus Limitaciones para poder Realizarla.....</b>	124
<b>g) Tareas del Hogar y Labor de Cuidador.....</b>	126
<b>h) Motivaciones para Realizar Actividad Físico-Deportiva.....</b>	127
4.1.1.2. <u>Objetivo 2</u> .....	127
4.1.1.3. <u>Objetivo 3</u> .....	131
4.1.1.4. <u>Objetivo 4</u> .....	136
4.1.2. RESULTADOS DE LAS HIPÓTESIS PLANTEADAS EN EL ESTUDIO..	138
4.1.2.1. <u>Hipótesis I</u> .....	138
<b>a) Relación de la variable edad con el número de horas dedicadas a la actividad físico-deportiva.....</b>	139
<b>b) Relación de la variable edad con las dimensiones del Cuestionario de Autoconcepto Físico.....</b>	141
<b>c) Relación de la variable edad con las metas personales relacionadas con la actividad físico-deportiva.....</b>	144
4.1.2.2. <u>Hipótesis II</u> .....	146
<b>a) Relación del número de horas dedicadas a la práctica físico-deportiva con variables sociodemográficas.....</b>	147
<i>a.1. Estado Civil.....</i>	147
<i>a.2. Nivel de Estudios.....</i>	148
<i>a.3. Situación Laboral.....</i>	149
<i>a.4. Barreras percibidas para la práctica físico-deportiva.....</i>	149

<i>a.5. Labores del Hogar</i> .....	150
<i>a.6. Motivos de práctica físico-deportiva</i> .....	151
<b>b) Relación del número de horas dedicadas a la práctica físico-deportiva y el Cuestionario de Autoconcepto Físico</b> .....	151
<b>c) Relación del número de horas dedicadas a la práctica físico-deportiva, el Estado de Salud Percibido y la Escala de Satisfacción con la Vida</b> ...	154
<b>d) Relación del número de horas dedicadas a la práctica físico-deportiva con las metas personales</b> .....	155
4.1.2.3. <u>Hipótesis III</u> .....	157
<b>Relación de las metas personales de la práctica de actividad físico-deportiva con el estado de salud percibido y la escala de satisfacción con la vida</b> .....	157

## **CAPITULO V: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

<b>5.1. DISCUSIÓN</b> .....	<b>161</b>
5.1.1. OBJETIVO 1.....	163
5.1.2. OBJETIVO 2.....	171
5.1.2.1. <u>Estado de salud percibido</u> .....	171
5.1.2.2. <u>Satisfacción con la vida</u> .....	172
5.1.2.3. <u>Hábitos de vida</u> .....	173
5.1.3. OBJETIVO 3.....	176
5.1.4. OBJETIVO 4.....	178
5.1.5. HIPÓTESIS.....	180
5.1.5.1. <u>Diferencias relacionadas con la edad</u> .....	180
<b>a) En el número de horas dedicadas a la práctica físico-deportiva</b> .....	180
<b>b) En el Autoconcepto Físico</b> .....	181
<b>c) En las metas personales</b> .....	182
5.1.5.2. <u>Diferencias en el número de horas dedicadas a la práctica físico-deportiva</u>	184
<b>a) Variables sociodemográficas</b> .....	184
<b>b) Autoconcepto Físico</b> .....	185
<b>c) Metas personales</b> .....	187

5.1.5.3. <u>Diferencias en las características del proyecto personal</u> .....	189
a) <b>La percepción del Estado de Salud y la Satisfacción con la Vida</b> .....	189
<b>5.2. CONCLUSIONES</b> .....	<b>190</b>
5.2.1. LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	194
5.2.2. PERSPECTIVAS FUTURAS.....	196
 <b>CAPITULO VI: BIBLIOGRAFÍA</b>	
<b>6.1. BIBLIOGRAFÍA</b> .....	<b>201</b>
 <b>CAPÍTULO VII: ANEXOS</b>	
<b>7.1. ANEXOS</b> .....	<b>229</b>



## **RESUMEN**

---





## RESUMEN

La tesis doctoral que se presenta a continuación nace de la necesidad observada de potenciar la práctica de actividad físico-deportiva en todos los sectores de la población, especialmente aquellos más sedentarios. Por este motivo nos planteamos analizar los factores que podrían intervenir en el acceso y la práctica de actividad físico-deportiva en el colectivo de mujeres adultas físicamente activas de la ciudad de Cáceres. En nuestro proyecto hemos utilizado una perspectiva que combina la aproximación nomotética con la ideográfica, la cual nos plantea un enfoque más centrado en las practicantes, siendo éste una de las novedades de nuestro estudio. Para ello hemos recurrido a explorar el lugar que ocupa la actividad físico-deportiva en la jerarquía de metas personales y valorar hasta que punto esta ubicación constituye un elemento motivador hacia la práctica físico-deportiva.

En el estudio se incluyeron mujeres que realizaran una práctica regular de actividad físico-deportiva de al menos dos horas semanales, de la ciudad de Cáceres, de entre 18 y 85 años, de distintos niveles sociales y culturales, que desarrollaran su actividad en algún centro de la ciudad donde se promocionara la actividad físico-deportiva, contando con un total de 258 participantes.

Se les aplicó un cuestionario sociodemográfico, otro de Autoconcepto Físico, original de Goñi, Ruiz de Azúa y Rodríguez (2006), la versión española de la Escala de Satisfacción con la Vida, traducida por Arce (1994) a partir de la original de Diener,





Emmons, Larsen y Griffin (1985), la versión española del Cuestionario EQ-5D-3L de Herdman, Badia y Serra (2001), centrándonos en la Escala Visual Analógica (EVA) y la metodología para la evaluación de Proyectos Personales utilizada por Little (1983).

Los principales resultados obtenidos en esta memoria de tesis nos sugieren que las mujeres adultas, residentes en la ciudad de Cáceres, que realizan una práctica físico-deportiva igual o superior a dos horas semanales, en general presentan características y tendencias similares a la población físicamente activa, tanto a nivel nacional como europeo, en relación a factores facilitadores, como en barreras percibidas a la hora de realizar la actividad, tanto a nivel sociodemográfico como psicológico.

Observamos también las influencias positivas que conlleva la inclusión de la práctica físico-deportiva en la vida de las participantes, encontrándose la mayoría de ellas con buenas percepciones sobre su estado de salud, satisfacción con la vida, hábitos de vida saludables y autoconcepto físico.

Hemos podido observar que la edad y el número de horas dedicadas a la práctica físico-deportiva influyen en: a) algunas de las dimensiones del Cuestionario de Autoconcepto Físico, (Habilidad Física, Condición Física, Fuerza y Autoconcepto Físico). b) los motivos y los objetivos planteados en relación a la práctica físico-deportiva.

El estudio de las características de las participantes y sus resultados nos han aportado conocimientos relacionados con las necesidades, motivaciones y expectativas que tiene la población a la hora de poder incluir éste tipo de hábito en sus vidas, con el objetivo de poder plantear propuestas metodológicas didácticas, basadas en la transferencia de los conocimientos obtenidos en nuestra investigación, que



---

complementen el fortalecimiento de programas de intervención relacionados con la salud, la calidad de vida y los hábitos de vida activos y saludables en nuestra sociedad.





# **CAPÍTULO I**

## **MARCO TEÓRICO**

---





## 1.1. ACTIVIDAD FÍSICA, EJERCICIO FÍSICO Y DEPORTE: DELIMITACIÓN CONCEPTUAL

La promoción de la práctica físico-deportiva se ha convertido en un eje principal para los departamentos de salud pública en todo el mundo (OMS, 2010, 2009, 2008, 2004; Summary Health Determinants. European Commission (en adelante CE). 2010; Gillespie y Lenz, 2011; Burton et al. 2009; Mokdad, Marks, Stroup, y Gerberding, 2004; Sheppard, Senior, Park, Mockenhaupt y Chodzko, 2003), y suele hablarse de actividad física, ejercicio físico y deporte de forma indiferente (Caspersen, Powell y Christenson 1985). En el siguiente apartado no pretendemos realizar una revisión exhaustiva de los diferentes términos utilizados en la literatura sobre la actividad física, el ejercicio físico y el deporte, sino desarrollar una contextualización de los términos que a lo largo de ésta tesis irán apareciendo, con la idea de poder concretar en este estudio los términos y criterios que hemos utilizado para poder llevar a cabo nuestra investigación, y que pueden ayudar a centrar el objetivo de estudio.

### 1.1.1. ACTIVIDAD FÍSICA

Desde una perspectiva funcional y biológica podemos entender la actividad física como *“el movimiento corporal de cualquier tipo, producido por la contracción muscular y, que conduce a un incremento del gasto energético de la persona”* (Caspersen et al. 1985).



### 1.1.1.1. Características de la Actividad Física

Para nuestro estudio hemos querido analizar la actividad física desde dos perspectivas, una cualitativa y otra cuantitativa.

Desde la perspectiva cualitativa debemos analizar el tipo de actividad realizada por el individuo, el propósito de realizar esa actividad y el contexto social en el que se desenvuelve (Sánchez, 1996). Y desde una visión cuantitativa consideramos el consumo y movilización de la energía utilizada por la persona, siendo estas dos el volumen y la intensidad.

Nos referimos al volumen en función de la duración y la frecuencia de la actividad física.

La frecuencia es el número de sesiones realizadas semanalmente por la persona, y la duración es el número de minutos u horas realizadas en las sesiones. La duración óptima sería aquella mediante la cual el individuo lograra el mayor beneficio, en relación con el tiempo invertido en la actividad. Esto estaría dado por la intensidad del ejercicio realizado.

Se recomienda que la intensidad aplicada al ejercicio físico sea al menos de un 60% del consumo máximo de oxígeno de cada persona (Capdevila, 2005). Además, se recomienda que los adultos realicen actividad física y/o deporte de intensidad moderada durante al menos 30 minutos cinco días a la semana (150 minutos semanales), o actividad de intensidad “vigorosa” durante 20 minutos tres días a la semana, o una combinación de éstos (Burton et al. 2007). Como podemos observar, para que la actividad física tenga beneficios para la salud, se recomienda trabajar con bajas intensidades, lo que puede favorecer la participación de nuestra sedentaria sociedad en



actividades que favorezcan la salud. Esto podría repercutir en una disminución en los costes de cuidados sanitarios en nuestro país (OMS, 2010, 2009, 2008; Summary Health Determinants. CE, 2010; Burton et al. 2007; Gusi, Reyes, González, Herrera y García, 2008; Jacoby, Bull y Neiman, 2003).

Según Goñi (2009) podemos diferenciar tres principales tipos de actividad física según el contexto y la forma: la actividad física cotidiana, el ejercicio físico y el deporte.

### 1.1.1.2. Actividad Física Cotidiana

La actividad física cotidiana, se refiere a las actividades realizadas en el ámbito laboral, tareas domésticas y desplazamientos realizados en la vida habitual (Bouchard, Shephard, Stephens, Sutton y Mcpherson, 1990). Dentro de las actividades físicas cotidianas, encontramos las actividades laborales.

Las actividades laborales, dependiendo del tipo de tarea realizada por la persona, pueden exigir, o no, un gasto energético que influya positiva o negativamente en el funcionamiento y salud del sujeto.

En la actualidad, con el desarrollo de las nuevas tecnologías y la mecanización, se ha conseguido una notable disminución del gasto energético durante la realización de las actividades laborales (Márquez, Rodríguez y De Abajo, 2006; Jacoby, Bull y Neiman, 2003) y un aumento de actividades repetitivas en pequeños segmentos corporales, trayendo como consecuencia pequeñas o grandes molestias físicas y/o psicológicas que afectan directamente al bienestar.





Al igual que en el caso de las actividades laborales, el desarrollo económico y tecnológico ha contribuido a la generalización del uso de los electrodomésticos en casi todos los hogares, lo que supone que el trabajo en casa tenga menos gasto energético, y por lo tanto, una menor demanda de actividad física. Como resultado, las actividades domésticas en los países desarrollados exigen en la actualidad un esfuerzo físico ligero (Márquez et al. 2006; Jacoby et al. 2003; Shephard, 1995).

En relación a las actividades de desplazamientos, la utilización de medios de transporte, tanto privados como públicos, genera una disminución de la actividad física y por tanto del gasto energético (Márquez et al. 2006; Jacoby et al. 2003), de ahí que los médicos deban recomendar a los pacientes salir a caminar, montar en bicicleta, ir al gimnasio o realizar algún tipo de actividad física y/o deporte (OMS, 2010, 2009, 2008).

### 1.1.2. EJERCICIO FÍSICO

El Ejercicio Físico es una forma de actividad física realizada en el tiempo libre (no ocupacional), con objetivos externos y específicos como por ejemplo: estar en forma, cuidar la salud, entretenerse, etc. (Caspersen et al. 1985). A diferencia de la actividad física, el ejercicio físico se caracteriza por ser una actividad dirigida y planificada (forma de ejecución, intensidad, frecuencia, duración), es decir, debe cumplir unos requisitos de planificación y programación, ahora, sin embargo, si la persona ya posee experiencia y conocimientos puede ser solo planificada y llevarse de manera autónoma.



Con lo mencionado anteriormente no podemos dejar de lado el concepto de Condición Física, que según la OMS (1968) se define como: *“La habilidad de ejecutar un trabajo muscular satisfactoriamente”*.

A diferencia de la actividad física, la condición física es el resultado de los movimientos llevados a cabo por el individuo, resultado que consiste en un conjunto de atributos que los individuos poseen o alcanzan en relación con la capacidad de realizar actividad física (Salleras y Serra, 1991).

En la sociedad actual el logro de una buena condición física responde a dos objetivos fundamentales:

- El rendimiento físico, que responde a factores fisiológicos (fuerza, resistencia, etc.)
- La salud, que se refiere a la “capacidad para llevar a cabo actividades de la vida cotidiana, sin esfuerzo excesivo. Así como por el logro de capacidades que eviten el desarrollo de enfermedades Hipocinéticas (Bouchard, Shephard y Stephens, 1994).

En nuestro estudio utilizaremos el término actividad física y deporte, o actividad físico-deportiva, ya que son los más utilizados en los diferentes estudios revisados, aunque desde nuestro punto de vista la conceptualización más correcta sería la de ejercicio físico y deporte.



### 1.1.3. DEPORTE

Se define Deporte como “*Actividad física e intelectual humana de naturaleza competitiva y gobernada por reglas institucionalizadas*” (Parlebas, 1981).

El deporte dentro de la sociedad actual en España ha pasado a ser un bien reconocido oficialmente, ya que puede servir como medio de realización personal y que, a través de él, la persona es capaz de realizarse, desenvolverse e integrarse de mejor manera en la sociedad (Ley 2/ 1995, del 6 de abril, del Deporte en Extremadura).

Si observamos el deporte desde el punto de vista de la salud, el hecho que la actividad física mantenga la vitalidad corporal y mental de las personas, fomentando la integración psico-física puede ayudar al desarrollo integral del individuo (Ramírez, Vinaccia y Suárez, 2004).

Desde el punto de vista de la educación el deporte fomenta valores, ideales y metas. Contribuyendo en la autodisciplina de las personas.

Y desde una perspectiva cultural cada pueblo desarrolla sus propias prácticas, que van pasando de generación en generación, traspasando fronteras hasta que se han convertido alguna de ellas en universales (Garzarelli, 2010).

El deporte es una actividad cultural, que enriquece la sociedad, es una actividad que ofrece a las personas la oportunidad de conocerse mejor, expresarse y de realizarse personalmente, adquiriendo habilidades y capacidades. El deporte es una actividad social, agradable, que fomenta la salud y el bienestar, la participación, integración y responsabilidad en la sociedad, contribuyendo al desarrollo de la comunidad (Declaración de Brighton, 1994).



---

Con todo esto queremos decir que una práctica deportiva moderada, debería estar integrada en el tiempo libre de cada persona, buscando una adecuada utilización del ocio activo y fructífero de cada uno. En otras palabras, el deporte permite llevar adelante nuestro **proyecto personal y promover nuestra salud en todas sus áreas.**



## 1.2. CONCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD

La OMS, desde su constitución en 1946, define el concepto de salud como “*El estado de completo bienestar físico, mental y social y no a la mera ausencia de enfermedad*”. Esto quiere decir que cuidar la salud no sólo implica la atención de las enfermedades, si no también la prevención y el cuidado integral de las personas, así como la necesidad de atender a la mayor cantidad de condiciones que intervienen en la obtención de una mejor calidad de vida (Ministerio de Sanidad y Consumo (en adelante MSC), 2006). Podemos decir que el concepto de salud es un concepto dinámico que varía en función de las condiciones históricas, culturales, sociales, biológicas, psicológicas y demográficas de la comunidad donde se evalúe.

La salud es un proceso de autorregulación del organismo frente a las exigencias ambientales, que le permite adaptarse para disfrutar de la vida, mientras crecemos, maduramos y envejecemos. El cuerpo humano posee una gran adaptación funcional y estructural, siendo capaz de sobreponerse a las diferentes condiciones que se le presenten en el desarrollo de su vida.

En los últimos años se ha producido una disminución drástica de la cantidad de actividad física en la vida diaria. Esta disminución, sumada a la falta de esfuerzo físico debido a los sistemas de ahorro de trabajo y al transporte motorizado (al que ya hemos aludido en párrafos anteriores) y los cambios de alimentación, han traído como consecuencia un aumento de enfermedades hipocinéticas, tales como enfermedades coronarias, hipertensión, obesidad, trastornos musculoesqueléticos, entre otras.



Especialmente en sociedades más desarrolladas como la nuestra (Summary Health Determinants. CE, 2010; OMS, 2010, 2004; PIAFD, 2009; Dishman et al. 2006; Márquez et al. 2006; Mokdad et al. 2004; Jacoby, 2003).

La OMS (2002) estima que la inactividad física es un factor causal de un conjunto de 1,9 millones de defunciones a nivel mundial y en torno a un 10% a 16% de los casos de cáncer de mama, cáncer colorrectal y diabetes mellitus, y aproximadamente un 22% de los casos de cardiopatía isquémica (PIAFD, 2009). También destaca que un 47% de la mortalidad mundial podría atribuirse a solo 20 factores de riesgo principales, de los cuales el séptimo es la inactividad física, pero además está comprobado con fuerte evidencia científica su incidencia sobre la 2º, 4º y 5º (Hipertensión, dislipemias y exceso de peso) (Sport and Physical Activity. CE, 2010; OMS, 2008, 2006, 2004, 2002). Según la OMS se podrían disminuir estos porcentajes atenuando los factores de riesgo. Las enfermedades crónicas son responsables de dos terceras partes de muertes y del 46% de la morbilidad global (PIAFD, 2009; OMS, 2002).

**Tabla 1:** Factores de impacto sobre la mortalidad en los países desarrollados.  
(PIAFD, 2009)

FACTORES DE RIESGO	IMPACTO
1º.- Tabaquismo	12.2%
<b>2º.- Hipertensión Arterial</b>	<b>10.9%</b>
3º.- Consumo de Alcohol	9.2%
<b>4º.- Dislipemias</b>	<b>7.6%</b>
<b>5º.- Exceso de peso</b>	<b>7.4%</b>
6º.- Bajo consumo de frutas y verduras	3.9%
<b>7º.- Inactividad Física</b>	<b>3.3%</b>
8º.- Drogas Ilícitas	1.8%
9º.- Prácticas sexuales de riesgo	0.8%
10º.- Carencia de Hierro	0.7%

En la tabla se exponen 10 factores de los 20.



Es evidente, por tanto, que este estado de salud y de bienestar se modula en función de unos estándares procedentes del contexto social y cultural donde se desarrolle el individuo, en sentido amplio, incluyendo las condiciones variables del sexo, la edad, etnia y costumbres. Sin olvidar además, los procesos vitales que cada persona atraviesa, sus vivencias personales y percepciones subjetivas. De esta forma, las políticas sanitarias relacionadas con los hábitos de vida activos y saludables y las políticas de envejecimiento podrán desarrollarse de acuerdo a las necesidades reales de cada nación y sus características particulares, tomando en cuenta las zonas y las realidades donde se implantarán.

## 1.2.1. CONDUCTA SEDENTARIA O SEDENTARISMO

### 1.2.1.1. Sedentarismo

Van der Horst (2007) explica que en algunos estudios, la conducta sedentaria es definida como *“el nivel bajo de actividad física, o la insuficiente cantidad de actividad física, de acuerdo con las recomendaciones internacionales”*.

En el diccionario (WordReference.com, 2010) se define como: *“modo de vida o comportamiento caracterizado por la carencia de agitación o movimiento”*.

Encontramos en la literatura que el concepto de sedentarismo se asocia a numerosas causas de patologías: cardiovasculares, diabetes, obesidad, osteoporosis y depresión, entre otras (White, Lenz y Smith, 2013; OMS, 2010; PIAFD, 2009; Márquez et al. 2006; Mokdad et al. 2004; Jacoby, 2003). Y, que se relaciona con variables sociodemográficas como la edad, el sexo, etnia, entre otras (Uijtdewilligen, Nauta,



Singh, Van Mechelen, Twik, Van der Horst y Chinapaw, 2011). Los estudios sociodemográficos realizados en España (García Ferrando y Llopis, 2010; García Ferrando, 2005), muestran que la participación en actividades físico-deportivas se reducen significativamente según sexo y a medida que avanza la edad. Siendo éstas variables puntos estratégicos para la implantación de programas que fomenten los estilos de vida activos y saludables (OMS, 2010).

En el informe realizado por la UE (2010), comentan que un 25% de los encuestados afirman no realizar ningún tipo de práctica físico-deportiva. Según el informe especial realizado por el Eurobarómetro sobre el Deporte y la Actividad Física publicado por la CE, en la actualidad son los países Nórdicos e Irlanda los que realizan una mayor frecuencia de práctica físico-deportiva, siendo el 23% de su población la que realiza esta actividad 5 o más veces a la semana, seguidos por Suecia, Finlandia y Dinamarca que afirman realizar actividad física o deporte una vez a la semana o más. Por el contrario, en el otro extremo nos encontramos que tan solo el 3% de la población entrevistada en Bulgaria, Grecia e Italia afirman realizar actividad física o deporte de forma regular.

En relación a las diferencias en la práctica físico deportiva entre hombres y mujeres, tanto a nivel nacional como internacional, sigue siendo el hombre quien mantiene éste hábito con mayor regularidad (ENSE, 2013; García Ferrando y Llopis, 2010; Summary Health Determinants. CE, 2010; Huberty, 2010; PIAFD, 2009; Gallego y Estebaranz, 2005; García Ferrando, 2005; Shaw y Hoeber, 2003).

En España el 41,3% de la población se declara sedentaria (ENS, 2013), de las cuales el 46,6% son mujeres y un 35,9% varones. Siendo éste un tema de interés y preocupación en los planes estratégicos de salud en el país.





Numerosos estudios demuestran que las mujeres a medida que va avanzando la edad son más sedentarias que los varones (Summary Health Determinants. CE, 2010; Sport and Physical Activity. CE, 2010; García Ferrando y Llopis, 2010; García Ferrando, 2005; PIAFD, 2009; Gallego y Estebaranz, 2005) y eso sumado a la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, hacen de este colectivo un eje principal de actuación para fomentar las hábitos de vida activos y saludables.

### 1.2.1.2. Sedentarismo Físico

El sedentarismo físico se puede definir como la insuficiente cantidad de actividad física de cierta intensidad, como puede ser el ejercicio físico o el deporte, lo que, podría poner al organismo humano en una situación vulnerable ante ciertas enfermedades, especialmente cardíacas.

El sedentarismo físico se presenta con mayor frecuencia en la vida moderna urbana, en sociedades altamente tecnificadas en donde todo está pensado para evitar grandes esfuerzos físicos, en las clases altas y en los círculos intelectuales en donde las personas se dedican más a actividades cerebrales (OMS, 2010, 2009; PIAF, 2009; Mokdad et al. 2004; Márquez et al. 2006; Jacoby et al. 2003).

Asimismo, como consecuencia del sedentarismo físico aparece la obesidad, que es un problema preocupante en los países desarrollados (OMS, 2010). En España de cada 100 adultos de 18 y más años, 17 padecen obesidad y 37 presentan sobrepeso (ENS, 2013).

En consecuencia, el sedentarismo físico es un factor asociado con una peor calidad de vida y un incremento de la mortalidad en general. Pero, a pesar de su



sencillez intuitiva, no se ha consensuado una concepción unánime de sedentarismo físico, lo cual se echa en falta para poder aunar criterios y buscar soluciones a éste.

Por una parte el sedentarismo es uno de los factores que influyen en el aumento de las enfermedades hipocinéticas, las enfermedades no transmisibles y las enfermedades crónicas, de las cuales hemos hablado en apartados anteriores. Enfermedades que se asocian a un aumento en los costes sanitarios. Este es un motivo de preocupación a nivel nacional e internacional de los sistemas públicos de salud (OMS, 2010, 2009, 2008, 2006, 2005, 2004, 2002; Summary Health Determinantes. CE. 2010; PIAFD. 2009; PIAFDE, 2009; PSE, 2009; Libro blanco, 2007; Libro verde, 2005; Estrategia NAOS, 2005). Esto deja en claro la importancia de evitar ésta situación de inactividad física.

También queremos destacar que siendo el género y la edad, variables determinantes de la práctica físico-deportiva, la mujer en distintos momentos del ciclo vital se encuentra en una situación de vulnerabilidad ante esta perspectiva. Por esto la importancia de buscar estrategias que fomenten los hábitos de vida activos y saludables, buscando la manera de mantenerlos dentro del proyecto de vida de cada individuo.



## 1.3. DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO

### 1.3.1. MUJER Y DEPORTE

La participación de la mujer en la sociedad en general y en las actividades físico-deportivas en particular, ha sido y todavía es, menor que la de los hombres, tanto a niveles de alta competición como recreativos o de ocio activo, ya sea a nivel nacional como internacional (García Ferrando y Llopis, 2010; Sport and Physical Activity. CE, 2010; Summary Health Determinants. CE, 2010; Gallego et al. 2005; García Ferrando, 2005; Shaw y Hoeber, 2003).

Las mujeres han tenido que ir superando las barreras creadas por estereotipos sociales y culturales, luchando contra ideas como que la mujer es inferior a los hombres, que posee menos fuerza, que no tiene interés por el deporte, que el deporte masculiniza, y muchos otros que podríamos sumar (Alvariñas, Fernández y López, 2009; Rodríguez, Martínez y Mateos, 2005; Shaw et al. 2003; Vázquez, 2002).

Para poder entender esta situación tenemos que abordar otros puntos de nuestra historia, entre ellos la sociedad patriarcal en la que surge el deporte, entendido como diversión de un público y de unos participantes mayoritariamente masculinos, predominando los valores asociados a la fuerza física. Por otro lado, la división de clases sociales, donde tradicionalmente el deporte y la educación física estaban reservados a las clases sociales altas y al género masculino (IMEX, 2006; Rodríguez et al. 2005; Vázquez, 2002).



El deporte como se conoce hoy en día, tiene su origen en el siglo XIX en Inglaterra, bajo un desarrollo económico capitalista, cada vez más industrializado y urbano, sujeto al modelo victoriano, caracterizado por su exigente forma de disciplinar a las clases sociales más acomodadas. Caracterizada por una separación de sexos muy estereotipada, en la que el hombre debía ser: viril, caballero y fuerte.

En aquella época el deporte servía como medio educativo para formar a los futuros dirigentes de la nación, incentivando a los hombres con un carácter “varonil”, unos beneficios y una filosofía de vida que mantenía a la mujer al margen. Por otro lado la mujer debía ser delicada, elegante, frágil, dependiente y sumisa, alejada de esas nuevas prácticas de ocio que exaltaban las cualidades varoniles (Barbero, 1993). El ideal masculino de fuerza, velocidad, potencia, resistencia, etc. Eran el ideal para “el” deportista. En cambio, las mujeres se asociaban con lo delicado, frágil, dependiente, etc. (Rodríguez et al. 2005). En aquella época la concepción científica sentenciaba que el deporte era peligroso para la mujer y que sólo podía realizar ejercicios orientados al fomento de su condición biológica (mujer-reproductora).

Sin embargo, el deporte puede suponer una inmensa perspectiva de libertad, del libre uso del propio cuerpo, de placer, de salud y de relaciones sociales (Gallego et al. 2005).

El avance de la mujer en el deporte es prácticamente paralelo a la conquista de los derechos de la mujer en la sociedad (Rodríguez, et al, 2005; Vázquez, 2002; Hargreaves, 1993). Al empezar a estar presente la mujer en distintos ámbitos deportivos se comienza a tener en cuenta la influencia del deporte y el ejercicio físico en la salud, las relaciones interpersonales, fomentando la colaboración, el enriquecimiento



individual y colectivo, y no sólo la competitividad o la agresividad que se mantenía en la práctica deportiva masculina de aquella época (Hargreaves, 1993).

Aunque con esfuerzo se han ido venciendo estos y otros estereotipos, y en la actualidad la participación de la mujer en el deporte y la actividad física va en aumento, parece ser que en este ámbito sigue predominando el sexo masculino, tanto a nivel de práctica, como en áreas técnicas y de gestión (Sport and Physical Activity. CE, 2010; García Ferrando y Llopis, 2010; Vázquez, 2001).

Para entender un poco más este tema haremos un pequeño y rápido recorrido por la historia deportiva.

Alrededor del 776 A.C. en la ciudad de Olimpia (Grecia), las competiciones deportivas eran realizadas exclusivamente por los hombres. Sólo las mujeres solteras podían asistir a los juegos deportivos como espectadoras y, si una mujer casada se atrevía a observar a los atletas, podía ser condenada a muerte, *“puesto que los atletas competían desnudos, exhibiendo sus cuerpos como símbolo de perfección y dedicación”* (Mujer y deporte, 2007).

Ya en la nueva era de los Juegos Olímpicos, Pierre de Coubertin argumentaba que la presencia de la mujer en el estadio resultaba antiestética, poco interesante e incorrecta y, que su función en el deporte y la actividad física no era compatible con el rol social que desempeñaba en aquella época (Martínez, 2009; Rodríguez et al. 2005).

De todas formas esta situación no era igual para todas las mujeres y todos los deportes. En aquella época, las mujeres podían participar de los deportes llamados de “clase” como por ejemplo: el tenis, el golf y aquellos cuyo valor estético disimulaba el esfuerzo físico (Martínez, 2009; Rodríguez et al. 2005).



A partir de los años setenta, un modelo que podría haber facilitado la participación de la población y especialmente de la mujer en las actividades físico-deportivas fue el modelo del “Deporte para todos”, con una orientación no competitiva y destinada a grandes masas de la población, basado en el concepto de bienestar (Hargreaves,1993). Sin embargo, el colectivo femenino no pudo aprovechar de forma masiva esta oportunidad, debido a una serie de “barreras” o condicionantes de tipo social y cultural. Esta forma de hacer deporte está vinculada al tiempo libre o al ocio activo que pone de manifiesto otros problemas de las mujeres, derivados de otros conceptos sociales sobre ocio y trabajo. Como bien se sabe, el trabajo socialmente valorado es el trabajo productivo y remunerado, y éste es el que da derecho al ocio; sin embargo, el trabajo reproductivo y no remunerado que era o es el dominante entre las mujeres, las ha privado también de ese derecho al ocio del que, legítimamente, pueden disfrutar los varones (Vázquez, 2002).

Creemos importante mencionar y cuestionarnos que si más del 50% de la población son mujeres, ¿por qué su representación en el mundo de la actividad física y el deporte es minoritaria?, y no solo estamos hablando de la práctica, si no que también, en los sectores organizativos, en puestos de toma de decisiones y en el ámbito de la investigación (Puig y Soler, 2004; Vázquez, 2001).

Las investigaciones actuales en el área de la actividad física y el deporte en la mujer, tratan de profundizar en las diferencias entre los sexos, buscando una mayor comprensión en el comportamiento femenino deportivo.

Como bien sabemos, el colectivo femenino no es homogéneo, por lo que es necesario analizar las diferentes variables que intervienen en la práctica de la actividad física y el deporte. Crespo, Ainsworth, Keteyian, Health y Smit (1999), empleando los



datos de una encuesta nutricional y de salud a gran escala desarrollada en Estados Unidos, obtuvieron que las mujeres tendían a ser más inactivas en todos los niveles sociales y que las características étnicas, culturales y económicas también tenían su influencia, siendo mucho más probable que una mujer sea inactiva si además pertenece a una minoría étnica y a un grupo social desfavorecido.

En los estudios realizados a nivel nacional, europeo e internacional, sobre la problemática para realizar actividades físico-deportivas, la variable más mencionada es la falta de tiempo, tanto hombres como mujeres, aunque especialmente en la mujer (Summary Health Determinants. CE, 2010; García Ferrando y Llopis, 2010; Martínez de Quel, Fernández y Camacho, 2010; Martínez del Castillo et al. 2008; Ruíz, García y Díaz, 2007; García Ferrando, 2005; Alarcón, 2008; Vázquez, 1993).

Para Vázquez (2001) el problema de las mujeres y específicamente de las amas de casa, no es tanto la cantidad de tiempo libre sino las características de ese tiempo libre, ya que éste no es autónomo sino que es dependiente de las necesidades familiares y, por tanto discontinuo, lo que lleva a una baja percepción del tiempo disponible. En el caso de las mujeres que trabajan fuera de casa, la cantidad de tiempo libre obviamente es menor, al sumarse a su horario laboral el tiempo destinado a las tareas domésticas (doble jornada). Esta situación no parece evolucionar con los cambios sociales y económicos de los últimos años, puesto que los datos de investigaciones más recientes (ENS, 2013; Summary Gender Equality in the EU in 2009. CE, 2010) nos confirman que las mujeres siguen asumiendo principalmente el cuidado de los menores y de las personas dependientes. Lo cual nos indica que éste sigue siendo el panorama de muchos hogares Españoles.



Dentro de estos estudios podemos destacar los que relacionan el género con la actividad física y el deporte, los cuales nos indican que las mujeres adultas tienden a ser más inactivas en todos los niveles sociales (Huberty, Vener, Ransdell, Schulte, Budd y Gao, 2010; Summary Health Determinants. CE, 2010; Crespo et al. 1999). Otros estudios desarrollados en España, nos dicen que el género y la edad, han sido factores a los que están asociadas mayores diferencias en la práctica físico-deportiva (García Ferrando y Llopis 2010; García Ferrando, 2005; Mosquera y Puig, 2002; Vázquez, 2002). Estas diferencias de género pueden asociarse a otras, como las mencionadas en párrafos anteriores (la doble jornada), lo que nos indicaría que la “igualdad” o mejor dicho la “equidad” todavía no ha llegado a todos los hogares.

En pocas palabras, la mujer ha ido logrando su incorporación en la sociedad y el mundo de la actividad físico-deportiva, pero aún nos queda un largo camino que recorrer para poder hacerlo como un objetivo más de nuestro estilo de vida.

En relación al concepto de equidad, entre hombres y mujeres, teniendo en cuenta que es un principio jurídico universal y reconocido internacionalmente, no ha sido suficiente para lograr los cambios esperados en nuestra sociedad en el día de hoy. Los datos nos indican que la equidad formal (aspectos legales), mediante la equidad de acceso o la equidad de trato (aplicación), no se han convertido en equidad real o efectiva (PIAFD, 2009), así lo podemos ver con los estudios realizados por García Ferrando y Llopis (2010), que desde 1980 hasta la fecha se mantienen los diferenciales de práctica físico-deportiva entre hombres y mujeres en 18 puntos a favor de los varones.





### 1.3.2. MUJER Y SALUD

Salleras (1985), definió la salud como “*El nivel más alto posible de bienestar físico, psicológico y social, y de capacidad funcional, que permitan los factores sociales en los que vive inmerso el individuo y la colectividad*”. Esta perspectiva se interesa fundamentalmente por los comportamientos personales y grupales que tienen una contribución significativa a la concepción integral y positiva de la salud.

En la actualidad existe una gran evidencia médica y científica sobre los efectos beneficiosos de la actividad físico-deportiva, sin embargo España sigue estando entre los cuatro países más sedentarios de Europa (PIAFD, 2009). Según datos del INE (2013) el 58,7% de la población española realiza ejercicio físico en su tiempo libre. En Extremadura ese porcentaje es mayor (61,1%). Al analizar las cifras de forma más detallada, vemos que la población de mujeres extremeñas que realizan actividad física en su tiempo libre es del 56,4% (sin especificar frecuencia e intensidad). Si seleccionamos a aquellas mujeres que realizan actividad física de forma regular varias veces al mes el porcentaje disminuye a un 3,0% de la población. Siendo más específicos, al analizar solo aquellas mujeres que realizan actividad física varias veces a la semana el porcentaje es de 1,4% en toda Extremadura (PSE, 2009).

En su conjunto, el proceso de urbanización, el envejecimiento y los nuevos modelos de vida están haciendo que las enfermedades crónicas y no transmisibles (depresión, diabetes, enfermedades cardiovasculares, el cáncer y los traumatismos) sean una causa cada vez más importante de morbilidad y mortalidad (White, Lenz y Smith, 2013; OMS, 2008).



Las mujeres y los hombres afrontan problemas de salud semejantes, sin embargo, la forma de enfermar es distinta. Las mujeres suelen vivir más años que los hombres, ya sea por algunas ventajas biológicas o de hábitos. Pero esta vida más prolongada no necesariamente conlleva una mejor calidad de vida (Costa, Benedet, Leal y Assis, 2013; ENS, 2013; MSC, 2006; Mokdad et al. 2004; Valls-Llobet, 2001). Hay situaciones que son exclusivamente femeninas y solo las mujeres experimentan sus repercusiones ya sean positivas o negativas. El embarazo o el parto, que no son enfermedades sino fenómenos biológicos y sociales, suponen riesgos para la salud y requieren asistencia sanitaria (Valls-Llobet, 2003; Achío 2003). Otros problemas afectan tanto a hombres como mujeres, pero tienen un efecto muy diferente en unos y otros, por lo que necesitan respuestas adaptadas específicamente a sus necesidades (MSC, 2006). Algunos trastornos afectan más o menos por igual a ambos sexos, pero las mujeres se enfrentan con más dificultades para obtener la asistencia necesaria. Por ejemplo, las diferencias en educación, ingresos y empleo limitan la capacidad de las mujeres para proteger su salud.

Otros estudios demuestran que la percepción del estado de salud de la mujer suele ser peor que la de los hombres (Singh, Arokiasamy, Kumar y Rai, 2013; Mendoza et al. 2013; Vélez, López y Rajmil, 2009; MSC, 2006; Valls-Llobet, 2003; Achío 2003). Además, existe una relación entre la percepción del estado de salud y factores sociodemográficos como pueden ser la clase social, el nivel de estudios, la situación laboral y la etnia, entre otras (Mendoza et al. 2013; Esnaola, et al. 2011; Castro et al. 2007). Dibujando una situación de especial vulnerabilidad en aquellas mujeres que pertenezcan a una clase social baja, con bajo nivel educativo, con situaciones laborales precarias y pertenecientes a alguna etnia minoritaria.



Desde la perspectiva de la actividad física y el deporte, en nuestro estudio, queremos reforzar la idea de que la actividad físico-deportiva es una herramienta para alcanzar el bienestar tanto físico como mental, ayudando a prevenir y mejorar la calidad de vida de las personas.

### 1.3.3. MUJER, ACTIVIDAD FÍSICA Y CICLO VITAL.

La primera etapa de la edad adulta, caracterizada por las tareas relacionadas con la formación e inserción en el mundo laboral, es el momento más propicio para la consolidación de hábitos de ocio activo. En una segunda etapa, las tareas del desarrollo se encaminan a la consolidación del lugar en el mercado laboral, la creación de una familia, la maternidad, etc. La sobrecarga de funciones y responsabilidades atribuidas a la mujer en esta etapa, hace que con mucha probabilidad quede poco tiempo para el desarrollo de actividades que excedan de las relacionadas con el ámbito laboral y familiar.

En muchos casos, cuando los niños empiezan a crecer y ser más autónomos, el rol de cuidadoras se traslada a padres y otros familiares, manteniéndose la sobrecarga de tareas y responsabilidades (ENS, 2013). En cuando esto sucede, es fundamental prestar atención a la promoción de la salud, puesto que la población de cuidadores se encuentra en una situación de elevada vulnerabilidad (MSC, 2006; Madruga, Gozalo, Gusi y Prieto, 2009).

Uno de los temas que más han preocupado a la psicología de la actividad física y el deporte es cómo implicar a las personas mayores en programas de actividad física y



mantener sus niveles de adherencia y participación a lo largo del tiempo. Goggin y Morrow (2001) encontraron que, aunque la gran mayoría de los adultos mayores (89%) creían en la importancia de la actividad física para obtener beneficios relacionados con la salud, la mayor parte de ellos (el 69%) no estaban desarrollando una actividad física con una frecuencia o intensidad necesaria como para conseguirlos. Esta tendencia se incrementa con la edad y los hombres tienden a ser más activos que las mujeres. Algunos de los factores negativos que afectan la adherencia a la actividad física de los adultos mayores, tienen que ver con el entorno social inmediato de los practicantes (OMS, 1997). Entre ellos podemos citar: un inadecuado apoyo social y/o ambiental a la actividad física, dificultades para desplazarse a las instalaciones o para acceder a los programas, malas experiencias previas con los deportes y otros aspectos biográficos, historias vitales y la sensación de que la recompensa no se va a corresponder con el esfuerzo invertido (García Ferrando y Llopis, 2010). Desde otra perspectiva (más positiva), Bandura (1986, 1997), nos comenta que las personas mayores que hayan tenido experiencia en la práctica físico-deportiva o con niveles altos de autoeficacia en relación a la actividad física y/o al deporte, estarán más dispuestos a practicar y persistir a las dificultades para realizar esa práctica. Algunos autores (McAuley, Blissmer, Katula, Duncan y Mihalko, 2000; McAuley, Mihalko y Bane, 1997), han comprobado que la autoeficacia es una variable útil para predecir la implicación de las personas en programas de ejercicio físico, especialmente de las mayores.

La esperanza de vida de la mujer supera la de los hombres entre 6 y 8 años, en los países desarrollados (OMS, 2009). Existen distintas explicaciones de esta mayor longevidad, durante años estas diferencias se han justificado en los estilos de vida y el interés por la salud que se toman las mujeres. No obstante, en los últimos años, los



estilos de vida de las mujeres se están equiparando cada vez más en sus aspectos negativos a la de los varones, en factores como el estrés, el consumo de alcohol y tabaco, los accidentes de tráfico y laborales, etc. A esta circunstancia, se suman otros factores como la “doble jornada” y el mayor nivel de sedentarismo femenino, circunstancias que plantean un futuro menos prometedor (OMS, 2002).

También existen diferencias en la calidad de vida, aunque las mujeres viven más años que los hombres, lo hacen sufriendo, con mayor frecuencia, enfermedades crónicas o discapacitantes (MSC, 2006; Valls-Llobet, 1991). Muchas de ellas están relacionadas con situaciones especiales vinculadas al género: el estrés, la pobreza, la precariedad de algunos empleos, la distribución desigual de las cargas familiares, etc. También hay diferencias en las formas de enfermar de varones y mujeres. En la mediana edad, muchas de las enfermedades que ellos sufren con mayor frecuencia, son mortales (cáncer, ataques al corazón...), mientras que en ellas tienen mayor incidencia otras enfermedades no mortales como hipertensión, artritis, cálculos biliares, varices, etc. (OMS, 2009). Por otra parte, las vidas laborales de las mujeres suelen ser más cortas e inestables, lo que también repercute en sus recursos económicos a la hora de la jubilación.

Preguntarnos a qué se deben estas diferencias de género, supone realizar todo un repaso de las tareas del desarrollo específicamente femeninas, que tienen lugar en esta etapa y en las precedentes. Muchas decisiones que la mujer asume en su adolescencia, como dejar de estudiar o de practicar un deporte, tienen una gran trascendencia para su salud, a lo largo de toda su vida (MTAS, 2006).



#### 1.3.4. MOTIVACIONES DE LAS MUJERES HACIA LA PRÁCTICA FÍSICO-DEPORTIVA.

Como hemos mencionado anteriormente, las instituciones sanitarias otorgan cada vez una mayor importancia a la promoción de la salud a partir de estilos de vida activos y saludables. Sin embargo, las tasas de sedentarismo son cada vez más elevadas y algunos sectores de la población, tienen muchas dificultades a la hora de desarrollar conductas vinculadas con el cuidado de la salud.

Como una base para poder desarrollar estas estrategias, diversos autores manifiestan la necesidad de conocer y reconocer los factores y motivos que llevan a las personas a iniciar, mantener y/o abandonar la actividad físico-deportiva.

Sabemos que las razones que llevan a una persona a realizar o abandonar el ejercicio físico poseen un carácter dinámico y muy pocas veces se concretan en un solo motivo (Rodríguez, Boned y Garrido, 2009; Burton et al. 2009; Sheppard et al. 2003).

A pesar de las dificultades que se puedan plantear a la población en general y a la femenina en particular, podemos encontrar mujeres que son muy constantes a la hora de destinar un tiempo semanal a acudir a un gimnasio o a desarrollar alguna actividad físico-deportiva. Para estas mujeres la actividad física tiene una especial importancia y es considerada una prioridad que merece una atención especial. Otras mujeres son muy conscientes de los beneficios para la salud de la actividad física e intentan mantenerse constantes en su práctica, sin embargo, cualquier cambio en las demandas familiares o laborales, se acompaña de una reducción en la dedicación a estas actividades, o de su abandono (Alarcón, 2008; Hernández y Avelino 2005).



Autores como Fishbein y Ajzen (1975) plantean que los principales determinantes de la conducta son las intenciones y el control percibido sobre la misma. La intención para realizar una conducta junto con la percepción de facilidad o dificultad para desarrollarla, son los mejores predictores de las conductas relacionadas con la salud y el ejercicio. (Rodríguez, Boned y Garrido, 2009; Burton et al. 2009).

Sallis (1995) establece dos tipos de variables que influyen en la práctica físico-deportiva: las personales (biológicas y psicológicas) y ambientales (social y físicas), y éstas a su vez las podemos dividir en dos grupos, no modificables (edad, género, raza, estatus socioeconómico y lugar de residencia) y modificables (personales, interpersonales y ambientales) (Burton et al. 2009; Montil, Barripedero y Olivan, 2005; Sallis; Prochaska y Taylor, 2000).

Sage (1977) define la motivación como “aquello que determina el origen, dirección y persistencia de una conducta”, siendo una de las áreas más estudiadas dentro de la psicología del deporte. Los estudios realizados por Durand (1988) encontraron que los principales motivos para realizar práctica físico-deportiva eran la autorrealización o motivación de status, por diversión, liberación de la energía, búsqueda de esparcimiento, desarrollo de habilidades, factores sociales, práctica en equipo y forma física (Rodríguez et al. 2009).

En el estudio realizado por la Comisión Europea (Summary Health Determinants, 2010), comentan que los motivos más mencionados para realizar práctica físico-deportiva son: mejorar la salud (61%), mejorar la condición física (41%), relajarse (39%) y divertirse (31%).



En España, según la encuesta de hábitos deportivos de los españoles realizada por García Ferrando y Llopis en 2010, comentan que los motivos más mencionados por los españoles para realizar actividad física y/o deporte son, por hacer ejercicio físico (70%), por diversión y pasar el tiempo (50%) y en tercer lugar por mantener y/o mejorar la salud (48%), entre otras.

Otros estudios han encontrado diferencias en las motivaciones de la práctica físico-deportiva en función del sexo (Burton et al. 2009; Ruíz, García y Díaz, 2007; Rodríguez et al. 2009).

Estudios más recientes muestran entre los motivos más mencionados por las mujeres que realizan actividad físico-deportiva en España (García Ferrando y Llopis, 2010; García Ferrando, 2005; Alarcón, 2008; Rodríguez et al. 2009): mantener y mejorar la salud, diversión o gusto, mantenerse en forma o mejorar su aspecto físico, relacionarse con los amigos y por satisfacción personal, entre otras.

Por otro lado, existe un nutrido número de mujeres que, siendo conscientes de la importancia de la actividad física, no encuentran el momento de incluirla entre sus hábitos de vida. En este caso los motivos más mencionados para no realizar actividad física son: pereza, preferir hacer otra cosa, no tener hábito deportivo, no tener tiempo, no le gusta, por la edad, entre otras.

Otra variable que se ha asociado a las motivaciones de la práctica físico-deportiva es la edad. En los estudios realizados por Cabañas, Martínez y Del Riego (2004) y Ruiz et al. (2007), encontraron que con la edad la motivación hacia la salud aumenta, así como la necesidad de relaciones sociales.





En la mayoría de los trabajos previos, se ha estudiado la motivación de los practicantes sin tener en cuenta que la motivación por la práctica de la actividad física es una motivación más, en competencia con otras motivaciones, profesionales, personales o familiares que, en algunos casos, pueden ejercer una fuerte competencia y ser la causa del abandono de la misma.

### 1.3.5. BARRERAS PERCIBIDAS POR LAS MUJERES HACIA LA PRÁCTICA FÍSICO-DEPORTIVA.

Desde otra perspectiva los diferentes modelos de adherencia a la actividad física, ponen de manifiesto la existencia de dimensiones que obstaculizan la aparición de esta conducta y que denominamos “barreras” (Montil, Barriopedro y Oliván, 2005).

Creemos de suma importancia que, identificar las limitaciones que pueden tener las personas frente a la mantención de un hábito, es tan importante como la motivación que éste pueda tener para mantenerlo o incluirlo en su vida. En relación a la práctica físico-deportiva, se han estudiado cuáles podrían ser esos obstáculos, en la encuesta realizada por la unión Europea observamos que la barrera o limitación más mencionada es la falta de tiempo (45%).

A nivel nacional en la Encuesta de Hábitos Deportivos de los Españoles (García Ferrando y Llopis, 2010) encontramos que el primer motivo expresado por la muestra para abandonar la práctica físico-deportiva es estar cansado ya sea por el trabajo o los



estudios (49%) y el motivo principal por no haber realizado nunca actividad física y/o deporte fue la pereza y desgana (36%).

En relación a la práctica físico-deportiva de la mujer, como hemos mencionado en los párrafos anteriores y en el apartado de mujer y deporte, vemos cómo en la actualidad todavía existen obstáculos que permanecen, y por lo que la participación femenina en el deporte es aún inferior a la de los varones.

En el estudio realizado por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2006), destacan entre los obstáculos más mencionados los relacionados con el ambiente social y cultural de nuestro país, como son:

- *Falta de tiempo.* Considerado el tiempo libre como tiempo residual. La tradicional distribución de roles dentro del ámbito familiar entre mujer y hombres implica aún en la actualidad una mayor carga de trabajo doméstico y obligaciones familiares, (labor de cuidador ya sean hijos, ancianos, enfermos, etc.) la cual recae mayoritariamente en el sexo femenino (ENS. 2013). Creemos importante mencionar o considerar el hecho que la actividad físico-deportiva está ligada al concepto de ocio/recreación y por ello es necesario disponer de un tiempo adicional para su práctica.
- *Menos disponibilidad económica.* La discriminación de género en materia de salarios sigue siendo una realidad que también puede influir negativamente en la práctica deportiva, al disponer de menos dinero para las actividades de ocio.
- *Falta de refuerzo social.* No existe el mismo reconocimiento al talento deportivo de la mujer que al del hombre.



- *Falta del sentido lúdico.* A la mujer se le asigna mayor responsabilidad en la conducción de la familia y por tanto mayores cargas. Aunque la progresiva incorporación de la mujer al mercado laboral ha favorecido en alguna medida el reparto de las tareas domésticas dentro del hogar, la equidad en muchos casos está aún lejana y por tanto, el tiempo disponible para el ocio se ve reducido.
- *Diferentes formas de socialización,* como consecuencia de una educación diferente. Los motivos para realizar actividades físico-deportivas en hombres y mujeres son diferentes. Las mujeres dicen realizar actividades físico-deportivas para alcanzar una mejora en su bienestar físico y psicológico, mientras que los hombres lo hacen en mayor medida por un factor social.

En relación al deporte de competición podemos agregar:

- *Menor espacio dedicado al deporte femenino en los medios.* La divulgación y seguimiento de eventos deportivos femeninos es considerablemente inferior a la de deportes masculinos.
- *Menor peso en competiciones femeninas a nivel internacional,* tanto en participación femenina como en número de deportes en los que se compite. Por ejemplo, en el fútbol no es hasta el año 1986, en el congreso de FIFA, en México, cuando la delegación Noruega pidió a las autoridades que prestaran mayor atención al desarrollo que esta práctica deportiva tenía entre las mujeres. Y no es hasta 1990 cuando se realiza el primer campeonato mundial de fútbol femenino contando con la participación de 12 países. El primer campeonato mundial de fútbol masculino data de 1930.

Otro de los aspectos importantes a tener en cuenta a la hora de analizar la práctica físico-deportiva de las mujeres es la experiencia previa y los modelos educativos más



cercanos que hayan tenido. Desde este punto de vista debemos tener presente el papel que juega la educación formal e informal dentro de esta práctica. Con esto nos referimos tanto a la influencia de la Educación Física escolar, basada en una discriminación sexista o no y, en la influencia de la familia en la realización de actividades de ocio activo, pudiendo convertirse estas experiencias en futuras motivaciones o en barreras (Carron, Hausenblas y Mack, 1996).

Siguiendo estas directrices, hemos elaborado nuestro cuestionario para poder analizar las variables que intervienen en la práctica físico-deportiva de las mujeres físicamente activas de la ciudad de Cáceres.



## 1.4. VARIABLES PSICOLÓGICAS ANALIZADAS EN EL ESTUDIO

Para poder hablar de autoconcepto físico, primero tenemos que remontarnos hacia sus orígenes, entendiendo el autoconcepto físico como una dimensión del autoconcepto.

### 1.4.1 AUTOCONCEPTO

Aunque podríamos decir que los orígenes del autoconcepto se encuentran en el estudio del Self con los clásicos griegos, los estudios contemporáneos en psicología se basan principalmente en las investigaciones realizadas por James (1890,1892) y a los referidos al interaccionistas simbólicos como Cooley (1902) y Mead (1934).

El autoconcepto, es un constructo psicológico, y supone un proceso en construcción que está en relación con el entorno en el que nos desenvolvemos, lo cual presupone que se encuentra en un constante cambio. Además es un constructo que se entrelaza con otros constructos.

James (1890) nos comenta que el autoconcepto es el resultado de la fracción entre el éxito percibido y las pretensiones del individuo. Es decir, cuando el éxito percibido es igual o mayor que las aspiraciones, la persona ve reforzado su



autoconcepto; pero si, por el contrario, las pretensiones sobrepasan los logros obtenidos, el autoconcepto baja.

$$\text{AUTOCONCEPTO} = \text{ÉXITO} / \text{PRETENSIONES}$$

Sin embargo, la falta de éxito es un área específica, no necesariamente afectaría al autoconcepto directamente, ya que podría tratarse de un área poco importante para la persona.

Desde otra perspectiva el interaccionismo simbólico propuesto por Cooley (1902), estudia la conducta humana desde el marco del proceso social, al entender que no es posible un análisis adecuado al trabajar sólo desde el individuo, sin tener en cuenta el ámbito social. Centrando sus estudios en la interacción entre la persona y la sociedad. De esta forma el autoconcepto estaría formado por múltiples identidades sociales, correspondientes a los diferentes roles que la persona desempeña en la sociedad (madre, hija, hermana, profesional, etc.), por lo que desarrollaría diferentes imágenes en función del papel que adopte (Mead, 1934).

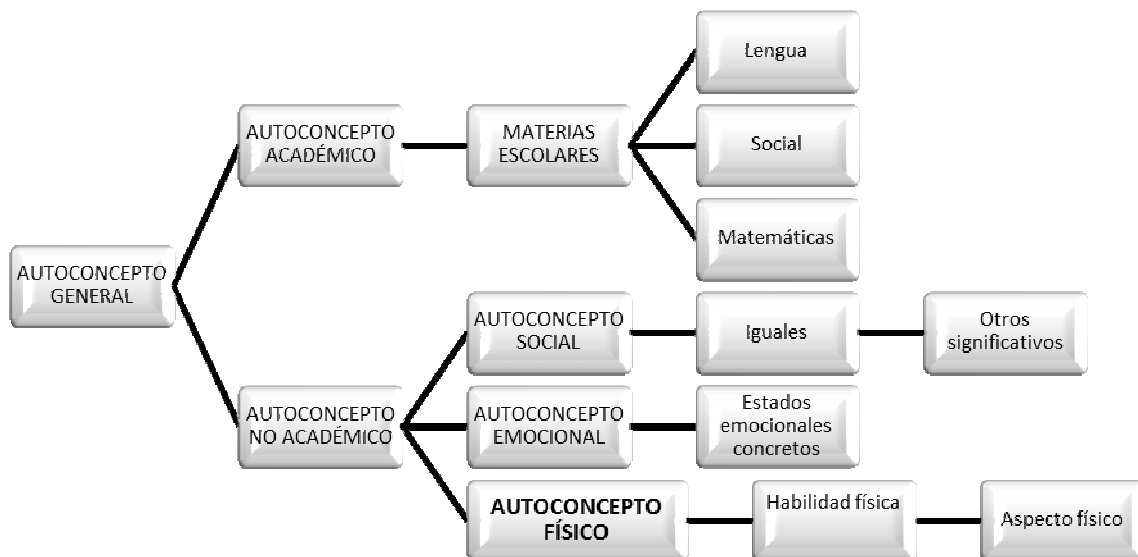
#### 1.4.1.1. Estructura Interna del Autoconcepto

En sus orígenes el autoconcepto fue tratado como una estructura unidimensional, asumiendo que las múltiples dimensiones del autoconcepto se encontraban fuertemente dominadas por un factor general, de tal modo que no podían diferenciarse

adecuadamente como partes separadas del mismo (Coopersmith, 1967; Marx y Winne, 1978).

Desde una nueva perspectiva multidimensional del autoconcepto, éste estaría compuesto por varios dominios (académico, personal, social y físico) y cada uno de ellos se dividiría en subdominios o dimensiones más específicas. De esta forma Shavelson, Hubner y Stanton (1976) proponen un modelo que pretende demostrar la estructura jerárquica y multidimensional del autoconcepto, siendo éste el más significativo y reconocido.

**Figura 1:** Modelo jerárquico de habilidades intelectuales de Shavelson, Hubner y Stanton (1976). Fuente: Goñi y Fernández, (2009).





Este modelo defiende ocho características específicas del autoconcepto:

1.-*El autoconcepto está organizado y estructurado.* Con el fin de reducir su complejidad, las experiencias se agrupan en formas más simples o categorías (Bruner, 1958). Se dice, por tanto, que el autoconcepto está organizado y estructurado, en el sentido que las personas categorizan la información acerca de sí mismas y relacionan dichas categorías entre sí.

2.-*El autoconcepto es multidimensional.* Goñi (2004) en sus diversas investigaciones adopta cuatro dominios para hablar de autoconcepto (el académico, el social, el físico y el personal), cada uno de los cuatro estaría a su vez configurado por diversas dimensiones o componentes. Aunque en diferentes estudios se demuestra el carácter multidimensional no todos coinciden en el mismo número de dominios que componen el autoconcepto, pero son estos cuatro los que generalmente se tienen en cuenta.

3.-*La estructura multifacética es además jerárquica.* El autoconcepto, está organizado de modo jerárquico o piramidal en función de su relevancia y generalidad. La falta de una única estructura jerárquica estándar homologable y aplicable a todos los individuos, plantea que la relación entre la autopercepción de cada dominio y la autovaloración global, responden probablemente a una situación individual y específica de cada persona (Harter, 1985).

4.- *El autoconcepto general es estable.* Sin embargo, a medida que se desciende por la jerarquía, el autoconcepto depende en mayor grado de las situaciones específicas y por ello se vuelve más inestable.





5.-*El autoconcepto tiene carácter evolutivo.* Con la edad y la experiencia, se va desarrollando, formando y volviendo más diferenciado (Spence, McGannon y Poon, 2005; Robins et al. 2002).

6.- *Tiene un aspecto descriptivo y otro evaluativo.* La dimensión evaluativa puede variar en importancia de un individuo a otro y en diferentes situaciones. Aun así, no se encuentra evidencia empírica que avale la distinción entre la auto-descripción (autoconcepto) y la auto-evaluación (autoestima).

7.- *Es diferenciable de otros constructos relacionados con él.*

8.-*El autoconcepto es consistente, pero al mismo tiempo modificable.* Esto admite varias explicaciones (Sonstroem y Morgan, 1989):

-*El autoconcepto es estable:* se resiste al cambio, puesto que esto supondría la reestructuración de todo el sistema cognitivo (Canfield y Wells, 1976).

-*El autoconcepto se puede alterar:* El autoconcepto va evolucionando a través de las experiencias en las diferentes situaciones sociales; el sujeto, dependiendo de las situaciones sociales y de cómo sea la interacción con los otros significativos, tiende a verse de modos diferentes (Gergen, 1984). Esta perspectiva cuenta con escaso respaldo empírico.

-*El autoconcepto es estable pero no inmutable.* Esta posición es intermedia entre las anteriores. El autoconcepto tiende a mantenerse estable, pero no es una realidad inmóvil e inalterable sino que cambia y se modifica gracias a la experiencia. Uno de los factores que modula la estabilidad del autoconcepto es la edad. A medida que aumenta la edad y se van acumulando experiencias congruentes entre sí el sujeto se va formando una idea de sí cada vez más estable debido a que es corroborada y retroalimentada por



múltiples experiencias interpretadas en el mismo sentido (Spence, McGannon y Poon, 2005; Robins et al. 2002; González y Tourón, 1992).

Antes de continuar con este apartado quisiéramos aclarar algunos conceptos a los que nos referimos, en éste caso el autoconcepto, la autoestima y la autoeficacia.

Si consideramos el conocimiento que tiene una persona sobre sí misma como una teoría, podríamos decir que, la persona se comportará en función de su propia concepción sobre sí misma, aunque ésta no se corresponda con la realidad. Con esto queremos decir que desde ésta perspectiva entendemos que la mayoría de los autores interpretan el autoconcepto globalmente como un conjunto integrado por tres factores o actitudes relativas al yo: el cognitivo (pensamiento) referido al autoconcepto, el afectivo (sentimiento) siendo la autoestima, y por último el conativo (comportamientos) representado por la autoeficacia.

Dentro de la literatura estos conceptos se suelen utilizar de forma indiferente o se pueden confundir entre ellos. Desde nuestra perspectiva y la de diferentes autores (Ramírez y Herrera, 1997; Bandura, 1986, 1989) estos constructos están relacionados, pero no pueden ser considerados sinónimos, pudiendo definir cada uno de ellos de la siguiente forma:

Autoconcepto: Se refiere a la visión global o general que tiene uno mismo, que se forma a partir de la interacción directa y las evaluaciones hacia nosotros de otras personas significativas (Bandura, 1997).

Autoestima: En este caso vemos la autoestima como el componente afectivo del autoconcepto, que se refiere a la valoración que hacemos de nosotros mismos, es decir,



el sentimiento que experimenta cada persona en relación a su propia vida (Ramírez et al. 1997)

Autoeficacia: Éste término hace referencia a los juicios que hacen las personas sobre sus propias capacidades para realizar una acción que pueda conducir al logro de un determinado rendimiento, es decir, que es el juicio de nuestras propias capacidades para ejecutar conductas específicas, en situaciones específicas (Bandura, 1997).

#### 1.4.2. AUTOCONCEPTO FÍSICO

En los párrafos anteriores hemos realizado un recorrido por el término del autoconcepto para poder situar de esa manera el autoconcepto físico, que es un constructo más específico y, como hemos explicado anteriormente, una dimensión del autoconcepto general.

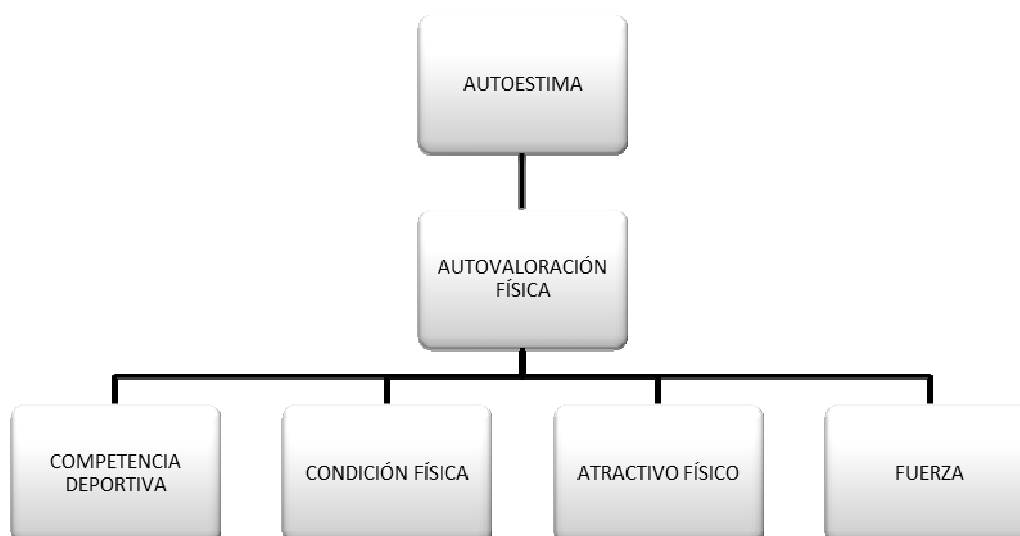
El autoconcepto físico está vinculado a múltiples variables relacionadas con la práctica de la actividad física, el deporte y la salud (Dieppa, Machargo, Luján y Guillé, 2008; Goñi et al. 2004; McAuley et al. 2000; McAuley et al. 1997). Algunas variables que podemos destacar son: el Índice de Masa Corporal (en adelante IMC), riesgo de padecer trastornos de la alimentación, ser físicamente activo, el bienestar psicológico, entre otras (Rodríguez et al. 2006), de estas variables hablaremos más detenidamente en los siguientes párrafos.

Se entiende el autoconcepto físico como *“el conjunto de percepciones de capacidad y atributos físicos propios, que varía a lo largo del desarrollo evolutivo, de*

*manera diferente para cada uno de los dos géneros* (Hayes, Crocker y Kowalski, 1999; Klomsten, Skaalvik y Espnes, 2004), y *la frecuencia de actividad deportiva o el índice de masa corporal*” (Goñi et al. 2004). Desde nuestra perspectiva nos parece una definición del autoconcepto físico muy particular que se centra en variables relacionadas con la salud, además de hacer referencia a las diferencias de género y la frecuencia de la práctica físico-deportiva, considerando esta definición muy acorde con nuestra investigación.

A partir de los años 90's se genera una línea de investigación interesada en identificar y medir las dimensiones del autoconcepto físico. Fox (1988, 1990) y Fox y Corbin (1989), fueron los primeros en estudiar específicamente el contenido de la autopercepción del dominio físico y, que elaboraron un modelo multidimensional y jerárquico en el que se relacionaban dichas autopercepciones con la autoestima.

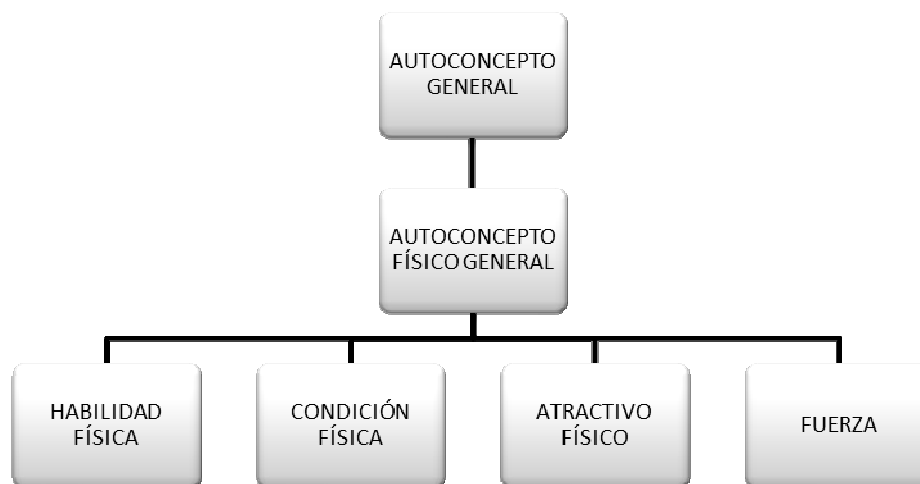
**Figura 2:** Modelo del autoconcepto físico de Fox y Corbin (1989).



Este modelo cuatripartido concibe al autoconcepto físico (autovaloración física) dentro de una estructura jerárquica del autoconcepto en un plano inferior a la autoestima y, en un nivel inferior sus diferentes dimensiones (Competencia Deportiva, Condición Física, Atractivo Físico y Fuerza). A partir de este modelo nace el *Physical Self-Perception Profile* (PSPP). En una primera instancia este instrumento aporta índices aceptables de fiabilidad y validez, sin embargo, nos plantea algunas interrogantes en relación a qué atribuir la elevada correlación de las dimensiones de Competencia Deportiva con la escala de Condición Física (Goñi et al., 2009), lo que llevó a otros autores a redefinir la dimensión de Competencia Deportiva y sustituirla por otra.

En la actualidad el modelo aportado por Goñi et al. (2006) y Esnaola (2005) basado en el modelo de Fox y Corbin, con algunas variaciones, es el instrumento por el cual nos hemos decantado para nuestro estudio demostrando una consistencia interna de las subescalas ofreciendo índices muy aceptables de fiabilidad y demostrando sensibilidad al discriminar entre género y edades.

**Figura 3:** Modelo del autoconcepto físico de Goñi et al. (2006) y Esnaola (2005).





Los estudios relacionados con el autoconcepto físico nos muestran diferencias significativas entre el género y la edad (Dieppa et al. 2008; Spence, McGannon y Poon, 2005; Klomsten, Skaalvik y Espnes, 2004; Lindwall y Hassmén, 2004; Goñi et al. 2004; Robins, Trzesniewski, Tracy, Gosling y Potter, 2002; McAuley et al. 2000; McAuley et al. 1997).

Infante et al. (2011), encontró que según aumenta la edad las puntuaciones de las dimensiones del CAF disminuyen, y que éste descenso es menor en las mujeres que en los hombres. Que la percepción de ser una persona físicamente activa, se asocia positivamente con el Autoconcepto Físico y, que el descenso de las puntuaciones de las dimensiones del autoconcepto asociado a la edad es menor en las personas físicamente activas.

Otro estudio realizado por Esnaola et al. (2011) relacionó el autoconcepto físico con variables psicosociales y la salud percibida, donde observa que las personas que tienen un mejor Autoconcepto Físico se perciben con mayor grado de salud, encontrando una relación significativa entre el Autoconcepto Físico y el Estado de Salud Percibido, tanto en hombres como en mujeres. Con la muestra femenina encontró relación entre el Estado de Salud Percibido y las dimensiones de Condición Física y Atractivo Físico.

Infante y Goñi (2009) buscaron relación entre la práctica físico-deportiva y el Autoconcepto Físico, encontrando que existe relación entre la actividad físico-deportiva con el Autoconcepto Físico, la Habilidad Física, la Condición Física y la Fuerza y que esta relación está más relacionada con el gasto energético, que por la diferencia de sexo en personas físicamente activas.



Los estudios realizados por Moreno et al. (2008), encontraron relación entre la autoestima y el autoconcepto físico con la edad, el género y la práctica físico-deportiva.

Otros estudios realizados por Candel et al. (2008), encontraron que las mujeres que realizan práctica físico-deportiva tenían puntuaciones superiores en todos los factores del autoconcepto, menos en el emocional, por otro lado encontraron que las mujeres que practican actividad físico-deportiva con mayor frecuencia tenían niveles inferiores de ansiedad y depresión.

En relación al autoconcepto como predictor de la intención de ser físicamente activo Moreno et al. (2007), encontró que la intención de ser físicamente activo está predicha por el autoconcepto físico y, que de todas las dimensiones la Competencia Física era el mayor predictor.

### 1.4.3. SATISFACCIÓN CON LA VIDA

La Satisfacción con la Vida es considerada como el componente cognitivo del Bienestar Subjetivo. Este concepto puede estudiarse desde un punto de vista afectivo o emocional considerando el equilibrio entre el afecto positivo y el afecto negativo (Bradburn, 1969), o bien, puede considerarse desde el punto de vista cognitivo, entendida como la valoración que la persona hace de su vida en general o de aspectos parciales de ésta (por ejemplo, familia, salud, estudios, trabajo, amigos o tiempo libre) (Diener, 1984), Diener y Diener (1995) sugirieron que el bienestar subjetivo es una de las tres formas de evaluar la calidad de vida de las sociedades, junto con indicadores económicos y sociales. Cómo se siente la gente y qué piensa de su vida es esencial para



entender el bienestar.

Para justificar la elección de esta variable empezaremos por referirnos a las aportaciones de su modelo al estudio del bienestar subjetivo. Durante el último cuarto del siglo XX se han producido considerables avances en el estudio del bienestar subjetivo (Diener, Suh, Lucas y Smith, 1999). Las primeras aproximaciones al estudio de esta variable asumían una perspectiva sociológica y trataban de estudiar la influencia de las variables demográficas (dinero, edad, sexo, salud o estado civil) en la predicción del bienestar (Wilson, 1967). Los resultados de esta etapa indican que las variables demográficas explican un escaso porcentaje de varianza de esta variable (Myers y Diener, 1995) y señalaban a las variables de personalidad como principales predictoras de la satisfacción con la vida (Costa y McCrae, 1980; Diener, Oishi y Lucas, 2003 y Díaz Morales y Sánchez López, 2002).

Desde una perspectiva psicológica, comenzó a estudiarse la relación de las características “internas” de las personas como principales predictores de la satisfacción con la vida (Costa y McCrae, 1980). Los resultados de esta segunda etapa indican que la relación entre las características estables de la personalidad y la satisfacción vital es muy relevante (Costa y McCrae, 1998).

Por otra parte, algunos estudios previos han dirigido su atención a la relación entre el bienestar subjetivo y las metas del desarrollo seleccionadas por el individuo. Salmela y Nurmi (1997), en un estudio con estudiantes universitarios, encontraron que los bajos niveles de bienestar se asociaban a una tendencia a concentrarse en metas de la propia personalidad (sí mismo), más que en sus tareas de desarrollo. Por el contrario, los más satisfechos, eran los que expresaban metas propias de su edad y etapa de desarrollo. Así, a menor bienestar, aparecía mayor interés y necesidad de trabajar aspectos





concernientes al sí mismo. En una investigación similar, Castro y Sánchez López (2000), exploraron la relación entre la satisfacción en diferentes áreas vitales y la valoración sobre el grado de cumplimiento de los objetivos de vida en el presente y el futuro. Encontraron asociaciones entre la satisfacción y el logro de objetivos vitales, es decir, una mayor satisfacción se asocia al sentimiento de que se ha logrado más en la vida y se espera lograr aún más. Asimismo encontraron que los vínculos personales cercanos fueron una de las fuentes de mayor satisfacción ya que actuaron como redes de apoyo y como barreras contra el estrés y otros trastornos psicológicos.

En otro estudio, Díaz Morales y Sánchez López (2001), exploraron la relación entre estilos de personalidad, metas y satisfacción con la vida. Encontraron que tanto los estilos personales como las metas estaban relacionados a la satisfacción. Los aspectos más correlacionados a la satisfacción fueron el sentirse apoyado y el ser optimista frente a la vida. Finalmente Pinguart y Sorensen (2001), realizaron un meta-análisis de 300 estudios empíricos sobre diferencias de género en satisfacción con la vida y otras variables en la adultez tardía. Encontraron diferencias pequeñas pero significativas, en las que los hombres presentaron en general mayores niveles de satisfacción que las mujeres.

En 1991, Nurmi realizó una revisión de las investigaciones hechas con adolescentes y encontró que en todas ellas las metas de los adolescentes se asociaban con sus tareas de desarrollo. Además, ciertos aspectos del contexto influyeron en la orientación futura de las y los adolescentes, entre ellos, las relaciones familiares, el nivel socioeconómico, los niveles de control parental, etc. Asimismo al comparar adolescentes de diferentes culturas encontró que en todas se mantienen dos grandes áreas de interés, educación y trabajo.



En la misma línea, Nurmi (1994) investigó la Orientación Futura en grupos de adolescentes y adultos de diferentes edades. Encontró que las y los adolescentes en general, mostraban metas vinculadas a educación, ocupación, familia y posesiones. Asimismo que las adolescentes mujeres estaban más interesadas en la familia que en los adolescentes varones. En otro estudio sobre bienestar psicológico con participantes de 13 a 18 años, Martínez y Morote (2001) encontraron mayor bienestar en el área de vínculos sociales en las mujeres y mayor bienestar en el área de aceptación de sí mismos en los hombres.

En la mediana edad, se revisa también la relación de pareja y aparecen nuevas expectativas y definiciones de hombre y mujer. Los hombres se vuelven más pasivos y orientados a los sentimientos, las mujeres se vuelven más activas y agresivas, tendiendo hacia una mayor androginia (Neugarten, 1999). Las metas de los hombres tienden a centrarse en el trabajo, mientras que las de las mujeres, se orientan tanto a la familia como a la profesión. Las metas de las mujeres son así más complejas, porque sufren de mayores revisiones. Asimismo, las mujeres reexaminan sus metas y prioridades mucho antes que los hombres (Stassen-Berger, 2001).

De acuerdo a las investigaciones de Nurmi (1994), en la adultez media se incrementa el interés en los hijos y en la propia salud. La preocupación por el futuro de los hijos, alcanza en esta etapa su punto máximo. A la vista de estos datos, nos llama la atención el hecho de que los estudios sobre la motivación hacia la práctica de la actividad Física y el deporte asuman, sólo en contadas ocasiones una perspectiva de género, ignorando el hecho de que, tanto en la adolescencia, como en la etapa adulta, hombres y mujeres se basan en valores y prioridades distintos para construir sus metas. Pinquart y Soressen (2001), también encontraron que en las mujeres mayores había



menor satisfacción y un autoconcepto menos positivo que en los hombres, fueron además los varones de educación superior y con mayores ingresos, los que presentaron mayores niveles de satisfacción.

A partir de la década de los años 90, existe un creciente consenso en la consideración de variables de nivel intermedio para el estudio de la personalidad (Emmons, 1995). Se proponen categorías, como los objetivos vitales, que permiten contextualizar el análisis de la satisfacción integrando diferentes fuentes de influencia, tanto biológica como social, ambiental y cultural (Little, 1999). La consideración de los objetivos vitales pretende entender cómo las personas negocian las tareas que tienen que hacer a diario dentro del contexto de la interacción social, explicando la conducta efectiva como una integración de motivación, cognición y emoción (Cantor y Norem, 1991). Aunque la denominación de estas unidades ha sido diferente, todas ellas comparten características relacionadas con el concepto de meta (Little, 1999). Los proyectos personales (*personal projects*) de Little (1983) o los planes personales (*personal striving*) de Emmons (1989), por ejemplo, representan aquellas metas que las personas intentan alcanzar a través de todos los actos de conducta. Little (1989) intentó sistematizar, en esta unidad de análisis, la relación entre la persona y su contexto sociocultural, estudiando la motivación desde una vertiente ecológica. Cada persona puede ser caracterizada por un particular conjunto de planes y metas personales relacionados entre sí, que constituyen el sistema personal de objetivos de su vida. La conducta efectiva se interpreta como un proceso de reducción de la discrepancia entre la condición presente y el estado ideal a alcanzar. Los objetivos vitales son, de esta forma, entendidos como valores de referencia que guían estas actuaciones.

De la misma forma, en los estudios que intentarían vincular características de



personalidad del sujeto con su satisfacción, junto con los trabajos centrados en el análisis de las relaciones entre los rasgos de personalidad y la satisfacción, comenzaron a considerarse otras unidades de análisis como los *planes o metas* que se plantean las personas, estableciéndose una vinculación entre el *logro de las mismas y el bienestar psicológico* (Pervin, 1989; Little, 1999). La consideración de unidades mediadoras (*proyectos personales, afanes personales o tareas vitales*) proporcionan información, no solo sobre lo que la persona “es o tiene”, sino sobre lo que la persona “hace o espera lograr” (Cantor, 1992). Metas, proyectos y tareas vitales de conducta son entendidas como un conjunto de *unidades mediadoras* que transmiten una imagen integrada de las motivaciones y conductas en lo que se denomina como la *coherencia* de la personalidad. Little (1999) en su *modelo ecológico-social del bienestar* propone estas unidades de análisis que resultan menos amplias y abstractas que los rasgos de personalidad y pueden explicar el porqué de muchas conductas, incluso de algunas aparentemente incoherentes. Este autor las denomina Constructos de Acción Personal (CAP), pero en términos más coloquiales las denominaríamos *metas*. Este modelo está integrado por otros dos componentes:

1. Las características del contexto en el que se desenvuelve la persona.
2. Las características estables de personalidad (rasgos y temperamento).

Según Pavot, Fujita y Diener (1995) estos elementos permitirían predecir la satisfacción vital de la persona. Una aportación muy interesante de este modelo es que se ha considerado como una herramienta de trabajo útil a la hora de clarificar las metas del individuo en contextos educativos y de *counselling* psicológico (Little, 1989). A pesar de esto, ha sido poco empleada en el ámbito de la actividad física y el deporte.



En un estudio desarrollado con estudiantes universitarias argentinas, Díaz-Morales y Sánchez López (2001) calcularon la correlación de Pearson entre las dimensiones de las metas personales y los estilos de personalidad con la satisfacción vital. Según sus resultados, *Compartir las metas* con los demás y la *Urgencia* o *Prioridad* no se relacionan con la satisfacción con la vida. El resto de las dimensiones muestran una fuerte relación con esta variable. La *Importancia*, el *Logro actual*, el *Apoyo de la familia* y el *Logro futuro* de las metas se relacionan positivamente, mientras que las *dificultades* se relacionan negativamente con la satisfacción vital.

Sentirse apoyado por los demás, disponer de una red social de apoyo y estar integrado en la comunidad más próxima, son elementos que repercuten positivamente en la satisfacción vital (Plays y Little, 1983, Emmons, 1986). En opinión de Díaz-Morales y Sánchez López (2001) los atributos o dimensiones de las metas personales, especialmente el apoyo familiar para realizar las metas, se relaciona estrechamente con la satisfacción. Ello indica que las unidades mediadoras permiten predecir la satisfacción vital y que su aportación es importante.

Otras investigaciones en este campo señalan que la categoría de los objetivos de vida (OV) de las personas está muy relacionada con la autopercepción del bienestar psicológico. Little (1983, 1989) y Emmons (1986, 1989, 1995), basados en una *perspectiva ecológica-social* del comportamiento humano, sostienen que el bienestar está muy relacionado con los planes personales (*personal strivings*) y los objetivos y proyectos de vida de las personas. Plays y Little (1983) verificaron que aquellos individuos que diferían en su nivel global de satisfacción, diferían también en la estructuración de sus proyectos personales. Emmons (1986) comprobó que las diferencias individuales en la autopercepción del bienestar están relacionadas de alguna



manera con las características ideográficas de los objetivos vitales que las personas tienen. Little (1983) señala que el mejor predictor de la satisfacción vital es el resultado del proyecto, es decir, el grado en el que los proyectos de vida se han logrado satisfactoriamente. Asimismo, el autor señala este constructo como el punto de anclaje con las variables de personalidad más molares, ya que el autor propone la categoría de *proyecto personal* como unidad de análisis de nivel intermedio entre los valores supraordinales por un lado y los niveles más moleculares de actos y operaciones por el otro.

En relación a la satisfacción con la vida y la actividad físico-deportiva González, Huéscar y Moreno (2013), realizan un meta-análisis de 123 artículos, encontrando que los principales factores que contribuyen a la satisfacción con la vida en relación con la actividad-físico-deportiva son la motivación, el autoconcepto, los hábitos relacionados con la salud y en menor medida el sexo y el género.

#### 1.4.4. PROYECTO PERSONAL DE VIDA

Desde diferentes perspectivas, teóricos de la motivación enfatizan la importancia de los planes y proyectos para comprender la conducta humana. De diferentes maneras, los autores subrayan la importancia de la representación mental del futuro como una dimensión esencial en el ser humano (Salmela, 2010; Deci y Ryan, 2008; Salmela, Aunola y Nurmi, 2007). Podemos suponer que cada etapa del desarrollo, está definida por un tipo específico de metas, vinculadas con las tareas propias de esa etapa. Asimismo, el modo en que las personas elaboran o construyen sus proyectos parece



estar además, directamente relacionado con los diferentes niveles de bienestar o satisfacción con la vida o con experiencias de frustración y fracaso (Deci y Ryan, 2008). En la conducta, definida en estos términos, influye tanto el proceso de aprendizaje anterior, como el proyecto futuro. La conducta se convierte en una serie de actos instrumentales con relación a un fin. El individuo elabora proyectos que concretan sus necesidades para luego actuar en el presente y buscar maneras de darles satisfacción.

En un sentido similar Bandura (1989) subraya la importancia de la actividad cognitiva en la representación de las metas y el papel activo del ser humano en su elaboración. El poder motivacional de las metas está ligado a la autoevaluación que el individuo realiza de sí mismo y de sus logros o posibilidades de alcanzarlas. Los individuos determinan, en gran medida, sus propios destinos, ya que eligen sus entornos futuros, así como las metas que desean conseguir.

Otro aporte importante en este sentido es el de Emmons (1997), para este autor, los proyectos personales son una secuencia interrelacionada de acciones para lograr una meta. Él utiliza el concepto de *afanes personales*, para referirse a lo que las personas están tratando de hacer en sus vidas, y lo conecta con la sensación subjetiva de bienestar, que se asocia al logro de sus metas. Pervin (1998), comenta que en la conducta de los individuos existe una organización establecida, dirigida hacia objetivos o metas. La conducta es intencional porque está dirigida a esas metas, por lo tanto, el concepto de meta es un concepto motivacional y su poder motivacional está asociado con las emociones. En éste sentido, Pervin considera que aunque existe una gran variedad de metas, existen ciertas categorías que pueden considerarse comunes a la mayor parte de las personas. Las metas constan de propiedades cognitivas, afectivas y



de conducta manifiesta; es decir, suponen una representación mental acompañada de afectos o emociones, la cual desemboca en un conjunto de acciones para su concreción.

Para Guichard (1995), un proyecto es una acción que se articula en el futuro al que se quiere acceder, es decir, una forma de relacionar el pasado, el presente y el futuro, siendo éste último el más importante. El futuro es, de esta manera, el que da sentido concreto al presente y al pasado. Según Guichard, para comprender las elecciones de una persona, es necesario analizar cómo se representa la situación en que se encuentra y qué sentido tiene para ella. La forma que tiene cada individuo de construir sus proyectos tiene que ver con mecanismos sociales y psicológicos, pero básicamente con la representación que tienen de sí mismas.





## **1.5. ESTUDIOS RECIENTES SOBRE LA PRÁCTICA FÍSICO-DEPORTIVA EN LA MUJERES Y VARIABLES RELACIONADAS**

A continuación, haremos un breve recorrido por los estudios que hemos encontrado más actuales y relevantes en la revisión bibliográfica, relacionados con las variables analizadas. Con el propósito de contextualizar el estado actual de nuestro estudio y hacer más fácil la comprensión del mismo. La revisión se presenta en orden cronológico, presentando los estudios más recientes al principio.

### **1.5.1. ESTUDIOS RELACIONADOS CON LA PRÁCTICA FÍSICO-DEPORTIVA Y LA SALUD FÍSICA Y/O MENTAL**

Numerosos estudios han verificado la relación existente entre la actividad físico-deportiva y la salud, tanto física como mental (White et al. 2013; OMS, 2010; Márquez et al. 2006; Ramírez, Vinaccia y Suárez 2004; Mokdad et al. 2004). Entre ellos podemos encontrar: a) los que describen las características sanitarias de los países desarrollados, b) los relacionados con las enfermedades crónicas y no transmisibles y c) los que apuntan hacia las relaciones con problemas psicológicos como la ansiedad y la depresión, entre otras (White et al. 2013; OMS, 2010; ENS, 2010; PIAFD, 2009; Márquez et al. 2006; Jocoby et al. 2003). A continuación procederemos a realizar una pequeña descripción de éstos estudios.



En la ENS (2010), entre sus conclusiones encontramos que en la población española existe un aumento de las patologías crónicas tales como la hipertensión, el colesterol, la obesidad y la diabetes, entre otras; además, ésta misma encuesta refleja que el 41,3% de la población se declara sedentaria. Según la OMS (2010, 2005, 2004, 2002) la presencia de estas enfermedades podría reducirse considerablemente con el solo hecho de aumentar los niveles de actividad físico-deportiva en la población.

En la misma línea sobre los hábitos físicos-deportivos, el estudio realizado por la Comisión Europea (2010), muestra grandes diferencias entre los Estados miembros, donde son los ciudadanos de los países Nórdicos (del norte) quienes están más concienciados en mantener estilos de vida activos, mientras que en los países mediterráneos (del sur) y los 12 nuevos Estados Miembros, tienden a realizar menos ejercicio físico que la media de la UE. En términos generales y porcentuales se dice que el 65% de los ciudadanos de la UE, dice realizar actividad físico-deportiva al menos una vez a la semana, sin embargo un 25% afirma ser físicamente inactivo. En relación a esto debemos considerar que las recomendaciones básicas de actividad física relacionadas con la salud (que no tienen en cuenta las características particulares de cada individuo) son las de realizar por lo menos 30 minutos de actividad moderada diariamente o casi todos días (OMS, 2010), con lo cual el 65% de la población, que en este caso estamos considerando como “activa”, desde nuestra perspectiva, no lo serían.

Morilla et al. (2008), realizaron un análisis de distintos estudios con población de diferentes edades, observando que, en los estudios que se comparaba el ejercicio aeróbico con otro tipo de ejercicio físico, el primero (ejercicio aeróbico) estaba asociado a la reducción de los niveles de ansiedad y depresión. En el mismo estudio, los autores encontraron relación directa entre el ejercicio físico y el fortalecimiento de la



autoestima, la sensación de control, autoconfianza y la mejora del funcionamiento mental. Además de todo ello, encontraron explicaciones psicológicas, fisiológicas y sociales que revelaban cómo el ejercicio físico mejoraba el bienestar psicológico (para más información véase en Morilla et al. 2008).

Aunque estos estudios han conseguido establecer relaciones entre la práctica de actividad física y/o deporte con aspectos relativos a la salud física y especialmente en el bienestar psicológico, existen otros estudios en los que no se han obtenido resultados tan evidentes. Un ejemplo de ello lo tenemos en los realizados por Sánchez et al. (2008), con población escolar extremeña, con edades comprendidas entre 8 a 10 años. Sánchez et al. (2008), no encontraron relación entre la práctica físico-deportiva y la percepción de salud que tenían los escolares de si mismos. Desde este punto de vista, los resultados se pueden explicar con la selección de la muestra utilizada en el estudio, en este caso se nos plantea que la edad, puede ser un factor que puede determinar la percepción del estado de salud. Así se observa en el estudio realizado por Gusi, Madruga y Prieto (2009) con población extremeña de 75 años, donde se encontraron relaciones significativas sobre el estado de salud percibido comparando a población rural y urbana. En este estudio se observaron diferencias significativas en la percepción del estado de salud, siendo mejor en población urbana que rural.

En esta misma dirección, Castro, Espinosa, Rodríguez y Santos (2007) buscaron la relación entre el estado de salud percibido e indicadores médicos objetivos de salud (causas de mortalidad, morbilidad hospitalaria, accidentes laborales y consumo de medicamentos) en población española de diferentes edades. En este estudio ninguno de los indicadores seleccionados logró predecir la percepción que las personas tenían de su propio estado de salud. Con estos resultados observaron que no es lo mismo la



valoración objetiva que se obtiene consultando una serie de indicadores médicos y objetivos que la valoración subjetiva que hacen las personas acerca de su salud. Con estos resultados Castro et al. (2007) concluyeron que el estado de salud de las personas no determina como se sienten y que ésta relación puede estar más relacionada con aspectos psicológicos, de personalidad o sociodemográficos.

Desde el punto de vista del sedentarismo, Márquez et al. (2006) realizaron una revisión de diversos estudios con poblaciones de diferentes edades. Observando la relación entre la práctica de actividad físico-deportiva y la reducción del riesgo de padecer enfermedades no transmisibles tales como: enfermedades cardíacas, diabetes, algunos cánceres, enfermedades musculoesqueléticas y psicológicas.

En la revisión teórica realizada por Ramírez et al. (2004), encuentran evidencia que indica que el ejercicio físico tiene una fuerte influencia en factores que ayudan en la disminución del estrés, la ansiedad y la depresión. Por otro lado, también demostraron que ayuda perceptiblemente a la mejora de las capacidades intelectuales y cognitivas. Todo esto apoyado en los cambios funcionales (a nivel cerebral, cognitivo y psicosocial) que produce la práctica físico-deportiva (para más información véase en Ramírez et al. 2004).

Pérez y Devis (2003), desarrollan en su estudio una reflexión en relación a la frecuencia, intensidad y tiempo que hay que dedicar a la práctica físico-deportiva para poder relacionarla con la salud. La idea no es que cuanta más actividad física se realice mejor salud se tiene, sino que, hay que comprender las necesidades de cada individuo y sus objetivos a conseguir, para que encuentre sus propios beneficios.



Mokdad et al. 2004, en su revisión teórica buscaron estudios epidemiológicos, clínicos y de laboratorio que relacionaran los posibles factores o comportamientos de riesgo hacia la salud, especialmente con la mortalidad en EEUU. Los resultados mostraron que las principales causas de muerte eran el consumo de tabaco (18,1%), la mala alimentación e inactividad física (16,6%) y el consumo de alcohol (3,5%). Concluyendo que el consumo de tabaco era uno de los principales factores de causa de mortalidad en EEUU, pero que la mala alimentación y la inactividad física podrían llegar a superar al tabaco como principal factor de causa de muerte. Además que esto aumentaba de forma considerable los costes socio sanitarios públicos en la población, con lo cual buscar estrategias de acción que promuevan los estilos de vida activos y saludables se deberían convertir en un eje principal de acción.

Como podemos ver, las evidencias revelan la existencia de una relación entre la actividad físico-deportiva y la salud, especialmente en la edad adulta, cuando las capacidades físicas del organismo comienzan a decaer. La mala alimentación y el sedentarismo, en todas las edades, han convertido a la obesidad en uno de los mayores enemigos de la salud pública en la sociedad actual. Su relación con varias patologías hace que el coste personal y social sea cada vez más alto, por lo que debemos buscar estrategias para prevenir estas conductas nocivas y promover los hábitos activos y saludables.



## 1.5.2. ESTUDIOS RELACIONADOS CON LA PRÁCTICA FÍSICO-DEPORTIVA Y EL BIENESTAR PSICOLÓGICO

Estudios confirman la relación entre la práctica físico-deportiva y los aspectos emocionales y cognitivos de las personas, siendo estos dos, componentes del bienestar subjetivo (Seligman, 2002, 2011. Citado en González et al. 2013).

González et al. (2013), realizaron un metaanálisis de 123 artículos, en los cuales se relacionaban la actividad físico-deportiva con la satisfacción con la vida. En sus conclusiones encontraron que, los principales factores que relacionaban estas variables eran la motivación, el autoconcepto, los hábitos relacionados con la salud y en menor medida aunque no menos importante, la edad y el sexo.

Mendoza y Urbina, (2013), realizaron un estudio con población de entre 18 y 64 años, con datos obtenidos de la encuesta nacional de demografía y salud y el cuestionario IPAQ, donde relacionaron la práctica físico-deportiva y la autopercepción en Colombia. Los resultados presentan que un nivel vigoroso de actividad física y/o deporte en el tiempo libre está asociado a una buena autopercepción del estado de salud, principalmente en mujeres. Se encontraron diferencias significativas entre el sexo, la percepción del estado de salud y la práctica de actividad física y/o deporte entre hombres y mujeres, siendo mayores en los hombres.

En el estudio realizado por Moyano y Ramos (2007) con población chilena de 17 a 77 años, utilizando la Escala de Satisfacción con la Vida y el Índice de Calidad de Vida Relativo a la Salud, encontraron relación directa y significativa entre la felicidad, la autoevaluación de salud y la satisfacción vital. De forma general se halló que las personas de la región del Maule estaban satisfechas con sus vidas y que la familia era la



principal fuente de felicidad. En el mismo contexto encontraron que las personas casadas se encontraban más felices y satisfechas que las solteras. En relación con la edad se encontró que las personas más jóvenes presentaban niveles menores de felicidad y satisfacción que las personas mayores, y en relación al sexo, las mujeres presentaban una evaluación más negativa que los hombres en salud mental.

Molina, castillo y Pablos (2007), en un estudio realizado con universitarios de 19 a 35 años, aplicando el Inventario de Conductas de Salud en Escolares, la Escala de Autoestima, la Escala de Satisfacción con la Vida y la Escala de Vitalidad Subjetiva, encontraron que los hombres practican más deporte y presentan mejores niveles de autoestima que las mujeres; y además, que los hombres físicamente activos, informaron estar más satisfechos con sus vidas.

En relación al género Sánchez, Aparicio y Dresh (2006), en su estudio con población entre 25 a 65 años, utilizando el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad, la Escala de Autoestima de Rosenberg, el Cuestionario de Satisfacción Autopercebida y el Cuestionario de Medida de la Salud, afirmaron encontrar diferencias de género en la percepción del estado de salud, siendo las mujeres las que se perciben peor que los hombres. Sin embargo, esta diferencia disminuye si se toma en cuenta la condición de trabajo de los/as participantes del estudio, es decir, al analizar la muestra en situaciones similares, como por ejemplo, estar en paro, las diferencias significativas desaparecían. Concluyendo en el estudio que quienes presentan mayores diferencias y peor estado de salud percibido son las amas de casa.

En relación a la predicción de salud física, los resultados revelan que las variables psicológicas como pueden ser la ansiedad, la autoestima y/o la satisfacción vital, no predicen los índices de salud física objetivos (vistas al médico, enfermedades



crónicas), pero sí explican la varianza en los casos de los Índices de Salud Percibida Subjetivos. También observan que las variables psicológicas son mejores predictores de la salud física subjetiva en las mujeres que en los hombres, y, que la salud física de las mujeres esta íntimamente relacionada con la salud psicológica; especialmente con altos niveles de ansiedad (para más información véase en Sánchez et al. 2006).

Cabañero et al. (2004), en un estudio con mujeres embarazadas con una media de edad de 29,42 años, utilizando la Escala de Satisfacción con la Vida, las Láminas COOP-WONC y el Perfil de Salud de Nottingham, encontraron que el constructo de Satisfacción Vital obtenía mayores correlaciones con indicadores de dimensiones psicológicas (sentimientos y reacciones emocionales), que con aquellos que hacían referencia a dimensiones físicas (Movilidad Física y Forma Física).

Bermúdez, Álvarez y Sánchez (2003), con población de 18 a 33 años y aplicando la Escala de Bienestar Psicológico, el Inventario de Pensamiento Constructivo y la Escala de Estabilidad Emocional del Cuestionario “Big Five”, relacionaron la inteligencia emocional, la estabilidad emocional y el bienestar psicológico, encontrando que las tres se correlacionan de forma positiva y significativa.

En el estudio realizado por Barriopedro, Eraña y Mallol (2001), con una media de edad de la muestra de 76,6 años y utilizando el cuestionario “Beck Depression Inventory” y “Life Satisfaction in the Elderly Scale, relacionaron la actividad física, la depresión y la satisfacción con la vida en la tercera edad, encontraron diferencias entre grupos que realizaban actividad y los que no. Las personas que realizaban algún tipo de actividad presentaban niveles más bajos de depresión que las personas sedentarias. Por otro lado, encontraron en su estudio una implicación de factores psicológicos como mediadores en la relación entre actividad física y salud psicológica.





Díaz et al. (2001), en una muestra con una media de edad de 21 años, aplicando los instrumentos Millon de Estilos de Personalidad, el Cuestionario de Metas Personales de Little y la Escala de Satisfacción con la Vida, relacionaron los estilos de personalidad con las metas personales y la satisfacción con la vida en universitarios. Los resultados que obtuvieron indicaban que las metas personales y los estilos de personalidad permiten predecir un alto porcentaje de la varianza en la satisfacción con la vida, además de que el apoyo familiar para poder realizar las metas propuestas y la orientación al placer muestran una estrecha relación con la satisfacción vital.

Como hemos podido observar en los estudios revisados anteriormente, la actividad físico-deportiva apunta a una relación positiva con el bienestar psicológico. Además hemos podido ver diferencias de género en los resultados obtenidos en los estudios, donde son las mujeres quienes muestran tener percepciones más bajas de bienestar psicológico. Por eso la importancia de incluir en los estudios la perspectiva de género.

En esta revisión queremos destacar el metaanálisis realizado por González et al. (2013), quienes destacan en sus resultados los factores que más se relacionaban con la satisfacción vital (la motivación, el autoconcepto, los hábitos relacionados con la salud, la edad y el sexo), siendo éstos los estudiados en nuestra investigación.



### 1.5.3. ESTUDIOS RELACIONADOS CON LA PRÁCTICA FÍSICO-DEPORTIVA Y LOS PROYECTOS PERSONALES

En relación a los proyectos personales y la práctica físico-deportiva, no hemos encontrado estudios que relacionen estas variables. Aún así, nos parece interesante explorar esta área psicológica, desde la perspectiva de la introducción y permanencia de hábitos de vida en las personas y su relación con la satisfacción con la vida, siendo ésta variable una novedad en nuestra investigación.

En sus estudios, Páramo, Straniero, García, Torrecilla y Gómez (2012), con una muestra con edades comprendidas de 19 a 46 años, aplicando la Escala de Bienestar Psicológico para adultos (Bieps-A, Casullo, 2002), la Escala de Little (1983) y el Inventario de personalidad (MIPS, Casullo y Castro-Solano, 1997), relacionaron los proyectos personales con el bienestar psicológico y los estilos de personalidad. En su estudio realizado con población universitaria entre 19 y 46 años, obtuvieron que los Objetivos Vitales se correlacionaban de forma positiva y negativa entre los rasgos de personalidad y las dimensiones de bienestar subjetivo, respectivamente.

En relación a los objetivos de vida Páramo et al. (2012), nos comenta que en la población estudiante Argentina los objetivos más relevantes son terminar la carrera y formar una familia.

Castro y Díaz (2002), en su estudio con muestra de 15 a 18 años, evaluando los Objetivos de Vida y la Escala de satisfacción por Áreas Vitales, relacionaron los objetivos vitales con la satisfacción en adolescentes españoles y argentinos. Encontraron que existe una relación entre el sexo, la edad y los objetivos vitales; también que existía relación entre la edad, los países, si eran de procedencia rural o urbana y los perfiles de



satisfacción con la vida, además, se halló relación entre los objetivos vitales y la satisfacción con la vida.

Castro y Sánchez (2000), en una muestra con una media de 18,75 años, aplicando la Escala de Satisfacción por Áreas Vitales y la Escala de Objetivos de vida de Little. Estudiaron la relación de los objetivos vitales y la satisfacción con la vida en estudiantes universitarios. Encontraron que las áreas vitales más relacionadas con la satisfacción vital eran: la salud física y la psicológica. En relación a los logros de los objetivos de vida plantearon que la satisfacción con los vínculos con los pares y la salud física actual, son los mejores predictores del logro actual de los objetivos de vida, que la percepción de bienestar psicológico y la calidad de vida en general es lo que está más relacionado con el logro actual de los objetivos de vida de los/as universitarios/as. Y, que cuanto mejor es la salud psicológica autopercebida de la persona, se logra y se espera lograr más de la vida.

En los estudios revisados relacionados con los proyectos personales hemos observado relación con la satisfacción vital y ésta a su vez con la salud física y psicológica. Anteriormente hemos observado las relaciones existentes entre la actividad físico-deportiva con el bienestar psicológico y la percepción del estado de salud, encontrando relaciones positivas entre ellas. Con estas relaciones creemos que el estudio de las metas personales u objetivos vitales pueden servir como una herramienta más para contribuir a la mejora de la calidad de vida del individuo y además pueda aportar en la adquisición de hábitos activos y saludables.



#### 1.5.4. ESTUDIOS RELACIONADOS CON LOS MOTIVOS DE LA PRÁCTICA FÍSICO-DEPORTIVA Y LAS BARRERAS PERCIBIDAS PARA REALIZAR LA ACTIVIDAD

Desde hace ya varios años se estudia la forma de poder motivar y facilitar la participación de la población en la práctica físico-deportiva, especialmente por sus beneficios tanto a nivel personal como social.

Entre los estudios que buscan encontrar los motivos de práctica, nos encontramos con los siguientes estudios.

Blázquez y Feu (2012) realizaron un estudio específico de mujeres adultas con edades comprendidas entre los 25 años en adelante, donde analizaron la adherencia de esta población en los programas de actividad físico-deportiva en pequeños municipios de Extremadura. Los resultados encontrados nos muestran que la salud es el principal motivo de adherencia en un programa de actividad físico-deportiva. En su estudio se observa como con el avance de la edad este motivo va creciendo, lo contrario pasa con los motivos estéticos, ya que según aumenta la edad esta motivación disminuye. En esta misma línea comentan que las mujeres perciben una mejora subjetiva en distintos elementos vinculados a la salud, en tres niveles: físico, bienestar consigo mismas y en relaciones sociales.

En la encuesta de hábitos deportivos de los españoles (García Ferrando y Llopis 2010), con una muestra poblacional de 15 y más años, encontraron que los motivos más mencionados para realizar actividad física y/o deporte en orden de frecuencia son: hacer ejercicio físico (70%), por diversión (50%), mantener o mejorar la salud (48%), por gusto (41%), para encontrarse con amigos (28%), mantener la línea (23%), evasión



(15%) y competir (5%), entre otros. También encontraron que existen diferencias en el orden de preferencias de las motivaciones dependiendo del sexo, la edad y el nivel socioeconómico, donde encontramos los siguientes resultados: Según **sexo**, los tres primeros motivos nombrados por las mujeres fueron: Por hacer ejercicio (75% v/s el 67% nombrado por los hombres, aún así siendo la primera elección para ambos), mantener o mejorar la salud (69% v/s el 41% nombrado por los hombres, siendo para la mujer la segunda opción y para los hombres la tercera), por diversión (41% v/s 56% para los hombres, en este caso siendo la tercera opción para las mujeres y la segunda para los hombres).

En relación con la **edad**, donde las personas entre 15 y 24 años señalan como las tres primeras opciones: por hacer ejercicio físico (62%), por diversión (58%) y por gusto (53%); y en el rango de edad 55 y más años, por mejorar la salud (75%), por hacer ejercicio físico (74%) y diversión (40%).

Según el **nivel socioeconómico** se hace diferencia entre la clase media y alta con la de obreros y no cualificados, observando que para ambos la primera opción es por realizar ejercicio físico (69% v/s 70% respectivamente), en la segunda y tercera opción ya existen cambios en la preferencia por diversión (48% v/s 54% respectivamente) y por mantener o mejorar la salud (50% v/s 49%).

En relación a los motivos de abandono de la actividad física y/o el deporte los más mencionados por los encuestados por orden de frecuencia son: cansancio (49%), pereza (30%), motivos de salud (21%), edad (16%), problemas de horario (14%), falta de tiempo (12%), falta de instalaciones (5%), por que no le gusta (5%), falta de dinero (4%) y no verle utilidad (1%), entre otros.



En el informe del Eurobarómetro (Summary Health Determinants, 2010), se observa que la población de la UE que realiza actividad físico-deportiva afirman que el motivo principal es mejorar la salud (61%), seguido por mejorar la condición física (41%), relajarse (39%) y divertirse (31%). A nivel nacional, es más difícil identificar el motivo de la salud como el principal para la práctica físico-deportiva, en este sentido por ejemplo Bélgica y Francia no se ha mencionado como una razón importante de la práctica físico-deportiva el mejorar la salud, para esas naciones, que el deporte sea una experiencia relajante, y que ayude a mejorar la condición física, son los factores de motivación más importantes. Nos llama la atención que el motivo de mejorar la apariencia física, no resulta ser un factor determinante a la hora de ser físicamente activo, a pesar de la fuerte implantación del culto al cuerpo que se ha ido desarrollando en las sociedades más desarrolladas. A nivel general el 24% de las personas de los países miembros han expresado este motivo para su práctica físico-deportiva.

En relación a las barreras percibidas para la práctica físico-deportiva el 45% de los entrevistados de los países miembros de la UE, informan que la falta de tiempo es el principal motivo para no realizar la actividad. El resto de los factores mencionados no son llamativos a nivel porcentual en relación con los países miembros de la UE. Otras de las barreras mencionadas son: ser muy caro (5%), ser una actividad competitiva (7%), falta de instalaciones (3%) y enfermedad o discapacidad (13%), entre otras.

En otro estudio realizado también con población adulta (15 a 69 años) en la ciudad de Madrid, realizado por Rodríguez et al. (2009), observaron que la muestra realizaba actividad física y/o deporte con un carácter lúdico y recreativo. Además, la actividad estaba encaminada al mantenimiento y mejora de la salud y a la consecución de un buen aspecto físico. También observaron que los motivos para la práctica físico-



deportiva están relacionados con la edad y el género (conclusiones semejantes a las obtenidas por García Ferrando y Llopis, 2010). Por otro lado vieron que los motivos para no haber realizado nunca práctica físico-deportiva (falta de tiempo, no le gusta, edad inadecuada, cansancio/pereza, problemas de salud y otras) eran independientes de las variables analizadas (Género, edad, posición social, motivos y barreras).

Gusi, Madruga y Prieto (2009), en su estudio observaron diferencias significativas en la percepción de barreras y motivaciones para realizar actividad físico-deportiva entre población rural (municipios pequeños) y urbana de mujeres mayores extremeñas. En relación a las barreras observaron que la población rural declaraba la falta de instalaciones para poder realizar actividad físico-deportiva en un alto porcentaje (59%), sin embargo, en población urbana no existía esta misma percepción.

En otros estudios realizados en la comunidad autónoma de Andalucía (Alarcón et al. 2008) con mujeres de 16 años en adelante, observamos que los motivos de práctica más mencionados son: mantener y mejorar la salud, diversión, satisfacción personal y mantener o mejorar su aspecto físico, y que los motivos para no realizar actividad físico-deportiva más recurrentes son: la pereza, preferir hacer otra cosa o no tener hábito.

Pavón y Moreno (2008), en un estudio con población universitaria (18 a 45 años), encontraron diferencias entre la práctica de actividad física y/o el deporte entre hombres y mujeres, en relación a la frecuencia y los motivos de práctica expuestos para justificar su participación.

El estudio realizado por Martínez et al. (2008), con mujeres de 30 a 64 años, analizaron las barreras percibidas y las posibles alternativas de conciliación del ocio y el



tiempo libre. En su estudio encontraron, que las responsabilidades laborales y familiares, son una de las principales barreras a la hora de realizar actividad física y/o deporte para las mujeres que querrían realizar alguna actividad pero no podían.

En la ciudad de la Habana (Cuba), Ruíz et al. (2007), analizaron las motivaciones de la práctica y el abandono de la actividad físico-deportiva en la población de 15 años en adelante, encontrando, que los principales motivos para realizar actividad física y/o deporte eran: el mantenimiento y mejora de la salud, la diversión, la estética, la evasión y la relajación. Al igual que otros estudios mencionados anteriormente, encontraron diferencia entre los motivos en relación a la edad y el sexo: observaron que para las mujeres, y el colectivo de 45 a 64 años, el motivo más mencionado es la salud. Y que para las personas mayores de 65 años, las motivaciones a nivel social eran las más nombradas.

En relación a la población más joven y a los varones el hecho de disfrutar con la actividad y mejorar el aspecto estético eran los más mencionados.

Al referirse a las personas sedentarias, los dos motivos más mencionados para no realizar actividad física eran que les gustaba hacer otra cosa y la falta de tiempo.

Al terminar el estudio Ruíz et al. (2007), concluyeron que el sexo y la edad son fuertes diferenciadores en los motivos de la práctica físico-deportiva.

Niñerola et al. (2006). Con una muestra con edades comprendidas entre los 13 y 63 años, indagaron en las barreras percibidas para la práctica de actividad físico-deportiva, encontrando que: las personas más activas consumían menos tabaco, las personas sedentarias perciben mayor cantidad de barreras a la hora de realizar actividad física y/o deporte, que la barrera más percibida por las personas activas e inactivas es la





falta de tiempo. También encontraron relación entre las barreras percibidas y variables sociodemográficas como por ejemplo: nivel socioeconómico e infraestructuras, entre otros.

En otro estudio realizado en la comunidad de Murcia (Moreno y Rodríguez, 2004) con población entre 15 y 64 años, sus resultados nos indican que para las personas adultas independientemente del género la actividad física es un elemento que define el concepto de salud, también llegaron a la conclusión de que la preocupación por la imagen corporal y la estética es mayor en las mujeres y las personas más jóvenes y, que a partir de la mediana edad esta preocupación va descendiendo considerablemente hasta la submuestra de personas mayores. También advirtieron que los jóvenes realizan actividad física por motivos más competitivos, que las mujeres, los adultos y adultos mayores lo hacen más por motivos lúdicos y relajantes.

En Perú, un estudio realizado con población mayor de 15 años (Seclén et al. 2003) muestran que las barreras más frecuentes para la práctica de actividad físico-deportiva es la falta de tiempo y la falta de infraestructura adecuada, además del desinterés de la población.

En los estudios revisados hemos podido observar que las motivaciones de práctica físico-deportiva y las de abandono de la misma se pueden producir por diferentes factores y, que además, estas motivaciones dependerán del momento del ciclo vital en la que se encuentre la persona y el sexo. Los motivos más mencionados para su práctica, son los relacionados con el sentimiento de bienestar que produce y sus efectos sobre la salud. Por otro lado los motivos para abandonar la actividad suelen ser la percepción de la falta de tiempo para dedicar a éste tipo de actividades. Con esto nos referimos a que los motivos tanto para una u otra acción están movidos por intereses



personales, los cuales habría que fomentar de forma facilitadora para poder utilizarlos como motivadores de los hábitos activos y saludables.

### 1.5.5. ESTUDIOS RELACIONADOS CON LA PRÁCTICA FÍSICO-DEPORTIVA Y EL AUTOCONCEPTO FÍSICO

En relación al Autoconcepto Físico y la actividad físico-deportiva relacionada con la salud, hemos encontrado un grupo de investigación liderado por el Dr. Alfredo Goñi Grandmontage de la Universidad del País Vasco, que se dedican desde hace ya varios años a este tema, entre sus estudios encontramos:

Infante et al. (2011), con población de 23 a 64 años, aplicando el CAF, relacionan la actividad física, el Autoconcepto Físico y la edad. En su estudio podemos observar que cuatro dimensiones (Habilidad Física, Condición Física, Fuerza y Autoconcepto General) del CAF disminuyen a medida que aumenta la edad. Los autores consideran que éste descenso se manifiesta en menor medida en las mujeres que en los varones y, que la percepción subjetiva de ser una persona físicamente activa o sedentaria, se asocia de forma positiva con el Autoconcepto Físico. Desde otra perspectiva, el descenso del Autoconcepto Físico asociado con la edad se presenta en menor medida en las personas físicamente activas que en personas sedentarias. Éste podría ser un beneficio psicológico de la actividad física, que se manifiesta más claramente en esta etapa de la vida.

Esnaola et al. (2011), con población de 19 a 49 años, aplicando el cuestionario AFI (Autokontzeptu Fisikoaren Itaunketa), el Registro de salud Percibida y el Registro de la actividad físico-deportiva. En su estudio relacionaron variables psicosociales y la



salud percibida con el Autoconcepto Físico, encontrando que éste está significativamente relacionado con la percepción de la salud, tanto en mujeres como en varones, viendo que los sujetos que tienen mejor Autoconcepto Físico se perciben con un mejor estado de salud. En la muestra femenina, el estado de salud percibido se relaciona de forma significativa con las dimensiones de Condición Física y Atractivo Físico.

Goñi, Rodríguez y Esnaola (2010), con una muestra adulta, utilizando el CAF, relacionaron el Autoconcepto Físico y la edad, observando que las correlaciones entre escalas obtenidas en las dimensiones del Autoconcepto Físico (Habilidad Física, Condición Física, Atractivo Físico y Fuerza) son inferiores a las obtenidas en estudios previos con muestra más jóvenes.

Infante y Goñi (2009), aplicando el CAF en población de 23 a 64 años, relacionan el Autoconcepto Físico en la edad adulta, identificando relaciones entre la actividad física, la Autopercepción Física General, la Habilidad Física, la Condición Física y la Fuerza, no sucediendo lo mismo con el Autoconcepto General, ni con el Atractivo Físico, pudiendo deberse esto, a que en la edad adulta la autopercepción corporal debido al envejecimiento, hace que ese sentimiento subjetivo se desplace a otras dimensiones. Además, encontraron que dichas relaciones estarían afectadas en mayor medida por el gasto metabólico y el sexo, aunque éste último no se relaciona con todas las escalas.

Esnaola (2008), con una muestra con edades comprendidas entre los 12 a los 49 años y mayores de 55 años, utilizando el cuestionario AFI, busca relación entre el Autoconcepto Físico y el ciclo vital, encontrando que las dimensiones del Autoconcepto Físico, de Habilidad Física y Condición Física van disminuyendo desde la adolescencia



hasta las personas mayores de 55 años tanto en mujeres como en varones y, que específicamente en la muestra de mujeres, las percepciones de Atractivo Físico y Autoconcepto Físico General van mejorando paulatinamente desde la adolescencia hasta las personas mayores de 55 años.

A continuación, presentamos los estudios realizados con población adolescente referidos al autoconcepto físico. En la revisión bibliográfica hemos podido observar que el autoconcepto físico se comporta de forma distinta dependiendo del momento del ciclo vital que esté desarrollando la persona. Los estudios relacionados con el autoconcepto físico encontrados al principio de la revisión bibliográfica, fueron los realizados con población adolescente, joven y universitaria, que son las primeras muestras con las que se ha trabajado el cuestionario de autoconcepto físico. Los estudios con población adulta son más recientes.

Moreno, Cervelló y Moreno (2008), en un estudio con población entre 9 y 23 años, utilizando el cuestionario “Physical Self-conception” (PSQ), analizaron la importancia de la práctica físico-deportiva y el género en el autoconcepto físico, mostrando en sus resultados que la autoestima y el autoconcepto físico están influenciados por la edad, el género y la práctica físico-deportiva. De igual modo observaron que son los varones quienes presentan mayor percepción de imagen corporal, competencia deportiva y condición física. En relación con el autoconcepto y la autoestima, hallaron que la práctica de alguna actividad física y/o deporte sería lo que más predeciría la autoestima en particular y el autoconcepto físico en general. Por último, observaron que en la evolución de la autoestima y el autoconcepto físico desde los 9 a los 23 años existen diferencias significativas en relación a la competencia percibida y la condición física.



Candel, Olmedilla y Blas (2008). En su estudio realizado con población femenina de entre 16 y 19 años, aplicando el Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo (STAI), de Spielberger, Gorsuch y Leshene (2002), el Inventario de Depresión de Bek (1961), y el AF5 (García y Musito, 2001), que mide el Autoconcepto Académico, Autoconcepto Social, Autoconcepto Familiar, Autoconcepto Emocional y Autoconcepto Físico. Buscaron relación entre la práctica de actividad física, el autoconcepto, la ansiedad y la depresión, encontrando que las mujeres que practican algún tipo de actividad obtuvieron puntuaciones superiores en todos los factores del autoconcepto, a excepción del emocional. Además, que las mujeres que practican actividad física con mayor frecuencia tienen niveles inferiores de ansiedad y depresión.

García y Garita (2007) en su estudio realizado con mujeres adolescentes costarricenses, aplicando la Escala de Stunkard y cols. (1983), que mide la satisfacción de la Imagen Corporal, un cuestionario sociocultural y el Cuestionario de Autoconcepto Físico de Marsh y Southerland (1994), relacionaron la satisfacción con la imagen corporal, el autoconcepto físico, el IMC y algunos factores socioculturales. Los resultados revelaron que las adolescentes que se sentían satisfechas con su imagen corporal, en promedio, obtenían mayores puntuaciones en apariencia física y menores en autoconcepto físico general, en relación con las chicas que se sentían insatisfechas con su imagen corporal. También encontraron una relación significativa y negativa entre el IMC y la apariencia física.

Moreno, Moreno y Cervelló (2007), con una muestra de adolescentes de entre 15 a 17 años, utilizando el cuestionario Physical Self-Perception Profile (PSPP) y la Medida de la Intencionalidad para ser Físicamente Activo (MIFA). Buscaron la relación del autoconcepto físico como predictor de la intención de ser físicamente activo. En su



estudio descubrieron que la intención de ser físicamente activo se podía predecir con el autoconcepto físico y que de todas las dimensiones, la competencia percibida era el mayor predictor.

Rodríguez et al. (2006) con población entre 12 y 23 años, aplicando el CAF, el Cuestionario sobre Conductas Saludables en Escolares y el Cuestionario de Bienestar Psicológico. Buscaron la relación entre el Autoconcepto Físico y los estilos de vida, encontrando que los sujetos que realizaban actividad físico-deportiva puntuaban más alto en las distintas dimensiones del Autoconcepto Físico (Habilidad Física, Condición Física, Fuerza y Atractivo Físico) y menores puntuaciones en Autoconcepto General y Autoconcepto Físico. En relación al consumo de tabaco y alcohol, encontraron que los no fumadores y no bebedores ofrecían mejores puntuaciones en las dimensiones de Habilidad Física, Condición Física y Autoconcepto General. Por otro lado, encontraron que las dimensiones del CAF correlacionaban de forma significativa con las subescalas (Bienestar psicológico Subjetivo, Bienestar Material, Bienestar laboral y Relaciones con la Pareja) del cuestionario de bienestar psicológico (Escala de Bienestar Psicológico).

Goñi et al. (2004), en su investigación buscaron la relación entre el bienestar psicológico y el Autoconcepto Físico en adolescentes y jóvenes de 12 a 23 años, utilizando el CAF. En su estudio observaron que la evolución del Autoconcepto Físico asociado con la edad y el género se relaciona de forma directa con el bienestar psicológico.

Hemos podido observar en las investigaciones realizadas en relación al autoconcepto físico y sus dimensiones, que posee un comportamiento diferenciado dependiendo del género, el momento del ciclo vital, los hábitos de vida y la práctica físico-deportiva.



### 1.5.6. ESTUDIOS RELACIONADOS CON LA PRÁCTICA FÍSICO-DEPORTIVA Y EL GÉNERO

Como hemos podido observar en los estudios revisados en los párrafos anteriores, existen diferencias en la práctica de actividad físico-deportiva entre hombres y mujeres.

Los estudios demuestran que las mujeres y los hombres no se comportan de la misma manera y, que estas desigualdades, como ya hemos visto, pueden deberse a inequidades que aún se mantienen en la sociedad en general. Con lo cual, a la hora de proponer programas de fomento a la actividad física y/o al deporte, debemos estudiar bien las necesidades específicas para cada individuo.

En la revisión bibliográfica, encontramos los siguientes artículos que nos ayudan a centrar las necesidades de las mujeres en relación a la práctica físico-deportiva y la salud.

González y Rey (2013), realizaron un estudio consistente en buscar los estereotipos que se encuentran en los libros de texto de educación física, publicados en el período de la LOE. Los resultados mostraron que la representación gráfica del hombre en los libros era más frecuente que el de la mujer, que las mujeres mayoritariamente son representadas en espacios interiores y fuera del ámbito competitivo, reforzando de esta forma los estereotipos de género en la sociedad actual.

García Ferrando y Llopis (2010), confirman que en los últimos 30 años, el diferencial de práctica físico-deportiva entre hombres y mujeres apenas se ha alterado, aun así, no se puede negar que ha habido un aumento de la práctica físico-deportiva en ambos sexos en las tres últimas décadas. En este sentido Ferrando y Llopis, observan



que estos datos reflejan un comportamiento estructural que demuestra la persistencia de grupos de referencia, modelos de roles y valores que se encuentran bien diferenciados para hombres y mujeres y, que hasta el día de hoy no han podido ser modificados.

En el estudio realizado por Alvariñas et al. (2009), sobre actividad física y percepción del deporte y género, realizado con población de 15 a 16 años, observaron que la participación en actividades físico-deportivas era superior en los varones que en las mujeres, que los estereotipos relacionados con el deporte y el género no son significativos entre quienes practican deporte o no lo practican. Sin embargo, hay un 60% de los encuestados que cree que hay deportes más apropiados para chicos y otros para chicas.

Rivera, Molina y Videa (2006) realizaron una revisión donde relacionaban la actividad física, la salud y el género en diferentes momentos del ciclo vital. En sus reflexiones exponen que los programas de actividad físico-deportiva conducen a mejorar la calidad de vida, que pueden ser realizados por todas las personas, sin importar el sexo o la edad, comenta igualmente que, lo más adecuado sería que desde el ámbito familiar y escolar se estimulara la participación conjunta (chicos y chicas, hábiles y no hábiles, con sobrepeso y sin sobrepeso), intentando de construir espacios afines y comunes, donde nos escuchemos y respetemos en las diferencias.

También exponen que en el espacio escolar se hace necesario replantearse la forma de realizar las clases de educación física resaltando las funciones corporales, el desarrollo del movimiento y su implicación con la personalidad, la promoción de la salud y adaptación del medio tanto físico como social, entre otras.





Gallego y Estebaranz (2005), realizaron una revisión para determinar los factores que influyen en la situación de igualdad y discriminación de la mujer en la actividad física y el deporte en diferentes momentos del ciclo vital, llegando a la conclusión de que los factores que obstaculizan el desarrollo del deporte femenino de alto nivel y de gestión son: la tradición cultural, el conflicto de roles e identidad de género, la diferencia de remuneración económica y publicitaria según sexo y la escasez de modelos femeninos.

Rodríguez et al. (2005), realizan una revisión teórica con población en distintos momentos del ciclo vital, en sus observaciones nos comentan que la influencia del contexto general relacionado con la cultura, costumbres y formas de socialización, en el que se desenvuelven las personas, en este caso entre hombres y mujeres afecta de forma decisiva a la formación de estereotipos y a la identidad de género, lo cual, aplicado al mundo del deporte, ha impedido la participación masiva de las mujeres en estas áreas. La división sexual del trabajo, ha atribuido a cada sexo roles diferentes. Por otro lado la desigualdad de recursos y la baja participación en la toma de decisiones, ha influido en estas diferencias.

Vázquez (2002), realiza una revisión donde en sus observaciones propone soluciones para aumentar la participación de la mujer en el área de la actividad física y el deporte, en su estudio expone tomar medidas a nivel internacional como, por ejemplo, aumentar en un 20% la participación de la mujer en puestos de responsabilidad y toma de decisiones, promover la formación de mujeres dirigentes, aumentar la financiación del deporte femenino, realizar estudios para detectar violencia y acoso en el deporte y, promover estudios sobre la incidencia del deporte en la salud de la mujer.



Como hemos podido observar en los estudios revisados, el género es una variable determinante de la práctica físico-deportiva. Podemos afirmar que las mujeres suelen realizar menos actividad físico-deportiva que los varones, tanto a nivel de ocio activo, como a nivel profesional o de gestión.

En relación a la percepción del estado de salud, la mujer es un colectivo con especial vulnerabilidad, y más aún dependiendo de sus características personales y sociodemográficas.

### 1.5.7. ESTUDIOS RELACIONADOS CON LA PRÁCTICA FÍSICO-DEPORTIVA Y ASPECTOS SOCIEODEMOGRÁFICOS

En la última encuesta nacional sobre los hábitos deportivos de los españoles, realizada por García Ferrando y Llopis (2010), con una muestra con edades comprendidas desde los 15 años en adelante, hace una comparativa de la práctica físico-deportiva en el período transcurrido entre 1980 y 2010, encontrando un incremento de la práctica en 15 unidades porcentuales. Sin embargo, podemos ver en los resultados de la encuesta que, aunque se ha aumentado la práctica de actividad física y deportiva en la sociedad en general el diferencial de práctica físico-deportiva entre hombres y mujeres apenas se ha alterado en los últimos 30 años, siendo los hombres los que realizan más actividad física y/o deporte.

Desde nuestra perspectiva, este dato manifiesta una conducta a nivel sociocultural que permanece aún muy arraigado. Manteniendo hasta el día de hoy unos modelos estereotipados y valores diferenciados entre hombres y mujeres, difíciles de modificar, haciendo necesario tener que trabajar estas áreas.



Comentan también que en relación a las instalaciones deportivas, las inversiones realizadas por las instituciones públicas, han contribuido a reducir la brecha que separa la práctica físico-deportiva de hombres y mujeres y, que la implementación de programas ha ayudado a aumentar la práctica en la población, especialmente en la práctica de la actividad física y el deporte de forma masiva y relacionada con la salud.

En éste mismo estudio, en relación al abandono ya sea temporal o definitivo de la práctica físico-deportiva, los españoles exponen que es la falta de tiempo, relativo especialmente a las dificultades que presentan los horarios comerciales y laborales, relacionados con la conciliación familiar en relación al ocio y el tiempo libre, lo que conlleva a abandonar éste hábito.

En relación a los motivos para realizar actividad física y/o deporte, el 74% de la población comenta que practica actividad físico-deportiva sin ánimo de competir. Más bien las motivaciones actuales van más relacionadas con realizar la práctica físico-deportiva por motivos recreativos, de salud y diversión, entre otras.

En relación al tipo de actividad realizada, observan que las diferentes modalidades de gimnasia se han convertido en la oferta más popular y asequible para la población. Este tipo de actividades permite una adaptación a todo tipo de público independientemente del sexo, edad, condición física, estatus socioeconómico, etc. Además, de no necesitar de grandes inversiones y ofertarse tanto a nivel público como privado.

En esta encuesta también se realiza un análisis de las variables que más podrían predecir la práctica físico-deportiva. Donde encontramos: sexo, edad, nivel de estudios, situación ocupacional, estatus socioeconómico o clase social, tamaño de la comunidad



de residencia, grado de proximidad de instalaciones deportivas, aspectos que gustan del deporte, idea acerca del deporte y los hábitos deportivos de la familia. Siendo éste último el más significativo.

En relación a los perfiles de consumo de actividad físico-deportiva en centros deportivos municipales andaluces, Águila et al. (2009), en su estudio con población de 16 años en adelante, encontraron que se destaca el alto porcentaje de mujeres entre los/as usuarios/as. Las edades donde se presentaba un mayor número de usuarios/as es entre los 18 y 44 años de edad. La situación laboral que predomina es la de activo/a y de clase social media baja. Se encontraron diferencias de género en el tipo de actividad realizada y preferida, aunque la sala de *fitness* es la más utilizada.

López (2009), estudió la influencia de los factores psicosociales en los hábitos de práctica de actividad físico-deportiva en diferentes momentos del ciclo vital, encontró que el único modo de conocer las variables que van a condicionar la práctica físico-deportiva era el estudio específico de la población donde se iba a realizar la actividad o, por lo menos, en el caso de existir, prestar atención a estudios previos en entornos cercanos y/o similares.

Alarcón et al. (2008), realizaron un estudio descriptivo de las características físico-deportivas de la mujer andaluza, con población de 16 años y más. En su estudio observaron que la práctica de actividad físico-deportiva decrece con la edad, que la mayor tasa de práctica físico-deportiva la realizan las mujeres solteras, que viven en municipios de más de 100 mil habitantes.

Los principales motivos para realizar actividad físico-deportiva son la iniciativa propia, la relación con los/as amigos/as y por recomendación médica.



Los espacios públicos son los más demandados para realizar la actividad.

Olmedilla, Ortega y Madrid (2008), en un estudio con población de 18 a 65 años, relacionaron variables sociodemográficas, con alteraciones psicopatológicas y la práctica de actividad físico-deportiva. Los resultados de su estudio mostraron que las mujeres entre 45 y 54 años manifestaban niveles superiores de ansiedad y depresión que el resto de las mujeres. También observaron que las viudas mostraban niveles superiores de ansiedad que las solteras y niveles superiores de depresión que las casadas y las solteras. En relación al número de hijos, las mujeres que tenían dos hijos obtenían niveles superiores de ansiedad y depresión que las que no tenían ninguno. Respecto a la práctica físico-deportiva observaron que el grupo de mujeres que realizaban algún tipo de actividad física con regularidad, declaraban niveles menores de ansiedad y depresión.

En Pamplona, Elizondo et al. (2005), estudiaron la relación de la actividad física con variables sociodemográficas y los estilos de vida en población de 18 a 65 años. Los estudios revelaron que las mujeres son más sedentarias que los varones, que el sedentarismo se incrementa con la edad y, que el sexo, la edad, el nivel de estudios, la profesión y el estado civil parecen ser determinantes del estilo de vida sedentario.



## **CAPÍTULO II:**

# **OBJETIVOS E HIPÓTESIS**

---





## 2.1. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Podemos enmarcar este trabajo en la línea de investigación de salud y género, en el que se pretende profundizar en las variables tanto sociodemográficas como psicológicas que se asocian a la práctica de actividad física en mujeres adultas.

Tras la revisión bibliográfica presentada anteriormente, hemos detectado una carencia de conocimientos en los factores determinantes de la práctica físico-deportiva de las mujeres físicamente activas en edad adulta, y su relación con el autoconcepto y proyectos de vida. Este hecho lo consideramos especialmente detectable en el ámbito de los municipios extremeños mayores de 50000 habitantes, precisamente donde hay más servicios físico-deportivos de carácter público y privado.

Con lo expresado anteriormente, nos proponemos detectar y analizar distintos factores de la práctica de actividad física saludable en mujeres cacereñas y hacerlo estableciendo una distinción entre dos tipos de factores:

- a. Factores de tipo social y ambiental.
- b. Factores de tipo psicológico.





---

**Objetivos:**

1. Identificar los factores facilitadores y las barreras que encuentran las mujeres adultas físicamente activas de Cáceres, para la realización de su actividad físico-deportiva.
2. Evaluar el estado de salud percibido de las mujeres adultas de Cáceres físicamente activas en el momento del ciclo vital en el que se desarrollan.
3. Evaluar el autoconcepto físico y el autoconcepto general de las mujeres adultas que realizan actividad físico-deportiva en Cáceres.
4. Explorar los factores que determinan la inclusión de la actividad física dentro de las metas personales de las mujeres adultas físicamente activas de Cáceres.



## 2.2. HIPÓTESIS DEL ESTUDIO

Esperamos encontrar diferencias en los distintos parámetros descritos a continuación, en función de variables como la edad, el tiempo dedicado a la actividad físico-deportiva, el autoconcepto físico y el lugar que ocupa la práctica físico-deportiva dentro de las metas personales de cada participante.

### **I: En relación a la variable edad:**

Esperamos encontrar diferencias en función de la edad:

- a) En el número de horas dedicadas a la práctica de la actividad física.
- b) En las dimensiones del autoconcepto físico.
- c) En la inclusión de la actividad física dentro del conjunto de metas personales.

### **II: En relación a la práctica deportiva:**

Esperamos encontrar diferencias entre aquellas mujeres que dedican mayor número de horas semanales a su práctica de actividad física y aquellas que dedican menos horas semanales de práctica, al menos en tres tipos de variables:



- a) Variables sociodemográficas, como el nivel de estudios, el estado civil, y la situación profesional (Elizondo-Armendáriz, Guillén y Aguinaga, 2005) y otras variables vinculadas a la situación personal y familiar.
- b) En relación a variables psicológicas como el autoconcepto físico y la satisfacción con la vida, que se espera será mejor en las mujeres físicamente activas, con independencia de su edad (Gill, Williams, Butki y Kim, (1997).
- c) En el lugar que ocupa la actividad física dentro del proyecto personal.

### **III: En función de las características del proyecto personal.**

Se buscarán relaciones entre las metas personales con la satisfacción con la vida.



**CAPÍTULO III:**  
**MATERIAL Y MÉTODOS**

---





### 3.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación se desarrolló en conformidad con la Declaración de Helsinki y sus posteriores actualizaciones, y fue aprobada por la comisión de Ética Biomédica de la Universidad de Extremadura (nº de registro: 157//2009 el 30/01/2009). El registro de los datos fue codificado para preservar el anonimato de las participantes.

Nuestra investigación fue desarrollada en dos fases, la primera parte ha utilizado una metodología descriptiva, enfocada a describir las características y las relaciones de las mujeres adultas físicamente activas de la ciudad de Cáceres y las variables biológicas, sociodemográficas y psicológicas que pueden condicionar la práctica físico-deportiva.

La segunda etapa de tipo inferencial, donde buscamos diferencias entre los grupos y su relación con dimensiones psicológicas y subjetivas de las participantes con variables sociodemográficas y sus hábitos de vida. Todo esto dentro de un diseño de corte transversal.



### 3.1.1. PROCEDIMIENTOS

Después de realizar una extensa revisión bibliográfica, de la elaboración de los cuestionarios y de tener claro la muestra que se quiere analizar, se realizó una estimación lo más cercana a la realidad de la muestra que se consideraba representativa para el estudio con los datos obtenidos.

En primer lugar se realizó una búsqueda de las asociaciones, instituciones deportivas y culturales, centros de *fitness*, etc. Donde se ofertan actividades físico-deportivas en la ciudad de Cáceres.

A continuación se estableció contacto con dichos centros para obtener su autorización y colaboración en el estudio. Esto se hizo personalmente y a través de un formulario de consentimiento que debían rellenar los encargados de cada uno de los centros que aceptaron colaborar con la investigación.

A partir del punto anterior, tomamos contacto con las usuarias de dichos centros para pedir su colaboración e informar de forma general del estudio y cumplimentar, al igual que los encargados de los centros, un informe de consentimiento informado (anexos), antes de contestar el cuestionario correspondiente a la investigación.

La presentación de los instrumentos se realizó, siguiendo el mismo orden y bajo la supervisión de uno de los integrantes del equipo de investigación.

Se les explicó la importancia de cumplimentar el formulario de consentimiento informado y se les dio las instrucciones básicas para completar el cuestionario siguiendo el mismo protocolo para todos los grupos.



### 3.1.2. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS

Las variables obtenidas a través del cuestionario aplicado fueron codificadas y procesadas en el software informático IBM SPSS Statistics versión 21.0. Las variables numéricas fueron representadas por sus medias de tendencia central y dispersión (media y su desviación típica, en adelante dt., mediana y rangos intercuartílicos, en adelante Q1-Q3), esto debido a que la mayoría de ellas no tenían distribución normal y nos obligaban a emplear pruebas no paramétricas basadas en indicadores robustos. Las variables categóricas están representadas a través de su frecuencia y su porcentaje (n %).

Se realizaron análisis exploratorios, descriptivos y tablas de contingencia.

Para contrastar el supuesto de normalidad de los datos y poder determinar la aplicación de pruebas paramétricas o no paramétricas, se realizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov aplicando la corrección de Lilliefors y el test de Levene para evaluar el supuesto de homogeneidad de varianza.

Para comparar las medias de tendencia central en el caso de dos grupos se utilizó la prueba “t” de Student, en el caso de verificarse el supuesto de distribución normal y la prueba “U” de Mann-Whitney en el caso de no cumplirse el supuesto.

Para comparar las medias de tendencia central de más de dos grupos se realizó un análisis de varianza (ANOVA), posteriormente se utilizó la prueba post hoc de comparaciones múltiples de Bonferroni, en el caso que los supuestos distribucionales de normalidad y homogeneidad de varianza no se cumpliesen, se optó por el test de Kruskal-Wallis. En el caso de que el test fuese significativo se aplicó el test de Mann-





Whitney con la corrección de Bonferroni, para poder determinar entre qué grupos existían diferencias.

Para evaluar la relación entre variables numéricas se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson en el caso de normalidad y de Spearman en el caso contrario.

Para analizar las variables categóricas se realizaron tablas de contingencia y para determinar la relación entre ellas se realizó la prueba de Chi-cuadrado.

Se consideró un nivel de significación del 0.05, esto quiere decir, que cada vez que el valor “p” asociado a un test sea menor o igual a 0.05 se considerará significativo. Correspondiendo a un nivel de confianza del 95%.

Se realizó un análisis de regresión lineal para determinar la relación entre una variable dependiente y variables independientes, con el propósito de establecer posibles predictores en la variable dependiente a partir de las variables independientes. Además, se realizó un análisis de colinealidad, con el objetivo de controlar el efecto que estas otras variables podrían tener entre los predictores del modelo de regresión y para determinar su influencia sobre la variable dependiente. Ya que este proceso requiere del cumplimiento de unos supuestos básicos de normalidad y homogeneidad de varianza y, puesto que los datos obtenidos con nuestra muestra en su gran mayoría no respondían a estos supuestos, se optó por realizar éste análisis con la técnica de remuestreo de datos Bootstrap. Éste tipo de procedimiento no suele ser muy utilizado en éste ámbito de la investigación, por este motivo procederemos a explicar brevemente en qué consiste.

El “Bootstrap” es una técnica de remuestreo que admite resolver problemas con la estimación de los intervalos de confianza o con las pruebas de significación estadística (Ledesma, 2008). Ésta técnica se caracteriza por no ser muy exigente en



cuanto al cumplimiento de los supuestos teóricos para su aplicación, siendo menos restrictiva que las técnicas convencionales. Consiste en que en vez de asumir a priori una determinada distribución teórica de los datos, utiliza la muestra original, generando un gran número de submuestras (1000, 2000, etc.), que sirven de base para estimar inductivamente la forma de la distribución muestral de los estadísticos (Ledesma, 2008), es decir, utiliza la información disponible de los propios datos, prescindiendo de la ayuda externa de modelos o supuestos teóricos. Esto permite estimar éstas propiedades aproximando empíricamente la distribución del estadístico en cuestión. Esta perspectiva se apoya en la capacidad de la muestra para representar los aspectos relevantes de la población de la cual fue extraída (Guil-Flores, 2005). Para más información véase Ledesma, 2008.

Tomando en cuenta la cantidad de datos y variables que se manejan en el estudio, hemos considerado necesario omitir algunas tablas, en las que se expondrían análisis exploratorios, de normalidad y homogeneidad de varianza. Éstas sólo serán presentadas en los casos que se considere necesario.



### 3.2. PARTICIPANTES DEL ESTUDIO

Las participantes del estudio fueron mujeres físicamente activas que realizaban como mínimo dos horas semanales de actividad físico-deportiva, con edades comprendidas entre 18 a 85 años, de la ciudad de Cáceres.

Para reunir a las participantes del estudio se realizó una selección de los diferentes centros deportivos, tanto públicos como privados, donde se contactó con los encargados del centro y se les solicitó su autorización para poder entregar los cuestionarios a las participantes de los centros donde realizaban su actividad físico-deportiva. Se protegió el anonimato de la identidad de las personas encuestadas, y los datos fueron tratados de forma anónima mediante la asignación de un código numérico. A la hora de desarrollar este estudio se tuvieron presentes los principios de la Declaración de Helsinki y sus actualizaciones posteriores. Concretamente, este estudio se enmarca en un estudio ya aprobado por el Comité de Bioética de la Universidad de Extremadura (2009).

Los criterios de inclusión en el estudio fueron los siguientes:

- ✓ Ser mujer.
- ✓ Tener 18 años o más.
- ✓ Realizar actividad físico-deportiva en un centro de servicios físico-deportivos.
- ✓ Tener una frecuencia mínima de actividad física de 2 veces por semana 1 hora diaria.
- ✓ Ser residente en Cáceres.



### 3.3. TÉCNICA DE MUESTREO

La técnica de muestreo elegida fue el muestreo no aleatorio de tipo incidental, debido a la dificultad que supone obtener respuestas a un instrumento de las características de las que se emplearon en este estudio, se procuró que los centros colaboradores fueran representativos de la realidad económica y social de las mujeres practicantes de actividad física, se seleccionaron centros privados y servicios municipales de la ciudad de Cáceres, siendo la proporción 18,2% y 67% respectivamente.

#### 3.3.1. TAMAÑO DE LA MUESTRA

Dado que la población de la muestra es finita, aunque desconocemos los datos exactos de la población de mujeres físicamente activas de Cáceres, se hizo una aproximación con los datos obtenidos según el análisis de las cifras de población publicadas por el Ayuntamiento de Cáceres el 1 de enero del 2010 y el Plan de Salud de Extremadura 2009-2012, aplicando la siguiente fórmula:

$$n = \frac{k^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{(e^2 \cdot (N-1)) + k^2 \cdot p \cdot q}$$



Donde:

N: es el tamaño de la población o universo (número total de posibles encuestados)

k: Es la constante que depende del nivel de confianza que se asigne. (95% en nuestro caso)

e: Es el error muestral deseado.

p: Es la proporción de individuos que poseen en la población la característica de estudio.

q: Es la proporción de individuos que no poseen esas características.

n: Es el tamaño de la muestra.

De acuerdo a los datos estadísticos de la población en Cáceres a 1 de enero del 2010, la población femenina es de 48.688, de las cuales 41.315 tenían entre 16 y 85 años.

En relación a la práctica físico-deportiva el Plan de salud de Extremadura 2009-2012 nos expone que tan solo el 1,4% de la población femenina de 16 años en adelante realiza ejercicio físico en su tiempo libre varias veces a la semana. Con estos datos nos encontramos que en Cáceres contamos con una población aproximada de 578 mujeres entre 16 y 85 años que realiza ejercicio físico varias veces a la semana. A partir de estos datos y haciendo los cálculos correspondientes nuestra muestra mínima para el estudio debería ser de 232 participantes, con un nivel de confianza del 95%. Se aumentó aproximadamente un 10% la muestra en previsión de posibles errores o falta de datos tras la tabulación de los mismos ya obtenidos. Al terminar de recoger la muestra hemos cumplido con nuestro objetivo llegando a  $n=258$ .



Con este procedimiento de cálculo representativo de la muestra, hemos querido acercarnos lo más posible a la realidad de nuestra ciudad en relación a la población encuestada. Como bien sabemos, conseguir una muestra representativa sin tener los datos exactos de la población es realmente complicado, sin embargo, creemos que dentro de las posibilidades que hemos tenido, hemos conseguido nuestro objetivo en relación de las encuestas realizadas en la ciudad de Cáceres.

### 3.3.2. PARTICIPANTES DEL ESTUDIO Y SUS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS.

En el siguiente apartado se presentan las características de las participantes en el estudio, las cuales fueron seleccionadas a través de un muestreo no aleatorio de tipo incidental de los diferentes centros tanto públicos como privados, donde se realiza actividad físico-deportiva en la ciudad de Cáceres.

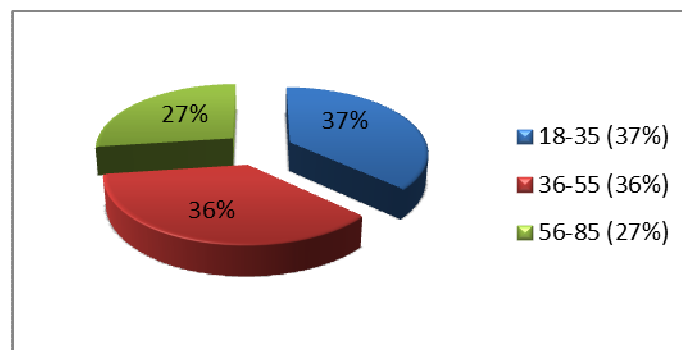
#### 3.3.2.1. Edad

Puesto que el periodo temporal correspondiente a la etapa adulta es muy prolongado y teniendo en cuenta que, hemos podido contar con participantes de edades muy avanzadas (el rango de edad abarca desde los 18 hasta los 85 años). Nos ha parecido oportuno y necesario establecer una distinción que refleje las distintas etapas de la edad adulta, en relación a su ciclo vital. Al igual que otros autores de estudios previos hemos considerado dividir la muestra en grupos de edad (García Ferrando y Llopis, 2010; Goñi et al. 2010; Elizondo et al. 2005). La bibliografía referencia diferentes agrupaciones, en



nuestro estudio hemos decidido agruparlos en relación a lo más cercano de la realidad sociocultural de la ciudad, considerando sus características (sin querer dividir la muestra en demasiados subgrupos, lo cual podría dificultar la potencia estadística del análisis de los mismos), hemos considerado en el primer grupo de edad a aquellas mujeres con edades comprendidas entre los 18 y 35 años (etapa de estudios y comienzo de la etapa laboral). Hemos clasificado en el segundo grupo aquellas que se encontraban entre los 36 y los 55 años (consolidación del trabajo y la maternidad) y, por último, dentro de nuestro estudio, hemos considerado en el tercer grupo a aquellas mujeres que tuvieran 56 años o más (finalización de la etapa reproductiva, en la que ya están concluyendo los cambios asociados a la menopausia y comienzo del proceso de jubilación).

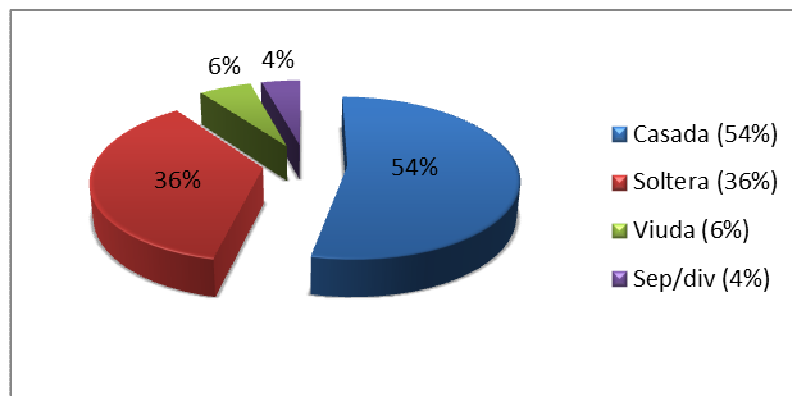
En nuestro estudio participaron 258 mujeres, con edades comprendidas desde los 18 hasta los 85 años, con un promedio de edad de 43,0 años (dt.=17,6), y una mediana de 44,0 (27,0-56,0). La muestra se dividió en tres grupos de edad, en relación al ciclo vital en el que se encontraban. Se distribuía de la siguiente forma. El 37% entre 18 y 35 años (primer grupo), el 36% entre 36 y 55 años (segundo grupo) y el 27% entre 56 a los 85 años (tercer grupo).



**Gráfico 1:** Distribución según grupos de edad para la muestra total, n=258.

### 3.3.2.2. Estado Civil

Podemos observar en el gráfico 2, que más de la mitad de la muestra están casadas (54%), el 36% están solteras y el 10% se distribuye entre viudas, separadas o divorciadas.

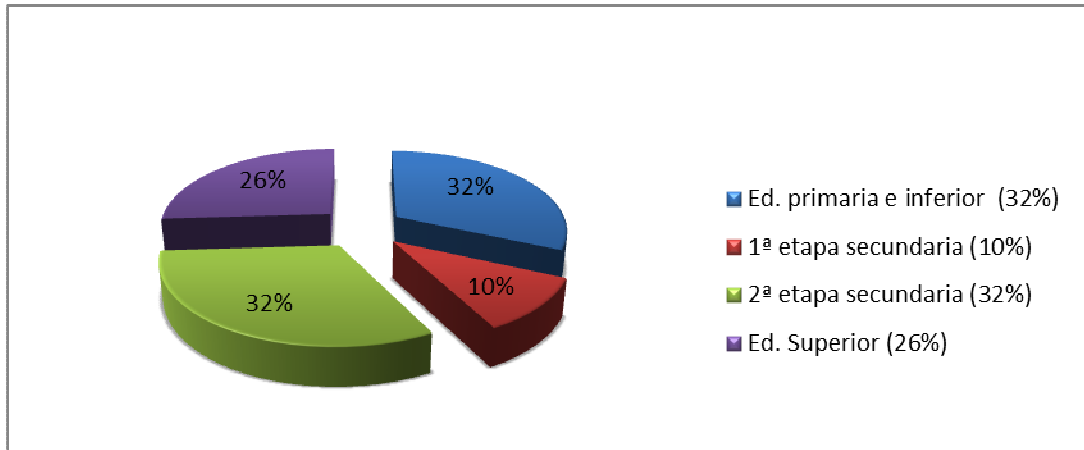


**Gráfico 2:** Distribución del estado civil para la muestra total, n=258.

### 3.3.2.3. Nivel de Estudios

Con respecto a la variable nivel de estudios (Gráfico 3), observamos que el 26% a realizado estudios superiores; el 32% de las mujeres habían cursado la 2ª etapa de secundaria, un 10% la primera etapa de secundaria y un 32% de la muestra no superaba la educación primaria.

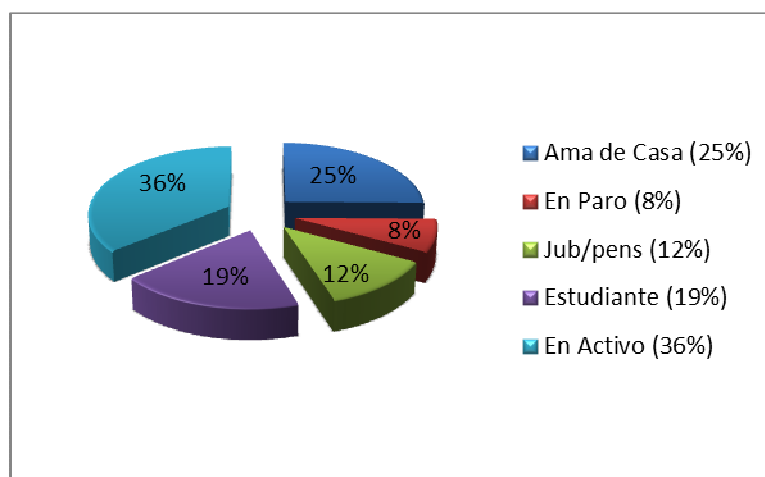




**Gráfico 3:** Distribución del nivel de estudios para la muestra total, n=258.

#### 3.3.2.4. Situación Laboral

En relación con la situación laboral un 36% de la muestra se encontraba en activo (trabajo remunerado), el 25% eran amas de casa, el 19% eran estudiantes, el 12% jubilada o pensionistas y un 8% estaba en paro.



**Gráfico 4:** Distribución de la situación laboral para la muestra total, n=258.



### 3.3.2.5. Número de horas semanales dedicadas a la actividad físico-deportiva

En relación al número de horas dedicadas a la práctica físico-deportiva, nos hemos encontrado con una población muy heterogénea en su distribución, al igual que con la variable edad, hemos realizado una agrupación formando subgrupos para su mejor análisis. Esta variable no ha sido fácil de reagrupar, pero desde nuestra perspectiva de investigación necesaria. Para realizar los subgrupos nos hemos basado en las recomendaciones de actividad físico-deportiva propuesta por la OMS (2010) y los criterios objetivos del personal de laboratorio.

En la tabla 3 se presenta una descripción del número de horas dedicadas a la actividad físico-deportiva por semana de las entrevistadas, con una media de 5,2 y una dt. de 3,9. Observamos también que un 58% de ellas dedica entre 2 y 5 horas semanales a su actividad físico-deportiva.

Tabla 2. Resumen estadístico del tiempo semanal dedicado a la actividad físico-deportiva.

	Media (dt)	Mediana (Q1-Q3)
(a) Número de horas dedicado a la práctica físico-deportiva	5,2 (3,9)	4,0 (3,0-6,0)
		n (%)
Entre 2 de 5 horas		151 (58,5)
entre 5 y 10 horas		80 (31,0)
más 10 de horas		27 (10,5)

(a) Esta variable se ha evaluado de forma cuantitativa y además ha sido recategorizada para establecer una división de la muestra en tres subgrupos, además de permitirnos establecer el % de mujeres que practican más o menos horas, amplía las posibilidades de someter esta variable a distintas pruebas estadísticas.



### 3.4. INSTRUMENTOS DE MEDIDA

#### 3.4.1. CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO

Para la confección del Cuestionario *sociodemográfico* se han consultado trabajos previos como la “Encuesta sobre Hábitos Deportivos de los Españoles” patrocinada por el Consejo Superior de Deporte y realizado por el CIS (García Ferrando, 2005; García Ferrando y Llopis, 2010), el “Estudio sobre la Actividad Física y Deportiva de las mujeres de Madrid: hábitos, demandas y barreras” (Hernández y Avelino, 2005), “Plan Integral para la Actividad Física y el Deporte” (versión 1, junio 2009), “Plan de Salud de Extremadura” (2009-2012), “Plan Integral para la Actividad Física y el Deporte de Extremadura” (2009-2016) y se han añadido algunos elementos de tipo educativo y contextual, que nos permitieran complementar nuestro propósito de estudio.

#### 3.4.2. CUESTIONARIO DE AUTOCONCEPTO FÍSICO (CAF)

El Cuestionario de Autoconcepto Físico (CAF) es un instrumento original en castellano, construido por Goñi, Ruiz de Azúa y Rodríguez (2006). Está conformado por un total de 36 ítems, correspondientes a 6 escalas, compuestas cada una de ellas por 6 ítems, el formato de respuesta se divide en 5 alternativas en una escala tipo Likert.



La finalidad de éste cuestionario es medir las dimensiones específicas del autoconcepto físico:

- *Habilidad Física*: Se refiere a la percepción de las cualidades y habilidades que tiene la persona para la práctica de los deportes; capacidad de aprender deportes, seguridad personal y predisposición ante los deportes. Ejemplo; “Practicando deportes soy una persona hábil”.
- *Condición Física*: Esta dimensión considera la percepción de la forma física, la resistencia, la energía y la confianza en el estado físico de la persona. Ejemplo: “Puedo correr y hacer ejercicio durante mucho tiempo sin cansarme”.
- *Atractivo Físico*: Corresponde a la percepción de la apariencia física propia: la seguridad y la satisfacción por la imagen propia. Ejemplo: “Me siento contento/a con mi imagen corporal”.
- *Fuerza*: Considera la percepción que tiene la persona de verse y/o sentirse fuerte, con capacidad para levantar peso, con seguridad para realizar ejercicios que requieren fuerza y predisposición a realizar dichos ejercicios. Ejemplo: “Tengo más fuerza que la mayoría de la gente de mi edad”.
- *Autoconcepto Físico General*: Se refiere a las opiniones y sensaciones positivas que tiene la persona (felicidad, satisfacción, orgullo y confianza) en relación a su propio físico. Ejemplo: “Físicamente me siento bien”.
- *Autoconcepto General*: Es la satisfacción con uno/a mismo/a y con la vida en general. Ejemplo: “No tengo demasiadas cualidades como persona”.



Todas las escalas ofrecen un alto nivel de fiabilidad, cuyos valores oscilan entre 0.80 y 0.88 (Goñi et al., 2006). El cuestionario ha mostrado sensibilidad para discriminar entre respuestas de personas de distintas edades y entre hombres y mujeres (Goñi et al., 2008).

### 3.4.3. ESCALA DE SATISFACCIÓN CON LA VIDA (ESV)

Para evaluar el componente cognitivo del bienestar subjetivo empleamos la versión española de la “Escala de Satisfacción con la Vida” (ESV). Se utilizó la traducción de Arce (1994) a partir de la original de Diener, Emmons, Larsen y Griffin (1985), que aparece en el estudio realizado por Cabañero et al. (2004). Se decidió utilizar ésta versión ya que éste estudio se realizó con una muestra de mujeres adultas con características específicas (mujeres embarazadas y puérperas). En el mismo estudio se hace un análisis comparativo con la versión del cuestionario realizada por Atienza et al. (2000) en población adolescente, mostrando resultados similares. La versión utilizada muestra una consistencia interna ( $\alpha=0,82$ ), similar a la de otros estudios (Arrindell, Heesink y Feij 1999; Atienza et al. 2000; Diener et al. 1985).

Es una escala multi-item, con formato de respuesta tipo Likert, que evalúa la satisfacción con la vida. Los estudios de validez con la escala ESV han obtenido un único factor que explica el 58,6 % de la varianza. La validez de constructo de la ESV ha sido analizada en grandes muestras y comparando diferentes poblaciones (Arrindell et al. 1999; Atienza et al. 2000; Diener et al. 1985), mostrando la presencia de un único



factor. Todos los ítems muestran un nivel de fiabilidad que oscilan entre 0,79 y 0,73.

Para una revisión general sobre esta escala, véase Pavot y Diener (1993).

#### 3.4.4. CUESTIONARIO EQ-5D-3L

Para medir el estado de salud subjetivo utilizamos la versión española del cuestionario EQ-5D-3L de la Fundación EuroQol (Herdman, Badia y Serra, 2001), del cual nos centramos en los datos de la Escala Visual Analógica (EVA).

EVA es una escala vertical graduada de 0 a 100, donde el 0 corresponde al “peor estado de salud imaginable” y el 100 al “mejor estado de salud imaginable”. Se debe marcar con una línea desde el 0 hasta el nivel que mejor indique su estado de salud “en el día de hoy”. El uso de esta escala proporciona una puntuación complementaria al sistema descriptivo de la autoevaluación del estado de salud del individuo. Para analizar EVA, el valor otorgado al estado de salud global es una medida cuantitativa que permite comparar entre grupos y/o cambios en el tiempo. También es posible categorizar las puntuaciones obtenidas con EVA en forma de una escala cualitativa.

En nuestro estudio hemos utilizado la EVA como medida cuantitativa del estado de salud percibido en el día que se realizó la encuesta.



### 3.4.5. EVALUACIÓN DE PROYECTOS PERSONALES

Para evaluar las metas u objetivos personales se ha empleado la metodología utilizada por Little (1983) para la evaluación de los Proyectos Personales. La metodología consiste en solicitar a las participantes que realicen una lista de objetivos o metas que responde a un plan personal individual. El sujeto debe ponderar cada una de sus metas en diferentes dimensiones mediante una escala tipo *Likert*, que permite efectuar comparaciones entre los diferentes participantes (aproximación nomotética), sin que éstos pierdan lo único y personal de cada uno (aproximación ideográfica). Nos hemos basado en los estudios previos de Morales y Sánchez-López (2001).



### **3.5. VARIABLES DEL ESTUDIO**

En este estudio se combina el empleo de variables sociodemográficas y hábitos de vida (edad, estado civil, nivel de estudios, entre otras) con variables obtenidas de las distintas escalas aplicadas, de carácter más subjetivo, que se han descrito antes en el mismo apartado, evaluadas a partir de la aplicación de cuestionarios. El autoconcepto físico a través del CAF (Goñi, Ruiz de Azúa y Rodríguez, 2004), el bienestar subjetivo con la “Escala de Satisfacción con la Vida” (Díaz Morales, 2001), el estado de salud percibido a partir de EVA del EQ-5D-3L (Herdman, Badia y Serra, 2001) y algunos indicadores relacionados con la metodología del proyecto personal (Little 1983), como el lugar que ocupa la actividad física dentro de las metas personales definidas por el individuo.

En la Tabla 3 ofrecemos una relación más detallada de las mismas.





Tabla 3. Descripción de las variables implicadas en la investigación

Instrumentos	Variables
VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	Edad Estado civil Nivel de estudios Situación laboral Dinero destinado a la práctica deportiva Dedicación a tareas domésticas Trayectoria previa en la práctica deportiva Asunción del rol de cuidadora Instalación deportiva
Características de la práctica deportiva	Frecuencia/Duración
Hábitos de vida	Cuida su salud Fuma Chequeos médicos Horas de sueño Alimentación Fritos Frutas/verduras Agua Pescado Dolor/molestias Ansiedad/depresión
Cuestionario de Autoconcepto Físico (CAF)	Habilidad Física Condición Física Atractivo Físico Fuerza Autoconcepto Físico en General Autoconcepto General
EQ-5D-3L -5D	Escala Visual Analógica (EVA)
“Escala de Satisfacción con la Vida”	Factor único: Satisfacción con la Vida
Proyectos Personales	Formulación del Proyecto Personal de ámbito general Formulación del Proyecto Personal aplicado al ámbito de la actividad física y el deporte



**CAPITULO IV:**  
**RESULTADOS**

---





## 4.1. RESULTADOS

Nuestro estudio se ha dividido en dos partes. La primera enfocada a la consecución de los objetivos del estudio, centrado en las dimensiones más descriptivas en relación a los aspectos facilitadores o barreras percibidas para la práctica físico-deportiva de las participantes, los aspectos sociales, psicológicos y hábitos de vida.

En la segunda parte, más inferencial, se buscan diferencias entre subgrupos de la muestra (edad, frecuencia de práctica físico-deportiva, entre otras) y relaciones entre dimensiones psicológicas (autoconcepto, estado de salud percibido, satisfacción con la vida y metas personales) más subjetivas, con variables sociodemográficas.



#### 4.1.1. RESULTADOS DE LOS OBJETIVOS DEL ESTUDIO

A continuación presentaremos los resultados obtenidos en relación a los objetivos planteados.

##### 4.1.1.1. Objetivo 1

1. Identificar los factores facilitadores y las barreras que encuentran las mujeres adultas físicamente activas de Cáceres, para la realización de su actividad físico-deportiva.

##### **a) Aspectos Facilitadores y Barreras Detectadas en el Estudio.**

En la revisión bibliográfica hemos encontrado diferentes estudios que nos plantean las razones que llevan a una persona a querer realizar una actividad deportiva o, por el contrario, desear abandonar su práctica. Por un lado se encuentran las razones de tipo ambiental, como por ejemplo: el lugar o espacio donde realizar la actividad, y por otro, aquellas razones de tipo más personal, como pueden ser las relaciones interpersonales, ya sean familiares, de amistad y otras.

De la misma forma, al haber optado por centrar nuestro estudio exclusivamente en mujeres físicamente activas de la ciudad de Cáceres, aprovecharemos para incluir en este apartado una descripción de las características sociodemográficas de la muestra, comenzando de esta forma con el estudio descriptivo de nuestro trabajo.



## b) Instalaciones Deportivas

En las variables relacionadas con el tipo de instalaciones donde se realiza la actividad físico-deportiva, podemos observar que el 85,3% de las entrevistadas dispone de una instalación deportiva cerca de su hogar, de estas instalaciones el 66,7% son públicas. El 71,7% de la muestra realiza su actividad en una instalación que se encuentra cerca del hogar (Tabla 4).

Tabla 4. Frecuencia y porcentaje de las preguntas relacionadas con la variable instalación deportiva. n=258.

11. ¿Hay alguna instalación deportiva cerca de su hogar?	n (%)
Sí	220 (85,3)
No	38 (14,7)

12. Si su respuesta es sí, ¿Pública o privada?	n (%)
Pública	172 (66,7)
Privada	46 (18,2)
Ns/Nc	39 (15,1)

13. La instalación donde realiza su actividad se encuentra:	n (%)
Cerca del hogar	185 (71,7)
Lejos del hogar	41 (15,9)
Cerca del trabajo	22 (8,5)
(a) Ns/Nc	10 (3,9)

(a) Ns/Nc: No sabe o no contesta

## c) Otros Significativos

Al hablar de los otros significativos como puede ser la familia, amigos u otros como modelos a seguir o, como motivadores de la práctica físico-deportiva, vemos que el 88,8% de las encuestadas tiene un familiar que realiza o ha realizado actividad físico-



deportiva, un 11,2% indica que nadie de su familia ha realizado o realiza actividad física y/o deporte.

En la pregunta “¿Alguien le ha recomendado alguna vez que realice actividad física o deporte?” Las respuestas son las siguientes: al 82,9% de las encuestadas le han recomendado realizar actividad física y/o deporte, un 17,1% contesta que nadie le ha recomendado realizar actividad física-deportiva, al 44,9% de las entrevistadas se lo ha recomendado su médico, el 41,6% ha sido recomendado por su familia y el 26,2% por lo/as amigo/as. (Tabla 5).

Tabla 5. Frecuencia y porcentaje de las preguntas relacionadas con la práctica físico-deportiva de los otros significativos de la muestra total n=258.

		n (%)	
		<b>No practican</b>	29 (11,2)
		<b>Practican</b>	<b>229 (88,8)</b>
8. En su familia, ¿Qué familiares practican o practicaban actividad física o deporte?	Madre		n (%) 46 (20,1)
	Padre		42 (18,3)
	Hermano/a		105 (45,9)
	Otros		115 (50,2)
		<b>No le han recomendado</b>	44 (17,1)
		<b>Le han recomendado</b>	<b>214 (82,9)</b>
9. ¿Alguien le ha recomendado alguna vez que realice actividad física o deporte?	Médico		n (%) 96 (44,9)
	Amigos		56 (26,2)
	Familiares		89 (41,6)
	Otros		30 (14,0)

#### d) Gasto Mensual Destinado a la Actividad

Otra variable facilitadora u obstáculo que tenemos las mujeres a la hora de realizar práctica físico-deportiva es la disponibilidad económica. En la pregunta



“¿Cuánto se gasta en esta actividad mensualmente?”, vemos que el 41,9% de la muestra gastaba 6 € o menos en su actividad, el 36,8% entre 6,01 y 30€ y el 21,3% 31€ o más.

Al ver la Tabla 6, nos parece interesante mencionar que el factor económico en las mujeres físicamente activas de Cáceres, no es un limitante importante a la hora de llevar a cabo su actividad, puesto que existe la opción de poder desarrollar estas actividades a precios accesibles para la población, además de la implantación de espacios públicos habilitados para la práctica físico-deportiva, que no supone un gasto adicional a la comunidad.

Tabla 6. Frecuencia y porcentaje de la pregunta relacionada con el gasto en la actividad físico-deportiva de la muestra total n=258.

		n (%)
15. Aproximadamente, ¿Cuánto se gasta en esta actividad mensualmente?	Menos de 6€	108 (41,9)
	Entre 6,01 y 30€	95 (36,8)
	Más de 30€	55 (21,3)

#### e) Causas de Abandono Temporal de la Actividad Físico-Deportiva

Una de las causas más nombradas en estudios previos en relación a los motivos por los cuales se ha tenido que abandonar la actividad físico-deportiva de forma temporal o definitiva es la falta de tiempo, por las diferentes ocupaciones y responsabilidades cotidianas (tareas del hogar, labor de cuidador, entre otras).

Al preguntar “¿Hace cuanto tiempo que no realizaba actividad física?” El 48% de las entrevistadas contestan que siempre han realizado actividad físico-deportiva, el 19% estuvo más de un año sin realizar su actividad, el 18% la había abandonado por menos de tres meses, el 9% entre 3 y 12 meses, un 5,4% no contestó o no sabía por cuanto tiempo había dejado de realizar su actividad.





En relación a las causas o motivos de abandono de la actividad físico-deportiva en un período anterior al evaluado, las encuestadas contestaron lo siguiente, el 46,9% de las entrevistadas dejó su práctica físico deportiva por falta de tiempo, debido a la doble jornada (cuidado de los hijos, tareas del hogar, cuidado de algún familiar, en otras), el 10,5% por problemas de salud (podría hacerse daño, impedimento físico, estado de salud) y el 11,6% por problemas externos (horario de las clases, el precio es muy alto, otras). Podemos observar que un 31% manifiesta no tener motivos por los cuales ha tenido que abandonar por algún tiempo la actividad realizada (Tabla 7).

Tabla 7. Frecuencia y porcentaje de las preguntas relacionadas con el tiempo sin realizar actividad físico-deportiva y causas o motivos para no realizarla para la muestra total n=258.

20. ¿Hace cuanto tiempo que no realizaba actividad física o deporte?	n (%)
Menos 3 meses	46 (17,8)
Entre 3 y 6 meses	12 (4,7)
Entre 6 y 12 meses	12 (4,7)
Más de 12 meses	48 (18,6)
Siempre he realizado	126 (48,8)
Ns/Nc	14 (5,4)

21. ¿Cuáles son las causas por las que NO podía realizar actividad física o deporte?	n (%)
Salud	27 (10,5)
Doble jornada	121 (46,9)
Externos	30 (11,6)
Ns/Nc	80 (31,0)

#### **f) Actividades que Más les Gustaría Realizar y sus Limitaciones para poder Realizarla**

Al preguntar a las participantes del estudio por la actividad física y/o deporte que más le gusta o gustaría realizar vemos en la tabla 8, que las actividades deportivas (deportes de equipo o individuales como por ejemplo; atletismo, fútbol entre otras) son las más demandadas (44,6%), seguidas por las actividades dirigidas (aerobic, Pilates,



step, etc.) con un 31,4%. Cuando preguntamos si ha encontrado alguna dificultad para realizar la actividad físico-deportiva que más le gusta, con independencia si la realiza o no, el 41,9% contestan que ninguna, el 24,4% poco, el 17,1% bastante, el 7,4% mucho y un 9,3% no sabe o no contesta. Al profundizar en las limitaciones que han tenido para realizar la actividad física y/o deporte preferido vemos que el 30,6% tiene como limitante el tiempo, el 19,4% no posee un lugar donde realizarla, el 7,8% por motivos económicos y el 16,7% por otro motivo.

Tabla 8. Frecuencia y porcentaje de las respuestas relacionadas con la preferencia físico-deportiva, sus dificultades y limitaciones para poder realizarla para la muestra total n=258.

16. ¿Cuál es la actividad físico-deportiva que más le gusta o le gustaría realizar?	n	(%)
Actividades Dirigidas	81	(31,4)
Deporte	115	(44,6)
Ambas	23	(8,9)
Caminar	25	(9,7)
Ns/Nc	14	(5,4)

17. ¿Ha encontrado alguna dificultad para realizar la actividad físico-deportiva que más le gusta, con independencia de si la realiza o no?	n	(%)
Mucho	19	(7,4)
Bastante	44	(17,1)
Poco	63	(24,4)
Nada	108	(41,9)
Ns/Nc	24	(9,3)

18. ¿Qué limitaciones tiene para realizar esa actividad física o deporte?	n	(%)
Escasez de Tiempo	79	(30,6)
Lugar donde realizarla	50	(19,4)
Económico	20	(7,8)
Otro	43	(16,7)
Ninguno	66	(25,6)



### g) Tareas del Hogar y Labor de Cuidador

Para poder analizar mejor las causas de abandono, hemos querido especificar las situaciones que suelen ser de mayor carga femenina como son las tareas del hogar (ENS, 2010; MTAS, 2006; Vázquez, 2001). Donde nos encontramos que el 64% de las encuestadas realizaba todas o la mayoría de las tareas domésticas, el 14% afirma que realiza la mitad y/o que le ayuda su familia, el 13% realiza algunas y un 7% tiene ayuda doméstica. (Tabla 9).

Tabla 9. Frecuencia y porcentaje de las preguntas relacionadas con las tareas domésticas y la percepción de cuidador de la muestra total n=258.

22. Pensando en las labores del hogar y tareas domésticas que hay que hacer en el lugar donde vive,		
¿En cuál de las siguientes situaciones se encuentra usted?	n	(%)
Hago todas o la mayoría	165	(64,0)
Hago la mitad/me ayuda mi familia	37	(14,3)
Hago alguna	34	(13,2)
Tengo ayuda doméstica	18	(7,0)
Ns/Nc	4	(1,6)

23. ¿Tiene personas que estén a su cuidado?		
Sí	93	(36,0)
No	165	(64,0)

En las siguientes preguntas “¿Tiene personas que estén a su cuidado?”, si su respuesta es sí, “¿Quién o quiénes y qué edad tienen?”, el 64% de las encuestadas no percibe tener a otra persona a su cuidado, el 36% de las muestra sí considera tener a otra persona a su cuidado, y lo compatibiliza para poder realizar su actividad físico-deportiva. En relación con las personas a quienes cuidan, hemos observado que la gran mayoría de las entrevistadas no han respondido a esa pregunta y las que lo hicieron se ocupaban de los hijos, persona mayor, algún enfermo o más de una de las anteriores, muy pocas de las encuestadas respondió a la edad de la persona que estaban a su



cuidado, estos datos no han sido expuesto en los gráficos, ya que por su poco porcentaje de respuesta no se han utilizado en los análisis.

#### **h) Motivaciones para Realizar Actividad Físico-Deportiva**

En la tabla 10 podemos observar las motivaciones de las mujeres cacereñas a la hora de realizar su práctica físico-deportiva, de las cuales el 65,1% afirma realizarla por motivos de salud física y/o mental, el 26,4% por gusto y/o diversión, un 7% por razones estéticas y el 1,6% no sabe o no contesta.

Tabla 10. Frecuencia y porcentaje de la pregunta relacionada con los motivos para realizar actividad física y/o deporte. n=258

30. ¿Cuáles son los motivos por los que realizas actividad física?	n (%)
Salud Física y/o mental	168 (65,1)
Gusto/diversión	68 (26,4)
Estético	18 (7,0)
Ns/Nc	4 (1,6)

#### **4.1.1.2. Objetivo 2**

Evaluar el estado de salud percibido de las mujeres adultas de Cáceres físicamente activas en el momento del ciclo vital en el que se desarrollan.

En los últimos tiempos se ha prestado atención a posibles determinantes de la realización de actividad física, entre los que encontramos el estado de salud percibido, en el gráfico 5 y en la tabla 11 se muestran los resultados obtenidos en EVA, donde podemos observar como la curva normal es desplazada hacia la derecha, con puntuaciones elevadas del estado de salud percibido de las mujeres físicamente activas de Cáceres, encontrándose la media en 7,7 con una dt. de 1,5. El 88% de las mujeres puntúa sobre 6 en la escala.

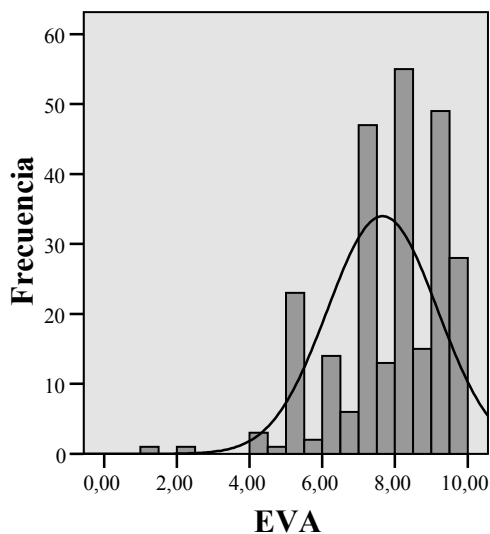


Gráfico 5. Diagrama de frecuencia de EVA de la muestra total n=258.

Tabla 11. Valores descriptivos de EVA y ESV de la muestra total n=258.

Variable	Media (dt.)	Mediana (Q1-Q3)
EVA	7,65 (1,51)	8,00 (7,00-9,00)
ESV	18,03 (3,65)	18,00 (16,00-20,00)
ESVRes	n (%)	
Muy Satisfecho	92 (35,7)	
Satisfecho	136 (53,1)	
Neutral	11 (4,7)	
Insatisfecho	18 (7,0)	

Variables numéricas representadas por media (dt.), mediana (Q1-Q3), variables categóricas representadas por su frecuencia (%).

Para evaluar el componente cognitivo del bienestar subjetivo, empleamos la ESV, al tratarse de una escala que nos proporciona un único valor numérico, además de calcular el valor total, optamos por analizar las respuestas a cada una de sus categorías, para incrementar su poder explicativo.



Como paso previo al empleo de la ESV, hemos considerado conveniente desarrollar un análisis de fiabilidad a través del alfa de Cronbach, para confirmar la consistencia interna del instrumento en la muestra específica de mujeres físicamente activas de Cáceres (Welch y Comer, 1988). En primer lugar con la muestra total y posteriormente estableciendo una división de las participantes en subgrupos de edad.

Observamos en la tabla 12. Que el coeficiente alpha de Cronbach se encuentra en un nivel adecuado (alfa > 0,7) (Nunnally, 1978), confirmando la utilización del instrumento, tanto en la muestra total como en su categorización por edades.

Tabla 12. Análisis de fiabilidad de la ESV para muestra total y su división en categoría de edad. n=258

Alfa de Cronbach	Estadísticos de fiabilidad			
	Todos	18 a 35	36 a 55	56 a 85
ESV	0,818	0,817	0,849	0,785

En la gráfica 6, podemos observar que la mayor parte de la muestra (88,8%) esta muy satisfecha o satisfecha con su vida, con una media de 18,04 y una dt. de 3,65.

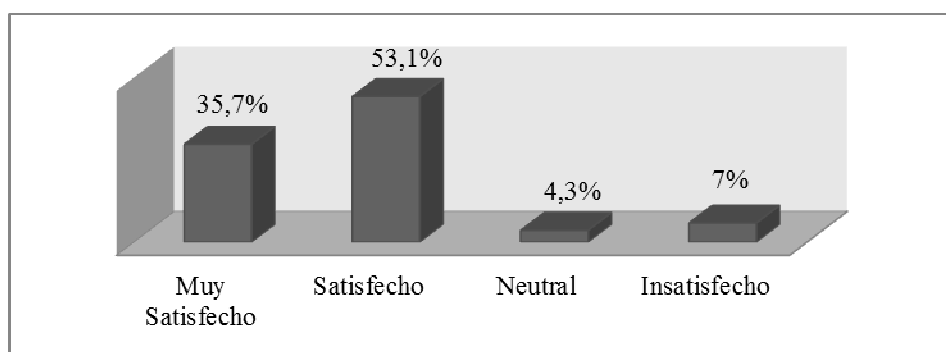


Gráfico 6: Porcentaje de la ESV de la muestra total (n= 258)



En este apartado analizaremos también la percepción de las participantes de nuestro estudio, relacionada con los hábitos de vida y el cuidado de la salud, donde podemos observar que el 96% de las encuestadas considera que cuida su salud. (Tabla 13).

Tabla 13. Frecuencia y porcentaje de las preguntas relacionadas con los hábitos de vida y el cuidado de la salud de la muestra total n=258.

26. ¿Cuida su salud?	Sí = 248 (96)		No = 10 (3,9)
	Con frecuencia n%	Algunas veces n%	Nunca n%
Fumo	27 (10,5)	35 (13,6)	196 (76,0)
Realizo chequeos médicos aunque no me sienta enfermo	68 (26,4)	133 (51,6)	57 (22,1)
Cuido mis horas de sueño	149 (57,8)	91 (35,3)	18 (7,0)
Cuido mi alimentación	152 (58,9)	93 (36,1)	13 (5,0)
Consumo alimentos fritos más de tres veces por semana	23 (8,9)	118 (45,7)	117 (45,4)
Consumo más de 2 litros de agua al día	100 (38,8)	101 (39,2)	57 (22,1)
Consumo frutas y verduras más de 2 porciones al día	163 (63,2)	75 (29,1)	20 (7,8)
Consumo pescados o mariscos por lo menos 2 veces por semana	160 (62,0)	83 (32,2)	15 (5,8)
Soy sistemática a la hora de aplicarme tratamientos de belleza	66 (25,6)	119 (46,1)	73 (28,3)
Siento dolor o molestias	37 (14,3)	165 (64,0)	56 (21,7)
Me siento ansiosa o deprimida	23 (8,9)	117 (45,4)	118 (45,7)
Dedico tiempo para mi durante la semana	94 (36,4)	126 (48,8)	38 (14,7)

En la tabla 13 podemos ver las características relacionadas con los hábitos de vida de las participantes, donde observamos que el 96% de las mujeres entrevistadas afirma cuidar su salud. El 76% asevera no fumar nunca, mientras que el 13,6% lo hace algunas veces y un 10,5% con frecuencia; En la pregunta si realiza chequeos médicos aunque no se sienta enferma el 22,1% contesto que nunca. El 57,8%% de las participantes considera que cuida con frecuencia sus horas de sueño; En relación al cuidado alimenticio el 5,0% de la muestra afirma no cuidar su alimentación nunca, el



9% dice comer fritos más de tres veces por semana, el 22,1% comenta que nunca bebe más de dos litros de agua al día, el 7,8% informa que nunca consume más de dos porciones de frutas o verduras al día y el 5,8% dice que nunca consume pescado o mariscos más de dos veces por semana.

En relación con el cuidado personal el 25,6% considera que con frecuencia es sistemática a la hora de aplicarse tratamientos de belleza y el 36,4% opina que con frecuencia dedica tiempo para ella durante la semana; en relación con si siente dolor o molestias y sentirse ansiosa o deprimida, el 9% se siente ansiosa o deprimida con frecuencia y el 21% afirma no sentir dolor o molestias nunca.

#### 4.1.1.3. Objetivo 3

Evaluar el autoconcepto físico y general de las mujeres adultas que realizan actividad físico-deportiva en Cáceres.

Al igual como se realizó en el objetivo anterior se aplicó un análisis de fiabilidad para determinar la consistencia interna del CAF de la muestra específica de mujeres físicamente activas de Cáceres (Welch et al. 1988). Observamos en la tabla 14 que el coeficiente alpha de Cronbach se encuentra en un nivel adecuado en la mayoría de las dimensiones del CAF (alfa > 0.7) (Nunnally, 1978). Las únicas medidas en las que se obtuvieron alfas por debajo de 0.7 fue en la dimensión de Autoconcepto General en la totalidad de la muestra (alfa = 0.68) y en el tramos de edad de 56 a 85 años (alfa = 0.64), aún así siendo suficientes para la utilización del instrumento (Nunnally, 1967).





Tabla14. Análisis de fiabilidad del CAF para la muestra total y su división en la categoría edad. n=258.

Alfa de Cronbach	Estadísticos de fiabilidad			
	Todos	18 a 35	36 a 55	56 a 85
Habilidad Física	0,826	0,849	0,817	0,798
Condición Física	0,827	0,851	0,837	0,791
Atractivo Físico	0,790	0,833	0,775	0,750
Fuerza	0,794	0,798	0,783	0,814
Autoconcepto Físico General	0,785	0,798	0,783	0,814
Autoconcepto General	0,687	0,701	0,713	0,646

En la tabla 15 exponemos las medias de tendencia central y dispersión, además de la mediana y rangos intercuartílicos de los resultados obtenidos del Cuestionario de Autoconcepto Físico de la muestra total de mujeres (n=258), donde podemos ver las puntuaciones de las 6 escalas del cuestionario. Habilidad Física, Condición Física, Atractivo Físico, Fuerza, Autoconcepto Físico y Autoconcepto General.

Tabla15. Valores descriptivos de las escalas del Cuestionario de Autoconcepto Físico (CAF) de mujeres adultas físicamente activas de Cáceres n=258.

CAF	Mínimo	Máximo	Media (dt.)	Mediana (Q1-Q3)
Habilidad Física	6,00	30,00	20,68 (4,78)	21,00 (18,00-24,00)
Condición Física	6,00	30,00	19,14 (4,75)	19,00 (16,00-22,00)
Atractivo Físico	7,00	30,00	21,08 (4,18)	21,00 (19,00-24,00)
Fuerza	6,00	30,00	18,46 (4,39)	19,00 (15,00-21,00)
Autoconcepto Físico	9,00	30,00	22,49 (4,17)	23,00 (20,00-25,25)
Autoconcepto General	10,00	30,00	23,69 (3,81)	24,00 (21,00-27,00)

En la siguiente tabla 16 realizamos una división en función de la variable edad categorizada, donde podemos ver que dependiendo del grupo de edad las dimensiones del Cuestionario de Autoconcepto Físico no se comportan de la misma manera.



Tabla16. Medias de tendencia central y dispersión, de las escalas del Cuestionario de Autoconcepto Físico (CAF) en función de los rangos de edad, de las mujeres adultas físicamente activas de Cáceres n=258.

Dimensiones del CAF	18 a 35 años		36 a 55 años		56 a 85 años	
	Media (dt)	Mediana (Q1-Q3)	Media (dt)	Mediana (Q1-Q3)	Media (dt)	Mediana (Q1-Q3)
Habilidad Física	21,95 (4,53)	23 (19-25)	20,41 (4,49)	20 (18-23)	19,30 (5,1)	19,50 (16-23)
Condición Física	20,20 (4,58)	20 (17-24)	18,70 (4,54)	18 (15-22)	19,30 (5,10)	19,50 (15-22)
Atractivo Físico	21,32 (4,25)	22 (15-24)	20,72 (4,01)	20 (18-23)	21,23 (4,32)	22 (18,75-24)
Fuerza	18,18 (4,29)	19 (15-21)	18,85 (4,14)	19 (16-22)	18,32 (4,87)	18,50 (14,75-21)
Autoconcepto Físico	22,85 (4,11)	24 (20-26)	22,55 (3,94)	23 (20-25)	21,93 (4,52)	22 (19-25,25)
Autoconcepto General	24,09 (3,74)	25 (22-27)	23,48 (3,81)	24 (21-26)	23,40 (3,81)	24 (20,75-26)

En este apartado hemos querido incluir una comparación entre las puntuaciones de la muestra de mujeres realizada por Goñi et al. (2006) y la muestra de mujeres adultas físicamente activas de Cáceres.

Para determinar si las variables se ajustaban a los supuestos de normalidad y homogeneidad de varianza, se sometieron las variables a la prueba de Kolmogorov-Smirnov, aplicando la corrección de Lilliefors al test de Levene. Al comprobar que las variables no se ajustaban a los supuestos se realizó la prueba de Chi<sup>2</sup>, para determinar si existían diferencias entre los grupos. En la tabla 17 observamos diferencias significativas en las dimensiones de Fuerza y Autoconcepto General. Siendo las puntuaciones de la dimensión Fuerza mayores en la muestra de mujeres físicamente activas y en el Autoconcepto General se observa que las puntuaciones son mayores en la muestra general de mujeres (Goñi, 2006).



Tabla 17. Comparación de las dimensiones del CAF de la muestra de mujeres que participaron en estudio de Goñi et al. (2006) y la muestra de mujeres físicamente activas de Cáceres, n=258.

Variable	≤ Mediana	Observado (Esperado)	≥ mediana	Observado (Esperado)	X <sup>2</sup>	p
Habilidad Física	117 (129)	45,35% (50)	141 (129)	54,65% (50)	2,23	0,135
Condición Física	119 (129)	46,12% (50)	139 (129)	53,88% (50)	1,55	0,213
Atractivo Físico	133 (129)	51,55% (50)	125 (129)	48,45% (50)	0,25	0,618
Fuerza	84 (129)	32,56% (50)	174 (129)	67,44% (50)	31,40	<0,001
Aut. Físico	121 (129)	46,90% (50)	137 (129)	53,10/ (50)	0,99	0,319
Aut. General	145 (129)	56,20% (50)	113 (129)	43,80% (50)	3,97	0,046

La muestra de Goñi et al. (2006), incluye mujeres físicamente activas e inactivas.

Aut.: Autoconcepto

(En la tabla 17 se observan las frecuencias observadas en Cáceres y esperadas según el estudio de Goñi (2006), las cuales se acompañaron de sus correspondientes porcentajes con el objetivo de clarificar las diferencias entre los grupos).

El siguiente paso que consideramos fue determinar los posibles predictores del autoconcepto físico, en relación a sus dimensiones y, si en las dimensiones del CAF las variables edad, número de horas de práctica físico-deportiva y el nivel de estudio influían en la percepción de autoconcepto físico como variables contaminantes. Para realizar este análisis se recurrió a la utilización de un modelo de regresión. Al no ajustarse las variables a los criterios de normalidad y homocedasticidad, hemos aplicado la técnica de Bootstrap. Como se comenta en el apartado de método, esta técnica de estimación se basa en la creación de un elevado nº de distribuciones teóricas (1000) y nos permite utilizar técnicas paramétricas en variables que no cumplen supuestos de normalidad.

En los resultados obtenidos observamos que el modelo 1 muestra un ajuste elevado, con un 64,6% de varianza explicada, siendo significativamente diferente de cero, según el valor de su “p” asociada. En este modelo, los predictores con peso de



regresión significativos son la Habilidad Física y el Atractivo Físico, estando estos positivamente relacionados con la variable dependiente (Autoconcepto Físico), teniendo mayor peso la Habilidad Física.

En el modelo 2 hemos incluido las covariables seleccionadas con el objetivo de observar su posible influencia sobre la relación entre los predictores principales y la variable dependiente. Como podemos observar en la tabla 18 el valor de  $R^2$  corregida, el ajuste no varía en relación al modelo anterior, con esto queremos decir, que los modelos tienen un ajuste que no es significativamente diferente según el valor “p” asociado ( $\leq 0,05$ ). También podemos observar que ninguna de las covariables seleccionadas es significativa y, que la significación, magnitud y dirección de los pesos de regresión de las variables principales no varían en el segundo modelo con respecto al primero.

Tabla 18. Relación de los predictores del Autoconcepto Físico y la influencia de las covariables

	Modelo 1 <sup>a</sup> ( $R^2=0,646;p<0,01$ )		Modelo 2 <sup>b</sup> ( $R^2=0,644;p=0,582$ )	
	$\beta$	$p$	$\beta$	$p$
Fuerza	0,029	0,572	0,015	0,798
Atractivo Físico	0,197	0,001	0,189	<0,001
Habilidad Física	0,626	0,001	0,628	0,001
Condición Física	0,054	0,255	0,071	0,165
Estudios secundarios			0,319	0,536
Estudios superiores			0,262	0,6
Nº de Horas			-0,019	0,585
Edad			-0,01	0,4

<sup>a</sup> Modelo inicial con los predictores principales; <sup>b</sup> Modelo ajustado por línea base.

Las estimaciones de los coeficientes y sus significaciones asociadas están basadas en 1000 réplicas Bootstrap.



#### 4.1.1.4. Objetivo 4

Explorar los factores que determinan la inclusión de la actividad física dentro de las metas personales de las mujeres físicamente activas de Cáceres.

A continuación expondremos los resultados relacionados con las metas personales de las participantes del estudio que han desarrollado este apartado. Queremos destacar que para las participantes de nuestra investigación, responder las preguntas relacionadas con los proyectos personales, ha resultado especialmente complejo, probablemente debido al elevado nivel de abstracción de las preguntas, tan solo el 54% de las encuestadas contestó el apartado sobre las metas personales relacionadas con la actividad físico-deportiva y completa el cuestionario de Little (1983).

En la primera parte del cuestionario relacionado con los proyectos personales se pide a las encuestadas que describan los proyectos personales más importantes que le preocupan y los que estén desarrollando en este momento de su vida, la distribución de los objetivos se desarrollo de la siguiente forma, el 52,5% expone un objetivo relacionado con el trabajo o los estudios, el 18% con la salud física y/o mental, 12,9% con la familia, un 5% relacionado con las actividades de ocio, el 3,6% a lo estético y un 7,9% con la superación personal (Tabla19).



Tabla 19. Frecuencia y porcentaje de la muestra que ha desarrollado el apartado de metas personales (n=139).

Relación proyecto personal 1	n (%)
Trabajo o estudio	73 (52,5)
Salud Física y/o mental	25 (18,0)
Familiar	18 (12,9)
Superación personal	11 (7,9)
Ocio	7 (5,0)
Estético	5 (3,6)

Objetivo a desarrollar	n (%)
Trabajo o estudio	73 (52,5)
Salud Física y/o mental	23 (16,5)
Familiar	20 (14,4)
Superación personal	9 (6,5)
Ocio	7 (5,0)
Estético	7 (5,0)

Relación proyecto personal Actividad Física	n (%)
Mejorar el rendimiento	48 (34,5)
Mantener o aumentar en nº de hrs. De práctica	47 (33,8)
Salud Física y/o mental	26 (18,7)
Estético	18 (12,9)

En el siguiente apartado la encuestada debía seleccionar el objetivo que para ella en ese momento fuese el más importante o urgente a desarrollar, los resultados muestran que nuevamente los objetivos relacionados con el trabajo o los estudios son los más importantes (52,5%) y luego los relacionados con la salud física y/o mental (16,5%), los objetivos familiares con 14,4%, los relacionados con la superación personal 6,5%, por último las actividades de ocio y estético comparten un 5% cada una respectivamente.

La última parte del cuestionario preguntaba específicamente por un objetivo que estuviese relacionado con la práctica físico-deportiva y cuáles eran sus metas, el 34,5% considera mejorar el rendimiento; 33,8% mantener o aumentar su número de horas dedicadas a la práctica físico-deportiva; el 18,7% mejorar o mantener su salud física y/o mental y un 12,9% por motivos estéticos.



Cuando nos referimos a los motivos para realizar actividad físico-deportiva el 62,2% de la muestra dice realizar actividad físico-deportiva por motivos de salud física y/o mental, el 28% por gusto o diversión y un 8% por motivos estéticos (Tabla 20).

Tabla 20. Frecuencia y porcentaje de los motivos de práctica físico-deportiva de la muestra total n=258.

¿Cuáles son los motivos por los que realizas actividad física?	n (%)
Salud Física y/mental	168 (65,1)
Gusto/diversión	68 (26,4)
Estético	18 (7,0)
Ns/Nc	4 (1,6)

#### 4.1.2. RESULTADOS DE LAS HIPÓTESIS PLANTEADAS EN EL ESTUDIO

En esta segunda parte expondremos los resultados obtenidos de los análisis estadísticos realizados para poner a prueba las hipótesis planteadas en nuestra investigación, en la que se buscan diferencias entre grupos y relaciones entre dimensiones psicológicas y subjetivas con variables sociodemográficas.

##### 4.1.2.1. Hipótesis I

Esperamos encontrar diferencias en los distintos parámetros descritos a continuación, en función de variables como la edad, el tiempo dedicado a la actividad físico-deportiva, el autoconcepto físico y el lugar que ocupa la práctica físico-deportiva dentro de las metas personales de cada participante.



## **I: En relación a la variable edad:**

Esperamos encontrar diferencias en función de la edad:

### **I.I. En el número de horas dedicadas a la práctica de la actividad física.**

#### **a) Relación de la variable edad con el número de horas dedicadas a la actividad físico-deportiva.**

En los estudios previos se observa que la edad es una variable importante a la hora de establecer diferencias entre las distintas variables asociadas a la práctica físico-deportiva, siendo las mujeres más jóvenes las que desarrollan un mayor número de horas de práctica. Comenzaremos analizando las diferencias que se establecen en la frecuencia de práctica deportiva entre los distintos grupos de edad.

Para comprobar los supuestos de normalidad y homogeneidad de varianza en las variables número de horas de práctica físico-deportiva y edad categorizada se realizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov aplicando la corrección de Lilliefors y el test de Levene respectivamente. Sometidas las variables, hemos observado que no se ajustan a los supuestos previos para la utilización de pruebas paramétricas, con lo cual se procederá a utilizar pruebas no paramétricas, en este caso la prueba de Kruskal-Wallis.

En la tabla 21, encontramos diferencias significativas en relación al número de horas dedicadas a la práctica físico-deportiva en los tres grupos de edad, siendo el rango de 18 a 35 años quienes realizan un mayor número de horas.





Tabla 21. Relación de la variable edad con el número de horas dedicadas a la práctica físico-deportiva para la muestra total n=258.

	18 a 35	36 a 55	56 a 85	Total
N	95	93	70	258
Variable	Mediana (Q1-Q3)	Mediana (Q1-Q3)	Mediana (Q1-Q3)	p
Horas Semanales	5,0 (3,0-10,0)	3,0 (3,0-5,0)	2,0 (2,0-5,0)	<0,001

(a) Prueba de Kruskal-Wallis. (b) Variable de agrupación: Edad

A posteriori, nos ha parecido interesante contrastar entre qué grupos se observan dichas diferencias. Para ello, hemos optado por comparar los grupos de edad de dos en dos, empleando la prueba de Mann-Whitney de comparación entre dos muestras independientes, aplicando la corrección de Bonferroni. Como podemos observar en las tablas 21 y 22, el número de horas dedicadas a la práctica físico-deportiva difiere en relación a la edad en sus tres categorías de forma significativa, comportándose cada grupo de forma diferente. Podemos decir que mientras va aumentando la edad vemos una disminución del número de horas dedicadas a la práctica físico-deportiva.

Tabla 22. U de Mann-Whitney grupos de edad y nº de horas dedicadas a la práctica físico-deportiva para la muestra total n=258.

Variable	Grupo de edad	n	Mediana(Q1-Q3)	p
	18-35	95	5,0 (3,0-10,0)	0,001
	36-55	93	3,0 (3,0-5,0)	
Horas dedicadas a la práctica físico-deportiva	18-35	95	5,0 (3,0-10,0)	<0,001
	56-85	70	2,0 (2,0-5,0)	
	36-55	93	3,0 (3,0-5,0)	
	56-85	70	2,0 (2,0-5,0)	

(a) Corrección de significación de Bonferroni.



## **I.II. En las dimensiones del autoconcepto físico**

### **b) Relación de la variable edad con las dimensiones del cuestionario de autoconcepto físico**

El autoconcepto físico es un constructo que según estudios anteriores es capaz de discriminar en relación a diferentes variables que se pueden vincular con la práctica físico-deportiva, entre ellas la edad (Goñi 2006).

Sometidas las variables edad, la cual ha sido categorizada en subgrupos para su análisis, y el Cuestionario de Autoconcepto Físico a la prueba de normalidad y homogeneidad de varianza, observamos que sólo la dimensión Condición Física se ajusta a los supuestos para la utilización de pruebas paramétricas, con lo cual se procederá a utilizar la prueba de Kruskal-Wallis para los casos que no tengan distribución normal y ANOVA para aquello que sí la tengan.



Tabla 23. Prueba de normalidad para las variables edad categorizada y el CAF para la muestra total n=258.

	Edad	Kolmogorov-Smirnov(a)			
		Estadístico	gl	Sig.	
Habilidad Física	18-35	,135	95	<0,001	Kruskal-Wallis
	36-55	,080	93	0,181	
	56-85	,071	70	0,200	
Condición Física	18-35	,073	95	0,200	ANOVA
	36-55	,087	93	0,079	
	56-85	,072	70	0,200	
Atractivo Físico	18-35	,133	95	<0,001	Kruskal-Wallis
	36-55	,109	93	0,008	
	56-85	,130	70	0,005	
Fuerza	18-35	,096	95	0,031	Kruskal-Wallis
	36-55	,067	93	0,200	
	56-85	,091	70	0,200	
Autoconcepto Físico	18-35	,115	95	0,003	Kruskal-Wallis
	36-55	,083	93	0,126	
	56-85	,078	70	0,200	
Autoconcepto General	18-35	,116	95	0,003	Kruskal-Wallis
	36-55	,085	93	0,092	
	56-85	,118	70	0,017	

(a) Corrección de la significación de Lilliefors

Como se puede observar en la tabla 24, en relación a las dimensiones del Cuestionario de Autoconcepto Físico vemos diferencias significativas en las dimensiones de Habilidad Física y Condición Física, percibiéndose con puntuaciones más elevadas el rango de edad más joven.



Tabla 24. Relación de la variable edad con las dimensiones del Autoconcepto (CAF) para la muestra total n=258

Dimensiones del CAF	18 a 35		36 a 55		56 a 85		valor p
	Media (dt)	Mediana (Q1-Q3)	Media (dt)	Mediana (Q1-Q3)	Media (dt)	Mediana (Q1-Q3)	
Habilidad Física	21,95 (4,53)	23 (19-25)	20,41 (4,49)	20 (18-23)	19,30 (5,1)	19,50 (16-23)	0,001
( $\alpha$ )Condición Física	20,20 (4,58)	20 (17-24)	18,70 (4,54)	18 (15-22)	19,30 (5,10)	19,50 (15-22)	0,020
Atractivo Físico	21,32 (4,25)	22 (15-24)	20,72 (4,01)	20 (18-23)	21,23 (4,32)	22 (18,75-24)	0,264
Fuerza	18,18 (4,29)	19 (15-21)	18,85 (4,14)	19 (16-22)	18,32 (4,87)	18,50 (14,75-21)	0,623
Autoconcepto Físico	22,85 (4,11)	24 (20-26)	22,55 (3,94)	23 (20-25)	21,93 (4,52)	22 (19-25,25)	0,345
Autoconcepto General	24,09 (3,74)	25 (22-27)	23,48 (3,81)	24 (21-26)	23,40 (3,81)	24 (20,75-26)	0,326

(a) Prueba de Kruskal-Wallis. (b) Variable de agrupación: Edad. ( $\alpha$ )ANOVA.

Para poder determinar entre qué grupos de edad encontramos diferencias significativas, hemos realizado la prueba de Mann-Whitney de comparación entre dos muestras independientes aplicando la corrección de Bonferroni, para aquellas variables que no se ajustaban a los supuestos de normalidad, y la prueba Post hoc de comparaciones múltiples de Bonferroni para aquellas variables que si se ajustaban a los supuestos de normalidad y homogeneidad de varianza.

Encontramos diferencias significativas en la dimensión de Habilidad Física con el primer grupo de edad (18-35) en relación con los grupos 2 y 3 (36-55/56-85), pudiendo afirmar que las mujeres más jóvenes se perciben más hábiles físicamente, no se encuentran diferencias significativas en los grupos 2-3 (tabla 25).

En relación con la Condición Física encontramos diferencias significativas entre el primer grupo de edad (18-35) con el tercer grupo de edad (56/85), pudiendo afirmar que las mujeres más jóvenes se perciben con mejor condición física que las mujeres del tercer grupo de edad, no encontrándose diferencias significativas entre el primer grupo de edad con el segundo, ni del segundo con el tercero.



Tabla 25. Comparación entre grupos de edad y las dimensiones del cuestionario de autoconcepto físico para la muestra total n=258.

Variable	Grupo de edad	n	Media (dt)	Mediana (Q1-Q3)	p
(§) Habilidad Física	18-35	95	21,95 (4,53)	23 (19-25)	0,006
	36-55	93	20,41 (4,49)	20 (18-23)	
	18-35	95	21,95 (4,53)	23 (19-25)	<0,001
	56-85	70	19,30 (5,1)	19,50 (16-23)	
	36-55	93	20,41 (4,49)	20 (18-23)	
	56-85	70	19,30 (5,1)	19,50 (16-23)	
(£) Condición Física	18-35	95	20,20 (4,58)	20 (17-24)	0,092
	36-55	93	18,70 (4,54)	18 (15-22)	0,031
	18-35	95	20,20 (4,58)	20 (17-24)	
	56-85	70	19,30 (5,10)	19,50 (15-22)	1,000
	36-55	93	18,70 (4,54)	18 (15-22)	
	56-85	70	19,30 (5,10)	19,50 (15-22)	

(§)U de Mann-Whitney con corrección de significación de Bonferroni. (£)Bonferroni.

### I.III. En la inclusión de la actividad física dentro del conjunto de metas personales

#### c) Relación de la variable edad con las metas personales relacionadas con la actividad físico-deportiva

Como hemos mencionado anteriormente, el apartado de metas personales ha sido difícil de contestar para las mujeres que componen la muestra. En el gráfico 7 vemos que un gran porcentaje, especialmente en el segundo y tercer grupo de edad, no sabe o no contesta cuáles son las metas que pretende conseguir con la actividad físico-deportiva realizada.

En relación con las participantes que han respondido a este apartado del cuestionario, podemos observar que la meta más mencionada en el primer grupo de edad es mejorar el rendimiento. Sin embargo, podemos observar que en el tercer grupo de edad este objetivo es uno de los menos mencionados. Del mismo modo comprobamos como en este grupo, la meta relacionada con mantener o aumentar el número de horas dedicadas a la práctica es el más frecuente. En relación a los aspectos



estéticos se observa cómo con el paso de la edad, se experimenta un marcado descenso en el interés de las mujeres por su apariencia física social. Por el contrario, las metas personales relacionadas con la salud física y/o mental muestran un ligero incremento con la edad.

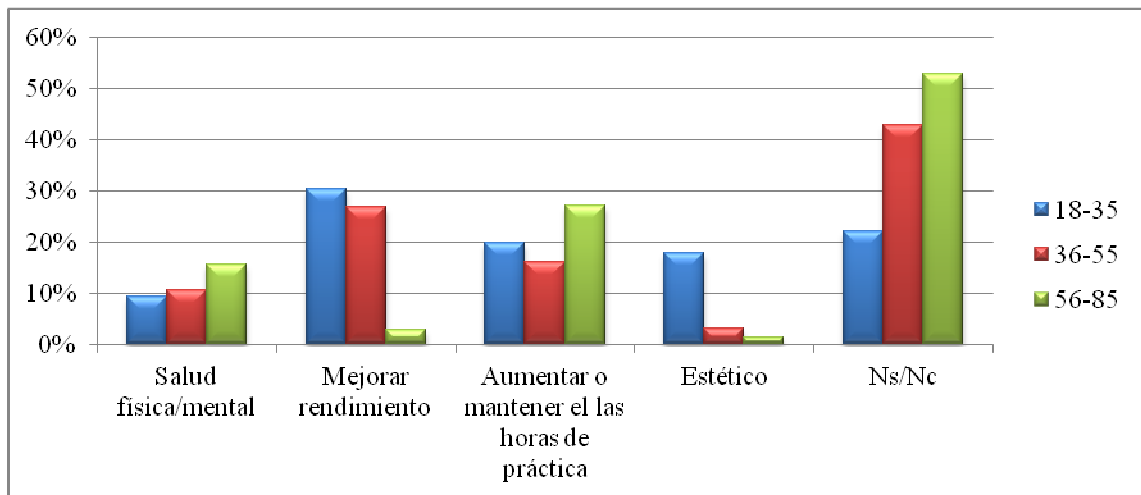


Gráfico 7. Relación edad con las metas personales relacionadas con la actividad físico-deportiva.

En la tabla 26 encontramos un nivel de significación  $<0.05$  entre las variables edad y las metas personales relacionadas con la práctica físico-deportiva, lo cual nos permite afirmar que existe una relación significativa entre estas variables. Por ello, podemos afirmar que el ciclo vital en el que nos encontremos afectará al tipo de meta personal relacionada con la actividad físico-deportiva.



Tabla 26. Relación de la variable edad categorizada con las metas personales de actividad físico-deportiva para la muestra total n=258.

Meta Personal de Actividad Físico-deportiva						
Edad	Salud física/mental	Mejorar rendimiento	Aumentar o mantener el las horas de práctica	Estético	Ns/Nc	Total
18-35	9	29	19	17	21	95
36-55	10	25	15	3	40	93
56-85	11	2	19	1	37	70
Total	30	56	53	21	98	258

$\chi^2= 48,576 / p=<0, 001$

#### 4.1.2.2. Hipótesis II

##### **II: En relación a la práctica deportiva:**

Esperamos encontrar diferencias entre aquellas mujeres que dedican mayor número de horas semanales a su práctica de actividad física y aquellas que dedican menos horas semanales de práctica, al menos en tres tipos de variables:

**II.I.** Variables sociodemográficas, como el nivel de estudios, el estado civil, y la situación profesional (Elizondo-Armendáriz, Guillén y Aguinaga, 2005) y otras variables vinculadas a la situación personal y familiar.



**a) Relación del número de horas dedicadas a la práctica físico-deportiva con variables sociodemográficas.**

Sometidas las variables sociodemográficas y la frecuencia de práctica físico-deportiva a las pruebas de normalidad y homogeneidad de varianza, y viendo que éstas no se ajustan, hemos decidido realizar pruebas no paramétricas, en este caso la prueba de Kruskal-Wallis.

Encontramos diferencias significativas en la frecuencia de la práctica físico-deportiva de las mujeres cacereñas en relación a las variables estado civil, nivel de estudios, situación laboral, barreras encontradas para realizar actividad físico-deportiva, labores del hogar y los motivos de práctica físico-deportiva. (Tabla 27.)

Tabla 27. Relación del número de horas dedicadas a la práctica físico-deportiva con variables sociodemográficas.

Frecuencia AF	Estado Civil	Nivel de Estudios	Situación Laboral	Barreras	Labores del Hogar	Motivos
Chi-cuadrado	31,764	39,998	51,023	8,563	11,530	17,537
Gl	3	3	4	3	4	3
Sig. Asintot.	<0,001	<0,001	<0,001	0,039	0,021	0,001

(a) Prueba de Kruskal-Wallis. (b) Variable de agrupación: Estado Civil, nivel de estudios. Situación laboral, barreras, labores del hogar, Motivos

**a.1. Estado Civil**

Para poder ver con más detalle entre qué categorías del estado civil se encuentran estas diferencias podemos observar en el gráfico 8, que son las mujeres solteras las que dedican mayor número de horas a su práctica físico-deportiva.



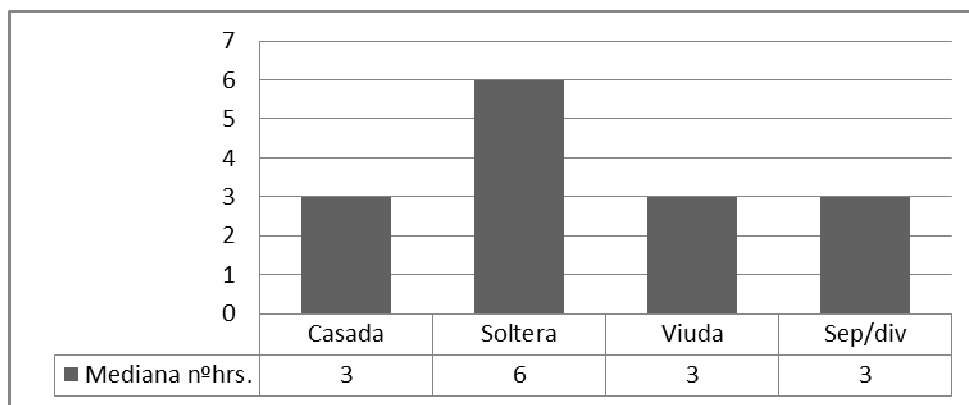


Gráfico 8. Relación del número de horas dedicadas a la práctica físico-deportiva con el estado civil.

### *a.2. Nivel de Estudios*

En el gráfico 9 podemos observar que las mujeres que han cursado la segunda etapa de secundaria dedican un mayor número de horas semanales a su práctica físico-deportiva en relación con los otros niveles académicos. Este resultado se debe interpretar con bastante cautela, ya que puede deberse a las exigencias de tiempo que tienen muchas personas tituladas a la hora de desarrollar trabajos que requieran más implicación y que, por otra parte, en este grupo también se incluyen muchas mujeres jóvenes que todavía no han concluido sus estudios universitarios.

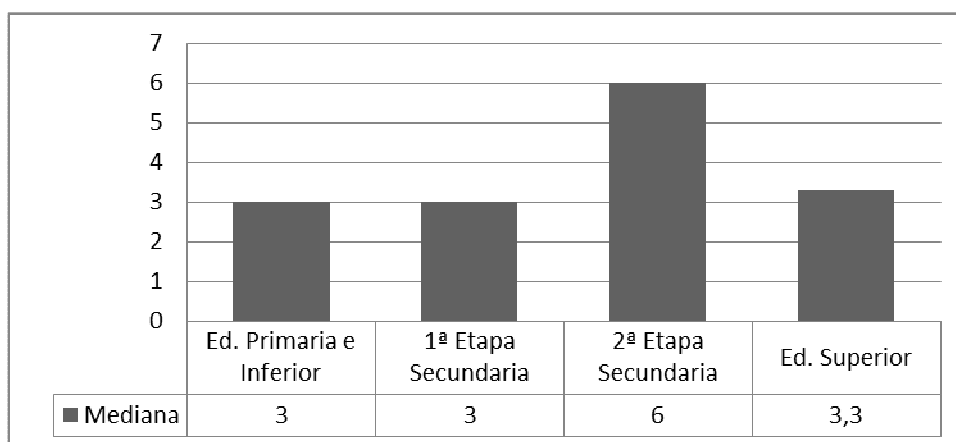


Gráfico 9. Relación del número de horas dedicadas a la práctica deportiva con la variable nivel de estudios.



### ***a.3. Situación Laboral***

Observamos diferencias entre los grupos relacionados con la situación laboral y el número de horas dedicadas a la práctica físico-deportiva. En el gráfico 10 podemos ver como son las estudiantes las que exhiben un mayor número de horas de práctica.

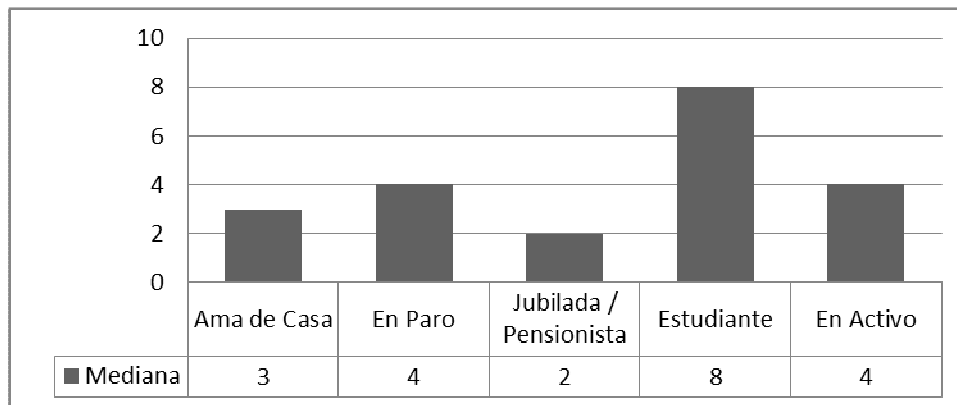


Gráfico10. Relación del número de horas dedicadas a la práctica físico-deportiva con la variable situación laboral.

### ***a.4. Barreras percibidas para la práctica físico-deportiva***

En la gráfica 11 se observa que las mujeres que dedican un mayor número de horas a su actividad físico-deportiva, son aquellas que no perciben barreras a la hora de realizar su actividad.

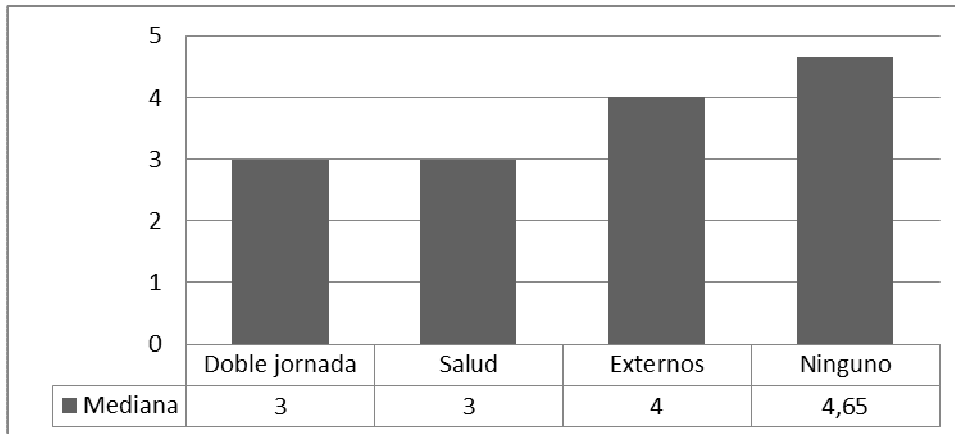


Gráfico 11. Relación del número de horas dedicadas a la práctica físico-deportiva y las barreras percibidas para su práctica.

#### *a.5. Labores del Hogar*

En el gráfico 12 podemos ver que las mujeres físicamente activas de la ciudad de Cáceres que sólo realizan algunas de las labores del hogar, son las que mayor número de horas dedican a la práctica físico-deportiva.

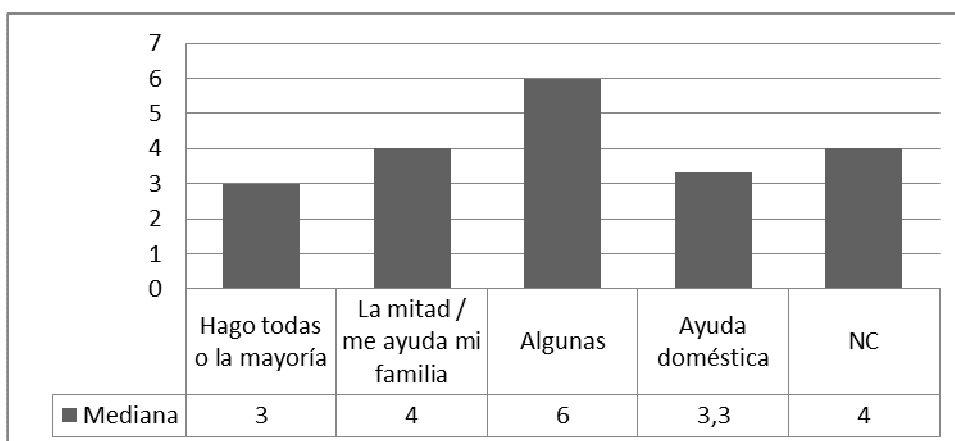


Gráfico 12. Relación del número de horas dedicadas a la práctica físico-deportiva con la variable labores del hogar.

### ***a.6. Motivos de práctica físico-deportiva***

Observamos que las mujeres que realizan un mayor número de horas dedicadas a la práctica físico-deportiva, son aquellas que en la encuesta respondieron que el motivo por el que realizaban esta actividad era por gusto y/o diversión (gráfico 13).

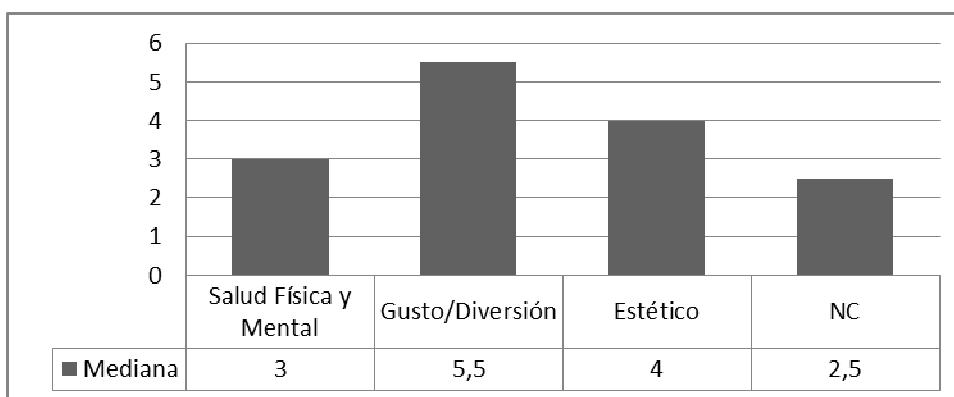


Gráfico13. Relación del número de horas dedicadas a la práctica físico-deportiva con los motivos para realizarla.

**II.II.** En nuestra siguiente hipótesis relacionada con las variables psicológicas como el autoconcepto físico y el bienestar subjetivo, que será mejor en las mujeres físicamente activas, con independencia de su edad (Gill, Williams, Butki y Kim, 1997).

### **b) Relación del número de horas dedicadas a la práctica físico-deportiva y el Cuestionario de Autoconcepto Físico.**

Sometidas las variables número de horas dedicadas a la práctica físico-deportiva categorizada y las dimensiones del autoconcepto físico a un análisis exploratorio de los datos, hemos observado que algunas variables no se ajustan a los supuestos previos para



la utilización de pruebas paramétricas y otras sí, con lo cual se procederá a utilizar la prueba de Kruskal-Wallis para los casos que no tengan distribución normal y ANOVA para aquellas que sí las tengan (tabla 28).

Tabla 28. Prueba de normalidad para las variables número de horas dedicadas a la práctica físico-deportiva y las dimensiones del Cuestionario de Autoconcepto Físico para la muestra total n=258.

	Horas semanales	Kolmogorov-Smirnov(a)			Prueba
		Estadístico	gl	Sig.	
Habilidad Física	Bajo	,090	151	0,004	Kruskal-Wallis
	Medio	,137	80	0,001	
	Alto	,119	27	0,200	
Condición Física	Bajo	,096	151	0,002	Kruskal-Wallis
	Medio	,104	80	0,032	
	Alto	,147	27	0,138	
Atractivo Físico	Bajo	,106	151	<0,001	Kruskal-Wallis
	Medio	,102	80	0,039	
	Alto	,183	27	0,021	
Fuerza	Bajo	,059	151	0,200	ANOVA
	Medio	,075	80	0,200	
	Alto	,100	27	0,200	
Autoconcepto Físico	Bajo	,104	151	<0,001	Kruskal-Wallis
	Medio	,068	80	0,200	
	Alto	,136	27	0,200	
Autoconcepto General	Bajo	,108	151	<0,001	Kruskal-Wallis
	Medio	,099	80	0,050	
	Alto	,170	27	0,043	

(a) Corrección de la significación de Lilliefors

En relación al número de horas dedicadas a la práctica físico-deportiva y las dimensiones del Cuestionario de Autoconcepto Físico, en la tabla 29 observamos diferencias significativas entre el número de horas dedicadas a la práctica físico-deportiva y algunas dimensiones del CAF, Siendo la Habilidad Física, la Condición Física y la Fuerza, las dimensiones que se ven sometidas a esta variable.



Tabla 29. Relación del número de horas dedicadas a la práctica físico-deportiva con las dimensiones del Cuestionario de Autoconcepto Físico para la muestra total n=258.

Dimensiones del CAF	Bajo		Medio		Alto		valor p
	Media (dt)	Mediana (Q1-Q3)	Media (dt)	Mediana (Q1-Q3)	Media (dt)	Mediana (Q1-Q3)	
Habilidad Física	20,34 (4,83)	21 (17-23)	20,60 (4,61)	21 (18-24)	22,81 (4,63)	24 (19-27)	0,042
Condición Física	18,70 (4,80)	19 (16-23)	19,29 (3,53)	18,50 (15-23)	21,15 (3,53)	21 (18-24)	0,032
Atractivo Físico	21,09 (4,19)	21 (18-24)	21,09 (4,02)	21 (19-24)	21 (4,71)	23 (18-24)	0,973
( $\alpha$ ) Fuerza	17,94 (4,65)	18 (15-21)	18,85 (4,07)	19 (16-21)	20,26 (3,27)	20 (17-22)	0,026
Autoconcepto Físico	22,41 (4,22)	23 (19-25)	22,43 (4,09)	23 (19,25-25)	23,15 (4,20)	24 (20-26)	0,588
Autoconcepto General	23,40 (4,18)	24 (23-27)	23,95 (3,32)	24 (22-26-75)	24,56 (2,83)	24 (23-27)	0,518

(a) Prueba de Kruskal-Wallis. (b) Variable de agrupación: Hrs. semanales. ( $\alpha$ )ANOVA.

Para determinar entre qué grupos de número de horas dedicadas a la práctica físico-deportiva existían estas diferencias, realizamos posteriormente la prueba de Mann-Whitney para dos variables independientes (aplicando la corrección de Bonferroni), para aquellas variables que no se ajustaban a los supuestos de normalidad. Para aquellas variables que sí cumplían los supuestos de normalidad y homogeneidad de varianza, se aplicó la prueba *Post hoc* de Bonferroni.

En la tabla 30 podemos observar que las dimensiones de Habilidad Física, Condición Física y Fuerza, presentan diferencias significativas entre aquellas mujeres que dedican un mayor número de horas a su práctica físico-deportiva y aquellas que dedican menos horas. En el grupo de mujeres que dedican una frecuencia media de práctica físico-deportiva no se encuentran diferencias significativas entre las dimensiones del CAF (Habilidad Física, Condición Física y Fuerza) en relación con los otros dos grupos.



Tabla 30. Comparación entre el número de horas dedicadas a la práctica físico-deportiva categorizadas y las dimensiones del Cuestionario de Autoconcepto Físico para la muestra total n=258.

Variable	Frecuencia	n	Media (dt)	Mediana (Q1-Q3)	P
§Habilidad Física	Bajo	151	20,34 (4,83)	21 (17-23)	0,530
	Medio	80	20,60 (4,61)	21 (18-24)	
	Bajo	151	20,34 (4,83)	21 (17-23)	0,014
	Alto	27	22,81 (4,63)	24 (19-27)	
	Medio	80	20,60 (4,61)	21 (18-24)	
	Alto	27	22,81 (4,63)	24 (19-27)	
§Condición Física	Bajo	151	18,71 (4,80)	19 (16-21)	0,558
	Medio	80	19,29 (4,88)	18,50 (15-23)	
	Bajo	151	18,71 (4,80)	19 (16-21)	0,007
	Alto	27	21,15 (3,53)	21 (18-24)	
	Medio	80	19,29 (4,88)	18,50 (15-23)	
	Alto	27	21,15 (3,53)	21 (18-24)	
£Fuerza	Bajo	151	17,94 (4,65)	18 (15-21)	0,411
	Medio	80	18,84 (4,06)	19 (16-21)	
	Bajo	151	17,94 (4,65)	18 (15-21)	0,034
	Alto	27	20,26 (3,27)	20 (17-22)	
	Medio	80	18,84 (4,06)	19 (16-21)	
	Alto	27	20,26 (3,27)	20 (17-22)	

(§)U de Mann-Whitney con corrección de significación de Bonferroni. (£)Bonferroni.

**c) Relación del número de horas dedicadas a la práctica físico-deportiva, el Estado de Salud Percibido y la Escala de Satisfacción con la Vida**

En las variables psicológicas como el Estado de Salud Percibido (EVA) y la Escala de Satisfacción con la Vida, no encontramos diferencias significativas entre las variables, pudiendo decir que las percepciones del estado de salud y de bienestar subjetivo en la muestra de mujeres adultas físicamente activas de Cáceres, no se relaciona con el número de horas dedicados a la práctica físico-deportiva (tabla 31).



Tabla 31. Relación entre el número de horas dedicadas a la práctica físico-deportiva categorizada con las variables estado de salud percibido (EVA) y la ESV para la muestra total n=258.

Variables	Bajo		Medio		Alto		p
	Media (dt)	Mediana (Q1-Q3)	Media (dt)	Mediana (Q1-Q3)	Media (dt)	Mediana (Q1-Q3)	
ESV	18 (3,80)	18 (16-20)	18 (3,69)	19 (15-20,75)	18,41 (3)	19 (17-20)	0,894
EVA	7,65 (1,59)	8 (7-9)	7,55 (1,46)	8 (6,78-9)	8,06 (1,61)	8 (7-9)	0,323

(a) Prueba de Kruskal-Wallis. (b) Variable de agrupación: Horas semanales.

**d) Relación del número de horas dedicadas a la práctica físico-deportiva con las metas personales.**

Hemos querido analizar la influencia que ejerce el número de horas dedicadas a la práctica físico-deportiva y las metas personales planteadas por las participantes en el estudio. Sometimos las variables a la prueba de  $X^2$  para examinar la relación del número de horas dedicadas a la práctica físico-deportiva y las metas personales referentes a esta práctica, encontrando diferencias significativas que apuntan a una relación entre las variables (tabla 32). Con esto podemos decir que las metas personales relacionadas con la práctica físico-deportiva van a influir en el número de horas dedicadas a la misma





Tabla 32. Relación de la variable número de horas dedicadas a la práctica físico-deportiva categorizada con las metas personales de actividad físico-deportiva para la muestra total n=258.

Meta Personal de Actividad Físico-deportiva						
Edad	Salud física/mental	Mejorar rendimiento	Aumentar o mantener las horas de práctica	Estético	Ns/Nc	Total
Bajo	18	17	33	12	71	151
Medio	10	25	16	6	23	80
Alto	2	14	4	3	4	27
Total	30	56	53	21	98	258

$\chi^2= 32,50 / p=<0.001$

En el gráfico 14 podemos observar nuevamente el gran porcentaje de mujeres que no sabe o no contesta a este apartado.

En relación con las participantes del estudio que sí contestan el apartado, vemos que la tendencia en los objetivos relacionados con la estética, la salud física y/o mental y aumentar o mantener las horas de práctica, va decreciendo según aumentan las horas dedicadas a la práctica físico-deportiva. Esto no sucede con el objetivo de mejorar el rendimiento, donde son las mujeres que realizan un número de horas media, en relación con la categorización, las que destacan, seguidas por las que realizan menos horas de actividad y por último las que dedican un mayor número de horas de práctica físico-deportiva.

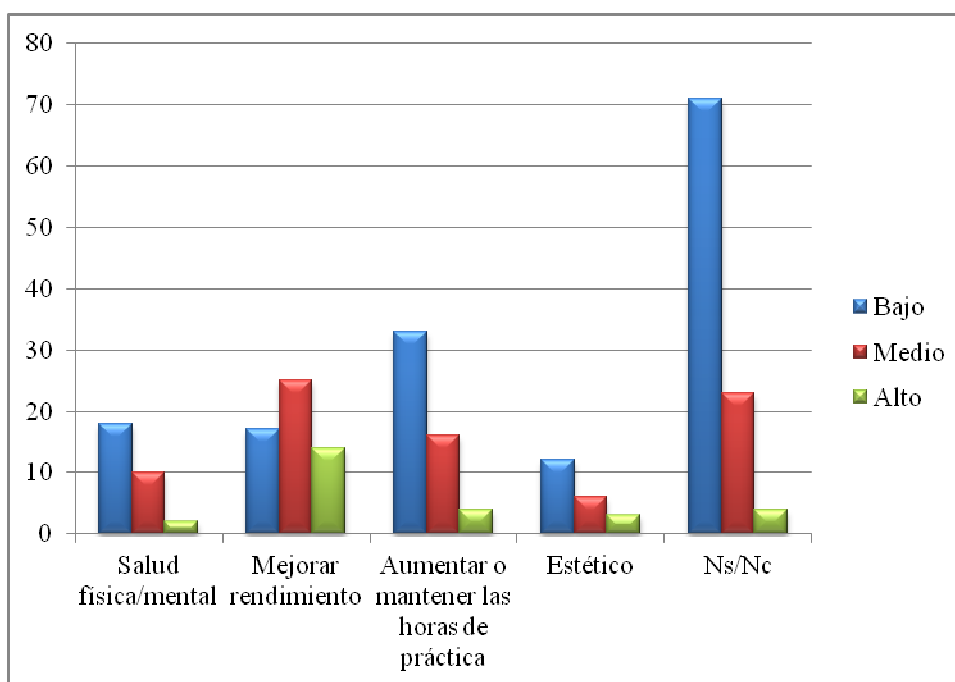


Gráfico14. Relación del número de horas dedicadas a la práctica físico-deportiva y las metas personales referentes a la actividad físico-deportiva.

#### 4.1.2.3. Hipótesis III

##### **III: En función de las características del proyecto personal**

Se buscarán relaciones entre las metas personales:

##### **III.I. Con la satisfacción con la vida**

##### **Relación de las metas personales relacionadas con la práctica de actividad físico-deportiva con el estado de salud percibido y la escala de satisfacción con la vida.**

Sometidas las variables metas personales de actividad físico-deportiva con el estado de salud percibido (EVA) y la ESV a un análisis exploratorio de los datos, hemos observado que las variables no se ajustan a los supuestos previos para la utilización de pruebas paramétricas. Con lo cual se procedió a utilizar la prueba de Kruskal-Wallis.



Tabla 33. Relación de las metas personales de actividad física con las variables estado de salud percibido (EVA) y ESV. Para la muestra total n=258.

Metas actividad físico-deportiva	ESV		EVA	
	Media (dt)	Mediana (Q1-Q3)	Media (dt)	Mediana (Q1-Q3)
Salud física/mental	17,37 (3,90)	18 (15-20)	7,38 (1,39)	8 (6,88-8,13)
Mejorar el rendimiento	18,80 (3,61)	19 (17-21)	7,98 (1,58)	8 (7-9)
Aumentar o mantener las hrs. de práctica	18,42 (3,15)	19 (16-20)	7,48 (1,63)	8 (6,75-8,90)
Estético	17,29 (4,35)	18 (13-20,50)	7,49 (1,08)	8 (6,85-8)
Ns/Nc	17,77 (0,82)	8 (16-20)	7,70 (1,52)	8 (7-8)
p	0,314		0,147	

(a) Prueba de Kruskal-Wallis. (b) Variable de agrupación: Meta relacionada con la Actividad Físico-deportiva

Al analizar las variables metas personales en relación con variables psicológicas como la percepción del estado de salud o la escala de satisfacción con la vida, no encontramos diferencias significativas, por lo que podemos afirmar que con la muestra de mujeres adultas físicamente activas de Cáceres, las metas personales relacionadas con la actividad físico-deportiva no influyen en la percepción del estado de salud ni en la satisfacción con la vida de las participantes.



**CAPITULO V:**

**DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

---





## 5.1. DISCUSIÓN

El primer apartado de nuestro estudio, se basó en la descripción de las características de la muestra, en relación a las variables que se identificaron como factores facilitadores o barreras que intervienen en la consecución de hábitos de vida activos y saludables, como es en este caso, la práctica físico-deportiva.

Como hemos mencionado en el marco teórico la adquisición de hábitos es un proceso complejo y posee un carácter dinámico, referido a las circunstancias personales y sociales del individuo. Por este motivo, nuestro estudio descriptivo se ha basado principalmente en las referencias encontradas en la encuesta de los hábitos deportivos de los españoles, ya que es una encuesta que se lleva realizando con una periodicidad de 5 años desde 1980 y que posee un gran prestigio y respaldo institucional. Siendo una referencia de gran valor para este trabajo.

En la revisión bibliográfica hemos encontrado una serie de variables propuestas por diferentes autores que se asocian con la práctica físico-deportiva, entre ellas destacan: el sexo, la edad, el nivel de estudios, la situación laboral, el nivel socioeconómico, el acceso a las instalaciones deportivas, el gusto por el deporte y los hábitos deportivos de los otros significativos (familiares y amigos), entre otras.

A continuación describiremos las características de la muestra de mujeres físicamente activas de la ciudad de Cáceres.



En nuestro estudio hemos podido contar con un total de 258 mujeres físicamente activas de la ciudad de Cáceres, con edades comprendidas desde los 18 hasta los 85 años, con una media de edad de 43,0 años y una desviación típica de 17,6.

De nuestras participantes podemos decir que más de la mitad estaban casadas (54%), más de un tercio solteras (36%) y el resto se distribuía entre Separadas/divorciadas y viudas (10%). El nivel de estudios de la muestra estaba mayoritariamente repartido entre mujeres que habían cursado la educación primaria o inferior (32%) y secundaria (42%), un poco más de un tercio de la muestra había cursado la educación superior (26%). En relación a la situación laboral más de un tercio de la muestra estaba en activo (36%), un tercio eran amas de casa (25%) y el resto se distribuían por orden de la siguiente forma: estudiantes (19%), pensionistas o jubiladas (12%) y en paro (8%).

Las participantes en el estudio destinaban una media de 5,2 horas de práctica físico-deportiva a la semana, con una desviación típica de 3,9. En relación a la frecuencia de práctica físico-deportiva la OMS (2010), propone que para que la práctica físico-deportiva tenga efectos beneficiosos para la salud, las personas adultas entre 18 a 64 años deberían realizar un mínimo de 150 minutos semanales de actividad física aeróbica moderada, o bien 75 minutos de actividad física aeróbica vigorosa, o una combinación equivalente de actividades moderadas y vigorosas. En relación a este punto podemos decir, que la muestra de mujeres físicamente activas de Cáceres en promedio estarían superando las recomendaciones básicas de práctica de actividad físico-deportiva, lo cual puede influir de forma beneficiosa a su salud.



### 5.1.1. OBJETIVO 1

En relación al primer objetivo:

1. Identificar los factores facilitadores y las barreras que encuentran las mujeres adultas físicamente activas de Cáceres, para la realización de su actividad físico-deportiva.

En nuestra investigación hemos podido comprobar que el 85,3% de las entrevistadas dispone de una instalación deportiva cerca de su hogar. Para nuestras participantes, el acceso a las instalaciones deportivas no se presenta como una barrera a la hora de fomentar hábitos de vida activos y saludables en la ciudad. Del mismo modo comentan García Ferrando y Llopis (2010) en la Encuesta de Hábitos Deportivos de los Españoles. En este sentido, los autores nos plantean que quizás en la actualidad el problema de la práctica físico-deportiva no está sujeta a la falta de espacios como hace 20 años, sino que quizás, esté más relacionada a las dificultades que presentan los horarios laborales, comerciales y escolares. Lo ideal sería poder conciliar el ámbito educativo, laboral y de ocio para poder dedicar un tiempo a la práctica físico-deportiva, especialmente en el caso de la mujer. En esta misma línea, en la encuesta realizada por la Comisión Europea (Summary Health Determinants. EC, 2010), en relación a las instalaciones deportivas, igualmente comentan que éste factor no se percibe como una barrera a la hora de realizar actividad física y/o deporte dentro de la UE, con tan solo un (3%) de la comunidad expresándolo como tal, siendo Polonia y Eslovaquia con un 8% de la población quienes encuentran que la falta de instalaciones es un factor para no realizar actividad física y/o deporte.





Sin embargo, no podemos descartar que la lejanía de las instalaciones pueda haber afectado a las mujeres que no realizan práctica físico-deportiva, o que tengan prácticas alternativas. De todas maneras, casi un 15% de las participantes acudían a las instalaciones deportivas distantes. Como hemos podido observar en otros estudios (Blázquez y Feu, 2013 y Gusi, Madruga y Prieto, 2009), esta posible lejanía es más frecuente en ámbitos de municipios más pequeños y dispersos, con menor recurso de instalaciones.

De las instalaciones deportivas utilizadas por nuestras participantes el 66,7% fueron públicas. Este dato nos aporta la idea de que las administraciones públicas, tanto nacionales como autonómicas, han trabajado en los accesos a las instalaciones y espacios públicos destinados a la práctica físico-deportiva en el país en general y en la ciudad de Cáceres en particular.

En relación a los otros significativos, como es la familia y el ambiente social cercano, hemos observado que la gran mayoría (88,8%) de las participantes tenían un familiar que realiza o realizaba actividad físico-deportiva. Como hemos podido apreciar en la literatura, la influencia que ejerce la familia en la adquisición de hábitos activos y saludables es fuerte (García Ferrando y Llopis, 2010; Alarcón et al. 2008; Montil et al. 2005; Carron et al. 1996; Sallis et al. 1995).

Más en concreto, en la Encuesta de Hábitos Deportivos de los Españoles (2010) al realizar un análisis predictivo sobre la práctica físico-deportiva, García Ferrando y Llopis seleccionaron una serie de posibles variables que pudiesen pronosticar el hábito deportivo en la población. La primera variable predictora seleccionada por el análisis fue el hecho de que, bien el padre, la madre o ambos, hagan o hayan hecho deporte. En



esta relación nos preguntamos la influencia que podría o no existir, sobre la práctica físico-deportiva y la pareja.

Estas cifras que hemos obtenido, nos parecen prometedoras, si observamos el progreso que se viene dando hace ya varios años en el incremento de la práctica físico-deportiva y el mantenimiento de este hábito en las cohortes más jóvenes de la sociedad, tomando en cuenta que las mujeres que realizan práctica físico-deportiva en el día de hoy, serán modelos a seguir en el día de mañana.

Siguiendo con los otros significativos, se preguntó si alguien (familiares, amigos, médico) les había recomendado realizar actividad físico-deportiva. A un gran porcentaje de las encuestadas (83%) les habían recomendado la realización de actividad física y/o deporte. De esta manera se confirma al igual que en otros estudios (White et al. 2013; Gillepiel et al. 2011; García Ferrando y Llopis, 2010; Burton et al. 2009; Gusi et al. 2008; Haskell et al. 2007; Dolcini y Alder, 1994) la importancia del apoyo del ambiente social en la incorporación de hábitos de vida activos y saludables.

Al igual que ocurre en relación a las instalaciones deportivas, el gasto económico declarado por nuestras participantes ha sido igual o inferior a 6 € en un 42% e inferior a 30€ en el 37% de las encuestadas. No suponiendo el coste de la actividad un impedimento a la hora de desarrollar práctica físico-deportiva en la ciudad de Cáceres, ya que los programas de promoción de la actividad física y el deporte en la ciudad han desarrollado actividades y adaptado espacios para la realización de éstas a bajo coste e inclusive sin él.

A nivel de la UE tan solo un 5% de la comunidad informa que la práctica físico-deportiva es demasiado cara para poder incluir éste hábito en su vida, siendo el coste de



practicar algún deporte o realizar actividad física un factor poco considerado dentro de los países miembros. A nivel nacional el porcentaje de personas que considera que el coste de la actividad es demasiado para realizar un actividad físico-deportiva es similar, siendo ésta de un 4%.

Al referirnos al abandono temporal de la práctica físico-deportiva, hemos podido confirmar al igual que otros estudios (ENS, 2013; CE, 2010; Ferrando y Llopis, 2010; Rodríguez et al. 2009; Martínez et al. 2008; Alarcón et al. 2008), que la falta de tiempo es el más mencionado por la muestra (47%), muy similar a los resultados encontrados por el informe del Eurobarómetro 329 (Summary Health Determinants. EC, 2010), donde la población de los países miembros afirman en un 45% que la falta de tiempo es la principal barrera para no realizar práctica físico-deportiva.

En la muestra encuestada en nuestro estudio, la falta de tiempo se atribuía a la doble jornada en un 47%, apuntando a una carga desigual de la distribución del trabajo en la mujer. Estas mujeres que son físicamente activas y que ya poseen un hábito de vida activo, buscan la manera de poder seguir adelante con su proyecto físico-deportivo, y consiguen encontrar el tiempo necesario para realizarlo. Sin embargo, hay un gran número de mujeres que no logran encontrar ese tiempo. La idea de poder buscar soluciones y alternativas de conciliación familiar y ocio activo, es el desafío actual en la sociedad española para poder aumentar los estilos de vida activos y saludables en la mujer. Tanto a nivel nacional como de la UE, la mujer sigue estando menos representada en la práctica físico-deportiva, no sólo a nivel de hábito, si no que también a niveles profesionales y directivos (ENS. 2013; Sport and Physical Activity. EC, 2010).



En relación a las actividades más demandadas por la muestra para realizar actividad físico-deportiva, fueron los deportes (44,6%) (Atletismo, Fútbol, Vóley, etc.) y las actividades dirigidas (31,4%) (Aerobic, Pilates, etc.), las más mencionadas. Nos ha llamado gratamente la atención la cantidad de mujeres a las que les gustaría realizar deporte en su tiempo libre. Esto podría indicarnos que el concepto de deporte está comenzando a cambiar los estereotipos físico-deportivos de las participantes en nuestra investigación, y que las motivaciones para la práctica de actividad física y/o deporte también lo están haciendo, enfocándose más a lo social y a lo relacionado con la superación personal. Habría que ahondar más en este tema para poder buscar ofertas de promoción deportiva ya sea en clubes o a nivel municipal para poder ofertar estas alternativas.

Al hablar de las labores del hogar, hemos observado que más de la mitad de las encuestadas realiza todas o la mayoría (64%) de ellas. En relación con la ENS (2013) a nivel nacional las mujeres siguen asumiendo principalmente el cuidado de los menores y de las personas dependientes, así como las labores del hogar. Este es un tema preocupante, tomando en cuenta que las políticas de igualdad llevan ya años en el ordenamiento jurídico nacional y sus objetivos deberían estar ya consolidados, consiguiendo que la incorporación de la mujer de forma equitativa a la sociedad fuera ya una realidad. Los resultados de nuestra encuesta coinciden con esta valoración, mostrando que los estereotipos sociales están aún muy arraigados en la sociedad española actual, siendo las mujeres quienes siguen llevando la carga del hogar. Esta realidad no es muy distinta a la vivida en la UE, en el informe realizado por la Comisión Europea (2010) (Special Eurobarometer 326. Gender Equality in the EU in 2009), la



percepción de los ciudadanos europeos es que sigue existiendo desigualdad de género en varias de las áreas sociales.

En relación a las motivaciones de las mujeres físicamente activas de Cáceres podemos decir que los motivos más mencionados son la salud física y/o mental (65%), seguido por la diversión y/o gusto (26,4%) y por el cuidado estético (7%). Estos resultados no son tan distintos a los encontrados en otras investigaciones (Blázquez et al. 2012; García Ferrando et al. 2010; EC, 2010; Rodríguez et al. 2009; Alvariñas et al. 2009; Alarcón et al. 2008; Ruiz et al. 2007). Por ejemplo en el estudio de la población femenina andaluza, los motivos para practicar actividades físico-deportivas más nombradas son: por hacer ejercicio, por gusto, mantener o mejorar la salud, pasar el tiempo y por mantener la línea. En el estudio realizado en la comunidad de Madrid por Rodríguez et al. (2009) los motivos más mencionados son mantenerse en forma/mantener la línea, diversión/pasar el tiempo y mantener o mejorar la salud.

A nivel nacional, según la Encuesta de Hábitos Deportivos de los Españoles (2010), podemos observar que las motivaciones de la población española para realizar actividad física y/o deporte son para la población en general: por hacer ejercicio físico, por diversión y pasar el tiempo y, por mantener y/o mejorar la salud. Si hacemos una distinción por género, las motivaciones de las mujeres son las siguientes, por orden de importancia: Por hacer ejercicio físico, por mantener y/o mejorar la salud y, por diversión y pasar el tiempo.

En relación a los países miembros de la UE las motivaciones más nombradas son: por mejorar la salud, mejorar la condición física, relajarse y para divertirse. En éste sentido, las respuestas de las mujeres físicamente activas de Cáceres coinciden con la primera opción relacionada con la salud.



Podemos observar que en la población femenina físicamente activa de Cáceres, el cuidado de la salud física y/o mental es el motivo principal para su práctica, quizás las políticas de promoción de la actividad física ha logrado integrar el concepto de salud en las mujeres que realizan actividad física y deporte en Cáceres.

Cerramos este apartado con la idea de que a nivel general las políticas de promoción de la actividad físico-deportiva han evolucionado durante los últimos 30 años, tanto a nivel nacional, como europeo e internacional. En España se ha expresado un aumento del interés de este tipo de actividades, especialmente en la edad adulta y el adulto mayor (García Ferrando y Llopis, 2010). A nivel Europeo (países miembros de la Unión Europea) observamos la misma tendencia, donde en el año 2002 se manifestaba que un 8% de la población realizaba al menos un día a la semana de actividad física vigorosa, y el 9% al menos dos días de actividad física intensa a la semana (Special Eurobarometer Physical Activity, 2003). En el informe realizado en 2009, se observa que el 40% de los ciudadanos de la Unión Europea afirma realizar actividad física y/o deporte al menos una vez a la semana (Special Eurobarometer Sport and Physical Activity, 2010).

Observamos que en relación a los aspectos facilitadores y las barreras encontradas en las mujeres cacereñas físicamente activas que han participado en nuestro estudio, a día de hoy, han resultado ser semejantes a los resultados reflejados en estudios previos desarrollados tanto a nivel nacional como europeo. Esto puede ser un indicador del proceso de integración de nuestro país con la Unión Europea, proceso que se manifiesta en los cambios experimentados tanto a nivel social como en el sistema deportivo, convirtiéndose la actividad físico-deportiva en una parte integral y cada vez más importante de la sociedad en general y las políticas sociales en particular.



Nuestros resultados muestran una evolución en los factores que se pueden considerar como barreras a la práctica físico-deportiva. Por una parte el problema de acceso (falta de instalaciones, gasto de la actividad, entre otras) ya no es un obstáculo para la práctica físico-deportiva, tal como afirman las participantes de nuestro estudio, si no que, los aspectos sociales y los roles asumidos por las mujeres siguen siendo las barreras que más dificultan la práctica del ocio activo. Los horarios laborales, comerciales, educacionales y las demandas de la vida familiar son las dificultades que afrontan las mujeres a la hora de poder conciliar el trabajo y el ocio (García Ferrando y Llopis, 2010; ENS, 202013; Special Eurobarometer Summary Gender Equality in the EU, 2010). Esto lo hemos podido constatar no sólo con estudios nacionales, si no que también, con estudios a nivel internacional y europeos, donde hemos podido observar que la frecuencia de actividad físico-deportiva y la participación de la sociedad en ella ha aumentado, sin embargo, sigue siendo la mujer quien realiza menos actividad físico-deportiva y también son ellas quienes en mayor medida se dedican a las labores del hogar y las responsabilidades familiares (Special Eurobarometer Sport and Physical Activity, 2010; García Ferrando y Llopis, 2010). Como nos comenta García Ferrando y Llopis (2010) en 30 años se ha observado un incremento de la práctica físico-deportiva en la población en general, sin embargo, el diferencial existente entre hombres y mujeres no ha variado. Esto nos puede decir, que los principios de equidad en el reparto de las responsabilidades familiares aún están descompensados.



## 5.1.2. OBJETIVO 2

En relación al segundo objetivo:

2. Evaluar el estado de salud percibido de las mujeres adultas de Cáceres físicamente activas en el momento del ciclo vital en el que se desarrollan.

### 5.1.2.1. Estado de salud percibido

El estado de salud percibido de la gran mayoría de las participantes en el estudio se ha considerado bueno o muy bueno (82,6%). En la ENS (2013) encontramos que en general el estado de salud percibido de la población española tiene estas características (71,5%), aún así los porcentajes encontrados en nuestro estudio son más altos. Esta diferencia refleja la especificidad de la muestra, más representativa de la mujer físicamente activa que de la población en general. A nivel de la Comunidad Autónoma de Extremadura (PSE, 2009), el 69, 2% de la población se percibe con un estado de salud bueno o muy bueno, si nos referimos a las mujeres extremeñas, nos encontramos con un 65% que percibe su salud como buena o muy buena. Las puntuaciones de la percepción del estado de salud de nuestra muestra, se pueden deber a que nuestro grupo de estudio son mujeres que realizan de forma habitual actividad física y/o deporte, lo cual puede estar influyendo de forma positiva a su percepción de su estado de salud, como afirman otros estudios (Mendoza et al. 2013; Kaleta et al. 2006; Sánchez et al. 2006).





### 5.1.2.2. Satisfacción con la vida

Como mencionamos en el capítulo de resultados para apoyar esta evaluación se aplicó la ESV de Diener et al. (1985), para valorar el grado de satisfacción con la vida de las participantes en el estudio, confirmando que la muestra se encuentra satisfecha o muy satisfecha con su vida (88,8%). Desde esta perspectiva González et al. (2013), nos cometan en un meta-análisis, que en la relación existente entre la práctica físico-deportiva y la satisfacción con la vida. Los factores que más contribuían a esta percepción son los hábitos relacionados con la salud, la motivación y el autoconcepto.

En la literatura encontramos resultados contradictorios en relación a estas variables, Sánchez et al. (2008), en su estudio con población escolar no encontraron relación entre la práctica físico-deportiva y la percepción del estado de salud. Esto se puede deber a que quizás la percepción del estado de salud y su importancia es una variable más asociada a la edad; Así lo podemos observar, en un estudio realizado por Mendoza et al. (2013) con población adulta (18 a 64 años), quienes no sólo encontraron relación entre la práctica físico-deportiva y la autopercepción del estado de salud, sino que también encontraron diferencias de género. Castro et al. (2007), observaron que tanto el estado de salud percibido como la satisfacción con la vida están más unidos a aspectos subjetivos del sujeto que a indicadores objetivos. Asimismo, hay un proceso de adaptación o acomodación de la percepción subjetiva del estado de salud expresado por las personas encuestadas, comparando con el mejor estado posible. Así, una persona físicamente activa y en forma tiene valores de referencia distintos al de una persona mayor o con patologías.



### 5.1.2.3. Hábitos de vida

En relación a los hábitos de vida, las mujeres físicamente activas de Cáceres consideran que cuidan su salud (96%), lo cual nos resulta muy coherente ya que como hemos visto anteriormente la mayoría de ellas contesta que realiza su práctica físico-deportiva por motivos de salud física y/o mental. Sin embargo, al analizar los hábitos saludables como el consumo de tabaco y los hábitos alimenticios, observamos que quizás sería una muy buena opción incorporar a las clases dirigidas ofertadas en centros deportivos, ya sean públicos o privados, directrices relacionadas con estos puntos. Por ejemplo en lo relacionado con el tabaco, las mujeres físicamente activas de Cáceres como media fuman más que la mujer española en general, alrededor de un 24% v/s un 20,2% (ENS, 2013). Desde otra perspectiva, si analizamos el porcentaje de mujeres físicamente activas de Cáceres que afirma no fumar nunca éste es mayor que el de las mujeres españolas (76% v/s 64,5%). Aunque, no podemos asumir que la práctica de actividad física es el hecho por el cual la muestra afirme en mayor porcentaje no fumar nunca, sí es lógico pensar que quien cuide su salud en esta faceta, lo haga también en otras.

El tabaco era la principal causa de muerte en EEUU (Mokdad et al. 2000), seguido por la mala alimentación y la inactividad física. En la actualidad son las cardiopatías, relacionadas directamente con los factores mencionados anteriormente (OPS, 2012). La UE junto a la OMS siguen buscando estrategias de intervención que promuevan los estilos de vida activos y saludables para que estos factores se puedan disminuir en nuestra población.

En lo relacionado con la alimentación, nuestros resultados muestran que la mayoría de la muestra se preocupa por el consumo de frutas, verduras y pescados



(consume con frecuencia > 60%), éstos porcentajes son mayores a los encontrados en la ENS (2013), que en ninguno de los casos llega al 60%. En relación con la población extremeña el 68% de la población afirma consumir frutas y verduras a diario y, si especificamos sólo en población femenina el 73,4% de las entrevistadas afirma consumir fruta fresca a diario, observando que es un porcentaje bastante alto, sin embargo al referirnos al consumo de verduras este porcentaje disminuye considerablemente llegando al 15% en la población en general y específicamente en las mujeres con un 18%.

En el informe realizado por la UE, observamos que el 65% de la comunidad informa que la percepción de una dieta saludable es principalmente el consumo de frutas y verduras y, el 56% considera que es comer una variedad de alimentos y una dieta equilibra, por otro lado el 45% de los encuestados considera que una dieta saludable implica evitar los alimentos demasiado grasos.

En relación a los síntomas de ansiedad y depresión, las participantes reflejan un porcentaje bajo de estos síntomas (8,9%), en comparación con la población española (14,6%) (ENS, 2013).

Al hablar de dolor o molestias, los porcentajes son más elevados que los de la población española. Este dato tendríamos que analizarlo con mayor detalle, ya que quienes desarrollan una práctica físico-deportiva a determinadas edades, se exponen a situaciones y actividades que podrían provocar alguna molestia o dolor, y sin embargo, las mujeres que no desarrollan una práctica físico-deportiva no se exponen a estas situaciones.



En resumen, tanto los resultados de nuestro estudio, como los de los estudios consultados, apuntan a la relación entre la percepción del estado de salud, la satisfacción con la vida y los hábitos de vida saludables. Algunos autores como Kaleta et al. (2006), a partir de los resultados de su estudio, insisten en la implementación de programas de intervención dirigidos a la mejora de la percepción del estado de salud a través de la actividad físico-deportiva en el tiempo libre, nos comentan que estos programas han mostrado mayores beneficios en personas mayores y sobre todo en mujeres. Como hemos observado en nuestras participantes, su percepción del estado de salud y su satisfacción vital es buena o muy buena en su mayoría, si recordamos la literatura estudiada, la aplicación de éste tipo de programas puede contribuir a una disminución en los gastos sanitarios públicos, además de los beneficios en la calidad de vida de las personas.

Esta idea nos puede facilitar la incorporación de estrategias metodológicas didácticas que tuvieran en cuenta ambas variables psicológicas, además de la promoción de hábitos de vida saludables en intervenciones futuras en las clases de actividad físico-deportiva destinadas a la salud o en educación para la salud de hábitos independientes de la práctica de actividad física, revisando las necesidades de cada individuo y aplicándolas en sus actividades, especialmente en la edad adulta.



### 5.1.3. OBJETIVO 3

En relación al tercer objetivo:

3. Evaluar el autoconcepto físico y general de las mujeres adultas que realizan actividad físico-deportiva en Cáceres.

El CAF ha resultado ser un instrumento muy útil para medir el Autoconcepto Físico y sus dimensiones, mostrando una consistencia interna adecuada; no tan solo para la muestra total, si no que también, cuando establecemos divisiones en franjas de edad.

Al evaluar el autoconcepto físico de las mujeres físicamente activas de Cáceres hemos encontrado diferencias en el comportamiento de las dimensiones del CAF en función de la edad y la frecuencia de práctica deportiva, variando sus puntuaciones de forma significativa.

Estos mismos resultados se han obtenido en los estudios realizados por el equipo investigador del CAF (Infante. et al., 2011; Goñi, et al. 2010; Esnaola, 2008). En ellos se encuentran diferencias en las percepciones de las dimensiones del Autoconcepto Físico según aumenta o disminuye la edad y, en relación con la práctica físico-deportiva.

Hemos realizado también una comparación entre la muestra de mujeres adultas físicamente activas de Cáceres con la muestra global utilizada en el estudio de Goñi et al. 2006, donde encontramos diferencias significativas en las dimensiones de Fuerza y Autoconcepto General.



En la dimensión de Fuerza observamos que la muestra de mujeres físicamente activas puntúan con una percepción más alta que la muestra general de mujeres, pero más bajo en la percepción de Autoconcepto General. No hemos encontrado estudios que hayan analizado esta relación con una muestra similar a nuestra. Sin embargo, Rodríguez et al. (2006) en su estudio con población adolescente y joven (12 a 23 años), encontraron que la muestra que realizaba actividad físico-deportiva puntuaban más alto en las dimensiones del Autoconcepto Físico (Habilidad Física, Condición Física, Fuerza y Atractivo Físico) y, que tenían menores puntuaciones en Autoconcepto Físico y Autoconcepto General. Por otro lado si analizamos los resultados obtenidos por Infante et al. (2011) quienes relacionan el CAF con la práctica de actividad físico-deportiva y la edad, con población adulta (23 a 64 años), observan que cuatro dimensiones del CAF disminuyen a medida que aumenta la edad (Habilidad Física, Condición Física, Fuerza y Autoconcepto General). Si tomamos en cuenta estos resultados y las características de la muestra estudiada, podríamos atribuir que las percepciones de la dimensión de Fuerza es mayor gracias a la actividad realizada por la misma, siendo un resultado esperado, aún así, nos cuestionamos el ¿por qué las dimensiones de Habilidad Física y Condición Física no muestran la misma tendencia?, tomando en cuenta que una persona que sea físicamente activa debería tender a percibirse mejor en estas dimensiones que quienes no la realicen.

En relación al Autoconcepto General observamos que tanto en los estudios con adolescentes como con adultos la tendencia de esta dimensión es la de disminuir, ya sea por el aumento de la edad (Infante et al. 2011) o por la práctica físico-deportiva (Rodríguez et al. 2006).



Con estos resultados podemos decir que el estudio del Autoconcepto Físico aún tiene un gran campo por descubrir, especialmente en poblaciones especiales o con características específicas como la nuestra. El indagar en las dimensiones psicológicas que aporta el autoconcepto físico nos puede ayudar a adaptar las metodologías de trabajo, tanto en los procesos de motivación, como de refuerzo positivo de las participantes en actividades físico-deportivas, incorporándolo como un objetivo más a desarrollar.

#### 5.1.4. OBJETIVO 4

En relación al cuarto objetivo:

4. Explorar los factores que determinan la inclusión de la actividad física dentro de las metas personales de las mujeres físicamente activas de Cáceres.

En relación a los proyectos personales, de forma general podemos ver que las metas más mencionadas en la muestra son las relacionadas con el trabajo o los estudios, seguidas por la salud física y/o mental, la familia, actividades de ocio, estéticas y superación personal. Los estudios realizados por Páramo et al. (2012) con una muestra de universitarios encontraron que las metas más mencionadas eran las relacionadas con terminar los estudios, formar una familia, viajar, conseguir trabajo, tener independencia económica, casarse, los hobbies, los deportes y los amigos.

No encontramos estudios donde se evaluara cuáles son las metas más mencionadas y/o que más preocupan dentro de distintas sociedades, sin embargo,



podemos ver que la búsqueda de la autonomía económica es un punto muy importante para desenvolverse en la sociedad actual, acompañado de la salud para la realización de las tareas de la vida diaria.

Cuándo pedimos a nuestras participantes que formularan metas relacionadas con la práctica físico-deportiva, las metas más mencionadas por éstas fueron: mejorar el rendimiento, mantener o aumentar las horas de práctica, la salud física y/o mental y el componente estético.

Teniendo en cuenta las metas u objetivos que pretenden conseguir las participantes de una actividad físico-deportiva, podremos ser más específicos a la hora de programar y planificar las actividades a realizar con ellas, especialmente buscando su motivación con el propósito de fomentar la incorporación y el mantenimiento de la actividad dentro de su día a día. Creemos que lo mencionado anteriormente más la incorporación de los aspectos facilitadores y la detección de barreras, nos puede llevar a que la incorporación de la mujer en la práctica físico-deportiva aumente y, que contribuya al descenso del diferencial de la participación físico-deportiva entre hombres y mujeres.





## 5.1.5. HIPÓTESIS

### HIPÓTESIS I

En nuestra primera hipótesis nos preguntábamos sobre las diferencias en distintos parámetros como la edad, el tiempo dedicado a la actividad físico-deportiva, el autoconcepto físico y el lugar que ocupa la práctica físico-deportiva dentro de las metas personales de cada participante.

#### 5.1.5.1. Diferencias relacionadas con la edad:

##### a) **En el número de horas dedicadas a la práctica físico-deportiva**

En lo que se refiere a la relación que se establece entre la edad y las horas dedicadas a la práctica físico-deportiva en nuestra investigación hemos podido comprobar como al aumentar la edad, las horas dedicadas a la actividad físico-deportiva disminuyen de forma significativa, al igual que en otros estudios (García Ferrando y Llopis, 2010, 2005; Huberty et al. 2010; Rodríguez et al, 2006; Elizondo et al. 2005; Goñi et al. 2004; Mosquera y Puig, 2002; Vázquez, 2002; Crespo et al. 1994, entre otros). Con estos resultados, ratificamos la importancia de contribuir en los procesos que puedan fomentar la participación y especialmente de la mujer adulta en programas de ocio activo y saludable. En nuestro estudio se añade el menor número de horas de actividad físico-deportiva en cohortes de mayor edad, entre mujeres físicamente activas en servicios de actividad físico-deportiva.



## **b) En el Autoconcepto Físico**

En relación a las dimensiones del Autoconcepto Físico con la muestra de mujeres físicamente activas de Cáceres, hemos podido observar que según aumenta la edad las dimensiones de Habilidad Física y Condición Física disminuyen.

En el estudio de Infante et al. (2011), con una muestra general de hombres y mujeres de entre 23 y 64 años, encontraron que, según aumenta la edad, existe un descenso en las puntuaciones de las dimensiones de Habilidad Física, Condición Física, Fuerza y Autoconcepto General, detectando que este descenso es menor en las mujeres. En el mismo estudio también establecieron una relación entre personas que se consideran físicamente activas y otras que se consideran sedentarias. Sus resultados indican que las personas que se consideran físicamente activas muestran un descenso menor de las dimensiones del CAF en relación con la edad.

Nuestros resultados son más parecidos a los resultados obtenidos por Esnaola (2008). En nuestro estudio hemos observado que la percepción de Habilidad Física y Condición Física disminuyen según aumenta la edad. En la misma línea, Esnaola (2008), con una muestra general de mujeres y hombres de 12 a 49 años y mayores de 55 años, encontró que existía un descenso en las puntuaciones de las dimensiones de Habilidad Física y Condición Física según aumentaba la edad. Los motivos de este descenso pueden deberse tal como nos comentan Infante et al. (2011) al proceso normal de envejecimiento, que lleva asociado una disminución de las cualidades físicas básicas, como son: la resistencia, la fuerza, la velocidad y la flexibilidad. También a los factores socioculturales (educación, experiencia en servicios físico-deportivos, etapas del ciclo vital, entre otras), como el efecto de cohorte puede estar influyendo.



En el mismo estudio Esnaola (2008), encontró, que en la muestra de mujeres las percepciones de Atractivo Físico y Autoconcepto Físico General iban mejorando paulatinamente desde la adolescencia hasta las personas de 55 y más años. En relación a las dimensiones de Atractivo Físico y Autoconcepto Físico General nuestro estudio no encuentra diferencias significativas. Como nos plantean Infante et al. (2011), esto puede deberse a que las percepciones de las dimensiones del CAF de las personas físicamente activas están menos marcadas por el paso del tiempo que en población sedentaria.

**c) En las metas personales**

Al analizar las metas personales de actividad físico-deportiva con la edad hemos encontrado que existen diferencias entre los grupos. Las mujeres más jóvenes realizan actividad físico-deportiva con el propósito de mejorar el rendimiento, seguido de aumentar las horas de práctica y por último, por motivos estéticos y de salud. El segundo grupo de mujeres de edades comprendidas de 36 a 55 años, también tienen como prioridad mejorar el rendimiento, en segundo lugar aumentar o mantener las horas de práctica, pero, a diferencia de las más jóvenes, en tercer lugar se centran más en los objetivos de la salud y por último el estético.

En el grupo de las participantes de mayor edad, el primer objetivo formulado para realizar actividad físico-deportiva fue aumentar o mantener las horas de práctica, seguido por la salud, mejorar el rendimiento y por último los objetivos estéticos. Este hallazgo es consistente con estudios previos en mayores extremeños (Gusi, et al. 2009).

Como se puede observar, existe una clara evolución de las metas esgrimidas para la práctica de la actividad física a medida que las participantes cumplen años. Las diferencias más marcadas las encontramos en las metas personales relacionadas con la



estética, siendo las mujeres más jóvenes quienes mostraron mayor preocupación por su apariencia física. Por otro lado las mujeres que se encuentran en el tercer grupo de edad (las mayores), disminuyen drásticamente las metas relacionadas con el rendimiento. Lo cual es un comportamiento previsible tomando en cuenta el desarrollo físico en esta etapa y las tareas del ciclo vital, más orientadas a la prevención y cuidado de la salud.

Resultados similares obtuvieron los estudios realizados por Salmela (2010 y 2007), quien observó cómo las metas personales de los adultos jóvenes cambiaban en relación al ciclo vital y al momento de vida en el que se están desarrollando (durante la época universitaria y al finalizar los estudios). Observó que en la etapa universitaria las metas están más referidas a la educación, los amigos y viajar, al finalizar éste proceso las metas se orientaban más a los aspectos relacionados con el trabajo, la familia y la salud.

Aunque no podemos basarnos en estudios previos con población femenina adulta y físicamente activas, parecería lógico esperar que en función de las necesidades relacionadas con el cuidado de la salud y otras tareas del desarrollo personal, se vayan modificando las metas personales a medida que los individuos hacen su recorrido por el ciclo vital. Consideramos natural esperar que estas necesidades cambien y evolucionen con la persona y, el saber cuáles son estas necesidades, demandadas por la población de mujeres físicamente activas, nos puede abrir una puerta en la planificación de estrategias para el fomento del ocio activo y la influencia de la mejora de los hábitos de vida saludables en la población.



## HIPÓTESIS II

En nuestra segunda hipótesis quisimos explorar las diferencias entre aquellas mujeres que dedicaban mayor o menor número de horas semanales a su práctica de actividad física:

### 5.1.5.2. Diferencias en el número de horas dedicadas a la práctica físico-deportiva

#### a) **Variables sociodemográficas**

En relación con la variable número de horas de práctica físico-deportiva, hemos encontrado diferencias significativas en todas las variables analizadas (estado civil, nivel de estudios, situación laboral, barreras hacia la práctica, realización de las labores del hogar y motivos de práctica). Desde esta perspectiva podríamos decir que las mujeres físicamente activas de la ciudad de Cáceres que realizan un mayor número de horas de práctica, se caracterizan por ser solteras, haber cursado la segunda etapa de secundaria, ser estudiantes y no percibir barreras a la hora de realizar su práctica. También afirman realizar algunas labores del hogar y que realizan su actividad por motivos de gusto y diversión. Resultados similares se observaron en el estudio realizado con población andaluza (Alarcón et al. 2008), donde se vemos que las mujeres andaluzas físicamente activas se caracterizan por ser solteras, tener estudios secundarios o universitarios, tener entre 26 y 35 años, entre otras características (para mayor información consultar Alarcón et al. 2008).



Desde otra perspectiva García Ferrando y Llopis (2010), nos comentan en su estudio que los mayores predictores de la práctica físico-deportiva en la sociedad española son: los antecedentes familiares (realización de actividad físico-deportiva de los padres), el sexo, la edad y el nivel de estudios.

Al realizar un análisis de las características de la población con la que se quiere intervenir, podremos ajustar nuestras propuestas de intervención, ayudando a que esta sean más eficientes y cumplan los objetivos esperados.

#### **b) Autoconcepto Físico**

Al relacionar al número de horas dedicadas a la práctica físico-deportiva con variables psicológicas como el Autoconcepto Físico, encontramos que aquellas mujeres que realizan un mayor número de horas de práctica, obtienen mayores puntuaciones en las dimensiones de Habilidad Física, Condición Física y Fuerza del CAF (Goñi, Ruiz de Azúa y Rodríguez, 2006), tal como nos comenta Infante y Goñi (2009). En su estudio con población femenina y masculina de 23 a 64 años, estos autores midieron la actividad física desarrollada según el gasto metabólico (MET's) y encontraron que existía una relación entre el gasto metabólico y las dimensiones del CAF. Más concretamente con Habilidad Física, Condición Física, Fuerza y Autoconcepto Físico General. En nuestro estudio el Autoconcepto Físico General no presenta estas diferencias significativas en las participantes.

Como ya hemos mencionado antes esto puede deberse a que las dimensiones de Autoconcepto Físico General y Autoconcepto General muestran poca variación en personas físicamente activas (Infante et al. 2011), aún así, debemos indagar más en este tema.



Por otro lado, debemos considerar que no hemos encontrado estudios que relacionen las horas dedicadas a la práctica físico-deportiva con el Autoconcepto Físico en poblaciones como la nuestra.

Al explorar las relaciones entre en número de horas de práctica y el estado de salud percibido y la escala de satisfacción con la vida, no hemos encontrado diferencias significativas en la muestra de mujeres físicamente activas de Cáceres. Es posible que la percepción de satisfacción con la vida y el estado de salud percibido relacionado con la práctica físico-deportiva se relacionen con otras variables, de corte psicológico que hemos evaluado en este estudio, como la motivación, el autoconcepto y con variables como los hábitos de vida, el sexo o la edad, coincidiendo con las conclusiones obtenidas por González et al. (2013) en su meta-análisis. De todas formas, no hay que descartar diferencias entre mujeres más sedentarias y el grupo más homogéneo de mujeres físicamente activas. Esta homogeneidad en horas de práctica de actividad físico-deportiva puede haber limitado el hallazgo de diferencias significativas dentro del grupo de estudio.

Desde otra perspectiva, nuestras participantes poseen una percepción del estado de salud buena o muy buena y se encuentran la gran mayoría satisfechas o muy satisfechas con sus vidas. Podríamos afirmar que con independencia del número de horas dedicada a la práctica, tan solo el hecho de realizar una actividad físico-deportiva, conduzca a estos estados de bienestar.

En el estudio realizado por Mendoza y Urbina (2013), con población entre 18 y 64 años, obtuvieron que un nivel “vigoroso” de actividad física en el tiempo libre se asocia a una buena percepción del estado de salud, principalmente en mujeres. En otro estudio realizado con población entre 19 y 35 años, por Molina et al. (2007) encontraron



que los hombres que estaban físicamente activos informaban sentirse más satisfechos con sus vidas. Estas diferencias no aparecieron entre las mujeres.

En relación a este tema debemos analizar más profundamente y buscar las variables que más se relacionan con la satisfacción con la vida y el estado de salud percibido en poblaciones específicas como la nuestra. Se ve en los estudios realizados que estas variables se diferencian por género y que las percepciones subjetivas de las mujeres van, quizás, más ligadas a las variables psicológicas como hemos mencionado anteriormente. En el estudio realizado por Sánchez et al. (2006), con población entre 25 y 65 años encontraron que las variables psicológicas son mejores predictores de la salud física de las mujeres que la de los hombres y, que la salud física de las mujeres está íntimamente relacionada con la salud psicológica.

### **c) Metas personales**

En las respuestas a nuestra segunda pregunta relacionada con las metas personales propias del ámbito de la actividad físico-deportiva, hemos encontrado relación entre el contenido de las mismas y el número de horas dedicadas a la práctica:

Las mujeres que realizan menos horas de actividad física o deporte comentan como objetivo: mantener o aumentar sus horas de práctica, seguido por la salud física/mental, por mejorar el rendimiento y por último por metas relacionadas con la estética.

Aquellas mujeres que se encuentran en la segunda categorización de horas dedicadas a su actividad física (media) exponen sus objetivos en el siguiente orden: mejorar el rendimiento, aumentar o mantener sus horas de práctica, la salud física/mental y estético.





En el caso de aquellas mujeres que realizan un nivel alto de práctica ordenan sus objetivos de la siguiente forma: mejorar el rendimiento, aumentar sus horas de práctica, motivos estéticos y de salud física/mental.

Como hemos podido observar la meta relacionada con la estética en todos los casos se mantiene con poca frecuencia en las participantes, no siendo éste uno de los principales objetivos para mantener un estilo de vida activo (Blázquez et al. 2012; Special Eurobarometer Summary Health Determinants, 2010; García Ferrando y Llopis, 2010; Rodríguez et al. 2009; Alvariñas et al. 2009; Alarcón et al. 2008; Pavón et al. 2008; Allender et al. 2006; Anderson, 2003). Tomando en cuenta en la sociedad que vivimos, donde se refleja un culto al cuerpo y donde los estereotipos femeninos se ven sometidos a estrictos estándares, nos parece altamente llamativo que las participantes mantengan como objetivos aquellos más relacionados con el compromiso personal, como sería mejorar su propio rendimiento o poder dedicar mayor tiempo a la actividad.

Al no encontrar estudios que relacionen la actividad físico-deportiva con las metas personales no podemos hacer comparaciones, sin embargo, creemos que es una línea de investigación interesante para poder explorar las dimensiones más subjetivas de la motivación de las participantes, con el fin de implementar metodologías a la hora de favorecer hábitos de vida activos y saludables.



## HIPÓTESIS III

### 5.1.5.3. Diferencias en las características del proyecto personal

#### a) **La percepción del Estado de Salud y la Satisfacción con la Vida.**

Estudios previos han encontrado relación entre los proyectos personales con la satisfacción con la vida y/o la percepción de bienestar físico y/o psicológico (Geers, Wellman y Lassitier, 2009; Mayser, Scheibe y Lassiter, 2008; Daci et al. 2008; Sansinenea et al. 2008; Salmela et al. 2006), sin embargo, en nuestro estudio no hemos encontrado diferencias entre éstas variables. Esto, al igual que en el apartado anterior, se puede deber a las características de la muestra, ya que la mayoría de las participantes se encuentra satisfechas o muy satisfechas con su vida. Y, además por el tipo de meta u objetivo que hemos pedido a las participantes que se plantearan (relacionados con la práctica físico-deportiva)

Little (1983), en su investigación afirma que existe una relación directa entre el bienestar y los proyectos personales, considerando que el logro de éstos contribuye al bienestar en la vida de los individuos.

Gracias a éste estudio se nos presenta la oportunidad de profundizar en las metas personales relacionadas con la práctica físico-deportiva, abriendo un campo de investigación desde nuestro punto de vista prometedor, a la hora de plantear programas de intervención sobre los hábitos de vida activos y saludables.



## 5.2. CONCLUSIONES

Al finalizar nuestro estudio y gracias a los resultados obtenidos con la población de mujeres adultas físicamente activas de la ciudad de Cáceres, hemos llegado a las siguientes conclusiones:

### **En relación al primer objetivo:**

- 1.- Los aspectos facilitadores y las barreras percibidas por las mujeres adultas físicamente activas de la ciudad de Cáceres que han participado en el estudio, en general son consistentes con los resultados expresados en estudios previos tanto a nivel nacional como europeo.
- 2.- Se ha observado una evolución en la percepción de las barreras frente a la práctica físico-deportiva. La contribución del Estado en la implantación de una red de instalaciones deportivas, espacios destinados al ocio activo y las políticas de promoción de la actividad física y el deporte han dado sus frutos, contribuyendo a que el acceso y los costes económicos y de tiempo para el desplazamiento a estas actividades por la población sean más asequibles a la misma.
- 3.- Por otro lado, los problemas de equidad en la sociedad actual son las principales barreras percibidas por las participantes a la hora de poder mantener hábitos de vida activos y saludables. La conciliación familiar y la distribución de las cargas en el hogar son aún un problema por resolver.



4.- El aumento de la práctica físico-deportiva en la sociedad en general denota un cambio o aumento de la demanda de servicios físico-deportivos en los cohortes más jóvenes, sin embargo, no debemos olvidar el diferencial entre la práctica entre hombres y mujeres, que en 30 años prácticamente no ha cambiado. Estos resultados nos indican que hay que seguir trabajando en la promoción de la actividad físico-deportiva con un enfoque de género.

**En relación con el segundo objetivo:**

5.- Varios estudios previos apuntan a una relación entre la percepción del estado de salud, la satisfacción con la vida y los hábitos de vida saludables. En nuestro estudio también hemos comprobado esta relación, donde la mayoría de las participantes afirman sentirse satisfechas o muy satisfechas con sus vidas y su percepción de salud es buena o muy buena.

**En relación al tercer objetivo:**

6.- El CAF es un instrumento capaz de discriminar entre diferentes franjas de edad y el número de horas dedicados a la práctica físico-deportiva.

7.- En la dimensión de Fuerza del CAF, las participantes de nuestro estudio puntúan más alto que la muestra general de mujeres utilizada por Goñi et al. (2006), pero más bajo en la dimensión de Autoconcepto General.

8.- Las dimensiones de Habilidad Física y Atractivo Físico del CAF, son los mejores predictores del Autoconcepto Físico en las participantes de nuestro estudio.



9.- En las participantes de nuestro estudio las variables edad, número de horas dedicadas a la práctica físico-deportiva y el nivel de estudios, no actúan como variables contaminantes a la hora de evaluar el Autoconcepto Físico.

**En relación al cuarto objetivo:**

10.- Los principales motivos para realizar actividad físico-deportiva de las participantes en nuestro estudio sin desagregar por edad son: en primer lugar el cuidado de la salud física y/o mental, seguido por diversión y/o gusto y por asuntos estéticos.

11.- Los objetivos personales presentados por las participantes de nuestro estudio en relación a la práctica físico-deportiva fueron los siguientes: en primer lugar mejorar el rendimiento, seguido por mantener o aumentar las horas de práctica, la salud física y/o mental y por último objetivos relacionados con la estética.

**En relación a la primera hipótesis referente al momento del ciclo vital que experimentaban las participantes de nuestro estudio, podemos concluir que:**

12.- Según avanza la edad de las participantes de nuestro estudio, disminuye el número de horas dedicadas a la práctica físico-deportiva.

13.- La percepción de las dimensiones Habilidad Física y Condición Física del Autoconcepto Físico, disminuyen a medida que aumenta la edad en las participantes del estudio.

14.- También podemos decir en relación a la variable edad, que dependiendo del momento del ciclo vital en el que se encuentran las participantes de nuestro estudio, los motivos y los objetivos vitales van cambiando y, que según aumenta la edad, la salud



física y/o mental va cobrando más importancia, lo contrario ocurre con las motivaciones estéticas.

**En la segunda hipótesis relacionada con el número de horas dedicadas a la práctica físico-deportiva de las participantes en nuestro estudio hemos concluido que:**

15.- Las variables sociodemográficas estudiadas (estado civil, nivel de estudios, situación laboral, barreras percibidas hacia la práctica físico-deportiva, realización de las labores del hogar y los motivos de práctica) intervienen en el número de horas dedicadas a las actividades físico-deportivas de las participantes. Siendo las mujeres solteras, estudiantes que han cursado la segunda etapa de secundaria y que realizan algunas labores del hogar, las que no perciben barreras hacia la práctica físico-deportiva y realizan su actividad por gusto o diversión, quienes dedican un mayor número de horas a la práctica físico-deportiva.

16.- Las participantes del estudio que dedican un mayor número de horas a su actividad, obtienen puntuaciones mayores en las dimensiones de Habilidad Física, Condición Física y Fuerza del CAF.

17.- En nuestro estudio no hemos encontrado relación entre la cantidad de horas destinadas a la práctica físico-deportiva y la percepción del estado de salud o con la satisfacción con la vida, sin embargo, sí creemos que las buenas puntuaciones en estas escalas se deben a que todas las participantes realizaban actividad físico-deportiva y, que estas puntuaciones no se deben a la cantidad de actividad, si no que al solo hecho de realizarla.



18.- Hemos encontrado relación entre las metas personales relacionadas con la actividad físico-deportiva con el número de horas dedicadas a su práctica en las participantes del estudio.

### 5.2.1. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Como todo proceso, podemos decir que nuestro estudio tuvo fortalezas y debilidades y, entre algunas de las debilidades y algunas características metodológicas del estudio encontramos nuestras limitaciones.

En nuestro estudio se ha empleado un diseño transversal, cuyas principales ventajas son entre otras la rapidez con la cual se pueden obtener los datos y lo relativamente poco costoso, entre otros. Sin embargo, así como tiene sus pros, también posee sus contras, entre los que destacamos el que no permite apreciar los cambios evolutivos que suceden a través del tiempo con las participantes del estudio.

En relación a los instrumentos utilizados, los cuestionarios seleccionados para medir las variables analizadas han resultado ser de gran utilidad en el desarrollo de nuestro estudio, aún así, su cumplimentación resultó complicada para muchas de las participantes, especialmente para aquellas de mayor edad y con menores niveles educativos. En nuestro estudio, al tener una población de rangos de edad tan elevados (18 a 83 años) y de niveles de estudios diferentes (primaria o menos hasta universitarios), existía una parte de las participantes a las cuales se les hizo más o menos complicado la cumplimentación del mismo, pese, a su sencillez de administración. Por



otro lado, las respuestas podían variar dependiendo de los sentimientos y las sensaciones que la persona haya tenido al momento de contestar las respuestas. Así lo vimos reflejado en uno de los apartados, el cual requería un poco más de atención por parte de las entrevistadas. Sin embargo, por el tipo de estudio realizado consideramos adecuada la utilización de éste instrumento, ya que cada participante respondía según sus propias vivencias y percepciones. De esta forma hemos podido trabajar desde la subjetividad de las participantes llegando a la objetividad de los resultados.

En relación a la selección de los centros dedicado al ocio activo en la ciudad de Cáceres, la gran mayoría de ellos nos ha recibido con una muy buena predisposición y han aceptado participar en nuestro estudio. Sin embargo, solo un centro deportivo específico de la ciudad, el cual posee un gran número de usuarios en la zona, no ha querido participar en el estudio. Esta circunstancia nos obligó a desarrollar un esfuerzo mayor a la hora de obtener a las participantes del estudio, con la intención que la “muestra” fuese lo más representativa posible de la realidad de la ciudad (véase apartado de método). Nos llama la atención la falta de compromiso con la investigación científica que han mostrado los gestores del centro. Éste ha sido un hecho que ha escapado a nuestro control, aún así, hemos cumplido con el objetivo del número de participantes con las que deseábamos trabajar y hemos tenido una población de las diferentes realidades sociales de nuestra ciudad.

La búsqueda de información relacionada con los objetivos o metas personales referentes a la práctica físico-deportiva ha sido relativamente costosa, puesto que es un tema poco trabajado. No obstante, al ser una de nuestras aportaciones más novedosas en nuestra investigación, creemos que es una variable muy valiosa, a la hora de proponer





estrategias de intervención dentro del área de la motivación y la adquisición de hábitos de vida activos y saludables.

## 5.2.2. PERSPECTIVAS FUTURAS

Con los resultados obtenidos en esta investigación, se pretende profundizar en cada una de las líneas de forma independiente y posteriormente en conjunto, trabajado con población en general tanto hombres como mujeres y personas activas y sedentarias.

En la variable relacionada con el número de horas dedicado a la práctica físico-deportiva, nos podría aportar una información más precisa medir el gasto metabólico (MET's) en vez del nº de horas semanales, por ser una variable más objetiva y, que ya esta siendo empleada en otras investigaciones (Infante et al. 2009).

Tras los resultados obtenidos nos hemos planteado el estudio de las preferencias físico-deportivas de las mujeres físicamente activas de la ciudad, es decir, la planificación de actividades realmente demandadas por la población femenina cacereña, diseñadas y dirigidas por mujeres, posibilitando el estudio en la gestión y administración femenina.

Al concluir nuestro estudio, hemos observado la falta de conciliación familiar en el ocio activo. Desde esta perspectiva, se nos plantea la propuesta de programas de actividades que puedan ser realizadas con o a la par de los integrantes de la familia (hijos, cónyuge, entre otros), lo cual no sólo puede influir en la inclusión de éste hábito



a nuestra vida cotidiana, si no que también, en las mejoras psicológicas que a nivel familiar puedan conllevar.

La propuesta de un estudio piloto, donde apliquemos los resultados observados en nuestra investigación, con la posibilidad de transferir los conocimientos observados, utilizando una metodología basada en las necesidades de las participantes, sus motivaciones y expectativas, con un enfoque educativo, relacionado con la salud física y mental es nuestro siguiente desafío a llevar a cabo.

La novedad del análisis de las metas personales y las diferencias entre los cohortes de los determinantes de la demanda de servicios físico-deportivos, nos animan a plantear estudios transculturales para observar esta especificidad. Estos estudios pueden ser relevantes para adaptar los servicios públicos o privados a otros mercados con diferencias culturales en la península ibérica, a nivel europeo, iberoamericana o internacional.





## **CAPÍTULO VI:**

## **BIBLIOGRAFÍA**

---





## 6.1. BIBLIOGRAFÍA

- Achío, M. (2003). Salud de las mujeres de mediana edad: retos para los servicios de salud. *Revista de Ciencias Sociales*. 1001-102, 95-106.
- Águila, C.; Sicilia, A.; Muyor, J. y Orta, A. (2009). Cultura postmoderna y perfiles de práctica en los centros deportivos municipales. *Revista internacional de medicina y ciencias de la actividad física y el deporte*. 9(33). 81-95.
- Alarcón P. (2008) *Mujer y Deporte: la actividad física y el deporte en las mujeres andaluzas*. Junta de Andalucía, Consejería de Turismo, Comercio y Deporte.
- Alarcón R. (2006) Desarrollo de una escala factorial para medir la felicidad. *Revista internacional de psicología*. Vol. 40, nº 1, 99-106.
- Allender, S.; Cowburn, G. y Foster, C. (2006). Understanding participation in sport and physical activity among children and adults: a review of quality studies. *Health Education Research*. 21(6), 826-835.
- Alvariñas, M.; Fernandez, M<sup>a</sup>. Y López, C. (2009). Actividad física y percepciones sobre deporte y género. *Revista de Investigación en Educación*. 6, 113-122.
- Amescua J., Pichardo M. (2000) Diferencias de género en autoconcepto en sujetos adolescentes. *Anales de psicología*. Vol. 16, nº 2, 207-214.
- Anderson, C. (2003). When more is better: number of motives and reasons for quitting as correlates of physical activity in women. *Health Education Research*. 18(5), 525-537.
- Atienza, F.; Balaguer, I.; Moreno, Y. & Fox, K. (2004). El perfil de autopercepción física: propiedades psicométricas de la versión española de análisis de la estructura jerárquica de las autopercepciones físicas. *Psicotema*. Vol. 16, nº3, 461-467.
- Atienza, F.; Pons, D. Balaguer, I. y García, M. (2000). Propiedades psicométricas de la



- Escala de Satisfacción con la Vida en adolescentes. *Psicothema*. 12(2), 314-319.
- Ayuntamiento de Cáceres (2013). *Análisis de las cifras de población obtenidas a 1 de enero de 2013*. Servicio de Informática.
- Ayuntamiento de Cáceres (2009). *Análisis de las cifras de población obtenidas a 1 de enero de 2009*. Servicio de Informática.
- Arrindell, W., Heesink, J. y Feij, J. (1999). The Satisfaction With Life Scale (SWLS): Appraisal with 1700 health Young adults in the Netherlands. *Personality and Individual Differences*. 26, 815-826.
- Balaguer, I.; Castillo, I. Y Duda, J. (2008). Apoyo a la autonomía, satisfacción de las necesidades, motivación y bienestar en deportistas de competición. Un análisis de la teoría de autodeterminación. *Revista de Psicología del Deporte*. 1(17), 123-139.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: the exercise of control*. New York. Freeman.
- Bandura, A. (1989a). Self-regulation of motivation and action through internal standards and goal systems. En L. Pervin (Ed.), *Goal concepts in personality and social psychology*. 19-85. Hillsdale, NJ: Earlbaum.
- Bandura, A. (1989b). Social cognitive theory. En R. Vasta (Ed.), *Annals of child development. Six theories of child development*. Vol. 6. 1-60.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Barbero, I. (1993). *Material de sociología del deporte*. Ed. La Piqueta. Madrid.
- Barriopedro, M., Eraña, I. y Mallol, L. (2001). Relación de la actividad física con la depresión y satisfacción con la vida en la tercera edad. *Revista de Psicología del Deporte*. 10(2), 239-246.
- Baumann, N.; Kakchel, R. y Kuhl, J. (2005). Striving for unwanted goals: Stress dependent discrepancies between explicit and implicit achievement motives reduce subjective well-being and increase psychomatic symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*. 89(5), 781-799.



- Beggs, B.; Stitt, J. y Elkins, D. (2004). Leisure of participation and nonparticipation un campus recreational sport programs. *Recreational Sports Journal*. 28(1), 65-77.
- Bermúdez, M., Álvarez, I. y Sánchez, A. (2003). Análisis de la relación entre inteligencia emocional, estabilidad emocional y bienestar psicológico. *Universidad de Psicología. Bogotá (Colombia)*. 2(1), 27-32.
- Biddle, S. y Mutrie, N. (2001). *Psychology of physical activity. Determinants, well-being*. Londres: Routledge. 2ª Edición.
- Birren, J. E. y Dieckmann, L. (1991): «Concepts and Content of Quality of Life in the Later Years: An Overview», en: Birren, J. E.; Lubben, J. E.; Rowe, J. C. y Deutchman, D. E. (Eds.): *The Concept and Measurement of Quality of Life in the Frail Elderl*. San Diego, *Academic Press*, 344-360.
- Blanchard, C.; Amiot, C.; Perreault, S.; Vall, R. y Prevencher, P. (2009). Cohesiveness, coach's interpersonal style and psychological needs: Their effects on self-determination and athletes subjective well-being. *Psychology of Sport and Exercise*. 10(2009), 545-551.
- Blázquez, A. y Feu, S. (2012). Motivación en actividad física mantenimiento en mujeres de municipios pequeños. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*. Vol. 12 (47), 571-588.
- Blázquez, A.; Feu, S. y Sánchez, M. (2013). Influencia de la edad, la frecuencia y el tiempo de práctica en la satisfacción de la gimnasia de mantenimiento en mujeres adultas en zonas rurales. *Apunts*. 113(3). 68-76.
- Bouchard C., Shepard R., Stephens T., Suttons J. y Mcpherson B. (1990). Exercise Fitness and Health. *Human Kinetics, Champaign, IL*. (147-153)
- Bouchard C., Shepard R. y Stephens T. (1994). Physical Activity, fitness and health. International proceeding and Consensus Statement. *Human Kinetics. Champaign, IL*.





- Bradburn, N. (1969). *The structure of psychological well-being*. Chicago: Aldine. En Brown, S. W., Welsh, M. C., Labbé, E. E., Vitulli W F y Kulkarni P. (1992). Aerobic exercise in the psychological treatment of adolescents. *Perceptual and motor skills* 74(2):555-60.
- Burton, N.; Haynes, M.; Wilson, L.; Giles, B.; Oldenburg, B.; Brown, W.; Giskes, K. y Turrel, G. (2009). HABITAT: A longitudinal multilevel study of physical activity change in mid-aged adults. *BMC Public Health*. 9:76.
- Cabañas, R.; Martínez, P. Y Del Riego, M. (2004). Análisis de la motivación de las mujeres para la práctica de actividades físicas según la edad. *Educación física y deportes*. 72.
- Cabañero, M.; Richart, M.; Cabrero, J.; Orts, M.; Rieg.; Tosal, B. (2004). Fiabilidad y validez de la escala de satisfacción con la vida de Diener en una muestra de mujeres embarazadas y puérpera. *Psicothema*. Vol. 16, nº 3, 448-455.
- Canada Fitness Survey (1983). *Fitness and Lifestyle in Canada*. Ottawa: Directorate of Fitness and Amateur Sport.
- Candel, N., Olmedilla, A. Y Blas, A. (2008). Relaciones entre la práctica de actividad física y el autoconcepto. La ansiedad y la depression en chicas adolescents. *Cuaderno de Psicología del deporte*. 8(1), 61-67.
- Canfield, J. y Wells, H. (1976). *100 ways to enhance self-concept in the classroom Massachusetts*: Allyn & Bacon, Longwood Division, 1994.
- Cantor, N. & Norem, J. (1991). Life tasks and daily life experiences. *Journal of Personality*, 59, 435-449.
- Cantor, N. (1992). From thought to behavior: “having” and “doing” in the study of personality and cognition. *American Psychologist*, 45 (6), 735-750.
- Capdevila L. (2005). *Actividad física y estilos de vida saludable*. Barcelona: Documenta Universitaria.
- Carron, A.; Hausenblas, H. y Mack, D. (1996). Social influence and exercise: a meta-analysis. *Journal of Sport and Exercise Psychology*. 18, 1-16.



- Caspersen C., Powell K. y Christenson G. (1985). Physical activity, exercise and physical exercise: Definitions and distinction for health related research. *Public Health Reports*, 100(2), 126-130.
- Castro, A. y Sánchez López, M. (2000). Objetivos de vida y satisfacción autopercebida en estudiantes universitarios. *Psicothema*, 12(1), 87-92.
- Castro, A. y Díaz, J. (2002). Objetivos de vida y satisfacción vital en adolescents españoles y argentinos. *Psicothema*. 14(1), 112-117.
- Castro, A., Espinosa, I.; Rodríguez, P. y Santos, P. (2007). Relación entre el estado de salud percibido e indicadores de salud en la población española. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 7(3), 883-898.
- Casullo, M. (2002). *Evaluación del bienestar psicológico en Iberoamérica*. Buenos Aires. Editorial Paidós.
- Casullo, M y Castro-Solano, A. (1997). Adaptación del MIPS en Argentina. En Sánchez-López, M. y Casullo, M. (Eds.), *Los estilos de personalidad: Una perspectiva Iberoamericana*. 233-265. Madrid y Buenos Aires: Miño y Dávila.
- Cooley, C. (1902). *Human nature and the social orden*. New York: Scribners.
- Comisión de las Comunidades Europeas. (2007). Libro Blanco. *Juntos por la Salud: un planteamiento estratégico para la UE (2008-2013)*. Bruselas.
- Comisión de las Comunidades Europeas. (2005). Libro verde. *Fomentar una alimentación sana y actividad física: una dimensión europea para la prevención del exceso de peso, la obesidad y las enfermedades crónicas*. Bruselas.
- Consejo Superior de Deporte (2009). *Plan Integral para la Actividad Física y el Deporte*.
- Coopersmith, S. (1967). *The antecedens of self-esteem*. San Francisco: W.H. Freeman.
- Costa, F.; Benedet, J.; Leal, D. y Assis, M. (2013). Clustering of risk facotors for non comunicable diseases in adults from Florianopolis. *Brazilian Journal of Epidemiology*. 16 (2), 398-408.



- Costa, P. & McCrae, R. (1998). Estado de ánimo y personalidad adulta. En Sánchez-López, P. & Quiroga, M<sup>a</sup>.A. (eds). *Perspectivas actuales en la investigación de las diferencias individuales*. Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces.
- Costa, P. & McCrae, R. (1980). Influence of extraversion and neuroticism on subjective well being: happy and unhappy people. *Journal of personality and social psychology*. 38 (4), 668-678.
- Crespo, C.J.; Ainsworth, B.E. Keteyian, S.J.; Heath, G.W. y Smit, E. (1999). Prevalence of Physical inactivity and its relations with social class in U.S.A. adults: Result from the Third National Health and Nutrition examination Survey, 1988-1994. *Medicine & Science in Sport and exercise*, 31; 1821-1835.
- Cuadra H.; Florenzano, R. (2003) El bienestar subjetivo: Hacia una psicología positiva. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*. Vol. 12, nº 1, 83-96.
- Declaración de Brighton sobre mujer y deporte* (1994). Consejo Británico del Deporte. Comité Olímpico Internacional.
- Deci, E. y Ryan, R. (2008). Self-Determination Theory: A Macrotheory of Human Motivation, Development, and Health. *Canadian Psychology*. 49(3), 182-185.
- Deci, E. y Ruan, R. (2000). The “what” and “why” of goal pursuit: Human needs and the self-determination of behaviour. *Psychological Inquiry*. 11, 227-268.
- Deutchman, D. E. (Eds.): The Concept and Measurement of Quality of Life in the Frail Elderl. San Diego, *Academic Press*. 344-360.
- Díaz Guillermo (2001) El bienestar subjetivo. Actualidad y perspectiva. *Revista cubana de medicina general integral*. Vol. 17, nº 6 (noviembre-diciembre).
- Díaz Morales, J.F. (2001). *Diferencias intergrupales en el sistema de metas personales, satisfacción y rendimiento en adolescentes*. (Tesis Doctoral). Universidad Complutense de Madrid: España.
- Díaz Morales, J.F. & Sánchez-López, M.P. (2001) Relevancia de los estilos de personalidad y las metas personales en la predicción de la satisfacción vital. *Anales de psicología*, 17 (2), 151-158.



- Díaz Morales, J. y Sánchez López, M. (2002a). Metas personales y satisfacción autopercebida. En G. Hernández (Ed.), *Motivación animal y humana*. 359-380. México: El Manual Moderno.
- Díaz Morales, J. y Sánchez López, M. (2002b). Relaciones entre estilos de personalidad y satisfacción autopercebida en diferentes áreas vitales. *Psicothema*, 14(1), 100-105.
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R. & Griffin, S. (1984). The satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49 (1), 71-75.
- Diener, E. & Diener, M. (1995). Cross Cultural Correlates of Life Satisfaction and Self Esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(4), 653-663.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E. & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276-302.
- Diener, E., Oishi, S. & Lucas, R. (2003). Personality, Culture and Subjective Well-Being: Emotional and Cognitive Evaluations of Life. *Annual Review of Psychology*, 54, 403-425
- Dieppa, M.; Machargo, J.; Luján, I. y Guillén, F. (2008). Autoconcepto general y físico en jóvenes españoles y brasileños que practican actividad física v/s no practicantes. *Revista de psicología Conductual*. 17(2), 365-380.
- Dishman, R.; Berthoud, H.; Booth, F.; Cotman, C.; Edgerton, V.; Fleshner, M.; Gandevia, S.; Gómez, F.; Greenwood, B.; Hillman, C.; Kramer, A.; Levin, B.; Moran, T.; Russo, A.; Salamone, J.; Van Hoomissen, J. Wade, C.; York, D. y Zigmond, M. (2006). Neurobiology of Exercise. *Obesity (Silver Spring)*. 14(3), 345-356.
- Dolcini, M. y Alder, N. (1994). Perceived competencies, peer group affiliation, and risk behavior among early adolescents. *Health Psychology*. 13(6), 496-506.
- Durand, M. (1988). *El niño y el deporte*. Ed. Paidós. Barcelona.
- Efron, B. y Tibshirani, R. (1993). *An Introduction to the Bootstrap*. Chapman and Hall, New York, London.



- Elizondo-Armendariz, Guillen y Aguinaga. (2005). Prevalencia de la actividad física y su relación con variables sociodemográficas y estilos de vida en la población de 18 a 65 años en Pamplona. *Revista de salud pública*. 79: 559-567.
- Emmons, R. (1986). Personal Strivings: An approach to personality and subjective well being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(5), 1058-1068.
- Emmons, R. (1989). The personal striving approach to personality. En L. A. Pervin (Ed.), *Goal Concepts and Social Psychology*. 87-126. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Emmons, R. (1995). Levels and domains in personality: an introduction. *Journal of Personality*, 63(3), 341-364.
- Emmons, R. (1997). Motives and Life Goals. En R. Hogan, J. Johnson & S. Briggs (Eds.) *Handbook of Personality Psychology*. 485-507. California: *Academic Press*.
- Esnola, I., Infante, G., Rodríguez, A. y Goñi, E. (2011). Relación entre variables psicosociales y la salud percibida. *Revista de Psicología del Deporte*. 20(2), 413-427.
- Esnola, I. (2008) El autoconcepto físico durante el ciclo vital. *Anales de la psicología*. 24(1), 1-8.
- European Commission. (2010). *Sport and Physical Activity*. Special Eurobarometer.
- European Commission. (2010). *Summary Health Determinants*. Special Eurobarometer 329.
- European Commission. (2010). *Summary Gender Equality in the EU in 2009*. Special Eurobarometer.
- Flood, S. y Hellstedt, J. (1991). Gender differences in motivation for intercollegiate athletic participation. *Journal of Sport Behavior*. 14(3). 159-167.
- Finch, H. (1997). *Physical Activity "At Our Age": Qualitative Research among People the Age of 50*. Health Education Authority. London.
- Fishbein, M. Y Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention, and behavior: An*



- introduction to theory and research. Reading, MA.: Addison, Wesley.
- Foster, C.; Hillsdon, M.; Cavill, N. Allender, S. y Cowburn, G. (2005). Understanding participation in sport: A sistematic review. *London: Sport England*.
- Fox, K. R. (1998). Advances in the measurement of the physical self. En J.L Duda (Ed., *Advances in Sport and Exercise psychology measurement*. 295-310. Morgantown: Fitness Information Technology.
- Fox, K. y Corbin, C. (1989). The Physical Self-Perception Profile: development and preliminary validation. *Journal of Sport and Exercise Psychology*. 11, 408-430.
- Frontera, W.; Hughes, V.; krivickas, L.; Kim, S.; Foldvari, M. y Roubenoff, R. (2003). Strenght training in older women: early and late changes in whole muscle and single cells. *Muscle and Nerve*. 27, 6001-111.
- Gallego, B., Estebaranz, A. (2005). Mujeres que abren camino en el deporte: Factores influyentes en las situaciones de igualdad y discriminación. *Mujer y deporte*.
- García Ferrando, M. (2001). *Los españoles y el deporte: prácticas y comportamientos en última década del siglo XX*. Mº de Educación, Cultura y Deporte/Consejo Superior de Deportes.
- García Ferrando, M. (2002). Estructura social de la práctica deportiva. En García Ferrando, M.; Puig, N.; Lagardera, F. (comps.). *Sociología del deporte*. (2º edición actualizada). Madrid. Editorial Alianza. 43-68.
- García Ferrando, M. (2005) “*Encuesta sobre hábitos deportivos de los españoles*”. Patrocinio del Consejo Superior de Deportes y Realización del Centro de Investigaciones Sociológicas.
- García Ferrando, M.; Llopis, R. (2010) “*Encuesta sobre hábitos deportivos de los españoles*”. Patrocinio del Consejo Superior de Deportes y Realización del Centro de Investigaciones Sociológicas.
- García, L. y Garita, E. (2007). Relación entre la satisfacción con la imagen corporal, autoconcepto físico, índice de masa corporal y factores socioculturales en mujeres adolescentes costarricenses. *Revista de Ciencias del Ejercicio y la salud*. 5(1), 9-18.



- García Miguel A. (2002) *Desde el concepto de felicidad al abordaje de las variables implicadas en el bienestar subjetivo: Un análisis conceptual*. Recuperado de: <http://www.efdeporte.com>. nº 48.
- Gergen, K. J. (1984). Theory of the self. Impasse and evolution. En L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology*. 49-115. New York: Academic Press.
- Garzarelli J. (2010) *Psicología del deporte: El deporte*. Recuperado en: <http://www.psicologia-online.com/ebooks/deporte/deporte.shtml>
- Geers, A.; Wellman, J. y Lassiter, D. (2009). Dispositional optimism and engagement: the moderating influence of goal prioritization. *Journal of Personality and Social Psychology*. 96(4), 913-932.
- George, D. y Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference*. 11.0 update. 4ª Ed. Boston.
- Gil-Flores, J. (2005). Aplicación del método Bootstrap al contraste de hipótesis en la investigación educativa. *Revista de Educación*. 336, 251-265.
- Gill, D.; Williams, K.; Williams, L.; Butki, B. y Kim, B. (1997). Physical Activity and Psychological wellbeing in older women. *Women Health Issues*, 7, 3-9.
- Gillespie, N. y Lenz, T. (2011). Implementation of a tool to modify behavior in a chronic disease management program. *Advances in Preventive Medicine*. Vol. 2011.
- Goggin, N. y Morrow, J. (2001). Physical activity behaviors of older adults. *Journal of Aging and Physical Activity*. 9, 58-66.
- González, A. y Rey, A. (2013). Cultura corporal y estereotipos en las imágenes de libros de texto de educación física publicados bajo el periodo de la Ley Orgánica de Educación (LOE). *Ágora para la Educación Física y el deporte*. 15. 1-19.
- González, G.; Huéscar, E. y Moreno, J. (2013). Satisfacción con la vida y ejercicio físico. *Motricidad. European Journal of Human Movement*. 30. 131-151.





- González, M. y Tourón, J. (1992). *Autoconocimiento y rendimiento escolar. Sus implicaciones en la motivación y en la autorregulación del aprendizaje*. Barañain: Ediciones Universidad de Navarra, S.A. (EUNSA).
- Goñi A., Ruiz de Azúa S. y Liberal I (2004) Propiedades psicométricas de un nuevo cuestionario para la medida del autoconcepto físico. *Revista de psicología del deporte*. Vol. 13, nº 2, 195-213.
- Goñi A., Rodríguez A., (2004) Trastornos de la conducta alimentaria, práctica deportiva y autoconcepto físico en adolescentes. *Actas Españolas de Psiquiatría*. 29-30.
- Goñi A., Ruiz de Azúa S., Rodríguez A. (2005) La importancia conferida a los diversos aspectos del yo físico: Un instrumento para su medida. *Anales de la psicología*. Vol. 21, nº 1 (junio), 92-101.
- Goñi A., Ruiz de Azúa S., Rodríguez A. (2006) *Cuestionario de Autoconcepto Físico (CAF)*. Madrid: EOS.
- Goñi, A., Palacios S., Zulaika L.M., Madariaga J.M., Ruiz de Azúa S. (2008) El atractivo físico y la satisfacción personal. *Euskonews & Madia*. 1-4.
- Goñi, A. (2009). El autoconcepto físico. *Ediciones Pirámide*. Madrid.
- Goñi, A., Rodríguez, A. y Esnaola, I. (2010). Las autopercepciones físicas en la edad adulta y la vejez. *Psicothema*. 22(3), 460-467.
- Goggin, N.L. & Morrow, J.R. Jr. (2001). Physical Activity behaviors of oldert adults. *Journal of aging and Physical activity*, 9, 58-66.
- Greenlund, L. y Fair, K. (2003). Sarcopenia- Consquences, mechanisms and potential therapies. *Mechanisms of Ageing and Development*. 124, 287-299.
- Guichard, J. (1995). *La escuela y las representaciones de futuro de los adolescentes*. Barcelona: Laertes, S.A
- Gusi, N.; Madruga, M. y Prieto, J. (2009). *Salud Pública y Actividad Física de los Mayores en Extremadura*. Edita: Junta de Extremadura, Consejería de Sanidad y Dependencia. Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia (SEPAD).





- Gusi, N.; Herrera, E.; Quesada, F.; Cebrian, C. y Campon, C. (2008). Exercise looks after you: from research to practice in elderly. *Journal of Aging and Physical Activity*. 16, S73-S74.
- Gusi, N., Prieto, J., Madruga, M. (2006). *Actividad física deportiva para la salud*. Documento de apoyo a las actividades de Educación para la Salud 3. Consejería de Sanidad y Consumo - Junta de Extremadura. Mérida.
- Gusi, N.; Prieto, J.; Madruga, M.; García, J. y González, J. (2009). Health-related quality of life and fitness of the caregiver of patient with dementia. *Clinical Sciences*. 41 (6), 1182.
- Gusi, N.; Reyes, M.; González, J.; Herrera, E. y García, J. (2008). Coste-utilidad de un programa de caminata para las mujeres de edad avanzada con depresión moderada, obesas o con sobrepeso en la atención primaria: un ensayo controlado aleatorio. *BMC Public Health*. 8 (1), 231.
- Gutiérrez, M. (1995). *Valores sociales y deporte. La actividad física y el deporte como transmisores de valores sociales y personales*. Madrid. Gymnos.
- Hargreaves, J. (1993): “*Promesas y problemas en el ocio y los deportes femeninos*.” Ediciones la Piqueta. Madrid.
- Harter, S. (1978). Effectance motivation reconsidered: Toward a developmental model. *Human Development*. 21, 34-64.
- Harter, S. (1983). Developmental perspectives on the self-system. En P.H. Mussen (Ed.) *Handbook of child psychology*. 4, 275-385.
- Harter, S. (1985). *Manual for the self-perception profile for children* (Revision of the perceived competence scale for children) Denver, CO: University of Denver.
- Haskell, W.; Lee, I.; Pate, R.; Powell, K. Blair, S; Franklin, B.; Macera, C.; Heath, G.; Thompson, P. y Bauman, A. (2007). Physical Activity and Public Health: Updated Recommendation for Adults from the American College of Sports Medicine and American Heart Association. *Medicine and Science in Sports and Exercise*. 39(8). 1423-1434.



- Hayes, S.; Crocker, P. y Kowalsky, K. (1999). Gender differences in physical self-perceptions, global self-esteem and physical activity: Evolution of physical self-perception profile model. *Journal of Sport Behavior*. 22(1), 1-14.
- Henderson, J., Hall, M. y Lipton, H. (1980). Changing self destructive behaviors. En: G. Stone, F. Cohen y N. Adler (Eds.), *Health psychology*. 25-43. San Francisco: Jossey Bass.
- Herdman. M, Badia. X y Serra. S. (2001) El EQ-5D-3L -5D: Una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. *Cuestionarios en Atención Primaria*.(6): 425-429. España.
- Herández, M. y Avelino, D. (2005). *Estudio sobre la actividad física y deportiva de las mujeres de Madrid: hábitos, demandas y barreras*. Ed.: Área de Gobierno de Empleo y Servicios a la Ciudadanía. Dirección General de Igualdad de Oportunidades. Ayuntamiento de Madrid.
- Huberty, J.L., Vener, J., Ransdell, L., Schulte, L., Budd, M.A., Gao, Y. (2010). Women bound to be active (years 3 and 4): can a book club help women overcome barriers to physical activity and improve self-worth? *Women Health*. 50(1):88-106.
- Iculayo, P. (1998). Psychological issues in female participation in sport. *Journal of the international council for Health, Physical Education, Recreation, Sport and Dance*. 34(3), 59-62.
- Instituto Nacional de Estadística (INE). (2013). *Encuesta Nacional de Salud 2011-2012*. Nota de prensa. Ministerio de sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI).
- Instituto de la Mujer de Extremadura (IMEX), (2007). *Estudio sobre la situación de la mujer en Extremadura*. Recuperado en: [http://imex.juntaex.es/images/stories/descargas/estudio\\_de\\_la\\_mujer.pdf](http://imex.juntaex.es/images/stories/descargas/estudio_de_la_mujer.pdf)
- Instituto de la mujer (MTAS). (2006). *Actitudes y prácticas deportivas de las mujeres en España (1990-2005)*.
- Infante, G., Goñi, A. y Villarroel, J. (2011). Actividad física y autoconcepto, físico y general, a lo largo de la edad adulta. *Revista de Psicología del Deporte*. 20(2), 429-444.



- Infante, G. y Goñi, E. (2009). Actividad físico-deportiva y autoconcepto físico en la edad adulta. *Revista de Psicodidáctica*. 14(1), 49-62.
- Jacoby, E., Bull, F., Neiman, A. (2003). Cambios acelerados del estilo de vida obligan a fomentar la actividad física como prioridad en la región de las Américas. *Revista panamericana de salud pública*. 14 (4).
- James, W. (1890). *Principles of psychology*. London: E.B.
- Janssen, I.y Leblanc, A. (2010). Systematic Review of the Health Benefits of Physical Activity in School-Aged Children and Youth. *International Journal of Behavioural Nutrition an Physiacl Activity*. 7:40.
- Jiménez, Manuel G., Martínez, Pilar, Miró, Elena, Sánchez, Ana I.. Bienestar psicológico y hábitos saludables: ¿están asociados a la práctica de ejercicio físico?*International Journal of Clinical and Health Psychology* [en línea] 2008, 8 (enero) : Recuperado en: <http://www.redalyc.org/articulo.1697-2600>
- Kaleta, D.; Makowiec, T.; Dzionkowska, E. y Jegier, A. (2006). Physical activity and self-perceived health status. *International Journal Occupational Medicine and Environmental Health*. 19(1), 61-69.
- Klomsten, A.; Skaalvik, E. y Espnes, G. (2004). Physical self-concept and sport: do gender differences still exist? *Sex Roles*. 50, 119-127.
- Ledesma, R. (2008). Introducción al Bootstrap. Desarrollo de un ejemplo acompañado de software de aplicación. *Tutorials in Quantitative Methods for Psychology*. 4(2), 51-60.
- Ley 2/ 1995, de 6 de abril, del Deporte en Extremadura
- Lindwall, M. y Hassmén, P. (2004). The role of exercise and gender for physical self-perceptions and importance rating in Swedish university students. *Medicine y Science in Sports*. 14, 373-380.
- Little, B. (1983). Personal projects: A rationale and a method for investigation. *Environment and Behavior*, 15, 273-309.
- Little, B. (1989). Personal Projects. Analysis: Trivial Pursuits, Magnificent Obsessions



- and the search of coherence. En Buss, D: y Cantor, N (EDS.) *Personality Psychology: Recent Trends and Emerging Directions*. Cap. I, 15-31.
- Little, B. (1999). Personality and Motivation: Personal Action and the Conativ Evolution. En: L.A. Pervin, & O. John (Eds.), *Handbook of Personality. Theory and Research*. (2nd ed), 501-524. New York: *Guilford Press*.
- Little, B. (2008). Personal projects and free traits: Personality and motivation reconsidered. *Social and Personality Psychology Compass*. 2(3), 1235-1254.
- López, P. (2009). *Influencia de factores psico-sociales en los hábitos de práctica de actividad física*. Universidad de Murcia. Facultad de Educación. España.
- Macías, V. y Moya, M. (2002). Género y deporte. La influencia de las variables psicosociales sobre la práctica deportiva de jóvenes de ambos sexos. *Revista de psicología social*. 17(2), 129-148.
- Madruga, M.; Gozalo, M.; Gusi, N. y Prieto, J. (2009). Efectos de un programa de ejercicio físico a domicilio en cuidadores de pacientes de Alzheimer: un estudio piloto. *Psicología del Deporte*. 18 (2), 255-270.
- Martínez, J. (2009). Evolución del papel de la mujer en el movimiento olímpico internacional. *Congreso virtual sobre historia de las mujeres*. Jaén.
- Martínez del Castillo, J., Martín, M., Hierro, D., Jiménez-Beatty J. y González, M. (2008) *Barreras a la Actividad Física en las Mujeres Adultas y Alternativas de Conciliación*. *Actividad Física y Deporte: Ciencia y Profesión* (9), 12-24.
- Martínez de Quel, O., Fernández, E. y Camacho, M. (2010). Percepción de dificultades para la práctica de actividad física en chicas adolescentes y su evolución con la edad. *Apunts Educación Física y Deportes*. 99, 92-99.
- Martínez, P. y Morote, R. (2001). Preocupaciones de adolescentes de Lima y sus estilos de afrontamiento. *Revista de Psicología*, 19(2), 211-236.
- Márquez, S., Rodríguez, J. y De Abajo, S. (2006). Sedentarismo y salud: efectos beneficiosos de la actividad física. *Apunts. Educación física y Deporte*. 12-24.



- Marsh, H. W. y Peart, N. D. (1988). Competitive and cooperative physical fitness training programs for girls: Effects on physical fitness and multidimensional self-concepts. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 10, 390-407.
- Marx, R. y Winne, P. (1978). Construct interpretations of three self-concept inventories. *American Educational Research Journal*, 15(1), 99-109.
- Mayser, S.; Scheibe, S. y Riediger, M. (2008). Unreachable? An empirical differentiation of goals and life longings. *European Psychology*. 13(2), 126-140.
- Mead, G. (1934). *Mind, self and society*. Chicago. University of Chicago Press.
- Mendoza, D. y Urbina, A. (2013). Actividad física en el tiempo libre y autopercepción del estado de salud en Colombia. *Apunts*. 48(177), 3-9.
- McAuley, E.; Blissmer, B.; Katula, J.; Duncan, T. y Mihalko, S. (2000). Physical activity, self-esteem and self-efficacy relationships in older adults: A randomized controlled trial. *Annals of Behavioral Medicine*. 22(2), 131-139.
- McAuley, E.; Mihalko, S. y Bane, S. (1997). Exercise and self-esteem in middle-aged adults: multidimensional relationships and physical fitness and self-efficacy influences. *Journal of Behavioral Medicine*. 20(1), 67-83.
- McDowell, I. y Newell, C. (1987). *Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires*. New York: Oxford University.
- Ministerio de sanidad y consumo (2006). *Informe salud y género: las edades centrales de la vida*. Recuperado en: <http://www.udg.edu/LinkClick.aspx?fileticket=noIU9-f0E4%3D&tabid=17485&language=ca-ES>
- Ministerio de sanidad y Consumo (2005). Estrategia NAOS. *Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad*. Agencia española de Seguridad Alimentaria. Madrid.
- Molina, J., Castillo, I. y Pablos, C. (2007). Bienestar psicológico y práctica deportiva en universitarios. *European Journal of Human Movement*. 18, 79-91.
- Montil, M., Barriopedro, M. y Oliván, J. (2005). Barreras para la práctica de actividad física en población infantil: un estudio sobre una muestra de la comunidad de



Madrid. *Efdeportes.com*. nº83. Recuperado en:  
<http://www.efdeportes.com/efd83/madrid.htm>

Mokdad, A.; Marks, J.; Stroup, D. y Gerberding, J. (2004). Actual causes of death in the United State, 2000. *Journal of the American Medical Association*. 291(10), 1238-1245.

Moreno-Murcia, J.; Borges, F.; Marcos, P.; Sierra, A. y Huéscar, E. (2012). Motivación, frecuencia y tipo de actividad en practicantes de ejercicio físico. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*. 12(48), 649-662.

Moreno-Murcia, J. y Vera, J. (2011). Modelo causal de la satisfacción con la vida en adolescentes de educación física. *Revista de Psicodidáctica*. 16(2), 367-380.

Moreno, J., Cervelló, E. y Moreno, R. (2008). Importancia de la práctica físico-deportiva y el género en el autoconcepto físico de los 9 a los 23 años. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 8(1), 171-183.

Moreno, J., Moreno, R. y Cervelló, E. (2007). El autoconcepto físico como predictor de la intención de ser físicamente activo. *Psicología y salud*. 17(2), 261-267.

Morilla, M., Gamito, J.; Gómez, M., Sánchez, J. y Valiente, M. (2008). Beneficios psicológicos de la actividad física y el deporte. [www.psicologosdeportivos.es](http://www.psicologosdeportivos.es)

Mosquera, M. y Puig, N. (2002). "Género y edad en el deporte", en García Ferrando, M., Puig, N. y Lagardera, F. (2002). Editorial Alianza. Madrid.

Moyano, E. y Ramos, N. (2007). Bienestar subjetivo: midiendo satisfacción vital, felicidad y salud en población chilena en la Región del maule. *Revista Universum*. 22(2).

Myers, D.G. & Diener, Ed. (1995). Who is happy? *Psychological Science*, 6 (1), 10-19.

Neugarten, B. (1999). *Los significados de la edad*. Herder Editorial, Barcelona.



- Niñerola, J., Capdevila, L. y Pintanel, M. (2006). Barreras percibidas y actividad física: el autoinforme de barreras para la práctica de ejercicio físico. *Revista de Psicología del Deporte*. 15 (1), 53-69.
- Nunnally, J. (1978). *Psychometric Theory*. 2º Ed. New York. McGraw-Hill.
- Nunnally, J. (1967). *Psychometric Theory*. 1ª Ed. New York. McGraw-Hill.
- Núñez, J.; Martín-Albo, J. y Domínguez, E. (2010). Propiedades psicométricas de la escala de satisfacción con la vida en sujetos practicantes de actividad física. *Revista de Psicología del Deporte*. 19(2), 291-304
- Nurmi, J. (1991). How do adolescents see their future?. A review of the development of Future Orientation and Planning. *Developmental Review*, 11,
- Nurmi, J. (1994). The development of future orientation in life-span context. In Z. Zaleski (Ed.), *Psychology of future orientation*. 63-74.
- Nutbeam, D., Aaro, L.E., & Catford, J. (1989). Understanding children's health behaviour: The implications for health promotion for young people. *Social Sciences and Medicine*.
- Olmedilla, A., Ortega, E. y Madrid, 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*. 8(31), 224-243.
- Organización Panamericana de la Salud. (2012). *Salud en la Américas*. Washington.
- Organización Mundial de la Salud. (2010). *Recomendaciones Mundiales sobre Actividad Física para la Salud*. O.M.S.
- Organización Mundial de la Salud. (2009). *Global Health Risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Geneva.
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *2008-2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases*. Geneva.



- Organización Mundial de la Salud. (2006). *European Ministerial Conference on Counteracting Obesity*.
- Organización Mundial de la salud. (2005). *Chronic diseases and health promotion. Preventing chronic diseases: a vital investment*. Genova, Switzerland.
- Organización Mundial de la salud. (2004). *57ª Asamblea Mundial de la Salud: estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud*. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud. (2002). *Informe sobre la Salud en el Mundo: reducir los Riesgos y Promover una Vida Sana*.
- Organización Mundial de la Salud (1994). *Physical activity in older people*. Ginebra: O.M.S.
- Páramo, M., Straniero, C., García, C., Torrecilla, N. y Gómez, E. (2012). Bienestar psicológico, estilos de personalidad y objetivos de vida en estudiantes universitarios. *Pensamiento Psicológico*. 10(1), 7-21.
- Parlebas, P. (1981). *Contribution a un lexique commenté en science de l' action motrice*, INSEP, París, 1981.
- Pavón, A. y Moreno, J. (2008). Actitud de los universitarios ante la práctica físico-deportiva. Diferencias por género. *Revista de Psicología del Deporte*. 3(1), 194-198.
- Pavot, W. y Diener, E. (1993). The affective and cognitive context of self-reported measures of subjective well-being. *Social Indicators Research*. 28, 1-20.
- Pavot, W., Fujita, F. y Diener, Ed. (1995). The relation between self-aspect congruence, personality and subjective well-being. *Personality and Individual Differences*, 22(2), 183-191.
- Pérez, V. y Devís, J. (2003). La promoción de la actividad física relacionada con la salud. La perspectiva de proceso y resultado. *Revista Internacional de Medicina y ciencias de la actividad física y el deporte*. 3(10), 69-74.
- Pervin, L.A. (1989). *Goal Concepts and Social Psychology*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.





- Pervin, L. (1998). *La ciencia de la personalidad*. Madrid: Mc Graw Hill
- Pinquart, M. & Sorensen, S. (2001). Gender differences in self concept and psychological well being in old age: A meta analysis. *Journal of Gerontology*, 56B(4), 195-216.
- Plays, T. y Little, B. (1983). Perceived Life Satisfaction and organization of personal projects systems. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 762-769.
- Puig, N y Soler, S. (2004). Mujer y deporte en España: estado de la cuestión propuesta interpretativa. *Apunts Educación Física y Deportes*. 76, 71-78.
- Junta de Extremadura (2009). Consejería de los Jóvenes y el Deporte .Dirección General de Deporte. *Plan Integral para la Actividad Física y el Deporte de Extremadura (2009-2016)*. Mérida.
- Junta de Extremadura. *Plan de Salud de Extremadura (PSE) (2009-2012)*. (2009). Edita: Consejería de sanidad y Dependencia. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación. Mérida.
- Ramírez, M y Herrera, F. (1997). *Autoconcepto*. Dpto. de psicología Evolutiva y de la Educación. Universidad de Granada. Instituto de Estudios Ceutíes.
- Ramírez, W.; Vinaccia, S. y Suárez, G. (2004). El impacto de la actividad física y el deporte sobre la salud, la cognición, la socialización y el rendimiento académico: una revisión teórica. *Revista de Estudios Sociales*.18, 67-75.
- Reinboth, M.; Duda, J. y Ntoumanis, N. (2004). Dimensiond of Coachaing Behavior, Need satisfaction, and the Psychological and Physical Welfare of Young Athletes. *Motivation and Emotion*. 28(3), 297-313.
- Reis, H.; Sheldon, K.; Gables, S. Roscoe, J. y Ryan, R. (2000). Daily well-being: The role of autonomy, competence, and relatedness. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 26, 419-435.
- Requena, C.; López, V.; González, R. y Ortiz, T. (2009). Propiedades Psicométricas de la escala de satisfacción con la vida en mujeres mayores activas. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*. 44(3), 146-148.



- Rivera, A., Molina, C. y Videa, T. (2006). Actividad física, deporte y salud: Desde la perspectiva de género. *Revista Médica de Honduras*. 74, 148-152.
- Robbins, L.; Pender, N. Y Kazanis, A. (2003). Barriers to physical activity perceived by adolescents girls. *Journal Midwifery Women's Health*. 48, 206-212.
- Robins, R.; Trzesniewski, K.; Tracy, J.; Gosling, S. y Potter, J. (2002). Global self-esteem across life Span. *Psychology and Aging*. 17(3), 423-434.
- Rodríguez, A.; Goñi, A. y Ruíz de Azúa, S. (2006). Autoconcepto físico y estilos de vida en la adolescencia. *Intervención Psicosocial*, 15(1), 81-94.
- Rodríguez, D.; Martínez, M. y Mateos, C. (2005). Identidad y estereotipos de la mujer en el deporte. Una aproximación a la evolución histórica. *Revista de Investigación en Educación*. 2, 109-126.
- Rodríguez, R.; Boned, P. & Garrido, M. (2009) Motivos y barreras para hacer ejercicio y practicar deportes en Madrid. *Revista Panamericana de Salud Pública*. Nº 26(3). 244-254.
- Ruiz, F.; García, M. & Díaz, A. (2007) Análisis de las motivaciones de práctica de actividad física y abandon deportivo en la ciudad de la Habana (Cuba). *Anales de Psicología*. Vol. 23, nº1 (junio), 152-166.
- Ruíz de Azúa, S.; Rodríguez, A. & Goñi, A. (2005). Variables socioculturales en la construcción del autoconcepto físico. *Cultura y Educación*. 17 (3). 225-238.
- Ryan, R. Y Deci, E. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well being. *American Psychology*. 55, 68-78.
- Sage, G. (1977). Introduction to motor behaviour : A neuropsychological approach. 2ªEd. Reading, MA: Addison-Wesley. En: Almagro, B. (2013). *Factores motivacionales relacionados con la adherencia a la práctica deportiva competitiva en adolescents*. Tesis Doctoral. Universidad de Huelva.
- Salmela, K. (2010). Personal goals and well-being: How do young people navigate their lives?. *New Directions for Child and Adolescent Development*. 130, 13-26.
- Salmela, K., Aunola, K. Y Nurmi, J. (2007). Personal goals during emerging adulthood:



- A 10-year follow up. *Journal of Adolescent Research*. 22(6), 690-715.
- Salmela, K. Y Wiese, B. (2006). Communicating personal goals: Consequences for person perception in the work and family domains. *Swiss Journal of Psychology*. 65(3), 181-191.
- Salmela, K. & Nurmi, J-E. (1997). Goal contents, Well being and life context during transition to university: A longitudinal study. *International Journal of behavioral development*, 20(3), 471- 491
- Salleras, L. & Serra, I. (1991). Actividad física y salud. *Medicina preventiva y salud pública*. 967-972. Barcelona. Salvat.
- Salleras, L. (1985). *Educación Sanitaria. Principios, métodos y aplicaciones*. Ediciones Díaz de Santos. Madrid.
- Sallis, J. (1995). A behavioural perspective on children's physical activity. En: Montil, M., Barriopedro, M. y Oliván, J. (2005). Barreras para la práctica de actividad física en población infantil: un estudio sobre una muestra de la comunidad de Madrid.
- Sallis, J., Prochaska, J., Taylor, W. (2000). A review of correlates of physical activity of children and adolescents. *Medicine and science in sports and exercise*. 32, 963-975.
- Sánchez, F. (1996). *La Actividad Física orientada hacia la salud*. Biblioteca Nueva: Madrid.
- Sánchez, M., Aparicio, M. y Dresh, V. (2006). Ansiedad, autoestima y satisfacción autopercebida como predictor de la salud: diferencias entre hombres y mujeres. *Psicothema*. 18(3), 584-590.
- Sánchez, P., Leo, F., García, T., Martín, E. y Gómez, M. (2008). Relación entre la actividad física, el estado de salud percibido y los hábitos de vida en escolares de la región de Extremadura. *Efdeportes*. 121.
- Sansinenea, E.; Gil, L.; Agirrezabal, A.; Larrañaga, M.; Ortíz, G.; Valencia, J. y Fuster, M. (2008). Autoconcordancia y autoeficacia en los objetivos personales: ¿Cuál es su aportación al bienestar? *Anales de la Psicología*. 21(1), 121-128



- Santrock, J. (2006) *Psicología del desarrollo. El ciclo vital*. Editorial McGraw-Hill. Décima edición. Madrid.
- Seclén, J. y Jacoby, E. (2003). Factores sociodemográficos y ambientales asociados con la actividad física deportiva en la población urbana del Perú. *Revista Panamericana de la Salud Pública*. 14(4), 255-264.
- Secretaría técnica del proyecto Equal “En claves de cultura”. 2007. *Glosario de Términos relacionados con la transversalidad de género*. Recuperado en: <https://www.um.es/estructura/unidades/u-igualdad/recursos/2013/glosario-terminos.pdf>
- Segar, M.; Eccles, J. y Richardson, C. (2011). Rebranding exercise: closing the gap between values and behavior. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 8-94.
- Shalvenson, R., Hubner, J. y Stanton, J. (1976). Self concept: validation of construct interpretations. *Review of Educational Reserch*. 46, 407-441.
- Shaw, S. y Hoerber, L. (2003). A strong man is direct and a direct woman is a bitch: gendered discourses and their influence on employment roles in sport organization. *Journal Sport Manage*. 17, 347-375.
- Sheppard, L.; Senior, J.; park, C.; Mockenhaupt, R. y Chodzko, W. (2003). Strategic priorities for increasing physical activity among adults age 50 and older: The national blueprint consensus conference summary report. *Journal of Againg and Physical Activity*. 11(3), 286-292.
- Shephard, R. (1995). Physicalactivity fitness and health: The current consensus. *Quest*, 47 (3). 288-303.
- Singh, L., Arokiasamy, P. Kumar, P. y Kumar, R. (2013). Determinants of gender differences in self-rated health among older population. *Journal SAGE Open*. DOI: 10.1177/2158244013487914.
- Sonstroem, R. y Morgan, W. (1989). Exercise and self esteem: Rational and model. *Medicine and Science in Sport en Exercise*. 21, 329-336.



- Spence, J.; McGannon, K. y Poon, P. (2005). The effect of exercise on global self-esteem: A quantitative review. *Journal of Sport and Exercise Psychology*. 27, 311-334.
- Stassen-Berger, K. (2001). *Psicología del desarrollo: Adulthood y vejez*. Madrid: Ed. Médica Panamericana.
- Steel, P. Schmidt, J. y Shultz, J. (2008). Refining the relationship between personality and subjective well-being. *Psychological bulletin*. 134(1). 138-161.
- Thomas, E., McCarthy, J., Fitzpatrick, J., Durighel, G. y Bell, J. (2009). The TOFI Phenotype. *Obesity Facts*. 1, 32.
- Uijtdewilligen, L., Nauta, J., Singh, A., Van Mechelen, W., Twisk, J., Van der Horst, K. y Chinapaw, M. (2011). Determinants of physical activity and sedentary behavior in young people: A review and quality synthesis of prospective studies. *PubMed*. 45(11). 896-905.
- Umberson, D. y Hughes, M. (1987). The impact of physical attractiveness on achievement and psychological well-being. *Social Psychology Quarterly*, 50, 227-236.
- Valls-Llobet, C. (1991). Aspectos de la morbilidad femenina diferencial. Informe de la situación. *Quadern Caps*, 16, 8-32.
- Valls-Llobet, C. (2001). Desigualdades de género en salud pública. Barcelona.
- Valls-Llobet, C. (2003). Morbilidad Invisible y Cooperación. *Quadern CAPS*. 31, 60-67.
- Van Der Horst K., Paw MJ., Twisk JW., Van Mechelen W. (2007). A brief review on correlates of physical activity and sedentariness in youth. *PubMed - indexed for MEDLINE*. Agosto; 39 (8): 1241-1250.
- Vansteenkiste, M.; Simons, W.; Sheldon, M. y Deci, E. (2004). Motivating learning, performance and persistence: The synergistic effects of intrinsic goal contents and



- autonomy-supportive context. *Journal of Personality and Social Psychology*. 87(2). 246-260.
- Vázquez, B. (2002). Mujeres y actividades físico-deportivas (Investigaciones en ciencias del deporte, nº 35). Madrid: Consejo Superior de Deporte.
- Vázquez, B. (2002). La mujer en ámbitos competitivos: el ámbito deportivo. *Revistas de altas capacidades*. Nº 9. 56-69.
- Vázquez, B. (2001). Los valores corporales y la educación física: hacia una conceptualización de la educación física. *Ágora para la educación física y el deporte*. Nº1, septiembre. 7-17.
- Vázquez, B. (1993). Actitudes y prácticas deportivas de las mujeres Españolas. *Instituto de la mujer*. Madrid.
- Vélez, R., López, S. Y Rajmil, L. (2009). Género y salud percibida en la infancia y la adolescencia en España. *Gaceta Sanitaria*. 23(5), 433-439.
- Videra, A. Y Reigal, R. (2013). Autoconcepto física, percepción de salud y satisfacción vital en una muestra de adolescentes. *Anales de la Psicología*. 29(1), 141-147.
- Welch, S. y Comer, J. (1988). *Quantitative Methods for Public Administration*. 2ª Ed. Chicago. Dorsey Press.
- White, N., Lenz, T. Y Smith, K. (2013). Tool guide for lifestyle behaviour change in a cardiovascular risk reduction program. *PubMed*. 19:6:55-63.
- Wilson, W. (1967). Correlates of allowed happiness. *Psychological Bulletin*, 67, 294-306.
- WordReference.com, 2010. Recuperado de: [www.wordreference.com/definicion/](http://www.wordreference.com/definicion/)
- World Health Organization. (WHO), (1997). *The heidelberg Guidelines for promoting physical activity among Older Persons*. *Journal of Aging and Physical Actitivity*, 5, 2-8.





## **CAPÍTULO VII:**

### **ANEXOS**

---







Universidad de Extremadura

Facultad de Ciencias del Deporte

Laboratorio de Psicología del Deporte

## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO EN CENTROS DEPORTIVOS

El propósito de este documento es informarle y solicitar la colaboración del centro deportivo, para un estudio que se está realizando en el Laboratorio de Psicología de la Facultad de Ciencias del Deporte de la Universidad de Extremadura.

Este estudio será controlado por un equipo de personas adecuadamente cualificadas y tituladas. Este proyecto tendrá como propósito fundamental analizar algunas características de la actividad física, el papel que juega dentro de nuestra vida y su efecto en la permanencia de éstas actividades.

Los cuestionarios a cumplimentar se harán de forma voluntaria y sin ningún tipo de coste para sus clientes. Los cuales serán aplicados por los profesionales anteriormente mencionados.

Todos los datos obtenidos de estas pruebas son totalmente confidenciales y serán analizados y publicados anónimamente. Sólo el equipo investigador tendrá acceso a los mismos, estando protegidos contra cualquier uso indebido.

Tras la lectura del presente documento, acepto voluntariamente que éste centro participe en la investigación.

**Nombre del centro:** \_\_\_\_\_

**Responsable del centro:** \_\_\_\_\_

Cáceres a □□ de □□ de 20□□

Firma: \_\_\_\_\_



Universidad de Extremadura

Facultad de Ciencias del Deporte

Laboratorio de Psicología del Deporte

## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito de este documento es informarle y solicitar su colaboración, para un estudio que se está realizando en el Laboratorio de Psicología de la Facultad de Ciencias del Deporte de la Universidad de Extremadura.

Este estudio será controlado por un equipo de personas adecuadamente cualificadas y tituladas. Este proyecto tendrá como propósito fundamental analizar algunas características de la actividad física y el papel que juega dentro de nuestra vida.

Los cuestionarios se cumplimentarán de forma voluntaria y anónima, siendo su duración aproximadamente de 20 minutos.

Todos los datos obtenidos a partir de estas pruebas son totalmente confidenciales y serán analizados de forma colectiva. Sólo usted y el equipo investigador tendrán acceso a los mismos, estando protegidos contra cualquier uso indebido.

En todo momento será libre para dejar de contestar alguna pregunta si lo cree conveniente. No obstante, sería aconsejable que pudiera contestarlas todas, ya que de esta manera se obtendría la máxima información.

Tras la lectura del presente documento, acepto participar voluntariamente realizando las pruebas requeridas para la investigación en la que participaré.

**Nombre y Apellidos:** \_\_\_\_\_

**DNI:** □□□□□□□□□□ **TLF:** □□□ □□□ □□□

Cáceres a □□ de □□ de 20□□

Firma: \_\_\_\_\_