TESIS DOCTORAL

"CORRELATOS SOCIODEMOGRÁFICOS, PSICOLÓGICOS Y CARACTERÍSTICAS DE LA ACTIVIDAD FÍSICO-DEPORTIVA DEL ADULTO MAYOR DE 60 AÑOS DE TAPACHULA (CHIAPAS – MÉXICO)"

Director: **Francisco Ruiz Juan**

Autor: **Alfonso Cabrera Ramos**

Fdo. Alfonso Cabrera Ramos

UNIVERSIDAD DE MURCIA

DEPARTAMENTO DE ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTE

SAN JAVIER (MURCIA), OCTUBRE 2008

INFORME DEL DIRECTOR DE TESIS

D. Francisco Ruiz Juan, Profesor Titular de Universidad del Área de Didáctica de la Expresión Corporal en el Departamento de Actividad Física y Deporte de la Facultad de Ciencias del Deporte de la Universidad de Murcia

AUTORIZA

La presentación de la Tesis Doctoral titulada **"CORRELATOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS, PSICOLÓGICOS Y CARACTERÍSTICAS DE LA ACTIVIDAD FÍSICO-DEPORTIVA DEL ADULTO MAYOR DE 60 AÑOS DE TAPACHULA (CHIAPAS – MÉXICO)"** realizada por D. Alfonso Cabrera Ramos, bajo mi inmediata dirección y supervisión, y que presenta para la obtención del grado de Doctor por la Universidad de Murcia.

En San Javier (Murcia) a 27 de octubre de dos mil ocho.

Fdo. Francisco Ruiz Juan

Agradecimientos

Este trabajo es producto del esfuerzo de muchas personas a quienes debo agradecer el apoyo incondicional recibido siempre y en los momentos precisos en la realización y finalmente terminarlo.

En primer lugar quiero agradecer a mi tutor Dr. Francisco Ruiz Juan, quien con su enorme amor por la ciencia y especialmente por la Educación Física, me brindó la oportunidad y ayuda permanente para seguir avanzando en esta maravillosa aventura que es la investigación. Gracias por ser mi director de tesis y amigo.

Agradezco infinitamente a mis maestros por darme su tiempo y conocimientos que fueron determinantes en el proceso de mi preparación profesional para alcanzar un grado más y estar en donde estoy.

Quiero expresar mi agradecimiento a los compañeros y amigos María Elena García Montes, Gabriel Flores Allende, Manolo Gómez López y Alfonso Valero Valenzuela, porque siempre me dieron la mano cuando necesité su ayuda y apoyo, a todos gracias por la ayuda y el ánimo de todos los días, por la amistad, que hacen que el arduo trabajo de cada día sea más agradable. Gracias por estar siempre ahí donde los necesité.

Mi eterno agradecimiento a la Universidad de Murcia por brindarme la oportunidad de obtener este grado y al Departamento de Actividad Física y Deporte de la Facultad de Ciencias del Deporte de San Javier por recibirme en su seno, apoyándome siempre para hacer de mi estancia más grata y productiva.

Gracias a la comunidad estudiantil de la Escuela Normal de Licenciatura en Educación Física de Tapachula, al personal docente, administrativo y manual, a mis amigos, Rosa María Fino Rogero, Francisca Gálvez Alonso y Rogelio Kin Kin, pero en especial a mi director de la Escuela Cruz Ávila López, por su apoyo incondicional en mis largas ausencias del centro de trabajo, y por la preocupación permanente porque el personal docente se actualice siempre, a todos gracias por creer en mi.

Mis pensamientos se queda cortos para agradecer mi esposa y amiga B***ertha Fernández Cuadra***, quien además de darme tres grandes hijas, siempre le interesa lo que hago y mi superación, Gracias vieja por estar a mi lado siempre, por motivarme a continuar en momentos difíciles, este triunfo también es tuyo y de nuestras hijas Gabriela, Adriana y Ana María, por esto y mucho más gracias.

ÍNDICE

PRESENTACIÓN 17

CAPÍTULO 1 **25**

INTRODUCCIÓN
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Transición demográfica. 27
1.1.1. Transición demográfica en América Latina. 28
1.1.2. Transición demográfica en México. 30
1.1.3. Población mayor de 60 años en México. 30
1.1.4. Situación en México. 31
1.2. La problemática. 32
1.2.1. Ocio y tiempo libre. 32
1.2.2. Salud. 33
1.2.2.1. Salud mental. 37
1.2.3. Estilo de vida. 38
1.2.4. Calidad de vida. 40
1.2.5. Envejecimiento. 43
1.2.5.1. Envejecimiento biológico. 44
1.3. Planteamiento del problema. 48
1.4. Bibliografía. 49

CAPÍTULO 2 55

PLANTEAMIENTO Y DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN

2.1. Objetivos de la investigación. 57
2.2. Metodología, método y técnicas de investigación. 58
2.2.1. Cobertura de la investigación. 58
2.2.1.1. Población. 58
2.2.1.2. Muestra. 60
2.2.2. Método de investigación y técnicas de obtención de datos. 64
2.2.2.1. Técnicas empleadas en la obtención de los datos. 64
2.2.2.1.1. La técnica de observación documental. 64
2.2.2.1.2. La técnica de encuesta. 65
2.2.2.1.2.1. Análisis del instrumento de recogida de información: el cuestionario. 65
2.2.2.1.2.2. Validez y fiabilidad del cuestionario. 66
2.2.3. Variables objeto de estudio. 67
2.2.3.1. Variables de sentimiento de soledad. 67
2.2.3.2. Variables de hábitos relacionados con la práctica físico-deportiva en las tres etapas de la vida. 68
2.2.3.3. Aspectos sociodemográficos. 68
2.2.4. Obtención de datos. Diseño del cuestionario: pasos seguidos para su elaboración y estudios piloto. 69
2.2.5. Trabajo de campo. 71
2.2.5.1. Selección y entrenamiento de los entrevistadores. 71
2.2.5.2. Desarrollo del trabajo. 72
2.2.5.3. Seguimiento del trabajo de campo. 73
2.3. Técnicas de análisis de datos. 74
2.3.1. El análisis documental. 74
2.3.2. Técnicas de análisis cuantitativo. 74
2.3.2.1. Análisis descriptivo. 74
2.3.2.2. Análisis inferencial. 75
2.4 Bibliografía. 75

CAPÍTULO 3 77

POBLACIÓN OBJETO DE ESTUDIO: CONTEXTO SOCIAL, FAMILIAR Y SOLEDAD

3.1. Contexto social. 79

3.1.1. Sexo. 81

3.1.2. Edad. 81

3.1.3. Nivel de estudios. 81

3.1.3.1. Nivel de estudios según el sexo. 82

3.1.4. Grado de analfabetismo. 82

3.1.4.1. Saber leer. 82

3.1.4.2. Saber escribir. 83

3.1.5. Situación laboral. 84

3.1.5.1. Situación laboral según el sexo. 84

3.1.5.2. Situación laboral según la edad. 84

3.1.6. Estado civil. 84

3.1.6.1. Estado civil según el sexo. 85

3.1.7. Ingresos mensuales. 85

3.1.8. Servicio médico. 86

3.1.9. Filiación médica. 86

3.2. Contexto familiar. 86

3.2.1. Tenencia de hijos. 87

3.2.2. Con quién viven actualmente. 88

3.2.3. Quien lo atiende. 89

3.3. Sentimientos de soledad. 90

3.3.1. Soledad experimentada en el último año. 91

3.3.3.1. El sentimiento de soledad, según el sexo y edad. 91

3.3.1.2 El sentimiento de soledad según el estado civil. 92

3.3.1.3 El sentimiento de soledad y con quien vive actualmente. 92

3.3.1.4 El sentimiento de soledad y la percepción mensual. 93

3.3.2 Motivos principales. 93

3.3.3. Que es lo primero que hacen cuando se sienten solos. 95

3.3.4. Momento en el que se sienten más solos. 95

3.3.5. Como valora la soledad. 96

3.3.5.1 Como la valora la soledad, según el estado civil. 96

3.3.6. Que es lo más importante en estos momentos. 97

3.3.6.1. Que es lo más importante en estos momentos, según el sexo. 97

3.3.7. Nivel de satisfacción. 97

3.4. Conclusiones. 98

3.5. Bibliografía. 100

CAPÍTULO 4 103

LA CLASE DE EDUCACIÓN FÍSICA Y EL INTERÉS

4.1. La Educación Física en México, desde finales del siglo XIX hasta nuestros días como parte de la educación general. 105

4.1.1. General Lázaro Cárdenas del Río (1934-1940). 108

4.1.2. General Manuel Ávila Camacho (1940- 1946). 108

4.1.3. Miguel Alemán Valdez (1946-1958). 109

4.1.4. Adolfo Ruiz Cortinez (1958-1964). 109

4.2. Evolución de las Escuelas Normales de Educación Física de México. 110

4.2.1. Programas oficiales de Educación Física. 112

4.3. La Educación Física y su evolución en el estado de Chiapas. 114

4.4. Análisis y discusión de los resultados. 115

4.4.1. La clase de Educación Física. 115

4.4.1.1. La clase de Educación Física recibida. 119

4.4.1.1.1. La clase de Educación Física recibida, según el sexo. 120

4.4.1.1.2. La clase de Educaron Física, según grupo de edad. 121

4.4.1.2. Quién impartió la clase de Educación Física. 121

4.4.1.2.1. Quién impartió la clase de Educación Física, según edad y sexo. 122

4.4.2. El interés por la actividad físico-deportiva. 122

4.4.2.1. El interés por la actividad físico-deportiva, según el sexo. 124

4.4.2.2. El interés por la actividad físico-deportiva, según la edad. 125

4.4.2.3. El interés por la actividad físico-deportiva, según quién le impartió la clase de Educación Física. 125

4.5. Conclusiones. 125

4.6. Bibliografía. 126

CAPÍTULO 5 129

COMPORTAMIENTOS ANTE LA PRÁCTICA FÍSICO-DEPORTIVA DE TIEMPO LIBRE

5.1. Beneficios de la actividad física. 131

5.2. Los comportamientos ante la actividad físico-deportiva. 135

5.2.1. Factores que inciden en la práctica de actividad físico-deportiva. 139

5.2.1.1. Sexo. 142

5.2.1.2. Edad. 145

5.2.1.3. Nivel de estudios. 147

5.2.1.4. Situación laboral. 148

5.2.2. Características de las actividades físico-deportivas de tiempo libre. 149

5.2.2.1. Modalidad de práctica físico-deportiva. 151

5.2.2.1.1. Según el sexo. 153

5.2.2.1.2. Según la edad. 155

5.2.2.2. Frecuencia semanal. 156

5.2.2.3. Duración del esfuerzo. 158

5.2.2.4. Intensidad del esfuerzo. 160

5.2.2.5. Las características de la actividad física y su relación con el sexo. 162

5.2.2.6. Las características de la actividad física y su relación con a la edad. 164

5.3. Análisis y discusión de los resultados. 167

5.3.1. Comportamientos ante la actividad físico-deportiva de tiempo libre de los adultos mayores de 60 años del municipio de Tapachula (México). 167

5.3.1.1. Factores que inciden en la práctica de actividad físico-deportiva. 171

5.3.1.1.1. Comportamientos ante la actividad físico-deportiva de tiempo libre según el sexo. 171

5.3.1.1.2. Comportamientos ante la actividad físico-deportiva de tiempo libre según la edad. 174

5.3.1.1.3. Comportamientos ante la actividad físico-deportiva de tiempo libre según el nivel de estudios. 175

5.3.1.1.4. Comportamientos ante la actividad físico-deportiva de tiempo libre según la situación laboral. 177

5.3.2. Características de las actividades físico-deportivas de tiempo libre. 179

5.3.2.1. Modalidad de práctica físico-deportiva. 179

5.3.2.1.1. Modalidades de práctica físico-deportiva según el sexo. 181

5.3.2.1.2. Modalidades de práctica físico-deportiva según la edad. 183

5.3.2.2. Frecuencia, duración e intensidad de la práctica físico-deportiva. 183

5.3.2.2.1. Frecuencia, duración e intensidad de la práctica físico-deportiva según el sexo. 188

5.3.2.2.2. Frecuencia, duración e intensidad de la práctica físico-deportiva según la edad. 192

5.4. Conclusiones. 193

5.5. Bibliografía. 194

CAPÍTULO 6 211

MOTIVOS DE LOS COMPORTAMIENTOS DE LA ACTIVIDAD FÍSICO-DEPORTIVA DE TIEMPO LIBRE

6.1. Teorías motivacionales. 213

6.2. Motivos de práctica de actividad físico-deportiva. 218

6.2.1. Según el sexo. 220

6.2.2. Según la edad. 222

6.2.3. Según el nivel de estudios. 223

6.2.4. Según la situación laboral. 224

6.3. Motivos de abandono de la práctica de actividad físico-deportiva. 225

6.3.1. Según el sexo. 226

6.3.2. Según la edad. 227

6.3.3. Según el nivel de estudios. 228

6.3.4. Según la situación laboral. 228

6.4. Motivos por los que nunca realiza actividad físico-deportiva. 230

6.4.1. Según el sexo. 232

6.4.2. Según la edad. 233

6.4.3. Según el nivel de estudios. 234

6.4.4. Según la situación laboral. 234

6.5. Análisis y discusión de los resultados. 235

6.5.1. Motivos de práctica de actividad físico-deportiva de tiempo libre de los adultos mayores de 60 años del municipio de Tapachula (México). 235

6.5.1.1. Según el sexo. 238

6.5.1.2. Según la edad. 239

6.5.1.3. Según el nivel de estudios. 239

6.5.1.4. Según la situación laboral. 240

6.5.2. Motivos de abandono de la práctica de actividad físico-deportiva de tiempo libre de los adultos mayores de 60 años del municipio de Tapachula (México). 241

6.5.2.1. Según el sexo. 242

6.5.2.2. Según la edad. 243

6.5.2.3. Según el nivel de estudios. 243

6.5.2.4. Según la situación laboral. 244

6.5.3. Motivos por los que nunca han realizado actividad físico-deportiva de tiempo libre los adultos mayores de 60 años del municipio de Tapachula (México). 244

6.5.3.1. Según el sexo. 246

6.5.3.2. Según la edad. 246

6.5.3.3. Según el nivel de estudios. 247

6.5.3.4. Según la situación laboral. 248

6.6. Conclusiones. 248

6.7. Bibliografía. 250

CAPÍTULO 7

AUTOPERCEPCIÓN DE PRÁCTICA, CONDICIÓN FÍSICA Y SALUD **259**

7.1. Conceptualización. 261

7.2. Autopercepción. 263

7.2.1. Autopercepción de la práctica. 264

7.2.1.1. Autopercepción de la práctica según el sexo. 263

7.2.1.2. Autopercepción de la práctica según la edad. 266

7.2.2. Autopercepción de la condición física. 266

7.2.2.1. Autopercepción de la condición física según el sexo. 267

7.2.2.2. Autopercepción de la condición física según la edad. 269

7.2.3. Autopercepción de su salud. 270

7.2.3.1. Autopercepción de su salud según el sexo. 272

7.2.3.2. Autopercepción de su salud según la edad. 274

7.3. Análisis y discusión de los resultados. 275

7.3.1. Autopercepción de la práctica. 276

7.3.1.1. Autopercepción de la práctica según el sexo. 276

7.3.1.2. Autopercepción de la práctica según la edad. 277
7.3.2. Autopercepción de su condición física. 277
7.3.2.1. Autopercepción de su condición física según el sexo. 278
7.3.2.2. Autopercepción de su condición física según la edad. 278
7.3.3. Autopercepción de la salud. 279
7.3.3.1. Autopercepción de la salud según el sexo. 279
7.3.3.2. Autopercepción de la salud según la edad. 280
7.4. Conclusiones. 281
7.5. Bibliografía. 282

CAPÍTULO 8 287
CONCLUSIONES FINALES DE LA TESIS

CAPÍTULO 9 295
PERSPECTIVAS FUTURAS

CAPÍTULO 10 299
BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS A-1

1. Población y muestra. A-3
1.1. Población del municipio de Tapachula. A-5
1.2.- Muestra: Localidades del estrato 6. A-15
1.3.- Muestra: Localidades del estrato 7. A-16
1.4.- Muestra del municipio de Tapachula: adulto mayor de 60 años. A-17

2. Cuestionario y trabajo de campo. A-21
2.1. Cuestionario. A-23
2.2. Cuaderno del encuestador. A-31
2.3. Planillas de control trabajo de campo. A-34
3. Situación sociodemográfica del adulto mayor de Tapachula. A-35
3.1. Descripción de la población objeto de estudio. A-37
3.2. Contexto familiar. A-41
3.3. Sentimiento de soledad. A-45
4. Clases de Educación Física y el interés. A-51
5. Comportamientos ante la práctica físico-deportiva. A-57
6. Motivos de los comportamientos de la actividad físico-deportiva de tiempo libre. A-67
7. Autopercepción de práctica, condición física y salud. A-77

PRESENTACIÓN

Esta Tesis Doctoral, titulada: "*Correlatos sociodemográficos, psicológicos y características de la actividad físico-deportiva del adulto mayor de 60 años de Tapachula (Chiapas – México)*", pretende ser una investigación cuyos resultados puedan ayudar al diseño y desarrollo de programas que fomenten el inicio, adherencia, adopción, continuidad, mantenimiento y persistencia en las actividades físicas y deportivas de tiempo libre, capaz de mejorar el estilo de vida de los sujetos.

La presente investigación da inicio en diciembre del año 2003, fecha en consideramos la necesidad un estudio que permitirá tener un conocimiento más cercano sobre las variables que podrían afectar y favorecer la práctica del adulto mayor, así como las percepciones en etapas previas de la vida misma.

El objeto de esta tesis doctoral es estudiar la situación sociodemográfica, estilos de vida, intereses, motivos percepciones y la evolución de los comportamientos frente la practica físico-deportiva de los adultos mayores de 60 años del municipio de Tapachula Chiapas México, en tres etapas de la vida (etapa de dependencia familiar, considerada desde la niñez hasta antes de casarse; independencia familiar, desde que se casa hasta que cumple 59 años; adulto mayor, desde los 60 en adelante). Para lo cual, vamos a estructurar esta nueves capítulos.

El *primer capítulo* corresponde con una ***introducción y planteamiento el problema*** en el que pretendemos comentar y profundizar el contexto del problema que nos ocupa, haciendo referencia de literatura científica pertinente. Igualmente, se exponen puntos de vida de diferentes autores para contrastar y sustentar teóricamente nuestros resultados, es decir, analizar y exponer teorías, enfoques teóricos, investigaciones y antecedentes, en general, que serán válidos para el correcto encuadre del estudio. Lo cuál permitirá un conocimiento para entender los aspectos relacionados con el estilo y sus hábitos de vida del adulto mayor facilitando, en lo sucesivo, la planificación de acciones estratégicas para la toma de decisiones que respondan a las necesidades y posibilidades actuales de esta población.

En el *segundo capítulo* se desarrolla el ***planteamiento y desarrollo de la investigación*** partiendo de los objetivos, desarrollando una metodología de acuerdo a las características de la investigación, considerando aquellas variables que se relacionan con los objetivos, utilizando como instrumento el cuestionario debidamente validado. En este capítulo se hace amplia referencia del trabajo de campo, tomando en cuenta la recomendaciones de los expertos como preparación de los encuestadores, control, revisión y vigilancia en su aplicación, para que nos permitiera hacer una base de datos y hacer un análisis estadísticos a los datos obtenidos.

Para llevar a cabo nuestra investigación, hemos seleccionado a la población adulto-mayor del municipio de Tapachula mayor de 60 años. Según el censo del 2000 (INEGI), el municipio contaba con 271.674 habitantes distribuidos entre las 493 localidades que la conforman y, donde 17.151 sujetos superan los 60 años (8.171 hombres y 8.980 mujeres.)

La muestra fue de 1044 sujetos, utilizamos un procedimiento polietápico y con afijación proporcional, acudimos a dos tipos de muestreo: aleatorio estratificado y aleatorio por conglomerados. Este proceso se realizó en seis etapas, en cada una de ellas se llevó a cabo un procedimiento u otro, dependiendo de las dificultades encontradas para seleccionar la muestra.

Una vez hecha la revisión de la literatura, consideramos que nuestra investigación se desarrollaría bajo el método descriptivo y el correlacional, permitiendo detallar hechos y características de forma objetiva. Esto facilito extraer información y conocer actitudes, pensamientos y comportamientos de esta población.

Para recabar la información se utilizó el procedimiento de la entrevista personal cara a cara, valiéndonos de una de las técnicas sociológicas más utilizada, la técnica de encuesta y como instrumento el cuestionario denominado "Hábitos físico-deportivos saludables y estilos de vida del adulto mayor de 60 años del municipio de Tapachula, Chiapas (México)".

El cuestionario consta de 61 preguntas distribuidas en cinco bloques. El primero relacionadas con el sentimiento de soledad, el segundo incluye hábitos relacionados con la práctica físico-deportiva en la tres etapas de la vida; el tercero con la disponibilidad y uso del tiempo libre en los últimos años de vida; en el cuarto trata sobre la percepción de la salud y estilo de vida; el ultimo bloque está compuesto por preguntas relacionadas con aspectos sociodemográficos.

Estos bloques fueron diseñados para obtener información de la población en tres etapas de la vida: dependencia familia (que comprende desde la niñez hasta que abandona el seno familiar para construir la propia), independencia familiar (comprendida desde la constitución de su unidad familiar hasta antes de los 59 años) y adulto mayor (desde los 60 años hasta el momento del estudio).

Para verificar y hacer ajustes del cuestionario, fue necesario depurar las preguntas en tres estudios pilotos, el primero en la población almeriense, el segundo entre los familiares de la población estudiantil de la Escuela Normal de Licenciatura en Educación Física de Tapachula y un último en Mazatán, localidad que no pertenece al municipio de Tapachula.

El trabajo de campo dejó experiencias positivas que sirvieron para que los entrevistadores tuvieran la oportunidad de ponerse en contacto con los sujetos, sintiendo la realidad de cómo viven, actúan y comportan los encuestados. Esta parte de la investigación fue realizada durante meses de noviembre y diciembre del 2004. Participaron 24 encuestadores, todos alumnos del séptimo semestre de la Escuela Normal de Educación Física de la ciudad de Tapachula (Chiapas), quienes además, fueron debidamente capacitados durante cuatro meses, garantizando el dominio, conocimiento y manejo del instrumento aplicado.

El desarrollo del trabajo de campo fue ejecutado por etapas, siguiendo en cada una de ellas las recomendaciones expresas por expertos investigadores. Los encuestadores fueron dotados del material necesario para minimizar errores y problemas que pudieran surgir durante el proceso, este trabajo fue supervisado por los coordinadores de equipo para controlar el cumplimiento y avance del trabajo de campo.

Para comprender la población estudiada, el *tercer capítulo* esta dividido en tres apartados. En primer lugar, abordamos el ***contexto sociodemográfico*** utilizando los datos extraídos del último censo poblacional realizado por el Instituto Nacional de Geografía e Informática (INEGI 2000), poniendo especial atención en algunas variables como el sexo, la edad, el saber leer/escribir, la situación laboral, el estado civil, los ingresos mensuales, los servicios médicos y la filiación médica. En segundo lugar, analizamos el ***contexto familiar,*** donde valoramos que variables revisten mayor importancia para nuestra investigación, como: tener hijos, la cantidad, quién atiende de manera habitualmente y con quién vive en la actualidad. Supondrá entender el contexto familiar en el cual se ha desenvuelto en los últimos años de la vida. Por ultimo, pretendemos valorar como los ***sentimientos de soledad*** han interactuado en la última etapa de vida de los sujetos (actualidad) por ejemplo: cuando se encuentra solo o abandonado y el nivel de satisfacción en las relaciones con familiares, amigos y vecinos.

Siendo una población mayor de 60 años, a la que le preguntamos hechos del pasado, tuvimos que acudir al recuerdo de muchos años anteriores de su vida para obtener información del comportamiento, actitudes, hábitos de practica físico-deportiva, en la juventud, adultez y en la actualidad.

El *capítulo cuarto* está compuesto por información relacionada, en primer lugar, con la evolución de la Educación y, en segundo lugar, con la Educación Física, específicamente con la clase de ***Educación Física recibida***. Hacemos un recorrido histórico desde finales del siglo XIX hasta nuestros días, desde la creación de la Secretaria de Educación Pública (SEP) pos revolucionaria, así como la participación de los cuatro primeros presidentes de la república en la lucha por elevar el nivel educativo del pueblo. De igual manera, se analiza la clase de Educación Física y los diferentes enfoques de la formación inicial para, finalmente, hacer un análisis de los resultados en aquellos que dijeron que sí recibieron la clase de Educación Física, según el sexo, la edad y según el interés generado por la práctica físico-deportiva en aquellos que si recibieron la clase. Pretendiendo entender cómo era impartida la clase en tiempos revolucionarios y posrevolucionarios, tipo de educación impartida en dichos momentos históricos y los cambios ocurridos a través de los últimos 90 años. Esto supondrá analizar y reflexionar la Educación Física en el Estado de Chiapas y su posible injerencia en hábitos y estilos de vida de nuestra población objeto de estudio.

En el *capítulo quinto* de este trabajo de investigación, se analizan los ***comportamientos ante la práctica, abandono y nunca practicar actividad física de tiempo libre***, en las tres etapas de la vida de los sujetos. Por ello, consideramos necesario conocer cuál es la práctica real de actividad física, clasificando a los sujetos en tres situaciones: a) aquellos que manifiestan practicar, b) los que después de haber sido activos han de-

jado de serlo y c) los que nunca han practicado durante su tiempo libre. Haciendo un barrido bibliográfico de los últimos veinte años, encontramos información de cómo es la práctica en países europeos y americanos a través de medios impresos y electrónicos disponibles.

Para entender los comportamientos y conductas, se analizan factores, determinantes o correlatos, estableciendo asociaciones entre la práctica y las manifestaciones conductuales de nuestros sujetos. En este estudio nos centramos específicamente en los factores que están relacionados con los objetivos de la investigación, concretamente en factores demográficos, biológicos, psicológicos y cognitivos, así como en las características de la actividad física, es decir, en aquellos factores que influyen poderosamente en el comportamiento conductual de los sujetos ante la práctica físico-deportiva, hábitos saludables y estilos de vida.

El comportamiento de los sujetos es analizado con respecto a los factores que inciden en la práctica, abandono y nunca haber practicado actividad físico-deportiva de tiempo libre. De igual forma, analizamos la frecuencia semanal de práctica, la duración del esfuerzo y la intensidad utilizada, así como las modalidades prácticas en relación con los períodos temporales de práctica en cada una de las tres etapas. Dichos factores se correlacionan con algunas variables sociodemográficas como la edad, sexo, nivel de estudios y situación laboral.

Siendo la práctica físico-deportiva de tiempo libre, una actividad multifactorial a la que podemos considerar un elemento central en la promoción de la salud y calidad de vida, en el *capítulo seis* se analizan los ***motivos de los comportamientos de la actividad físico-deportiva de tiempo libre*** para explicar el comportamiento de los sujetos de este estudio como: motivos por los que inician la práctica, se adhieren y mantienen en la actividad físico-deportiva. De igual manera, se analizan los motivos de abandono de la práctica física y por los que nunca practicaron ninguna actividad física en cada una de las tres etapas de la vida. Se analiza, además, la correlación de las variables sexo, edad, nivel de estudios y situación laboral así como los cambios producidos con la evolución de la edad hacia la última etapa de la vida de nuestros sujetos.

El aspecto psicológico fue analizado a través de la autopercepción que tienen los sujetos de tres indicadores bien definidos, en el *capítulo siete*, la ***autopercepción de la práctica, de su condición física y de la salud***. Se realiza un análisis teórico de la autopercepción, donde se explican la teorías que más se relacionan con nuestro tema, fundamentándonos en la teoría de desarrollo psicosexual de Sigmong Freud, teoría de desarrollo psicosocial de Erikson y teoría cognoscitiva de Piaget entre otras. Se analiza también la sensación y percepción, desde el punto de vista psicológico, que son las bases para que el sujeto tenga una autopercepción positiva o negativa ante algunos comportamientos como la práctica, condición física y la salud. Teniendo en cuenta algunos investigadores en el área de psicología, nos apoyamos para entender los señalamientos de las autopercepciones que tienen los sujetos estudiados.

Se analiza la práctica, condición física y la salud y su correlación con algunas variables sociodemográficas como el sexo y la edad, lo que nos permite contrastar nuestros resultados con otros de investigadores de países europeos y latinoamericanos. Sin embargo, este análisis no fue posible hacerlos con investigaciones de nuestro país (México) porque estos estudios son casi inexistentes.

El *capítulo ocho* lo componen las ***conclusiones*** de este estudio, que están expuestas atendiendo a los objetivos cada capítulo. En ellas se hace un resumen de las conclusiones generales del mismo, dándole importancia a aquellos aspectos más relevantes que fortalecen y justifican a la presente investigación.

Actualmente, la sociedad ha aceptado que la práctica de la actividad físico-deportiva es un componente de gran valor desde el punto de vista de la salud y calidad de vida. Conocer todos aquellos factores, indicadores y correlatos que modifican esta realidad, es algo fundamental en la investigación para mejorar, mantener o modificar los estilos de vida y los hábitos saludables de las diferentes poblaciones.

En la presente tesis doctoral hemos establecido una aproximación a la realidad de los adultos mayores de 60 años frente a la práctica de la actividad físico-deportiva ofreciendo una perspectiva global y centrando nuestro interés en los comportamientos, actitudes, motivos y percepciones de los sujetos mayores.

Nuestra investigación deja abiertas diversas posibilidades o ***prospectivas de investigaciones futuras*** (*capítulo nueve*) que pueden ayudar a comprender, en mayor medida, la realidad tan compleja, desde el punto de vista psicosocial, de los adultos mayores de 60 años que están viviendo la última etapa de la vida.

Es preciso considerar que los niveles de práctica de actividad física habitual son muy bajos, circunstancia que exige un abordaje de la investigación mediante la combinación de técnicas cuantitativas y cualitativas, que permita hacer intervenciones en esta población con programas estratégicos que garanticen el éxito, motivándolos para que se adhieran a dichos programas para incrementar las tasas de práctica y mantengan hábitos saludables. Así mismo, se podrá sugerir a diferentes figuras como son las autoridades municipales, instituciones de salud y el sector educativo, para que orienten sus actuaciones hacia mejorar la calidad de vida de esta población que día a día se incrementa de manera acelerada.

El presente trabajo puede ser de utilidad, tanto a estudiosos de la práctica físico-deportiva de tiempo libre en la población mayor, así como para los que de alguna manera u otra tienen la responsabilidad de gestionar, intervenir y procurar el bienestar social y calidad de vida a las habitantes de este municipio, pero también para los responsables de políticas sociales como el sector salud, y el educativo.

Siendo conscientes que nuestro estudio es pionero, en nuestra entidad federativa, hemos pretendido ser ambiciosos al abordar el problema en esta población. En él hemos analizado la realidad de los sujetos de tercera edad con respecto a la situación

sociodemográfica, sentimientos, motivaciones, intereses, preferencias y percepciones. Es evidente que falta mucho por hacer y es necesario realizar otros estudios más específicos para cada uno de los bloques abordados en esta investigación.

De nuestros datos, aún se pueden obtener más información a partir de las numerosas variables analizadas, cada una de ellas pueden ser utilizadas para iniciar otras investigaciones dentro de la misma población o en poblaciones diferentes, con nuevas hipótesis de trabajo. De tal manera y como consecuencia de las conclusiones hechas en este estudio, planteamos algunas sugerencias futuras.

Como punto final, se detalla la bibliografía que recoge las referencias bibliográficas que han fundamentado este trabajo y que han sido elaboradas según la normativa de la cuarta edición de la American Psychological Association (APA, 2005).

Completando este estudio se presentan los anexos que integran los documentos, solicitudes que han sido necesarias para llevar a cabo los trabajos de campo y todas las tablas estadísticas correspondientes a los resultados.

En la mayoría de las ocasiones que utilizamos los términos genéricos "ciudadano", "hijo", "padre", "hermano", "profesores",... nos estamos refiriendo indistintamente a ciudadana y ciudadano, hijas e hijos, madre y padre, profesoras y profesores,... siempre que no indiquemos de forma específica lo contrario. En nuestro continuo esfuerzo por utilizar un lenguaje no sexista nos situamos a menudo ante el dilema de estar continuamente señalando esta diferencia, utilizar el signo @, o realizar esta aclaración previa que, creemos, permite una mayor fluidez en la lectura. En la presente tesis doctoral, hemos optado por esta última opción.

CAPÍTULO 1

INTRODUCCIÓN. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

INTRODUCCIÓN. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Transición demográfica.

El envejecimiento es un proceso complejo que involucra factores genéticos, biológicos, socioambientales y culturales que se manifiesta en el deterioro del organismo, resultado de los cambios ligados al tiempo irreversible y común en la especie humana. Constituye un proceso sincrónico en distintos niveles fisiológicos, psicológicos y sociales. Es decir, se debe a mecanismos ligados a la genética, sistemas hormonales y funcionales del organismo humano. Presenta relaciones con el comportamiento, hábitos, conocimiento y la cultura de los sujetos, que permiten transcender a las condiciones y exigencias medioambientales. También está vinculado fuertemente con los avances de la ciencia, medicina y cambios sociales en los diferentes países del mundo.

La posición de las personas mayores en todas las sociedades, debe interpretarse a la luz del hecho que la esperanza de vida supera en mucho el papel social a que los individuos estamos destinados (padre, hijo, trabajador). Los cambios sociales, económicos, demográficos y urbanísticos, han permitido que esta población se incremente aceleradamente, de tal forma que debido a la mayor esperanza de vida, esta población incrementa.

Podemos apreciar que la esperanza de vida en el ser humano ha incrementado gracias a los aportes científicos, avances en la medicina y establecimiento de mejoras de un estado de bienestar social (Pont y Carroggio, 2001), permitiendo acumular de 115 a 120 años de vida, siempre que el crecimiento, desarrollo y el envejecimiento se desenvuelvan en un medio ambiente adecuado (Gómez et al., 2000). Sin embargo, los gerontólogos no aceptan más allá de los 115 años (Pulido, 2003).

Sin embargo, la esperanza de vida no es igual para todos los sujetos, tal como ocurre en las naciones. La Organización de las Naciones Unidad (ONU) (2001), indica que la población con menor esperanza de vida es Zambia con un promedio de 37,5 años, seguido de Malawi con 39,7 años y Sierra Leona con 40,8 años. En cambio, los países con altas probabilidades de vida son Japón con 82 años, China con 81,6 años Islandia con 80,7 años y Suiza con 80,5 años, producto de las diferencias económicas, políticas y sociales.

Respecto a los países situados en el continente americano, según datos de la Organización Mundial para la Salud (2004), los países considerados potencia, tales como Canadá y Estados Unidos, son quienes mayor esperanza de vida presenta, es decir 85,5%, seguido por Costa Rica, Chile y Cuba con 77,5%. Situación contraria ocurre con Honduras (69%), Guatemala (68%) y Nicaragua (67,5%), con menor probabilidad.

El incremento de esperanza de vida a nivel mundial ha permitido que el ritmo de crecimiento de la población mayor también aumente aceleradamente. Se pronostica que para el primer cuarto de siglo la población mayor superará el 20% de la población mundial (aproximadamente 1100 millones de personas). Muñoz (2001), considera que esto permitirá que para las primeras décadas del nuevo siglo, la población mayor eu-

ropea, alcanzará la cifra de 100 millones, donde cerca del 20% serán tendrán más de 65 años.

El crecimiento acelerado de la población en el mundo ha repercutido en los sistemas sanitarios, pensiones, mercado laboral y familiar, afectando principalmente a países en vías de desarrollo. Se estima que para el año 2020 (Kalache, 1999) la población por encima de los 60 años se incrementará a 700 millones.

Sandell (2003), refiere que la transición demográfica en Europa, ha provocado cambios fundamentales, razón por el cuál ha sido necesario intentar mantener un equilibrio entre la edad laboral y los jubilados, dado los problemas financieros que afectan el modelo de pensiones, debido a que, en los últimos años, los índices de pensionados han ido en aumento. Requiriendo de manera urgente una reforma del sistema de pensiones y evitar problemas financieros a corto plazo. Situación que ocurre de igual manera entre los países americanos.

1.1.1. Transición demográfica en América Latina.

Según el Centro de Estudios Poblacionales para América Latina (CEPAL) (2004) y la Organización Panamericana para la Salud (2005) en 1975, el 6,5% de la población superaba los 60 años, produciéndose para el 2000 un incremento al 8,1%, es decir, en 25 años el incremento ha sido significativo. Se espera que para el año 2025, nos encontremos sobre el 14,1% llegando a ser del 23,4% en el 2050, lo que significa una modificación en la pirámide poblacional de América Latina.

Tabla 1. Porcentajes de adultos mayores que tienen estos países latinoamericanos.

País	General.	Hombres	Mujeres
Canadá	17.86%	16.18%	19.52%
EE.UU.	16.70%	14.79%	18.55%
México	7.81%	7.33%	8.26%
Guatemala	6.15%	6.01%	6.27%
Honduras	5.59%	5.18%	6.01%
El Salvador	7.61%	6.87%	8.33%
Nicaragua	4.88%	4.44%	5.32%
Costa Rica	8.29%	7.73%	8.87%
Panamá	8.76%	8.46%	9.07%
Venezuela	7.59%	7.10%	8.09%
Ecuador	8.27%	7.80%	8.74%
Uruguay	17.44%	14.80%	19.92%
Argentina	13.94%	11.97%	15.82%
Brasil	8.85%	8.02%	9.64%

En este tenor la Organización Panamericana para la Salud, en coordinación con la Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud y el Sistema de Información Sanitaria (2005), reportan los porcentajes de adultos mayores que tienen estos países latinoamericanos, se resumen en la tabla 1.

Dentro de 25 años en América latina, los miembros de la llamada tercera edad, llegarán a 98 millones y en 2050 ascenderán a 184 millones. Para entonces habrá más ancianos que niños en la región. Esta transición demográfica preocupa, con justificada razón, a todas las organizaciones y asociaciones e intentan de disminuir el impacto que representará este fenómeno social, que afectará por igual a los países americanos (informe de la CEPAL 2004).

La esperanza de vida en América latina, según el reporte de la OMS (2004), se muestra en algunos países en el la tabla 2.

Tabla 2. Esperanza de vida en América latina.

País	General.	Hombres	Mujeres
Canadá	80.5	78.0	83.0
EE. UU.	77.5	75.0	80.0
México	74.5	72.0	77.0
Guatemala	68	65	71
Honduras	67.5	65	70
El Salvador	71	68.0	74.0
Nicaragua	69	67.0	71.0
Costa Rica	77.5	75.0	80.0
Panamá	75.5	73.0	78.0
Venezuela	75	72.0	78.0
Ecuador	72.5	70.0	75.0
Uruguay	75	71.0	79.0
Argentina	74.5	71.0	78.0
Brasil	70.5	67.0	74.0
Chile	77.5	74	81

Encontramos que en Norteamérica, Canadá y Estados Unidos, tienen esperanza de vida por encima de México. Igualmente sucede en Centroamérica, como en Panamá y Costa Rica, al igual que en Sudamérica en Chile, Uruguay, Venezuela. Sin embargo, Argentina tiene similar esperanza de vida que México. En el Caribe, Cuba tiene superior esperanza de vida que México. Los demás países de esta zona, se encuentran por debajo de la esperanza de vida que tiene México.

1.1.2. Transición demográfica en México.

Hace una década Ham-Chande (1996) indicaba que "*la transición demográfica y epidemiológica ocasiona que México experimente un proceso de envejecimiento demográfico que incrementa los números absolutos y porcentuales de la población en edad avanzada*". Los informes señalan que México, en el año 2000, tenía una población de 97.483.412 habitantes. Cinco años más tarde, según afirmaciones del INEGI (2005) y la CONAPO (2005), reportaron que en la población mexicana era de 103,1 millones de habitantes. La evolución del crecimiento demográfico del pueblo mexicano, se observa en la figura 1.

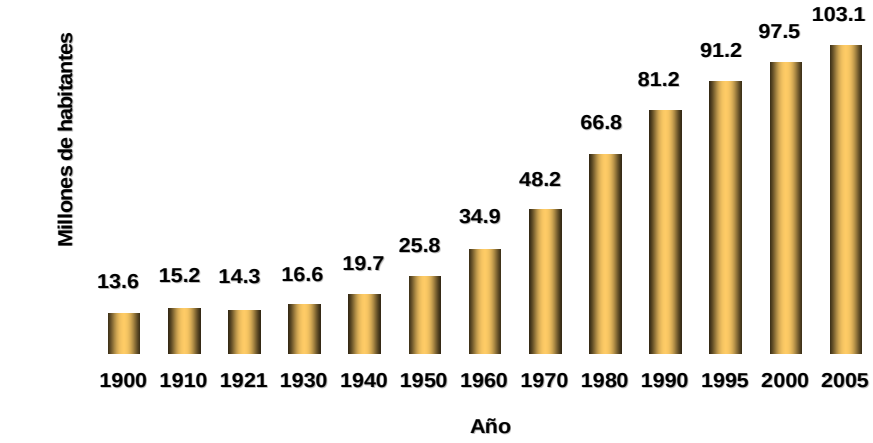

Figura 1. Evolución demográfica de México. (INEGI 2005; CONAPO, 2005).

Es decir, en 100 años, México ha crecido 100 millones de habitantes, dicho crecimiento se mantuvo más o menos estable hasta la primera mitad del siglo, pero se observa un crecimiento acelerado a partir de las dos últimas décadas del siglo pasado.

1.1.3. Población mayor de 60 años en México.

En México, con una población adulta mayor de cerca del ocho por ciento, empieza a generar inquietud el crecimiento de la población adulta mayor. Por esta razón, en los últimos diez años, se ha generado una gran cantidad de información relativa al tema del envejecimiento. Por razones diversas, estas fuentes de información han permanecido al margen de la corriente principal del análisis estadístico de la epidemiología nacional debido, por una parte, a la mala difusión e insuficiencias metodológicas y, por la otra, a que algunas no tienen una representatividad nacional o no han sido suficientemente publicitadas ni explotadas.

Esto último obedece, en buena medida, a la carencia de recursos económicos suficientes para este propósito. Influye también, en primer lugar, la falta de investigadores de diferentes áreas relacionadas con la salud, epidemiólogos, nutriólogos, biólogos etc., que se especialicen en envejecimiento. En segundo lugar, a la ausencia de un orga-

nismo que pueda concentrar y analizar este tipo de información, por ejemplo, un observatorio nacional de la epidemiología del envejecimiento. En consecuencia, existe importante información que no ha sido tomada en cuenta en la planificación de los servicios de salud.

A pesar de esta insuficiencia, los últimos años se han caracterizado por la emergencia de gran número de esfuerzos por la investigación epidemiológica, dirigida al esclarecimiento del fenómeno del envejecimiento poblacional y sus consecuencias sobre la salud (Gutiérrez, 2004).

La transición demográfica en México también es preocupante. En los últimos años muestra un crecimiento acelerado de la población mayor de 60 años. Según el censo realizado por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) (2000) y el Centro Nacional de Población (CONAPO) (2001), señalan que la población mayor en el año 2000 era de alrededor del 8%, lo que esta generando inquietud en las autoridades correspondientes, faltando mayor participación en la investigación social para tener datos confiables que permitan intervenir con éxito en esta población.

1.1.4. Situación en México.

Según el censo realizado por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) (2000) y el Centro Nacional de Población (CONAPO) (2001), señalan que la población mayor era del 8%, lo que esta generando inquietud en las autoridades correspondientes aunque, actualmente, poco se esté haciendo, pues falta mayor participación en la investigación social para tener datos confiables que permitan intervenir con éxito en esta población que, como hemos analizado, está creciendo aceleradamente, así lo afirman el INEGI (2000) y CONAPO (2001). Estas instituciones reportaron que en el 2005 la población mexicana era de 103,1 millones de habitantes. Para la atención sanitaria México cuenta con dos institutos de salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), que atiende más de 31 millones y el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) que atiende a cerca de 6 millones de habitantes. Como ocurre en otros países, la población mayor de 65 años en México crece aceleradamente (CONAPO, 2001). En 1990 era del 3,7%, en el año 2000 del 8% y se proyecta que, para el año 2030, alcanzará el 11,7%.

En México, la investigación sobre la participación de los sujetos en las actividades físico-deportivas de tiempo libre en la población mayor de 60 años es escasa, podríamos quizá decir, es nula. Hay necesidad de realizar estudios, para ver las consecuencias negativas físico-sociales y mentales que promueve la inactividad física. Aunque en los últimos años hemos escuchado términos como "comunidades saludables" el enfoque ha sido desde la perspectiva médico-clínico.

Sin embargo, es poco lo que se está haciendo desde el punto de vista sociodemográfico, provocando un incremento en el déficit de información. Por lo que es urgente la generación de conocimientos a través de investigaciones cuantitativas y cualitativas, que permita hacer generalizaciones para poder contrastar nuestros resultados con otros de diferentes países del mundo.

1.2. La problemática.

La idea tradicional difusa y falsa dice que, en la vejez, el ser humano no es capaz de producir, por la absoluta falta de creatividad, que vive del recuerdo, de memorias y del pasado y que físicamente es incapaz de hacer aquellas actividades que impliquen fuerza, rapidez, desplazamiento y movilidad articular. La historia es testigo de que muchos ancianos encontraron el autentico sentido de la vida precisamente al llegar a la vejez, como fue el caso del Papa Juan XXIII que, cargado de muchos años, tuvo un espíritu joven más que otros que con menos años, pero más viejos en espíritu, no aportan mucho y no terminan de encajar.

La vejez no significa una vida inútil acabada y ociosa. Por el contrario es un tiempo para buscar nuevos motivos de vida, nuevos sentidos a las cosas y acontecimientos, para alcanzar una autoestima positiva y aprender a organizar y utilizar el tiempo libre que es mucho, reviste importancia para las autoridades que más que preocuparse por construir casas geriátricas, casas de día, residencia de ancianos, asilos, que viajen gratis o con descuentos en los diferentes medios de transportes del país. Más que todo esto, lo que se necesita es que nuestros adultos mayores sean atendidos con un sentido social y humano, mejorando su estilo de vida para que vivan más tiempo, dignamente y con calidad.

La vejez llega muchas veces sin ser percibida y más pronto de lo que uno quisiera, pero eso es difícil de aceptar, porque es un proceso para el cual casi nadie se prepara y, cuando llega, cuesta admitir que se es viejo. Por eso los políticos, principalmente, no la consideran como un evento social de importancia, minimizándola y considerando que es un asunto que puede esperar en los archivos del olvido. Las instancias de gobierno que tienen influencias determinantes dentro de la sociedad como la educación y la salud, así como los tres niveles de gobierno, tampoco la consideran un asunto prioritario, permitiendo que esta parte de la sociedad crezca y con ella muchos problemas de comportamientos, de salud, marginación, maltrato y utilización, que siempre se acompaña de una perdida de los valores más elementales como son el amor y el cariño por los ancianos.

A la luz de estos comportamientos y actitudes de muchas sociedades del mundo, pretendemos, en este apartado, proporcionar una visión general sobre conceptos más relevantes que se relacionan con nuestro trabajo de investigación y, posteriormente, destacar lo que se refiere a la práctica de la actividad físico-deportiva que esta población puede realizar en su tiempo libre.

1.2.1. Ocio y tiempo libre.

Los adultos mayores que han dejado la vida laboral cuenta en este momento de la vida, con el tiempo libre suficiente para ser utilizado en lo que ellos deseen, para hacer lo que por obligaciones laborales antes no era posible. En este punto podemos recordar las palabras de García Ferrando (2001), *"a medida que la porción de vida dedicada al trabajo se ha ido reduciendo de forma considerable para la mayor parte de los ciudadanos de las sociedades industriales y avanzadas, como ocurre en España y en el resto de los países que integran la Unión Europea, la creciente disponibilidad de tiempo libre de trabajo propicia el*

realce de la importancia del ocio y de su uso tanto desde el punto de vista de la salud individual, como de la vida económica en general y de la construcción de significados en los estilos de vida e identidades colectivas de los individuos."

Es decir, este evento es común en todas las sociedades del mundo, que al reducir el tiempo laboral, los sujetos cuentan con mayor tiempo libre que puede ser utilizado en actividades para mejorar los estilos de vida y la salud.

Otro autor como García Montes (2001), hace aportaciones en el análisis de la obra de Dumazedier, concluyendo en tres aspectos claves que debe tener el ocio:

- *"En primer lugar, el ocio se manifiesta en un conjunto de ocupaciones y actividades de la persona, que pueden ser tanto beneficiosas como contraproducentes para el propio sujeto, razón por la cual este autor demanda una intervención activa y democrática en la planificación de los recursos y de las actividades de ocio".*
- *"En segundo lugar, para que estas actividades realizadas constituyan un verdadero ocio, deben haber sido seleccionadas, elegidas y vividas, experimentadas de manera libre y voluntaria. De ahí la importancia que tiene la actitud del sujeto".*
- *"En tercer lugar, se destaca la temporalidad del fenómeno; la autonomía del ocio en relación con el trabajo o con el resto de actividades necesarias para la vida de la persona y para su implicación social determinan el tiempo libre como el espacio ideal para el desarrollo del ocio".*

Podemos apreciar que la ocupación y las actividades deben ser debidamente planificadas, considerando las condiciones morfofuncionales y posibilidades de los sujetos para que puedan ser beneficiosas. Para alcanzar estos beneficios debe tomarse en cuenta preferencias, intereses y motivaciones garantizando la permanencia y continuidad de la práctica de la actividad física de los sujetos y, por último, específicamente el adulto mayor, cuenta con mayor tiempo libre que aquellos que se encuentran en la etapa productiva, por lo que la posibilidad de los adultos mayores de implicarse con mayor determinación y tiempo es bastante elevada.

1.2.2. Salud.

La salud en los ancianos depende de muchos factores, entre ellos el estilo de vida y hábitos saludables que se transfieren de las etapas anteriores hacia la vejez (Blair, 1995). Está influenciada por los acontecimientos que tienen lugar a lo largo de la vida, es decir, de la actitud asumida ante la vida, de los hábitos de trabajo, descanso, sueño, alimenticios, recreativos y sociales. Incluso por acontecimientos ocurridos antes de su nacimiento, por ejemplo, el estado nutricional de la madre, influye sobre el crecimiento y desarrollo intrauterino, el peso al nacer y, posiblemente, sobre los riesgos en la vida futura de sufrir varios problemas importantes de salud.

La salud es un estado multidimensional que describe la existencia positiva de la vida individual, ejemplificado por la calidad de vida y la sensación de bienestar, esta definición fue adaptada de varias definiciones aportadas por Sánchez (1996), USDHHS (2000), Corbin et al. (2000), OMS (2006).

La OMS (2006) tiene como objetivo que los pueblos puedan gozar del grado máximo de salud que se pueda alcanzar. Define la salud como "*un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de afecciones o enfermedades*". Esta definición puede aplicarse de igual forma a países desarrollados y en vías de desarrollo en ambos géneros.

La concepción de la salud va ligada al concepto de bienestar y calidad de vida. Albuixech (2003) afirma que "*no sólo es importante los años que se vive, sino cómo se viven, es decir, no sólo se trata de vivir más años, sino de vivirlos en las mejores condiciones, con estado de salud adecuado, que permita vivir con calidad y con autonomía personal*". O sea, el ideal del ser humano es vivir más, pero disfrutando de bienestar e independencia.

La salud es un estado acumulativo que debe cuidarse a lo largo de toda la vida, con el fin de asegurar que se disfruten todos los beneficios, inclusive en edades avanzadas. La buena salud es esencial para que las personas mayores conserven una calidad de vida aceptable.

Esta definición es la más conocida, pero no la más útil, porque no es operativa y es considerada como utopía, en el mejor de los casos, ésta puede ser observada como una meta permanente por alcanzar, de tal forma que, el estado óptimo de salud, es aquel que los sujetos tienen una salud positiva. Pero es necesario continuar promocionando la salud, para tratar de conseguir que los sujetos sigan disponiendo el máximo tiempo posible de buena calidad de vida.

La evaluación de la salud, no puede estar limitada a los factores clínicos tradicionales basados en variables anatómicas, biológicas y psicológicas, la salud es algo más que la ausencia de enfermedades o invalidez. La mayoría de la gente quiere vivir más, se interesa por prolongar la vida y se preocupa por vivir con calidad. Al llegar a la tercera etapa de su vida, se hace muchas preguntas principalmente sobre la jubilación como: ¿con quién va a vivir?, ¿de qué va a vivir su pareja?, enfermedades que lo van a limitar, su actividad social ¿será limitada a las condiciones en la que estará viviendo?, ¿será dependiente?, ¿cuál será el nivel de vida que tendrá en ese momento? y otras muchas más.

Como hemos visto en este proceso evolutivo de conceptualización, la salud, además de ser considerada un estado psicofísico objetivo, es vista como un proceso de interacción entre factores muy diversos, que contribuyen al bienestar del individuo y la sociedad. Observamos como en esta relación dinámica, aparece el concepto de bienestar, el cual representa nuestras acciones responsables, que permiten el desarrollo de un nivel adecuado de salud general (Corbin et al., 2000).

El Ministerio de Salud de Canadá Lalonde-OMS (2005), analiza los determinantes de la salud como el estilo de vida, el que mayormente influye en la salud del sujeto, pero que es modificable cambiando el estilo de vida y los hábitos de salud. La salud esta influenciada fuertemente por la biología, que tiene relación con la herencia y la genética, aspectos que hasta estos momentos no son modificables.

Otro factor determinante es el sistema sanitario, que es el responsable de la atención de la población de parte de los gobiernos. Es el que menos influye, sin embar-

go, es en el que más recursos económicos invierten los gobiernos, al menos en los países desarrollados. Por último, el medio ambiente, es otro determinante que influye en la salud, se refiere a cualquier tipo de contaminación producida en el aire, suelo, agua y el entorno social, psicológico y cultural, además las drogas, la violencia, competitividad y el estrés, propio de las sociedades en pleno desarrollo. Según estos determinantes, las instituciones de salud pública, deberían invertir más en la promoción de salud, para que la población adquiriera estilos de vida saludables mediante una correcta educación a edad temprana, y en el medio ambiente, mayor vigilancia de la calidad de aire, ruido, agua, seguridad, violencia etc. En este sentido, los Estados Unidos (Lalonde OMS-2005), reporta que la inversión que hacen para reducir la mortalidad es bastante evidente, tiene los siguientes gastos. En la biología humana se invierte 6.9%, su contribución para la salud es de 27%. En el medio ambiente invierte 1.6% y su contribución par la reducción de la mortalidad es de 19%. En el estilo de vida se invierte sólo el 1.5% y este componente aporta el 43% para la reducción de la mortalidad. Por último, el sistema sanitario afecta el gasto de salud pública en 90% y su contribución en la reducción de la mortalidad en la población, es de solamente 11%.

Aquí se reflejan, por un lado, los porcentajes de los determinantes de la salud en la contribución de la reducción de la mortalidad**.** Por otro, la inversión económica para la salud en EE.UU. Estos datos son bastante significativos. Conviene expresar que en el componente que más invierten los EE.UU es el sistema sanitario y su aportación para la reducción de la mortalidad, tan sólo es de un poco más del diez por ciento.

Sin embargo, en el componente estilo de vida, que tan sólo intervienen un poco más de uno por ciento, es el componente que mayormente contribuye en la reducción de la mortalidad de la población. Se infiere que los responsables de distribuir los recursos económicos, le dan poca importancia al aspecto preventivo, que es en lo que se debería invertir mayores recursos, de lo contrario se enfrentan grandes costos, en medicinas, horas de médicos, horas de consultas etc., como consecuencia de las enfermedades que padece la población.

La European Community Health Indicators, Phase II, ECHI-II (2005) analizan indicadores que agrupan en cuatro clases.

1. Situación socioeconómica (comprendido por empleo, distribución de ingresos, vivienda, grupo étnico y raza, economía general) y demográfica, que comprende el estatus de la población.
2. Estado de salud. Causas de mortalidad, morbilidad, salud funcional percibida.
3. Determinantes de salud. (Factores personales y biológicos, comportamiento saludable, condiciones de vida laboral.
4. Sistema de salud. Prevención, protección sanitaria y promoción de la salud, servicio médico, seguro medico, gastos médicos, calidad de los servicios médicos.

Por otro lado, existen investigaciones enfocadas a determinar los indicadores de la esperanza de salud, que cada vez son más utilizados para estudiar la evolución del

estado de salud de la población. Estos indicadores permiten mostrar que el aumento de la esperanza de vida, registrado principalmente en los países más desarrollados, no ha ido acompañado de un aumento del tiempo vivido con discapacidades o minusvalías graves. En el peor de los casos, se observa una pandemia de discapacidades o minusvalías leves o moderadas.

Estos indicadores permiten asimismo, estudiar las desigualdades en materia de salud entre grupos sociales, entre las regiones de un país y entre los sexos. La esperanza de vida y la esperanza de vida sin discapacidad o sin minusvalía, guardan estrecha relación y en la mayoría de las veces, una correlación positiva.

Evaluando simultáneamente los avances conseguidos en materia de mortalidad, morbilidad o discapacidad, el cálculo teórico del incremento de la esperanza de vida realizada, permite establecer prioridades para las políticas de salud pública. Así, cabe prever que la eliminación de las enfermedades da lugar a importantes aumentos en la esperanza de vida sin discapacidad, sin que ello influya en la esperanza de vida total (Robine, Romieu y Cambois, 1999).

En este orden de ideas, se puede decir que una persona está sana cuando los niveles de sus indicadores de salud se acercan a lo que se considera normal, caso contrario, si se alejan, su estado de salud se puede considerar patológico o enfermo. Los indicadores objetivos de salud nos permiten saber acertadamente el estado de un individuo, en comparación con la media de lo que consideramos normal. Esta forma de detectar la salud es rápida, sencilla y fiable, ya que se relaciona con criterios estables, que sólo se modifican en función de avances científicos.

Por su parte Tercedor et al. (1998), indican que la salud es un interés creciente en todas las sociedades, en la que están implicadas las instituciones de salud en los diferentes pueblos, estableciendo finalidades y objetivos concretos de actuación. Cada una de ellas con un enfoque particular, pero todas en pro de lograr un bienestar progresivo en las personas, intentando concienciarlas y capacitarlas en torno al concepto de salud, que deja de ser sólo la ausencia de enfermedad, concibiéndose en la actualidad como "*una tendencia del individuo a alcanzar un óptimo estado físico, psíquico y social*".

Actualmente, existen un número limitado de estudios disponibles sobre tópicos relacionados con la salud al envejecer, principalmente en países en vías de desarrollo, pero los datos sobre el envejecimiento son especialmente limitados. Desafortunadamente, encontramos que la mayor parte de los datos sobre la salud al envejecer, limitados como son, provienen de sociedades relativamente ricas y están cada vez más influenciados, por una pequeña cantidad de problemas de salud específicos de sociedades prósperas.

En México, al igual que en otros países, la salud es prioritaria, por esta razón existe una Secretaría de Salud, encargada de diseñar las estrategias adecuadas para la atención de la población. Se tienen registros oficiales sobre todo en al aspecto clínico y muy pocos sobre aspectos sociodemográficos y sociales. Indican que las principales causas de ingreso a servicios hospitalarios, en el grupo de edad de 60 años y más, son las cataratas, la diabetes, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y las fracturas de fémur.

Todas estas son enfermedades de larga duración, que demandan procedimientos quirúrgicos, atención clínica y estancias prolongadas en el hospital. Por ejemplo, en el caso de fracturas de fémur, la estancia promedio es de nueve días y de cinco en el caso de la insuficiencia renal (INEGI, 2005). También señala que la principal causa de muerte hospitalaria en adultos mayores es la diabetes, seguida de las enfermedades cerebro vasculares y las enfermedades isquémicas del corazón.

Indudablemente que, uno de los grandes retos que enfrenta el sistema mexicano de salud, igual que en la mayoría de los países del mundo, es el envejecimiento de la población. Conforme aumenta el número de personas en los grupos de mayor edad, la frecuencia de enfermedades que requieren de tratamientos costosos y prolongados se incrementa.

1.2.2.1. Salud mental.

Otro aspecto importante en relación a este punto es la salud mental, ya que no todas las personas adultas mayores de 60 años son saludables emocionalmente. En el plano psicológico, se pueden presentar ciertos cambios en la memoria, aprendizaje, atención, orientación y agilidad mental. Sin embargo, la cultura, la educación y la experiencia adquirida a lo largo de la vida, constituye la base, para reentrenar y reaprender las habilidades disminuidas con la edad.

Considerando las recomendaciones emitidas por el Consejo Directivo de la Fundación del Empresario Chihuahuense Asociación Civil (CDFECAC, 2002), manifiesta que, afortunadamente, no todo esta perdido, la vejez puede llegar a ser una época de nuevos retos para el ser humano, época de realizaciones, de productividad y consolidación de conocimientos. Sin embargo, los recursos emocionales disminuyen como resultado de crisis y tensiones acumuladas, enfrentando algunas de las siguientes situaciones:

1. Vivir con una enfermedad crónico-degenerativa, perdiendo independencia.
2. Aislamiento y soledad, por la pérdida de un ser querido.
3. Escasos ingresos económicos.
4. Modificación del lugar que ocupaba en la familia, como pareja, líder o proveedor.

Debe ser preocupación permanente de las autoridades y de los que están vinculados con la salud, ya que requiere de todos ellos su atención, para mejorar las condiciones de vida, económica, social y familiar del adulto mayor, para lograr que esta población viva con calidad y dignidad, los últimos años de su vida.

Las enfermedades mentales o emocionales, pueden manifestarse de muchas maneras y, generalmente, se malinterpretan como enfermedades propias de la edad como la depresión, que es producto de marginación social, disminución de la autoestima, falta de herramientas para la adaptación y aceptación del nuevo rol y la falta de motivación y de refuerzos sociales.

Para evitar estos problemas de salud mental, es necesario permitir al adulto mayor, vivir en su medio físico, familiar y social. Se debe respetar su forma de relacio-

narse con todo lo que ha sido parte de su vida, como objetos, lugares y personas, para favorecer su salud metal, evitando la aparición de crisis de identidad personal, demencia, ansiedad y depresión, a la que se llega por muchas razones, principalmente, la jubilación, muerte de la pareja, pérdida de los hijos, aislamiento y soledad, falta de oportunidades y frustraciones a lo largo de la vida.

Estudios realizados por Villanueva (2000), indican que *"la demencia es un proceso adquirido que aparece generalmente, en la senectud y a veces en la madurez, habiendo existido hasta entonces, normalidad de la función intelectual"*. Sin embargo, es necesario establecer la diferencia entre el oligofrénico, que es un deficiente mental desde el nacimiento, y el demente, que es un deficiente mental adquirido, aunque este sujeto alguna vez fue normal, en este caso, acertadamente, es aplicable al adulto mayor que, con el paso de los años y al deterioro físico, psicológico y social, puede llegar a este padecimiento, siendo bastante común en todos los países, por ejemplo, en Europa y Estados Unidos, el 10 % de la población mayor de 65 años padece demencia de intensidad variable y el 5 % una demencia grave.

El CDFECAC (2002) revela que la demencia es un síndrome del deterioro adquirido y persistente en la función intelectual, que afecta por lo menos a tres áreas de la actividad mental, el lenguaje, la memoria y trastornos emocionales y/o de la personalidad y cognitivos y que hay una prevalencia del 5% a 8% en la población adulta.

1.2.3. Estilo de vida.

El origen de la vida tiene varias teorías, la más aceptada es la evolutiva. Según Blair (1995) los humanos han vivido en la tierra hace pocos millones de años, nuestra especie esta representada por el Homo Sapiens, que ha existido en nuestro planeta desde hace más de 500.000 años. La evolución permitió que el ser humano trascendiera de una vida primitiva a otra de mejores condiciones, de vivir en pequeños grupos nómadas, cazando y recolectando los alimentos. Transitará por diferentes periodos, que se relacionan con el comportamiento activo hacia el ejercicio y la dieta diaria, periodos en la que las defunciones por causas de enfermedades infecciosas, eran casi inexistentes, gracias al estilo de vida que esta les imponía.

Época en la que existieron individuos físicamente activos, con una dieta cuya fuente energética procedía de carbohidratos complejos, baja en grasas y proteínas de origen animal, carne, leche y, probablemente, con un incremento de la grasa saturada, es decir, hábitos alimenticios adecuados.

Así llegamos hasta el periodo industrial, en el que la sociedad transforma el estilo de vida y sus hábitos alimenticios, modificando radicalmente la dieta y su medioambiente de manera sustancial, incrementando la morbilidad y la mortalidad en la población, principalmente, por mala nutrición y enfermedades infecciosas, asociados a la inadecuada salud pública y deficientes cuidados médicos. Sin embargo, en este periodo, la ciencia médica emprendió acciones muy importantes para mejorar la salud pública.

En el esfuerzo por mejorar las condiciones de la vida de los pueblos, en todo el mundo, se ha reconocido la necesidad de la formación de organismos internacionales

destinados a fomentar, controlar y unificar criterios en la toma de decisiones, para el mejoramiento de la salud como la OMS y la ONU, instituciones que aportan datos importantes y estrategias definidas, para abordar el problema de salud de la población, en todos los países.

Así, la OMS (2002), define el estilo de vida como "*La forma en que se desempeña el individuo"* Según esta organización, se basa en patrones de comportamientos identificables, determinados por la interacción de las características personales, las condiciones sociales y las condiciones de vida de carácter socioeconómico y ambiental del sujeto.

Esta situación ha motivado a investigadores en el área de biología y fisiología, a investigar para generar información y conocimientos sobre las características y condiciones fisiológicas de esta población. Gázquez et al. (1992) refieren que "*un estilo de vida activo*" requiere de un conjunto de actividades con cierto consumo de energía (caminar, subir escaleras, lavar el coche, etc.) y se desarrollan sin ningún objetivo específico y sin pautas previamente programadas.

Sin embargo, también puede entenderse por estilo de vida activo la ejecución de un programa de actividades físicas programadas, personalizadas y sistematizadas, dónde se utilizan, instalaciones y vestuario especialmente diseñado para tal fin. Por lo tanto, estilo de vida y calidad de vida, están íntimamente relacionados, porque para tener calidad de vida, es necesario tener un "*estilo de vida adecuado y activo*" no sedentario, lo que permitirá tener vida saludable y con calidad.

Así pues, estilo de vida representa todo un programa complejo de comportamientos no sólo del sujeto, si no también de la comunidad, es interesante involucrarse en el estilo de vida que tiene la comunidad. Sin embargo, es útil cuando tratamos de dibujar un mapa de los comportamientos sociales de una población determinada que, a partir de los hallazgos de hábitos, actitudes y comportamientos, se puede detectar las formas de ser y actuar de esta población. Actitudes y comportamientos que pueden ser asociados con variables como el sexo, edad, nivel socioeconómico, cultural, laboral y familiar, determinando así las tendencias de los estilos de vida de esa población.

Podemos decir que el estilo de vida es un componente de la salud, del bienestar y de la enfermedad, ya que este comportamiento puede ser negativo, como el sedentarismo, la obesidad, mala nutrición, consumo de alcohol y tabaco, tranquilizantes, así como ausencia de valoraciones clínicas periódicas, además promiscuidad sexual que es un comportamiento de alto riesgo para padecer alguna enfermedad.

Por el contrario, un estilo de vida positivo, como la práctica de actividad física, cuidado personal, higiene, vestido, apariencia agradable, prevención de accidentes ofreciendo seguridad en el trabajo y en el hogar, hábitos de descanso adecuado y hábitos alimenticios, permitirá al adulto mayor, tener bienestar y salud.

Aunque el interés por el estudio de los estilos de vida saludable, ha tenido su punto más álgido en la década de los 80 del siglo pasado, el concepto de estilo de vida no constituye un ámbito de estudio nuevo. Por el contrario, desde hace ya mucho tiempo, este concepto ha sido un tema de estudio abordado por diferentes disciplinas

como la sociología, psicoanálisis y, relativamente un poco menos, por la antropología, la medicina y la psicología de la salud. En general, desde todas estas orientaciones, se entiende el estilo de vida como, la forma de vida de las personas o de los grupos, es decir, cómo viven, cómo son y cómo actúan.

1.2.4. Calidad de vida.

La aparición del concepto como tal y la preocupación por la evaluación sistemática y científica del mismo, es relativamente reciente. La idea comienza a popularizarse en la década de los 60, hasta convertirse hoy en un concepto utilizado en ámbitos muy diversos como son la salud, salud mental, educación, economía, política y el mundo de los servicios en general.

La expresión calidad de vida aparece en los debates públicos en torno al medio ambiente y al deterioro de las condiciones de vida urbana. En la década de los 50 y a comienzos de los 60, el creciente interés por conocer el bienestar humano y la preocupación por las consecuencias de la industrialización de la sociedad, hacen surgir la necesidad de medir esta realidad a través de datos objetivos y, desde las ciencias sociales, se inicia el desarrollo de los indicadores sociales, estadísticos que permiten medir datos y hechos vinculados al bienestar social de una población.

Estos indicadores, según Arostegui (1998), tuvieron su propia evolución siendo, en un primer momento, referencia de las condiciones objetivas de tipo económico y social y, en un segundo momento, contemplar elementos subjetivos.

La expresión comienza a definirse como concepto integrador que comprende todas las áreas de la vida, pues tiene un carácter multidimensional y hace referencia tanto a condiciones objetivas, como a componentes subjetivos. Sin embargo, aún existe una falta de consenso sobre la definición del constructo y su evaluación.

Así, aunque históricamente han existido dos aproximaciones básicas, aquella que lo concibe como una entidad unitaria y la que lo considera como un constructo compuesto por una serie de dominios. A pesar de todo, sigue siendo compleja su definición, aunque la mayoría coincide en que está íntimamente relacionada con los hábitos y comportamientos de vida y su relación con el medio entorno.

Si analizamos las definiciones que señala Gómez y Sabeh (2002), expresan que la calidad de vida, es el producto de:

- La calidad de las condiciones de vida de una persona.
- De la satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales.
- De la combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, de las condiciones de vida de una persona, junto a la satisfacción que ésta experimenta.
- De la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal, ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales (figura 2).

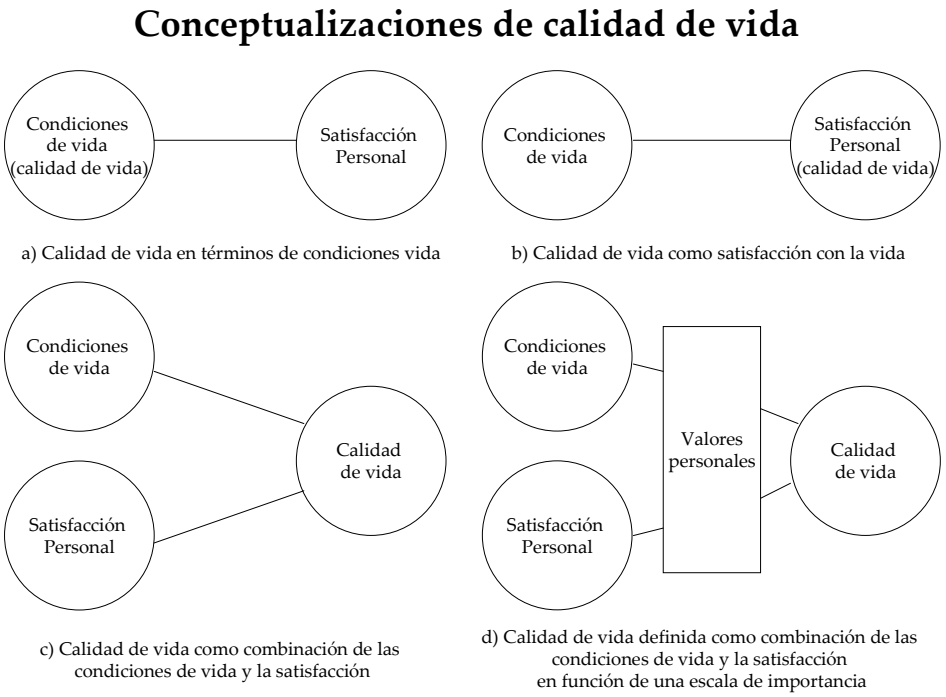

Figura 2. Conceptualizaciones de calidad de vida (Traducida y adaptada de Felce y Perry, 1995).

Otros investigadores, como Inga y Vara (2000), afirman que "*la calidad de vida, es la interacción entre la satisfacción de vida y las condiciones objetivas de vida*". Estas últimas engloban la salud, el cuidado familiar, las actividades laborales o recreativas, las prestaciones estatales y la satisfacción de las necesidades de relación social.

Existe coincidencia en el argumento que el termino calidad de vida es complejo, ya que intervienen muchos factores de índole biológico, psicológico, social, familiar y personal que, finalmente, es un esfuerzo que se debe hacer conjuntamente con autoridades, instituciones de salud y la misma persona, para mantener un equilibrio entre todas estas esferas que componen la vida de los seres humanos.

Por otro, lado, Delgado y Salcedo (2003), manifiestan que, la multidimensionalidad del concepto de calidad de vida, pone límites al estudio económico, volviéndose necesario integrar al análisis otros enfoques disciplinarios como la ética, la filosofía, la psicología y las ciencias sociales.

Igualmente, estudios realizados en las últimas décadas, muestran que valorar la calidad de vida es complejo, sin embargo, reseñan que la condición física es uno de los determinantes, para que la persona tenga una percepción positiva de su estado de salud, que esta íntimamente relacionada con la calidad de vida, mientras que una mala condición física se asocia con percepciones negativas del mismo (Alonso et al., 2003).

Es decir, se puede afirmar que la calidad de vida, esta influenciada por los hábitos de vida del sujeto, la dieta, consumo de tabaco y alcohol, ejercicio y factores de riesgo relacionado con la salud. Para Blair (1995), el fumar cigarro es el hábito más desastroso para la salud que un individuo puede adoptar, el mayor impacto del fumador es la mortalidad vía hacia enfermedades cardiovasculares y cáncer pulmonar, esófago

y páncreas. Se ha demostrado que el consumo de tabaco provoca cáncer pulmonar y es el responsable del 30% de las muertes en los Estados Unidos.

Por su parte, Ruiz Juan (2001) al respecto refiere que:

"El concepto de calidad de vida no deja de ser una noción envuelta de un enorme subjetivismo ya que no es algo que dependa de referentes claros y concisos, que nos permita numerar y cuantificar su grado de cumplimiento o de ausencia, para determinar, en mayor o menor medida, si un grupo social posee un tanto por ciento de calidad de vida o si ésta es alta o baja. Esta situación, que ya de por sí llega a ser muy peliaguda cuando es analizada en el propio seno de una sociedad concreta y bien delimitada, se puede llegar a complicar mucho más si es establecer, conceptualizar, universalizar y hacer extensible, a toda la humanidad, un término como éste".

Esta conceptualización de calidad de vida tiene, por lo tanto, los elementos importantes y necesarios para entender que es un concepto de mucha complejidad, porque está influenciada por los hábitos de vida y en su medición interviene la percepción del sujeto, cuestión bastante subjetiva. En este orden de ideas, el bienestar también es subjetivo.

Respecto a esta evidente y compleja polémica Mella et al. (2004) refieren que "*una de las principales barreras entre la vejez y un estado de bienestar, lo constituye una evaluación negativa de la ancianidad, hecha por algunos miembros de las sociedades occidentales, lo que disminuye la oportunidad de aceptar otros hallazgos importantes de la gerontología moderna*". Por lo tanto, el bienestar subjetivo, está determinado por el grado de apoyo que el individuo siente que tiene por parte de su entorno, familia, amigos, etc.

En este sentido, el ciclo vital del individuo, que abarca desde el nacimiento hasta la muerte, trayecto en el cual el ser humano madura, crece y se desarrolla, está influenciado por diferentes factores psicológicos, orgánicos, socio-familiares, así como diferentes situaciones estresantes, como soporte social y económico, que influye directamente sobre el bienestar físico, emocional y social, en el logro y equilibrio entre estos factores que se traduce finalmente en "*calidad de vida saludable*".

Por lo tanto, "calidad de vida" se puede definir desde otros puntos de vistas, como el económico, ambiental, tecnológico, sociológico, biomédico o psicológico. En cualquiera de los casos, la definición de "*calidad de vida*" no es una tarea fácil, según Gómez y Sabeh (2002), no lo es porque el concepto, como cualquier otro referido a una actividad práctica social, es por naturaleza un concepto polémico, en virtud de las diferentes disciplinas científicas o de las distintas perspectivas teórico-prácticas, que afirman y defienden variados enfoques e intereses.

En este contexto, nos decantaremos por el concepto genérico de procurar y llevar una vida satisfactoria implicando, fundamentalmente, mayor esperanza de vida y sobre todo, vivir en mejores condiciones físicas y mentales, la última etapa de vida.

Durante siglos y en todas las sociedades, ha existido el interés por alcanzar mayor y mejor calidad de vida, se ha recurrido a diferentes recursos científicos desde la farmacología, biología y la cirugía. Sin embargo, hasta muy entrado el siglo XX, se han considerado los hábitos y estilos de vida de los individuos como elementos condicionantes de ese bienestar y la ansiada "*calidad de vida*" que indudablemente, está relacio-

nada con las mejoras laborales, la alimentación, el descanso, adelantos tecnológicos, concienciación de la salud, esparcimiento y disfrute del tiempo libre. Aspectos que actualmente se están tomando en cuenta en todas las sociedades, no sólo de los países más avanzados sino, también, en los países menos desarrollados.

Así, podemos afirmar que la calidad de vida está relacionada también con las condiciones de vida y la satisfacción personal del sujeto. Significa que se busca un equilibrio entre los factores biológicos, psicológicos, social y familiar. Es decir, mantener un equilibrio entre el trabajo, el descanso, alimentación, relación familiar, esparcimiento, diversión y lo espiritual.

Por lo tanto, en el intento por entender con profundidad este término, observamos que calidad de vida es, además, un indicador socioeconómico en el que se toma en cuenta también el nivel de satisfacción de las necesidades básicas, además de las necesidades terciarias, principalmente los servicios sociales, como la comunicación, sanidad o educación que se generalizan al conjunto de la sociedad.

Sin embargo, surgen otras necesidades de otra naturaleza como vivir en un habitad más humano, en el que la comunicación interpersonal sea más fluida, tener tiempo para atender intereses personales, con posibilidades de disfrutar un descanso y gozar de tranquilas vacaciones, poder viajar y tener acceso a la práctica de actividades físico deportivas de manera regular.

Finalmente, podemos afirmar que la calidad de vida es algo difícil de definir, depende de la escala de valores por la que cada individuo ha optado más o menos libremente y de los recursos emocionales y personales de cada uno. Además, está sometida a determinantes económicos, sociales y culturales que se modifican con el paso de los años para un mismo individuo (Esteve y Roca, 1997).

1.2.5. Envejecimiento.

La última etapa de la vida del ser humano, no tiene precisión de cuando se inicia, no obstante, los investigadores la refieren de varias maneras: tercera edad, vejez, adulto mayor, ancianidad. Lo cierto es que la tercera edad no tiene sus limites exactamente definidos, pero se debería hablar de ella, no sólo como un periodo o etapa de la vida sino, como proceso natural, que se pone en marcha al término de la juventud (aunque otros reseñan que desde el momento de nacer), con cambios biológicos que se combinan durante la vida y se manifiestan principalmente al alcanzar la edad adulta. Es decir, es una combinación de transformaciones y cambios fisiológicos, desde los mismos procesos de desarrollo y maduración en el inicio de la vida.

En este sentido, el envejecimiento es un proceso de deterioro del organismo, como resultado de cambios ligados al tiempo, esencialmente irreversible y común a toda la especie humana constituye, por lo tanto, un proceso sincrónico a distintos niveles biológicos, psicológicos y sociales.

Del punto de vista biológico, el envejecimiento del ser humano, se debe a mecanismos genéticos, hormonales, fisiológicos y funcionales, reconociendo que entre los animales de sangre caliente, los humanos tenemos una mayor longevidad. Una razón parcial, tiene que ver con la sabiduría y la cultura humana, que permiten trascender a

las exigencias más prioritarias del medio. Posiblemente, el fenómeno del cambio social que han sufrido las personas de la llamada tercera edad, sean, junto con los avances técnicos, lo más característico de nuestra era.

La posición de las personas mayores en las sociedades industriales modernas, debe interpretarse a la luz del hecho que, su esperanza de vida, supera en mucho el papel social al que los individuos estamos destinados (trabajo/hijos/padre, etc.), los cambios sociales económicos, demográficos, urbanísticos, etc., han hecho que esté grupo de individuos pertenecientes a la tercera edad, sea muy numeroso y presente más características peculiares y a veces contradictorias.

Las sociedades occidentales avanzadas, tienen un fenómeno peculiar con los grupos de tercera edad. La tasa de crecimiento de individuos de más de 65 años, es del 1% en Francia y Suecia y del 3% en Canadá y EE.UU. En España, en 1920, 8 de cada 100 tenían más de 60 años, mientras que en 1991 ha ascendido a casi el 20%, de manera el 17% eran varones mayores de 65 años y el 22% eran mujeres (Organización Panamericana de la Salud, 2001).

Los aspectos psicológicos del individuo de edad avanzada, no se pueden entender fuera del marco fisiológico y social porque, en las diferentes etapas de la vida, muestran importantes diferencias en su estructura biológica. Con la edad declinan el número y calidad de numerosas células, cuyas funciones son vitales para el organismo humano, y reduce la capacidad de adaptación del individuo a los cambios del medio entorno.

La salud, en general, es diferente a la de los más jóvenes, mientras que los jóvenes tienen menos enfermedades, los adultos mayores presentan con mayor frecuencia enfermedades crónicas, como ceguera, falta de audición, reumatismo o artritis, afecciones cardiacas y pulmonares, hipertensión arterial. Lo preocupantes es que no sólo afecta la salud, si no también la conducta y estos cambios de comportamiento, son regularmente de naturaleza biológica, patrón normal de envejecimiento. Sin embargo, otros investigadores como Chirosa, Chirosa y Padial (2000), definen este término como "*un proceso más dentro de la carrera de la vida de los seres vivos*", pero todos coinciden que es proceso natural y normal del ser humano.

Por otro lado, la herencia es otro factor determinante, está bien establecido que la herencia familiar juega un papel importante en la determinación del modelo de los cambios observados en la senectud. Esto ha provocado que investigadores, en años recientes, orienten considerablemente su atención al incremento del entendimiento de los factores responsables de las diferencias individuales en el envejecimiento.

1.2.5.1. Envejecimiento biológico.

Es importante distinguir al envejecimiento como un proceso que involucra una serie de cambios naturales por la edad. El envejecimiento, como proceso, es aquel envejecimiento normal, que representa cambios biológicos universales, que se producen con la edad y que no están afectados por la influencia de enfermedades o del entorno.

Por lo tanto, no todos estos cambios relacionados con la edad tienen consecuencias clínicas negativas, pérdida de masa muscular, disminución de la eficiencia metabó-

lica, disminución de indicadores metabólicos como, el consumo máximo de oxigeno (Vo^2 máx.), umbral de lactato (OBLA), capacidad ventilatoria entre otros. Aunque se debe considerar que los sujetos son diferentes, por lo tanto, no todos llegamos en el mismo tiempo a la ancianidad.

Consecuentemente, la disminución de la eficiencia metabólica, aún cuando no es igual en los sujetos, se debe tomar en cuenta para entender el trabajo fisiológico en el adulto mayor. En este marco de ideas, se debe considerar el reporte que, de este consejo, expresa que el Vo^2 máx. (capacidad del sujeto para retirar oxígeno del aire que inspira) declina en 10% por década. Lo que indica que, las personas mayores de 60 años, tienen disminuido considerablemente las funciones cardiorrespiratorias, es decir, su capacidad aeróbica.

Estudios realizados por Katch y Katch (1991), establecen que *"todas las funciones fisiológicas disminuyen con la edad"*. Aunque no todas disminuyen a la misma velocidad, por ejemplo, la velocidad de la conducción nerviosa declina de 10 al 15% entre los 30 y 80 años de edad, el índice cardíaco en reposo declina de 20 al 30%, la capacidad ventilatoria a los 80 años, del 40% que tenía a los 30 años.

Por otro lado, la fuerza muscular máxima, que representa la capacidad anaeróbica, generalmente, se alcanza entre los 20 y 30 años, pero declina un 16.5% después de los 30 años, esta pérdida esta íntimamente relacionada con la movilidad y la incidencia de accidentes sufridos, la fuerza muscular se pierde más rápidamente en las mujeres que en los hombres. Por otro lado, el Vo^2 máx. declina estadísticamente después de los 25 años, a razón del 1% o sea 0.4 $ml.kg^{-1}.min^{-1}$ por año, de tal forma que a los 55 años, ha perdido, aproximadamente, un 27% de lo que tenía a los 20 años.

Así mismo, estos autores han aportado datos interesantes, manifiestan que la acumulación de los efectos de la edad en el sistema nervioso central, haciendo que la velocidad decline un 10% de la conducción y una significante pérdida en las propiedades de la elasticidad del tejido conectivo. De igual manera, la capacidad funcional periférica, al igual que la capacidad central, disminuye con la edad en sujetos sedentarios y activos. A nivel periférico, los cambios están vinculados con el transporte y utilización del O_2. Estos datos coinciden con estudios recientes de Alonso et al. (2003), que concluyen que existe un declive funcional, en la condición física aeróbica (Vo^2 máx.), músculo esquelético (fuerza) y la actividad física, en hombres y mujeres de edad avanzada.

Como lo menciona Katch y Katch (1991), después de los 60 años, la masa muscular se reduce, a pesar del incremento de la grasa corporal, esto se relaciona con el envejecimiento y desmineralización del la masa ósea. La osteoporosis, es uno de los mayores problemas de salud del adulto mayor, por la pérdida de masa ósea, incremento de la porosidad y disminución del grosor de la corteza ósea. Es decir, un individuo de 60 años, puede tener reducida la masa ósea desde un 30% a 50%.

No obstante, el proceso de envejecimiento está influenciado por los efectos del estado del entorno, del estilo de vida y de las enfermedades que, a su vez, están relacionados con el envejecimiento o cambian por su causa, pero no se debe al envejecimiento en sí.

En este contexto, existen muchas definiciones del envejecimiento, según la OMS (2002), el envejecimiento se ha definido como "*un deterioro de las funciones, es progresivo y generalizado, que produce pérdida de respuesta adaptativa al estrés y mayor riesgo de sufrir enfermedades relacionadas con la edad*". El concepto de envejecimiento activo, fomentado ahora por la OMS, anima a que el ser humano se haga mayor, pero sin envejecer, poniendo como alternativa la práctica continua, habitual y permanente de actividades físicas, sociales y espirituales a lo largo de toda la vida.

Las definiciones de este grupo poblacional de viejo, anciano, tercera edad, adulto mayor y envejecimiento, no son claras ni universalmente aplicables, porque cada país, de acuerdo a su desarrollo social y de la salud pública, decide a partir de que edad los individuos pasan a formar parte de esta clasificación. Así, viejo, es un término específico de cada persona, cultura y país.

Las definiciones pueden variar entre ambos sexos, a medida que los acontecimientos de la vida contribuyen a la transición del envejecimiento, por ejemplo, la jubilación. Una definición cronológica de tercera edad o de adulto mayor, se usa con mucha frecuencia, pero es cuestionada. La ONU utilizaba tablas con cifras tanto para personas de 60 años como de 65, y para más mayores, posibilitando estimaciones y previsiones más detalladas, para las personas de avanzada edad de la mayoría de los países.

La OMS utiliza categorías que empiezan a la edad de 65 años. Para muchos hombres y mujeres, especialmente en países en vías de desarrollo, la tercera edad vendrá acompañada de enfermedades y discapacidades crónicas. Muchas personas son "mayores" funcionalmente en la cuarentena o en la cincuentena, lo que pone en duda la pertinencia de las definiciones cronológicas de la vejez. Aunque una de las definiciones de tercera edad, se basa en la edad oficial de jubilación, en muchos países esta clasificación es incongruente, específicamente en África y en algunos países menos desarrollados, por sus políticas sociales y laborales.

Por lo tanto, se considera que una persona es mayor, cuando él o ella no pueden trabajar a causa de la avanzada edad, pérdida de fuerza física o por su mala salud. Basándose en esta capacidad física para trabajar, es común que las personas mayores se clasifiquen en tres categorías: mayores recientes, mayores y muy mayores. Por su parte, Shephard (1996), clasifica la vejez en temprana (65-75 años), vejez media (75-85 años) y en la etapa final (mayor a los 85 años).

Llama la atención, ante todo, la pluralidad de términos que se utilizan para denominar al colectivo de personas que, han rebasado los sesenta años de edad. Así, encontramos que Hernández (2001), los clasifica como ancianidad, tercera edad, vejez, los mayores, personas de edad avanzada, senectud y longevidad. Algunos de ellos tienen más aceptación que otros y los hay que son abiertamente rechazados.

Como se puede observar, la definición de este grupo poblacional es bastante complejo y polémico, en su evolución se ha denominado de muchas maneras, ha sido anciano, viejo, abuelo, tercera edad, etc. De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (2001), se consideran personas mayores, aquellas que tienen 60 o más años. Aun cuando depende de las condiciones sociales, laborales y económicas de los países, en México entre otros.

Conforme a lo establecido en la Asamblea General de la ONU, (1996), mediante Resolución 50/141 del 30 de Enero de 1996, la denominación utilizada para este grupo poblacional, es adulto mayor.

No son las palabras las que, muchas veces, tienen un significado negativo o despectivo. Depende del tono que se emplee y del sentido que se les quiera dar. En el uso de esta terminología, lo que se trata de buscar, en definitiva, es una palabra que evite cualquier connotación peyorativa, tanto para la sociedad como los propios sujetos afectados.

Para abordar este problema del envejecimiento, se han elaborado programas de intervención en esta población. Así Kalache y Lunenfeld (2001), afirman que los programas eficaces de fomento del envejecimiento saludable y de prevención de las discapacidades entre las personas mayores, darán como resultado una utilización más eficiente de los servicios sanitarios sociales, mejorarán la calidad de vida de este grupo pues, permitirán seguir siendo independientes y productivos.

Es indudable que en la promoción de la salud de esta población, se deben involucrar autoridades, instituciones de salud, investigadores y, por supuesto, el sujeto. Por esta razón, es importante refinar y definir las estrategias que estimulen un envejecimiento saludable y activo. Considerando que las estrategias que se utilizan para un envejecimiento activo, concierne a varias figuras que están relacionadas desde los que diseñan los planes de acción, investigadores, médicos y las sociedades.

Por otro lado, también es importante la perspectiva de género, que se debe reconocer por las dificultades y desigualdades basadas en el género, afecta la forma en que envejecen los hombres y mujeres de todas las sociedades.

De igual manera, se ha establecido que la herencia, juega un papel importante en la velocidad de los cambios observados en los últimos años de la vida del ser humano. Sin embargo, al factor hereditario se suman, al proceso de la ancianidad, otros aspectos como son los factores del medio ambiente, entre los que se considera el estilo de vida, que está determinado por las intervenciones de una nutrición adecuada, reducción del stress, consumo de tabaco, alcohol y actividad física regular.

En lo que coincide la mayoría de los investigadores es que, actualmente, el envejecimiento de la población es uno de los fenómenos de más trascendencia dentro de las sociedades occidentales (López y Latiesa, 2002). Si tomamos en cuenta que, como hemos visto, la evolución demográfica se ha venido produciendo aceleradamente en las últimas décadas en todas las sociedades, se justifica que esta transición demográfica ha permitido la disminución de la tasa de natalidad y mortalidad, que hoy en día conocemos.

Para entender este fenómeno, afortunadamente existen muchos estudios relacionados con este tema a nivel nacional e internacional, los cuales han aportado resultados de hábitos de vida, del estado de salud, nivel de desempeño físico, psicológico y social, servirán para establecer estrategias e intervenciones en la atención de esta parte de la sociedad.

1.3. Planteamiento del problema.

En México, la investigación sobre la participación de los sujetos en las actividades físico-deportivas de tiempo libre en la población mayor de 60 años es escasa, o casi nula. Situación que obliga a realizar estudios para contrarrestar las consecuencias negativas físico-social y mental que promueve la inactividad física. Aunque en los últimos años hemos escuchado términos como "comunidades saludables", que han abordado algunos presidentes municipales en el intento de intervenir en el problema, pero desde una perspectiva médico-clínico, no se aborda el problema con un enfoque sociodemográfico que aporte datos relacionados con hábitos y estilos de vida, preferencias, comportamientos ante la inactividad y actividad físico-deportiva de tiempo libre.

Sin embargo, es poco lo que se esta haciendo desde el punto de vista sociodemográfico, provocando un incremento en el déficit de información. Por lo que es urgente la generación de conocimientos a través de investigaciones cuantitativas y cualitativas, que permita hacer generalizaciones para poder contrastar nuestros resultados con otros, de diferentes países del mundo.

Estos argumentos nos llevan a enmarcar nuestra tesis en un colectivo formado por los adultos mayores de 60 años del municipio de Tapachula, Chiapas (México). Población poco atendida y con información científica social, razón que nos motiva a indagar sobre comportamientos, actitudes y motivaciones frente a la actividad físico-deportiva de tiempo libre, que determinan el estilo de vida de esta población.

Pretendemos una investigación cuyos resultados faciliten el diseño y desarrollo de programas que fomenten la adherencia, inicio, adopción, continuidad, mantenimiento y persistencia en las actividades físicas y deportivas de tiempo libre, capaz de mejorar el estilo de vida de los sujetos.

Las consideraciones anteriores sirvan para justificar el esfuerzo y tiempo dedicado en la presente investigación la cuál inicia en diciembre del año 2003, fecha en consideramos la necesidad un estudio que permitirá tener un conocimiento más cercano sobre las variables que podrían afectar y favorecer la práctica del adulto mayor, así como las percepciones en etapas previas de la vida misma.

El objeto de esta tesis doctoral es estudiar la situación sociodemográfica, estilos de vida, intereses, motivos percepciones y la evolución de los comportamientos frente la practica físico-deportiva de los adultos mayores de 60 años del municipio de Tapachula Chiapas México, en tres etapas de la vida (etapa de dependencia familiar, considerada desde la niñez hasta antes de casarse; independencia familiar, desde que se casa hasta que cumple 59 años; adulto mayor, desde los 60 en adelante).

Como todo documento que ostente de informe científico, deber tener ciertas características donde prevalezca la amenidad, la precisión y la consistencia quedando vertebrada nuestra investigación de la forma siguiente.

En primer lugar, se analiza las condiciones sociodemográficas de los adultos mayores de 60 años, principalmente en el contexto socio-cultural, laboral, económico y familiar, considerando el sentimiento de soledad, donde se analizan motivos, percep-

ciones, intereses y valoraciones de este sentimiento, así como la preocupación más importante en esta etapa de la vida.

En segundo lugar, se analiza la clase de Educación Física pos revolucionaria que recibieron los que contestaron que si fueron a la escuela, la contribución de algunos presidentes de la república en la integración de la Secretaria de Educación Pública, así como la evolución de planes y programas de estudios de las escuelas formadores de docentes en Educación Física en el ámbito nacional y, en particular, en el estado de Chiapas.

Posteriormente, se estudian los comportamientos que tienen los adultos mayores de 60 años frente la práctica, abandono y nunca practicar actividad físico-deportiva, así como los beneficios y factores biológicos y psicológicos que inciden en la práctica, haciendo un análisis de las características de las actividades físicas de tiempo libre como: la intensidad, duración y frecuencia con que se hace la práctica físico-deportiva, fundamentalmente, para mejorar la calidad de vida de esta población. Se estudia también las franjas horarias, así como las modalidades de práctica física que, de acuerdo a sus preferencias, intereses y posibilidades, desearían practicar.

El cuarto apartado de este estudio, describe y analiza los comportamientos frente a la práctica físico-deportiva de los adultos mayores activos y de los inactivos en las tres etapas de la vida. Es decir, se analizan motivos de práctica, abandono y nunca haber practicado actividad físico-deportiva, estableciendo asociaciones entre algunas variables sociodemográficas.

Y, finalmente, se estudia las percepciones de los adultos mayores con relación a su práctica física, condición física y su salud.

1.4. Bibliografía.

Albuixech Gámez, S. (2003). Actas del III Congreso Deporte y Escuela. En Diputación Provincial de Cuenca (Ed.), *Programas de actividad física para mujeres adultas* 137-143. Cuenca: Diputación Provincial de Cuenca.

Alonso, A., Cecchini, J. A., Contreras, O., Del Valle, M. y Izquierdo, M. (2003). Asociación de la Condición Física saludable y diferentes indicadores del estado de salud y la calidad de vida. En *II Congreso Mundial de Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*. Área 1, Salud y Actividad Física. 4-11 [CD ROM]. Granada: Facultad de Ciencias de la Actividad Física y el deporte.

Arostegui Barandika, I. (1998). *Evaluación de la calidad de vida en personas adultas con retraso mental en la comunidad autónoma del País Vasco.* Salamanca: Universidad de Salamanca.

Blair, S. N. (1995). Exercise within a healthy lifestyle. (Ed.) *En Ques Exercise Within a Healthy Lifestyle* (75-89) (47a ed.) USA

CDFEC. AC (2002). *Adulto mayor, una nueva etapa de vida. Guía de orientación psicológica para atención en la edad avanzada,* 4-43.

CEPAL (2005). Transición demográfica en América latina y el Caribe *Reporte No. 1.* 12-34.

Chirosa Ríos, J. L., Chirosa Ríos, I. J., y Padial Puche, P. (2000). La actividad física en la Tercera Edad. l*ecturas: efdeportes*. [En línea]. Disponible en: http://www.efdeportes.com] [Consulta: 2006, 24 de junio]

CONAPO (2001). *Reporte Evolución de la mortalidad y la esperanza de vida en México.* Concejo Nacional de Población, (23-32).

Corbin, C. B., Pangrazi, R. P. y Frank, B. (2000). Definitions: Health, Fitness, and Physical Activity. *President's Council on Physical Fitness and Sport Research Digest, 3,* 9, 1-10.

Delgado, P. y Salcedo, T. (2003). Aspectos conceptuales sobre los indicadores de calidad de vida. *UNC, 2,* 1-31.

Esteve, M. y Roca, J. (1997). Calidad de vida relacionada con la salud: un nuevo parámetro a tener en cuenta. *Medicina Clínica, 108,* 458-459.

European Center for Diseases Prevention and Control (2005). *European Community Health Indicators, Phase II, ECHI-II.* Comunidad europea.

Felce, D. y Perry, J. (1995). Quality of life: It's Definition and Measurement. *Research in Developmental Disabilities, 16 (1),* 51-74.

García Ferrando, M. (2001). *Los españoles y el deporte: prácticas y comportamientos en la última década del siglo XX. Encuesta sobre hábitos deportivos de españoles, 2000*. Madrid: Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. Consejo Superior Deportes.

García Montes, M. E. (2001). *Actitudes y Comportamientos de la mujer granadina ante la práctica física de tiempo libre*. Tesis Doctoral. Granada: Servicio de publicaciones de la Universidad de Granada.

Gázquez, I.; Marti, A.; Roura, M.; Blasco, T. y Capdevila, L. (1992). Estilos de vida activos y memoria inmediata en individuos de la tercera edad. *Revista de Psicología del Deporte, 2,* 15-23.

Gómez Rinessi, J. F.; Saiach, S. y Lecuna, N. (2000). Envejecimiento. *Revista de Posgrado de la Cátedra VIa Medicina, 100,* 21-23. [En línea]. Disponible en: http://med.unne.edu.ar/revista/revista100/envejecimiento.htm [Consulta: 2007, 23 de septiembre].

Gómez Vela, M. y Sabeh, E. N. (2002). *Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica*. Salamanca: Instituto universitario de integración a la sociedad.

Gutiérrez Robledo, L. M. (2004). La salud del anciano en México y la nueva epidemiología del envejecimiento. *La salud del anciano en México: la nueva epidemiología del envejecimiento, 53,* 34-89.

Ham-Chande, R. (1996). El envejecimiento: una nueva dimensión de la salud en México. *Salud Pública de México, 38*, 409-418.

Hernández Rodríguez, A. I. (2001). *Análisis de la demanda de la comunidad universitaria almeriense en actividades físico-deportivas. Estudio de adecuación de la oferta*. Tesis Doctoral, Universidad de Almería, Almería.

INEGI (2000). Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. *INEGI* [En línea]. Disponible en: http://www.inegi.gob.mx/est/librerias/tabulados.asp? tabulado. [Consulta: 2007, 12 de septiembre].

INEGI (2005). Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. *Población total por entidad federativa, sexo y relación hombres-mujeres.* [En línea]. Disponible en: http://www.inegi.gob.mx/est/librerias/tabulados.asp? tabulado. [Consulta: 2007, 22 de julio].

Inga Aranda, J. y Vara Horna, A. (2000). Calidad y satisfacción de vida de adultos mayores de 60 años en Lima Perú. Estudio Piloto y análisis psicométrico. *ADM*. Disponible en: http://www.geocities.com/adm_peru/adulto11.htm [Consulta: 2007, 12 de septiembre].

Kalache A, Lunenfeld B. (2001). Health and the ageing male. *The Aging Male, 3*, 1–36.

Kalache, A. (1999). *How Should We Prepare for Ageing Societies***?** USA.

Katch, F. I. y Katch, V. L. (1991). Physical Activity, Health and Aging. En M. Sangold y G. Mirkin (Eds.), *Exercise Physiology and Sports* 698-737.Philadelphia.

Lalonde, OMS. (2005). Determinante de la salud. *GNU/GFDL*. [En línea]. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Determinante_de_la_salud . [Consulta: 2007, 12 de julio].

López, D. J. y Latiesa, R. M. (2002). Población adulta y calidad de vida. In Consejo Superior de Deportes (Ed.), *Deporte y calidad de vida en la población adulta* (41-56). Madrid: Consejo Superior de Deportes.

Mella, R.; González, L.; D'Appolonio, J.; Maldonado, I.; Díaz, A. y Fuenzalida, A. (2004). Factores Asociados al Bienestar Subjetivo en el Adulto Mayor. *Psykhe, 13*, 79-89.

OMS (2003). Por tu salud, muévete. Documento de exposición de conceptos. Move for health [En línea]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/2003/WHONMHNPHPAH

OMS (2004). *México (Comparado con otros países en Región para las Américas de la OMS). Estadísticas OMS* [En línea]. Disponible en: http://www3.who.int/whosis/ country/compare.cfm?country [Consulta: 2007, 22 de abril]

OMS (2006). Definición de salud. Wikipedia: [En línea]. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Salud [Consulta: 2007, 25 de noviembre].

OMS/World Health Organization (2002). *The World Health Report 2002. Reducing Risks, Pro-moting Healthy Life*. Ginebra: World Health Organization.[En línea]. Disponible en: http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA55/sa5516.pdf [Consulta: 2007, 10 de agosto].

ONU (2001). *Población: Informe ONU. Un occidente envejecido. USA: Zenit* [en línea] Disponible en: http://apologetica.org/onu-poblacion.htm [Consulta: 2007, 24 de abril]

ONU 1996. *Declaración y Programa de Acción de Copenhague. Cumbre Mundial sobre el desarrollo Social.* New York: Naciones Unidas.

OPS (2001). Salud pública y envejecimiento. Madrid.

OPS (2005). Por ciento de adultos mayores de 60 años en los países de America latina. *IRDBS/SIS*.

Pont Geis, P. y Carroggio Rubí, M. (2001). *Movimiento creativo con personas mayores*. Barcelona: Paidotribo.

Pulido Álvarez, M. E. (2003). Envejecimiento y longevidad. *Revista electrónica salud* [En línea]. Disponible en: http://www.homeopatia.com.mx/memorias2003/EnvejecimientoyLongevidada.htm [Consulta: 2005, 21 de noviembre].

Robine, J. M. ; Romieu, I. y Cambois, E. (1999). *Health expectancy indicators*. Rep. No. 77. USA.

Ruiz Juan, F. (2001). *Análisis diferencial de los comportamientos, motivaciones y demanda de actividades físico-deportivas del alumnado almeriense de Enseñanza Secundaria Postobligatoria y de la Universidad de Almería*. Tesis Doctoral, Universidad de Almería.

Ruiz Juan, F.; García Montes, M. E.; Díaz Suárez, A. y Piéron, M. (2007). Hábitos físico-deportivos y de salud. Estilos de vida en jóvenes y adultos. En F. Ruiz Juan, J. P. Venero Valenzuela, Q. Méndez Guzmán, J. M. Reverendo Rodríguez, G. Alvés Barrero, R. Camacho Bravo, R. Ortiz Revert, A. Ortega Fernández, F. L. Bobadilla Gómez, E. Albarrán Viejo y A. Núñez Reina (Eds.), *VII Congreso Internacional sobre la enseñanza de la educación física y el deporte escolar. Viejos hitos y nuevos retos ante la LOE. Respuestas educativas a los problemas sociales del deporte escolar y de la obesidad infantil* (pp. 167-201). Badajoz: FEADEF, AMEFEX.

Ruiz Juan, F.; García Montes, M. E.; Gómez López, M. y Piéron, M. (2006). Relations between the physical activity and the personal experience in senior high school students. En J. Alves Diniz; F. Carreiro da Costa y M. Onofre *AIESEP 2005 World Congress. Activite lifestyles: the impact of education and sport. Proceedings (pp.* 335-344*)* Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana. Ediçoes FMH.

Sánchez Bañuelos, F. (1996). *El concepto de salud, su relación con la actividad física y la educación física orientada hacia la salud***.** Universidad de Castilla-La Mancha.

Sandell, R. (2003). El envejecimiento de la población (II parte): la situación española en relación con la de otros Estados miembros de la UE. *Real Instituto Elcano. De estudios internacionales estratégicos m Área: Europa / Demografía y Población - ARI Nº 75/2003* [En línea]. Disponible en: http://www.realinstitutoelcano.org/analisis/297/ARI-75-2003-E.pdf [Consulta: 2007, 15 de julio].

Shephard, R. J. (1996). Habitual physical activity and quality of life. *Quest*, *48*, 354-365.

Tercedor, P., Jiménez, M. J., y López, B. (1998). La promoción de la actividad física orientada hacia la salud. Un camino por hacer. *Revista Motricid, 4*, 203-217.

USDHHS (2002). *Risk Behavior Surveillance-United States, 2001*. Atlanta: U. S. Departament of Health and Human Services and Centers for Disease Control and Prevention.

USDHHS (2004). *Physical Activity and Health Older Adults.* A report of the Surgeon General U.S. Centers for Disease Control and Prevention. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. The President's Council on Physical Fitness and Sports.

USDHHS, Office of Disease Prevention and Health Promotion (2000). *Healthy People 2010. [On-Line] http://web.health.gov /healthypeople/* [Consulta: 2006, 09 de diciembre].

Villanueva, V. J. (2002). Las demencias. *Revista de Posgrado de la Cátedra VIa Medicina, 100,* 7-13.

CAPÍTULO 2

PLANTEAMIENTO Y DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN

PLANTEAMIENTO Y DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN

En los últimos 20 años las investigaciones sobre calidad de vida en el adulto mayor han aumentado progresivamente en diferentes ámbitos del que hacer profesional y científico, habiendo sido abordada por las ciencias sociales, ciencias de la salud y psicológicas. Sin embargo, en el terreno de la educación las investigaciones en esta línea son escasas, sobre todo en este grupo de adulto mayor en el que la gran mayoría de la población joven actual transitará a él en un futuro. En este estudio se aborda el problema de investigación de los hábitos saludables y su relación con el estilo de vida del adulto mayor de 60 años del municipio de Tapachula (Chiapas - México), pretendiendo generar conocimientos de la realidad en el campo de comportamientos, hábitos, percepciones, sentimientos, así como su comportamiento ante la practica de actividad físico deportiva y su evolución a lo largo de las tres etapas de la vida: dependencia familiar, independencia familiar y adulto mayor.

2.1. Objetivos de la investigación.

A continuación, se especifican los objetivos planteados en la presente investigación sobre hábitos saludables y estilos de vida del adulto mayor de 60 años del municipio de Tapachula (Chiapas - México).

1. Determinar el contexto social y familiar en el que se desenvuelve.

- Analizar las variables sociodemográficas de sexo, edad y estado civil.
- Determinar el nivel de estudios y si saben leer y escribir, es decir, su grado de analfabetismo.
- Indagar sobre su ocupación principal y la situación económica actual.
- Conocer el servicio de salud con que cuenta y el instituto que lo atiende.
- Precisar la situación familiar referente a la tenencia y al número de hijos, con quién viven y quién los atiende.

2. Averiguar los sentimientos de soledad que poseen.

- Constatar si experimentan el sentimiento de soledad.
- Establecer los motivos principales que le provocan este sentimiento.
- Analizar la actitud ante este sentimiento.
- Conocer los momentos en los que tiene este sentimiento de soledad.
- Valorar este sentimiento.
- Indagar sobre lo que es más importante en este momento.
- Valorar el nivel de satisfacción con su entorno, amigos, familiares y vecinos.

3. Conocer si recibió clase de Educación Física como asignatura obligatoria en la escuela y quién se la impartió.

4. Constatar el grado de interés que afirman poseer por la práctica de actividad físico-deportiva en el tiempo libre, determinando la existencia o no de relación con variables sociodemográficas y las clases de Educación Física recibida.

5. Estimar la cantidad de practicantes y no practicantes (han abandonado o nunca han realizado) de actividad físico-deportiva en tiempo libre en las etapas de dependencia e independencia familiar, así como en la de adulto mayor.

6. Constatar las características del tipo de práctica-físico deportiva realizada en el tiempo libre por esta población referentes a las modalidades físico-deportivas practicadas, la frecuencia, la intensidad y la duración en las etapas de dependencia e independencia familiar, así como en la de adulto mayor.

7. Conocer los motivos para practicar actividad físico-deportiva en las etapas de dependencia e independencia familiar, así como en la de adulto mayor.

8. Averiguar los motivos por los que este colectivo abandonó la práctica de actividades físico-deportivas en las etapas de dependencia e independencia familiar, así como en la de adulto mayor.

9. Conocer los motivos por los que este colectivo nunca realizó actividades físico-deportivas en las etapas de dependencia e independencia familiar, así como en la de adulto mayor.

10. Indagar sobre la autopercepción que posee esta población sobre su práctica de actividad físico-deportiva, su estado de salud y condición física en las etapas de dependencia e independencia familiar, así como en la de adulto mayor.

11. Establecer perfiles diferenciadores, en las variables objeto de estudio, atendiendo a las variables sociodemográficas de sexo, edad, nivel de estudios y ocupación principal.

2.2. Metodología, método y técnicas de investigación.

Toda investigación nace de la curiosidad o necesidad de resolver un problema, para lo cual se requiere de procedimientos cuidadosos y sistemáticos que permitan explicar las posibles relaciones entre variables perfectamente identificadas. Es decir, una metodología adecuada que garantice resultados confiables y reproducibles, que permitan hacer generalizaciones y contrastar resultados con otros hallazgos repitiendo la investigación o utilizando los resultados en la construcción de otras investigaciones. Refiriéndose a la metodología de investigación en actividad física deportiva Ruiz Juan, García Montes y Casado Rodríguez (2002:25) indican que *"para investigar es necesario asumir una actitud de indagación y de búsqueda que se encontrará determinado por unas características, unas condiciones y unos propósitos"*. Es decir, al abordar un problema científico se buscan respuestas de interrogantes de los que no se tiene información, por esta razón es necesario trabajar bajo una metodología cuidadosamente elaborada. En nuestro estudio nos hemos decantado por una metodología cuantitativa en la que se recogen y analizan datos cuantitativos de las variables que se han establecido para describir, explicar y justificar el problema de investigación.

2.2.1. Cobertura de la investigación.

2.2.1.1. Población.

Esta investigación se llevó a cabo en el municipio de Tapachula (Chiapas - México), tiene una población de 271.674 habitantes de los que 131.653 son hombres y

140.021 mujeres, según los datos facilitados por INEGI (Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática) correspondientes al censo del 2.000. Su distribución atendiendo al número de habitantes lo podemos apreciar en la tabla 2.1.

Tabla 2.1. Población del municipio de Tapachula, según el número de habitantes, por sexo.

Número de habitantes	Varones	Mujeres	Nº habitantes
100.000-499.999	85.062	94.777	179.839
5.000–9.999	4.454	4.450	8.904
2.500–4.999	3.445	3.690	7.135
2.000-2.499	1.082	1.083	2.165
1.000-1.999	4.430	4.390	8.820
500-999	5.983	5.964	11.947
Menos de 500	27.197	25.667	53.593
TOTAL	**131.653**	**140.021**	**271.674**

Igualmente, se nos proporcionó el número (tabla 2.2) y el nombre las localidades (anexo 1.1) que integran el municipio en cada uno de los estratos, según el número de habitantes, existiendo un total de 493 localidades.

Tabla 2.2. Número de localidades según el número de habitantes del municipio de Tapachula.

Número de habitantes	Total localidades
100.000-499.999	**1**
5.000–9.999	**1**
2.500–4.999	**2**
2.000-2.499	**1**
1.000-1.999	**8**
500-999	**38**
100-499	**117**
50-99	**40**
1-49	**285**
TOTAL	**493**

A partir de estos datos, extrajimos la población del adulto mayor de 60 años, por sexo y grupos de edad (organizados en grupos quinquenales), que será sobre la que vamos a hacer nuestra investigación y a la que a partir de ahora nos vamos a referir. Está compuesta por 17.151 individuos, de los que 8.171 son hombres y 8.980 mujeres (tabla 2.3).

Tabla 2.3. Población de adulto mayor de 60 años del municipio de Tapachula, varones y mujeres por grupos de edad.

Grupos quinquenales	Varones	Mujeres	Población total
60 - 64 años	2.818	2.933	5.751
65 - 69 años	1.938	2.172	4.110
70 - 74 años	1.462	1.554	3.016
75 - 79 años	1.019	1.112	2.131
80 - 84 años	493	589	1.082
85 - 89 años	288	379	667
90 - 94 años	95	133	228
95 - 99 años	45	82	127
100 y más años	13	26	39
TOTAL	8.171	8.980	17.151

2.2.1.2. Muestra.

Debido al número tan elevado de sujetos que forman parte de la investigación, sería prácticamente imposible, por un lado, poder llegar a cada una de las personas y, por otro lado, habría que tener los recursos económicos necesarios para tan ambicioso proyecto, de los cuales no disponemos. Por esta razón, recurrimos a las técnicas de muestreo que nos permiten acotar este número a otro mucho más inferior (muestra) permitiéndonos, posteriormente, extrapolar la información recogida a toda la población y generalizarla, es decir, validar los resultados con un error muestral pequeño y con un nivel de confianza alto.

En nuestro caso, en el que la población general es de 17.151 habitantes censados mayores de 60 años, el tamaño de la muestra se estimó en 1.044 sujetos. Lo que supone tener una validez en los resultados con un margen de error de ± 3% y un nivel de confianza del 95.5%. A continuación, describimos el procedimiento seguido para afijar la muestra.

El procedimiento de muestreo utilizado ha sido polietápico con afijación proporcional, recurriendo a dos tipos de muestreo: el muestreo aleatorio estratificado y el muestreo aleatorio por conglomerados. Esto significa que el proceso se ha realizado en varias fases y que, en cada una de ellas, se ha se ha llevado a cabo un procedimiento u otro dependiendo de la fase en la que se esté y las dificultades encontradas para seleccionar la muestra. Ésta, se divide en cada etapa, en varios estratos o conglomerados con características comunes, a los cuales se les asigna la proporción de muestra correspondiente al universo de la población.

En una primera etapa, se procedió a dividir la muestra (1.044 sujetos) considerando una variable que puede incidir en la diversificación de la misma: el número de habitantes por localidad.

Cuando una población es muy numerosa y heterogénea, como es el caso de la nuestra, es necesario diferenciar y establecer una serie de estratos. Cada estrato representa un grupo de población con características comunes entre sí y que a su vez son diferentes del resto.

Para mayor representatividad de los estratos en la muestra, se recurre al procedimiento polietápico estratificado con afijación proporcional que, además, establece la proporción que le corresponde a cada estrato de la población dentro de la muestra. En este sentido se han establecido siete estratos. Para cada uno de ellos, se ha determinado, por afijación proporcional, el tamaño de las submuestras, tal y como podemos apreciar en la tabla 2.4.

Tabla 2.4. Organizada de siete estratos por localidades según el número de habitantes

Número de habitantes	Muestra
100.000-499.999	694
5.000–9.999	23
2.500–4.999	35
2.000-2.499	7
1.000-1.999	38
500-999	130
Menos de 500 hab.	117
TOTAL	**1044**

En una segunda etapa, se procedió a estratificar la muestra atendiendo a la edad de los sujetos. Los datos facilitados por el INEGI dividen a la población en grupos quinquenales, lo que nos permitió determinar el número de encuestas para cada grupo de edad. De acuerdo a los intereses de nuestro estudio se dividió la población en nueve grupos quinquenales, de tal forma que a cada uno ellos le corresponden una parte de la muestra que, por la afijación proporcional, se refleja en la tabla 2.5.

Tabla 2.5. Grupos quinquenales de la muestra.

Número de habitantes	60-64	65- 69	70 74	75- 79	80- 84	85- 89	90- 94	95- 99	+ 100	TOTAL
100.000-499.999	233	149	121	102	46	28	6	5	1	**694**
5.000–9.999	8	5	4	3	2	1	0	0	0	**23**
2.500–4.999	12	6	6	5	2	2	2	0	0	**35**
2.000-2.499	3	2	2	1	0	0	0	0	0	**7**
1.000-1.999	14	8	7	6	2	1	0	0	0	**38**
500-999	46	28	24	20	8	4	0	0	0	**130**
Menos de 500 hab.	41	26	22	18	8	4	2	0	0	**117**
TOTAL	**357**	**224**	**186**	**155**	**68**	**40**	**10**	**5**	**1**	**1044**

Tercera etapa. Se procedió a afijar proporcionalmente la muestra atendiendo al sexo (varones y mujeres), quedando proporcionalmente representado en los diferentes grupos quinquenales establecidos anteriormente.

Se realizó la afinación proporcional y, de esta forma, la estratificación de la muestra para nuestro estudio de los habitantes de este municipio mayores de 60 años quedó como se muestra en la tabla número 2.6 y 2.7.

Tabla 2.6. Tamaño de la muestra según nº de habitantes por localidad, grupos de edad y sexo (varón).

	Varones (474)								
Número de habitantes	**60-64**	**65- 69**	**70 74**	**75- 79**	**80- 84**	**85- 89**	**90- 94**	**95- 99**	**+ 100**
100.000-499.999	102	71	53	35	18	12	3	2	0
5.000–9.999	4	3	2	1	1	1	0	0	0
2.500–4.999	7	4	3	2	1	1	1	0	0
2.000-2.499	2	1	1	0	0	0	0	0	0
1.000-1.999	7	4	3	2	1	1	0	0	0
500-999	23	16	12	8	4	2	0	0	0
Menos de 500 hab.	21	14	11	7	4	2	1	0	0
TOTAL	**166**	**113**	**85**	**55**	**29**	**19**	**5**	**2**	**0**

Tabla 2.7. Tamaño de la muestra según nº de habitantes por localidad, grupos de edad y sexo (mujer).

	Mujeres (570)								
Número de habitantes	**60-64**	**65- 69**	**70 74**	**75- 79**	**80- 84**	**85- 89**	**90- 94**	**95- 99**	**+ 100**
100.000-499.999	131	96	68	49	28	16	3	3	1
5.000–9.999	4	3	2	1	1	0	0	0	0
2.500–4.999	5	3	3	2	1	1	1	0	0
2.000-2.499	1	1	1	0	0	0	0	0	0
1.000-1.999	7	5	4	3	1	0	0	0	0
500-999	23	16	12	8	4	2	0	0	0
Menos de 500 hab.	20	15	11	7	4	2	1	0	0
TOTAL	**191**	**139**	**101**	**70**	**39**	**21**	**5**	**3**	**1**

Cuarta etapa. Al llegar a este momento, había que seleccionar a las localidades que representarían a cada estrato considerando el número de habitantes. Si continuáramos con el procedimiento de muestreo seguido hasta ahora, tendríamos que fijar la muestra que proporcionalmente le corresponde a cada una de las localidades del municipio de Tapachula, atendiendo a los siete estratos establecidos, según el número de habitantes por localidad. El total del municipio de Tapachula es de 493 localidades distribuidas en toda la geografía municipal, por lo que sería prácticamente imposible di-

versificar la muestra en todas ellos, además de resultar un costo muy elevado en recursos humanos, económicos y de tiempo.

Fue entonces cuando se decidió utilizar el procedimiento aleatorio por conglomerados, en cual se relacionan en cada estrato las localidades de donde se va a recoger la información necesaria para esta investigación. Este procedimiento fue utilizado tomando en cuenta las recomendaciones de Rodríguez Osuna (2000), toda vez que percibimos que existía heterogeneidad al interior de cada estrato y homogeneidad entre los estratos, como es el caso de nuestro estudio. Los siete estratos establecidos, se aprecian en la tabla número 2.8.

Tabla 2.8. Estratos según el número de localidades.

Nº habitantes	Estrato	Nº localid.	Nombre de las localidades
Más de 100.000	**1**	1	Cabecera municipal Tapachula
5.000–9.999	**2**	1	Puerto Madero
2.500–4.999	**3**	2	Álvaro Obregón y Carrillo Puerto
2.000-2.499	**4**	1	Raymundo Enríquez
1.000-1.999	**5**	8	Veinte de Noviembre, Llano de la Lima, Viva México, José María Morelos, Leoncillo, Nuevo Pumpuapa, Congregación Reforma y San Nicolás Lagartero.
500-999	**6**	36	Anexo 1.2
Menos de 500	**7**	46	Anexo 1.3

Quinta etapa. Una vez conocidos los municipios, se realizó una nueva estratificación en cada uno de ellos según los AGEPs (áreas geográficas estadísticas poblacionales) utilizando la codificación numérica empleada por INEGI. Se procedió a identificar las localidades a través de los planos del municipio y de la ciudad de Tapachula que fueron proporcionados por INEGI.

En cada submuestra se procedió a la afijación proporcional del número de sujetos a encuestar. La distribución pormenorizada de la muestra, en la que se refleja los municipios seleccionados para el trabajo de campo, según los AGEPs, grupos de edad y sexo se puede ver en el anexo 1.4.

En la sexta y última etapa. Se llegó a la elección de la última unidad muestral por medio del establecimiento de cuotas y rutas aleatorias, paso previo para la recogida de la información del sujeto seleccionado para la muestra.

Los planos también fueron utilizados para marcar las rutas escogidas para cubrir la cuota diaria. Esta cuota se había establecido previamente atendiendo a las carac-

terísticas de las personas a encuestar (según el sexo y la edad del sujeto, dentro de los AGEPs perteneciente a cada localidad).

2.2.2. Método de investigación y técnicas de obtención de datos.

En la presente investigación se pretende abordar cuestiones sobre las que difícilmente se puede obtener información directa a través de la observación. Recabar datos sobre actos del pasado o sobre cogniciones como pensamientos, satisfacciones, comportamientos, opiniones, motivaciones, grado de conocimiento,…, imposibles de registrar mediante la mera observación del investigador, supone la necesidad de recurrir a la interrogación, es decir, al informe verbal del sujeto.

Utilizaremos el método descriptivo y el correlacional para detallar hechos y características de una población de forma objetiva y comparable intentando crear asociaciones entre variables. Esto, nos posibilitará extraer información para la toma de decisiones y aportar conocimientos sobre actitudes, pensamientos y comportamientos.

Para la recogida y obtención de los datos emplearemos una de las técnicas sociológicas más usadas, *la técnica de encuesta*, y para el diseño de los instrumentos es necesario realizar una revisión documental de aquellos trabajos realizados y que siguen una línea de investigación común a la que aquí se pone de manifiesto, para ello utilizaremos la *técnica de observación documental.*

2.2.2.1. Técnicas empleadas en la obtención de los datos.

Hemos utilizado dos tipos de técnicas: la observación documental y la encuesta.

2.2.2.1.1. La técnica de observación documental.

Esta técnica nos permitió recopilar la información suficiente para enunciar las teorías que sustentan nuestro estudio de los fenómenos y procesos. De tal manera que la interpretación y el análisis comparativo de diferentes fuentes documentales revisadas, nos permitió apreciar muchos aspectos importantes de la vida social relacionada con nuestro objeto de estudio.

Con el propósito de elaborar nuestro marco referencial teórico metodológico, así como para la elección y construcción del instrumento para la recopilación de los datos, se ha realizado un análisis de documentos de investigaciones relacionadas con el objeto de estudio, como lo manejan diferentes autores como Rodríguez et al. (1996), Hernández et al. (2004), Jiménez et al. (1991), Sierra Bravo (2001) y otros como se puede observar en los capítulos correspondientes.

Se examinaron investigaciones que se relacionan con nuestro estudio en México, en dos vertientes, las que tratan aspectos generales y las que tratan aspectos que coinciden con nuestra investigación. De la misma manera se hizo un análisis de la literatura científica europea, específicamente la española, así como en Latinoamérica, Estados Unidos y Canadá y en otras partes del mundo, lo que nos ha permitido acercarnos a la población de mayores para conocer estilos de vida, hábitos, comportamientos y actitudes, fruto de las diferencias sociodemográficas y culturales de los pueblos, lo que permite establecer corrientes y modelos teóricos metodológicos utilizados en las investigaciones sociales de los estilos de vida y comportamientos del adulto mayor.

El análisis y evaluación realizada de estudios metodológicos y estructurales de investigaciones similares, además los resultados propios de este estudio, permitió establecer la justificación teórica de los métodos de investigación a utilizar y la subsecuente elaboración del cuestionario a emplear. De igual forma, fue muy importante el estudio de las principales técnicas de selección de la muestra, las investigaciones sociales cuantitativas que recurren a la técnica de encuesta, también requieren de la utilización de paquetes estadísticos para el procesamiento de los datos, bajo métodos de análisis descriptivos e inferenciales de las características más importantes de los datos.

2.2.2.1.2. La técnica de encuesta.

Puesto que nuestra investigación se basa en el estudio y análisis de variables subjetivas de un extenso número de individuos (la muestra) tales como percepciones, sentimientos, motivos, valoraciones, preferencias y comportamientos, para luego extrapolar los resultados los resultados al total de la población, es la *encuesta* la técnica más apropiada y el *cuestionario* el instrumento más efectivo a utilizar.

La heterogeneidad de la población objeto de estudio en los que se estratificado la muestra (teniendo en cuenta el número de habitantes por localidad, AGEPs, sexo y distintos grupos de edad) y el amplio tamaño de la misma (1044 personas a encuestar), nos hace decidirnos por el procedimiento de la entrevista personal cara a cara, en la que es el propio entrevistador el que toma nota de las respuestas que da la persona entrevistada, realizándose éstas en la propia vivienda del encuestado.

Otros motivos que nos inducen a la elección de este tipo de entrevista es la importancia de que la información recogida en el cuestionario sea lo más fidedigna posible, junto con las probables dificultades que pueden tener los entrevistadores para encontrar a los sujetos que componen la muestra y que, además, quieran darse a contestar las preguntas.

La entrevista personal ofrece, asimismo, una ventaja al entrevistador y es que ésta se puede realizar en su propia vivienda, facilitando así la posibilidad de los sujetos a ser entrevistados. Para ello, la labor de los entrevistadores es esencial, puesto que de su capacidad para llevar a cabo la entrevista y de su don de gentes dependerá, en gran medida, el éxito de la misma. La encuesta mediante la entrevista personal y la flexibilidad que permite la presencia del entrevistador, permiten obtener una tasa de respuesta elevada que proporciona ventajas para llevar a cabo el trabajo de campo.

2.2.3.1.2.1. Análisis del instrumento de recogida de información: cuestionario.

El cuestionario ha sido denominado "Hábitos físico-deportivos, saludables y estilos de vida del adulto mayor de 60 años del municipio de Tapachula (Chiapas-México)". En el se formulan 61 preguntas distribuidas en cuatro bloques:

1. El primero trata aspectos relacionados con el sentimiento de soledad: motivos, valoración que se hace de este sentimiento, lo que es más importante en este momento de la vida y las actitudes hacia este sentimiento (preguntas 4 a la 10).

2. El segundo bloque incluye hábitos relacionados con la práctica físico-deportiva en las tres etapas de la vida: la clase de Educación Física, interés por la actividades físico-deportivas, comportamientos hacia la práctica físico-deportiva de tiempo libre, motivos de práctica, de abandono y de nunca realizar actividades físico-deportivas, modalidades practicadas, duración e intensidad del esfuerzo y, finalmente, la frecuencia semanal de práctica (preguntas de la 11 a la 19).
3. El tercero se relaciona con la disponibilidad del tiempo libre y de ocio en el ultimo año de su vida: si practica alguna actividad física, tiempo que le dedica, horario de práctica, con quién la realiza, quién oferta las actividades, características del programa, evaluación y seguimiento de su desempeño y, por ultimo, posibilidades de adherirse a un programa de actividad y qué tipo de actividad le gustaría realizar (preguntas de la 20 a la 31).
4. El cuarto bloque contiene preguntas relacionadas con la salud y estilo de vida, percepción de la salud, enfermedades padecidas, lesiones que ha sufrido, consumo de bebidas alcohólicas, tabaco y medicamentos, hábitos de descanso y sueño, hábitos alimenticios, así como la valoración que hace de los alimentos consumidos (preguntas de la 32 a la 51).
5. El quinto está compuesto por preguntas que tienen que ver con aspectos sociodemográficos, edad, sexo, tenencia de hijos, estado civil, situación laboral, nivel de estudios, situación económica y si cuenta con servicio medico (preguntas 01, 02, 03 y de la 52 a la 61).

El cuestionario fue elaborado ordenando las preguntas desde lo más general a lo más específico, aplicando preguntas filtro que establecen diferentes rutas a seguir, en función de las respuestas de los encuestados.

2.2.2.1.2.2. Validez y fiabilidad del cuestionario.

La validez del cuestionario según Latiesa (2000), radica en que éste mida aquello que pretende medir y no otra cosa. En tanto que para Hernández et al. (2004) la validez de un instrumento de medición debe medir aquello para lo cual fue hecho. Todos los procedimientos para abordar la validez se basan en las relaciones entre la actuación en dicha prueba y otros hechos observables, relativos a rasgos de conducta que se está considerando. Los principales tipos de validez, según estas autoras, son: de contenido, de criterio y de constructo.

La *validez de contenido* supone, esencialmente, el examen sistemático del contenido, ítems de la prueba para determinar si comprende una muestra relevante y representativa de todo el contenido que ha de medirse, del objetivo que se pretende. Por relevante entendemos que los ítems pertenecen o responden a cada una de las variables establecidas dentro del cuestionario y representativo significa que los ítems constituyen una muestra del universo de preguntas relativas al dominio. Algunos autores también la denominan *validez aparente* (Latiesa, 2000).

Validamos nuestro cuestionario con la primera de las categorías, validez de contenido, puesto que el objetivo de estos cuestionarios es medir conductas, compor-

tamientos y opiniones expresadas por cada uno de los sujetos de la población. El cuestionario está formado con preguntas que han sido validadas en otras investigaciones y adaptadas a las características culturales y sociales de la población objeto de estudio.

La fiabilidad se refiere a la propiedad que posee el instrumento para producir los mismos resultados en diferentes pruebas o pasaciones (Latiesa 2000). Existen diferentes formas de contrastar la fiabilidad y, por lo tanto, diversos tipos. De manera sintetizada podemos identificar tres aspectos: estabilidad, equivalencia y consistencia interna.

Se debe tomar en cuenta que la fiabilidad no depende exclusivamente de las características, sino también del tipo de muestra de sujetos que se han utilizado para calcularla. Un aspecto de la muestra que más incluye en la fiabilidad es su variabilidad. Es decir, el coeficiente de fiabilidad aumenta al acrecentar la variabilidad de la muestra, al igual que también incluye la extensión de la prueba, ya que cuantos más ítems, más fiabilidad.

Para contrastar la fiabilidad del cuestionario se realizaron diferentes estudios pilotos (ensayo del cuestionario en condiciones reales, en las que se ponen a prueba aspectos fundamentales de este), así como por las diferentes aportaciones hechas por los expertos que han colaborado en esta investigación.

Para verificar nuestro cuestionario se efectuaron tres estudios pilotos, los dos primeros en Almería, con la finalidad de comprobar si el contenido de las preguntas eran entendidas por los encuestados, cotejar los itinerarios de las preguntas, vocabulario y terminologías empleadas, así como el tiempo de realización. Permitió hacer correcciones y así mejorar y dominar el contenido del cuestionario.

El tercer estudio piloto se hizo en Chiapas (México), en una población que no pertenece a la del objeto de estudio (Mazatán), pero que tienen las mismas características sociodemográficas, es un municipio de la costa y vecino de nuestra población objeto de estudio. Se hicieron depuraciones de posibles problemas técnicos, de lenguaje, sentidos de las palabras y de las respuestas, detectados por los integrantes del equipo de investigadores.

2.2.3. Variables de la investigación.

2.2.3.1. Variables de sentimiento de soledad.

V10	Sentimiento de soledad en el último año.	04
V11 a 18	Motivos principales que le hacen tener ese sentimiento de soledad.	05
V19	Lo primero que se le ocurre hacer cuando se siente solo.	06
V20	En qué momento se siente más solo.	07
V21	Valoración de la soledad que dice sentir.	08
V22	Lo más importante en este momento.	09

V23 a 25	Nivel de satisfacción de las relaciones que mantiene con familiares, amigos y vecinos.	10

2.2.3.2. Variables de hábitos relacionados con la práctica físico-deportiva en las tres etapas de la vida.

V26	La clase de Educación Física cuando estudió la primaria.	11
V27	Quién le impartió la clase de Educación Física en Primaria.	12
V28 a 30	Nivel de interés por la práctica de actividad físico-deportiva en las tres etapas de la vida.	13
V31 a 33	Ha sido practicante de actividad físico-deportiva de manera regular en alguna de las tres etapas de su vida.	14
V34 a 63	Motivos por los que practica o practicaba actividad físico-deportiva en cualquiera de las tres etapas.	15
V64 a 84	Motivos por los que no practicó actividad físico-deportiva en cualquiera de las tres etapas de su vida.	16
V85 a 111	Motivos que influyeron para que abandonara la práctica de la actividad físico-deportiva en cualquiera de las tres etapas de la vida.	17
V112 a 147	Actividad físico-deportiva que realizó en cualquier etapa de la vida con qué frecuencia, con qué duración y con qué intensidad la realizó.	18
V148 a 156	Nivel de percepción de la actividad física, su condición física y su salud en cada una de las tres etapas de la vida.	19

2.2.3.3. Aspectos sociodemográficos.

V7	Tener de hijos.	01
V8	Número de hijos.	02
V9	Quién lo atiende habitualmente.	03
V5	Sexo.	62
V344	Edad.	52
V345	Sabe leer.	53
V346	Sabe escribir.	54

V347	Nivel de estudios que tiene.	55
V348	Situación laboral actual.	56
V349	Estado civil actual.	57
V350	Con quién vive actualmente.	58
V351	De cuánto dinero dispone mensualmente.	59
V352	Servicio médico.	60
V353	Instituto de salud que lo atiende.	61

2.2.4. Obtención de datos. Diseño del cuestionario: pasos seguidos para su elaboración y estudios piloto.

En los siguientes apartados que componen este punto, abordaremos cuál ha sido el procedimiento que se ha seguido para la obtención de los datos en la población que compone esta investigación. Explicaremos en qué ha consistido el diseño y construcción del instrumento utilizado en nuestra investigación, el cuestionario. Exponiendo los pasos seguidos en su elaboración hasta concluir, con el cuestionario ya definitivo, en los estudios piloto, paso previo a la realización del trabajo de campo.

Para la elaboración del instrumentos nos basamos en un conjunto de criterios y recomendaciones de autores como García Ferrando (2000), Latiesa (2000), Rodríguez Osuna (2000), Jhonson et al. (1997), Sierra Bravo (2001), García Ferrando, Ibáñez y Alvira (1996), Ruiz Juan, García Montes y Casado Rodríguez (2002), Rojas et al. (1998), Manzano, Rojas y Fernández (1996), Colás Bravo (1988), Cornejo (1988), entre otros. De la misma manera se tomado en cuenta los estudios realizados en México, así como de un grupo de investigadores principalmente de España que han realizado investigaciones en torno a nuestra temática en el ámbito internacional, como se ha citado anteriormente.

Un aporte significativo fue la preparación como doctorando en la Universidad de Almería, a través del programa de doctorado *Actividad físico-deportiva y calidad de vida*. Permitió mediante la técnica de la observación examinar un grupo de ellas que por su metodología, perfiles de población objeto de estudio y técnicas de análisis de datos, sirvió de base para establecer el modelo metodológico a seguir en la construcción del cuestionario, al mismo tiempo, con los análisis realizados de la bibliografía general y especifica.

Con este preámbulo metodológico general detallaremos especificaremos el procedimiento seguido en el diseño del cuestionario, que en líneas generales, es el siguiente.

Se mantienen varias reuniones en las que se definen las dimensiones del estudio y se concretan los siguientes bloques temáticos que se van a incluir: aspectos relacionados con el sentimiento de soledad, hábitos de práctica de las actividades físico-

deportivas en cada una de las etapas de su vida, hábitos saludables y el estilo de vida del adulto mayor, y por ultimo un bloque de la situación sociodemográfica en la que vive esta población.

Se seleccionaron y se establecieron las variables que debería tener el cuestionario, atendiendo a los objetivos de la investigación. Posteriormente, se determinaron las preguntas del cuestionario que deberían darnos información del estilo de vida y hábitos saludables en tres etapas de la vida del adulto mayor:

- Dependencia familiar: abarca desde que nace hasta que se casa y forma su propia familia.
- Independencia familiar: periodo de vida desde que se casa hasta llegar a los 60 años.
- Adulto mayor: de 60 años hasta este momento de su vida.

A continuación, se elaboran los primeros bocetos de los cuestionarios. Éstos se apoyan en numerosas revisiones sobre estudios y trabajos con temáticas similares. Recogen las aportaciones que los distintos expertos en diferentes campos (metodología, sociología y del ámbito de la actividad físico-deportiva) sugieren para la elaboración y diseño de los cuestionarios.

El siguiente paso fue comenzar con los estudios piloto. Se decidió administrar el cuestionario a un reducido número de sujetos, 10 individuos. El objetivo era que lo contestasen y señalaran cualquier anomalía, duda o error encontrado al respecto, preguntas mal redactadas o enfocadas, aspectos que no se entienden e incluso que anotasen, si lo estimaban oportuno, sugerencias y observaciones sobre los mismos. Para que estos sujetos no pudiesen formar parte de la muestra seleccionada en el trabajo de campo, este primer estudio piloto se llevó a cabo en la provincia de Almería.

Un aspecto importante era controlar el tiempo de aplicación del cuestionario, puesto que abarcaba un alto número de preguntas. Se pudo comprobar que el tiempo empleado en realizar los cuestionarios no excedía de la media hora, según los itinerarios seguidos en las preguntas filtro que se habían incluido.

Tras la realización de estos primeros ajustes, se modificó el cuestionario y se realizó un nuevo estudio piloto. Se llevó a cabo a través de la técnica de encuesta escogida para el trabajo de campo, la entrevista personal. Los entrevistadores realizaron 25 encuestas con la intención de depurar los problemas técnicos que fueran surgiendo de lectura, sentido de las preguntas, etc., anotando cualquier incidencia que pudiera surgir. Este estudio piloto se efectuó también en la provincia de Almería para que los sujetos seleccionados no formasen parte de la muestra. Con las observaciones recogidas, se procedió a modificar todos aquellos aspectos que habían resultado de esta pasación.

Nuevamente, el cuestionario fue revisado por los expertos y especialistas de metodología, sociología y del ámbito de la actividad físico-deportiva, constatando así la validez del contenido del mismo. Se tomaron en consideración las observaciones y sugerencias convenientes para mejorar y ajustar el cuestionario.

Se procedió a la redacción de las preguntas utilizando un vocabulario propio de nuestro país y zona geográfica (Chiapas-México), que nos permitiera hacernos entender con esta población y evitar así sesgos, por malas interpretaciones, lo que nos obligó a analizar cada una de las preguntas y las posibles respuestas.

Finalmente, una vez corregidos todos estos aspectos en los cuestionarios, se sometieron a un último estudio piloto. Este se llevó a cabo en Mazatán (Chiapas-México), localidad que no pertenece al municipio de la investigación. Posterior a éste, se analizaron las preguntas no entendidas por el encuestado o por el encuestador, filtros no bien determinados y algunas confusiones terminológicas para utilizar un lenguaje adecuado a esta población. Éste último estudio sirvió como entrenamiento para los encuestadores que habían sido escogidos para realizar el trabajo de campo. Con las últimas anotaciones recogidas quedó depurado y fijado el cuestionario definitivo (anexo 2.1).

2.2.5. Trabajo de campo.

Un aspecto importante para nosotros es el trabajo de campo como lo define Heinemann, 2003, *"es la etapa del proyecto de investigación, en la que el investigador se pone en contacto con los sujetos que ha de entrevistar, utilizando como instrumento el cuestionario para recoger la información, es administrado por encuestadores debidamente entrenados, registran los datos y posteriormente los devuelven para su control y procesamiento"*. Tomando en cuenta estos conceptos se procedió a planear el trabajo de campo. Se llevó a cabo durante los meses de noviembre y diciembre del 2004, aplicando el sistema de rutas aleatorias por localidades y por AGEPs. Este sistema permite seleccionar la muestra aleatoriamente dentro de cada área censal.

Teniendo en cuenta que la duración de la entrevista era de unos treinta minutos, aproximadamente, dependiendo de las respuestas de los encuestados y de los filtros utilizados en el cuestionario, se determinó la elaboración de rutas diarias por encuestador que no fue superior a 6 entrevistas.

2.2.5.1. Selección y entrenamiento de los entrevistadores.

El entrevistador es una persona que tiene que ser capaz de llegar a otra, el encuestado, para poder obtener la información que interesa para el estudio. Es importante que sea capaz de llegar hasta ella trasmitiéndole confianza y seguridad. Por lo tanto, la formación y la profesión del encuestador pasan a un segundo plano, es más eficaz disponer de habilidades sociales que le permitan, por ejemplo, reconocer las palabras o nombres pronunciados erróneamente por el entrevistado y tomarlo con naturalidad (Alvira y Ramos, 1984).

En nuestro caso, el equipo de entrevistadores estuvo compuesto por veintiocho personas, veinticuatro estudiantes de Licenciatura en Educación Física y cuatro supervisores, profesores de Educación Física. Se formaron cuatro grupos de siete sujetos, seis encuestadores y un supervisor. Todos con el objetivo de participar, aprender y colaborar en el desarrollo de la investigación y así poder tener la experiencia que sirviera para completar su formación académica en el área de Educación Física, en el primer caso, y el segundo formar parte del equipo de investigación de la Escuela Normal de Licencia-

tura en Educación Física. Fueron informados que en este trabajo laborioso y extenuante no percibirían ninguna remuneración económica alguna.

Se hizo un plan para desarrollar el trabajo de campo. Se consideró un periodo de cuatro meses de preparación del equipo, con tres horas semanales, lo que originó doce horas mensuales y un total de cuarenta y dos horas al finalizar los cuatro meses.

En las diferentes reuniones que se mantuvieron se trató de formar de una manera concienzuda y exhaustiva al equipo de investigadores. Las primeras sesiones sirvieron para presentar al grupo, darles a conocer el cuestionario, características del trabajo de campo y las formas de conductas que deben asumir los encuestadores. Se les explicó en qué consistía la investigación, el interés de que ésta se llevara a cabo y la importancia que tenía su contribución a la misma. Se les entregó el cuestionario que iba a ser pasado para que se familiarizaran con él.

Las siguientes sesiones sirvieron para trabajar sobre el cuestionario y el contenido del mismo. Se fue examinando cada una de las preguntas, las posibles respuestas y cómo debían plantearse a los entrevistados: saber qué preguntas eran leídas y cuáles debían ser respondidas de forma espontánea. Como parte del entrenamiento, los encuestadores aplicaron el cuestionario primero a un compañero, después a un familiar y por ultimo a un vecino.

En las siguientes sesiones, se siguió trabajando sobre el cuestionario y las hipotéticas situaciones que se pudieran encontrar los entrevistadores durante el trabajo de campo. Los comentarios y las reflexiones que aparecían sobre estos supuestos permitirían, a todos los encuestadores, enfrentarse y abordar de la misma manera esas situaciones.

Con la experiencia y habilidades adquiridas de la práctica, se hizo el último estudio piloto en Mazatán. Con las sugerencias vertidas del mismo, se volvió a trabajar sobre el cuestionario y sus preguntas. En una última sesión, se expusieron las dificultades encontradas sobre el cuestionario (extensión de las preguntas, formas de realización de las mismas, correcciones en las tarjetas para facilitar las respuestas,…), el desarrollo de las entrevistas y la selección de las entrevistas a través de las rutas. Se decidió empezar con el trabajo de campo con la metodología previamente diseñada. Iniciamos por el estrato número siete que tiene más localidades, pero menor densidad poblacional, por esta situación, son las localidades más alejadas de la ciudad de Tapachula, terminamos con el de mayor población, estrato numero uno ciudad Tapachula.

2.2.5.2. Desarrollo del trabajo de campo.

El desarrollo del trabajo de campo se llevó a cabo en varias fases:

⇒ Primera fase:

Se solicitó al INEGI los datos del último censo disponible (año 2.000) sobre el padrón del municipio de Tapachula, para poder conocer el total de la población objeto de estudio y así poder realizar el procedimiento de muestreo y conocer la muestra. De esta forma se conocen las localidades en las que había que realizar el trabajo de campo.

Tras proceder a la estratificación de la muestra, se seleccionaron las localidades que iban a formar parte de la misma para llevar a cabo el trabajo de campo. Posteriormente, se solicitaron los mapas de las localidades que se encuentran divididas por AGEPs (anexo 1.4). Los mapas serán necesarios para poder establecer las rutas aleatorias en búsqueda de la última unidad muestral.

⇒ Segunda fase:

Se buscaron a los entrevistadores y se estableció un calendario de reuniones. Éstas cumplían una doble finalidad. Por un lado, trabajar con ellos en la depuración del cuestionario para dejarlo definido. Por otro, formarlos en la realización de entrevistas.

Mientras tanto, el equipo de investigación elaboró el material necesario para realizar el trabajo de campo: el cuaderno del entrevistador (anexos 2.2), compuesto por los documentos que figuran a continuación:

- Una carta de presentación que se le facilitaría a los entrevistados, certificando la autenticidad y confidencialidad de la encuesta, además de solicitar su colaboración.
- Una guía del entrevistador con las instrucciones generales para realizar las encuestas, así como las indicaciones a tener en cuenta para rellenar las hojas de ruta.
- Las tarjetas de identificación de los entrevistadores con el sello de la Escuela Normal de Licenciatura en Educación Física, la foto del encuestador y sus datos personales, para que fuesen utilizadas durante las entrevistas.
- Las tarjetas de agradecimiento con los datos necesarios para que los entrevistados pudieran comprobar la veracidad del trabajo de investigación y la confidencialidad de los datos proporcionados. Las tarjetas proporcionaban el nombre del director de la investigación, dirección, organismo y teléfonos de contacto.
- La ficha de campo, una hoja que recoge las rutas y las cuotas a cubrir durante un día.

⇒ Tercera fase:

En la tercera y última fase, se realizó el último estudio piloto para rectificar los cuestionarios y para que, además, sirviera de entrenamiento de los entrevistadores. Una vez completada la formación de los entrevistadores y depurado el cuestionario, se procedió a realizar el trabajo de campo.

2.2.5.3. Seguimiento del trabajo de campo.

Para tener éxito en un trabajo de investigación de estas características, el control y seguimiento del mismo es determinante. Se planteó la necesidad de que paralelo a este trabajo, diariamente, se celebraran reuniones con el equipo de supervisores, donde se analizó la supervisión y control de los entrevistadores.

El control de las entrevistas, por parte de cada coordinador de grupo, se realizaba todos los días tras haber concluido las rutas. Se hablaba con los entrevistadores

sobre los acontecimientos surgidos con los entrevistados, transporte, tiempo y del mismo cuestionario, como en aquellos casos que no había sido posible complementarlos correctamente. Asimismo, se les entregaba las rutas del día siguiente y los cuestionarios, tras haber sido codificados, siempre que no hubiese pendientes en la ruta anterior.

Con el objeto de facilitar esta labor, los supervisores utilizaron diversas planillas para la coordinación, control y seguimiento del trabajo de campo: planilla de control de quién realizaba las entrevistas, control de rutas diarias y control de entrevistas (anexo 2.3).

2.3. Técnicas de análisis de datos.

A continuación, mostramos las técnicas de análisis de datos que se han empleado en la investigación. En primer lugar, se ha realizado el análisis documental para, posteriormente, desarrollar las técnicas estadísticas de análisis cuantitativo (el análisis descriptivo y el análisis inferencial).

2.3.1. El análisis documental.

Todo trabajo riguroso de investigación que se precie requiere una revisión previa documental que sustente y fundamente nuestra labor científica en el ámbito en el que se efectúe dicha investigación. Es importante conocer estudios similares que se hayan realizado en el panorama nacional e internacional para contrastar los resultados obtenidos con los ya existentes, además de aportar y contribuir con las particularidades obtenidas en el nuestro.

Como hemos podido comprobar a lo largo de este documento, tanto en el capítulo del marco teórico, que introduce el estudio que se está llevando a cabo, como en el punto que aborda la técnica de análisis documental (epígrafe 2.2.2.1.1), se pone de manifiesto la amplia bibliografía consultada en torno a la temática particular que se está tratando. Estos son aspectos relacionados con el estilo de vida y hábitos saludables de los adultos mayores, desde una posición sociológica, pues nos basamos en percepciones, hábitos, sentimientos, actitudes y comportamientos que poseen la población mayor del municipio de Tapachula.

2.3.2. Técnicas de análisis cuantitativo.

Para proceder a las técnicas cuantitativas de tratamiento estadístico, la información recogida en los cuestionarios necesita ser mecanizada en un soporte lógico. Para ello, a través de las variables tratadas en el cuestionario, se han tabulado los datos utilizando el paquete de programas informático SPSS/PC (V 12.0) que posibilita la puesta en práctica de las técnicas de análisis precisas en este estudio: el análisis descriptivo y el análisis inferencial.

2.3.2.1. Análisis descriptivo.

Una parte importante del tratamiento de los datos es el análisis descriptivo de las variables, tanto de las que tienen un carácter nominal como las de carácter ordinal. Este análisis consiste en contabilizar la cantidad de veces que se repite cada valor de la muestra.

De esta manera, a través de las tablas de frecuencia, se obtiene el número de veces, en valores absolutos (N), y los porcentajes, en valores relativos (%), que los sujetos de la muestra responden de una u otra manera, según las categorías de respuesta existentes, a cada una de las preguntas que se le formulan.

2.3.2.2. Análisis inferencial.

Otro tratamiento estadístico empleado ha sido el análisis inferencial, consistente en establecer el grado de relación y asociación entre dos o más variables. Este análisis se lleva a cabo a través de tablas de contingencias, en las que se establece el grado de significación (N.S.) del contraste de la prueba de Chi-cuadrado (χ 2) entre variables. Si la prueba de χ 2 es mayor que 0.05, decimos que hay una independencia entre las variables. Si por el contrario, es menor a esta cifra, se puede afirmar que hay asociación entre las variables.

Las tablas de contingencias muestran la frecuencia (N) y los porcentajes (%) de las respuestas, distribuyéndolas en función de las variables asociadas. En todas ellas, se establece el valor del coeficiente χ 2 y su nivel de significación según un número determinado de asteriscos: * distribución estadísticamente significativa al 0.05%; * * distribución estadísticamente significativa al 0.01%; * * * distribución estadísticamente significativa al 0.005%; * * * * distribución estadísticamente significativa al 0.001%.

2.4 Bibliografía.

Alvira, F. y Ramos, E. (1984). El efecto de los entrevistadores sobre las respuestas de los entrevistados. En F. Alvira y E. Ramos (Eds.), *La Investigación Sociológica* (pp. 219-256). Madrid: Tauros.

Colás Bravo, M. P. (1994). La metodología cualitativa. En M.P. Colás Bravo y L. Buendía Eisman (Eds.), *Investigación Educativa* (pp. 249-288). Sevilla: Alfar.

Cornejo, J. M. (1998). *Técnicas de investigación social: El análisis de correspondencias (teoría y práctica)*. Barcelona: P.P.U.

García Ferrando, M. (2000). *El análisis de la realidad social*. Madrid: Alianza.

García Ferrando, M., Ibáñez, J. y Alvira, F. (1996). Introducción al análisis de los datos. En M. García Ferrando, J. Ibáñez y F. Alvira (Eds.), *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación* (pp. 403-436). Madrid: Alianza.

Hernández Sampieri, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2004). Recolección de datos. En S. Hernández, C. Fernández y P. Baptista (Eds.), *Metodología de la investigación* (pp. 343-490). México: McGrw-Hill.

Jiménez, F., López, E., Pérez, J., Barajas, Z., y Pérez, J. (1991). Recogida de datos en la investigación empírica. En F. Jiménez, E. López, Z. Barajas y J. Pérez (Eds.), *La recogida de datos en la investigación empírica* (pp. 153-167). Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.

Latiesa, M. (2000). Validez y fiabilidad de las observaciones sociológicas. En M. García Ferrando, J. Ibáñez y F. Alvira (Eds.), *Métodos y técnicas de investigación* (pp. 409-443). España: Alianza.

Manzano, V. G., Rojas, A. J. y Fernández, J. S. (1996). *Manual para encuestadores*. Barcelona: Ariel Practicum.

Rodríguez, G., Gil, F. J. y García, J. E. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. Málaga: Aljibe.

Rodríguez, O. (2000). La muestra teoría y su aplicación. En M. García Ferrando, J. Ibáñez y F. Alvira (Eds.), *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación* (pp. 445-481). Madrid: Alianza.

Rojas, A. J., Fernández, C. y Pérez, M. (1998). *Investigar mediante encuestas*. Madrid: Síntesis.

Ruiz Juan, F., García Montes, M. E. y Casado Rodríguez, C. (2002). *Investigación en actividad físico-deportiva, técnicas e instrumentos de recogida de datos.* Granada: Ananda Publishers.

Sierra Bravo, R. (2001a). Entrevista noción e importancia. En R. Sierra Bravo (Ed.), *Técnicas de Investigación social. Teoría y ejercicios* (pp. 351-369). Madrid: Paraninfo.

Sierra Bravo, R. (2001b). Cuestionario. En R. Sierra Bravo (Ed.), *Técnicas de investigación. Teoría y ejercicios* (pp. 305-350). Madrid: Paraninfo.

CAPÍTULO 3

LA POBLACIÓN OBJETO DE ESTUDIO

LA POBLACIÓN OBJETO DE ESTUDIO: CONTEXTO SOCIAL, FAMILIAR Y SOLEDAD

En este capítulo se va a analizar la población objeto de estudio. Para ello, vamos a estructurar el trabajo estableciendo tres apartados claramente diferenciados que nos van a ofrecer la información necesaria para comprender el contexto sociodemográfico en el que se ubica la investigación, el contexto familiar dónde están situados los adultos mayores de 60 años del municipio de Tapachula y, en tercer lugar, un aspecto psicológico muy importante en estas edades como es el sentimiento de soledad y todos aquellos aspectos relacionados directamente con ello.

En el primer punto, vamos a abordar los resultados de la investigación procedentes del análisis de los datos, aportando algunos datos extraídos del Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (en adelante INEGI), de tal forma que nos permita entender lo mejor posible el contexto social y demográfico en que se ha llevado a cabo la investigación. Serán analizadas las variables que hemos denominado sociodemográficas tales como sexo, edad, saber leer y/o escribir, nivel de estudios, situación laboral, estado civil, ingresos mensuales, servicio médico y filiación médica.

En el segundo punto, serán expuestos los resultados obtenidos del análisis de los datos de la investigación, relacionados con el contexto familiar, dónde reside el adulto mayor de Tapachula. Las variables tomadas en consideración son: tenencia de hijos, número de hijos, quién lo atiende habitualmente y con quién vive en la actualidad. Estos datos serán analizados junto con otros procedentes de investigaciones similares a esta, que ayudarán a entender la importancia de vivir en un contexto familiar afable y comprensivo, para hacer más soportable los últimos años de vida.

Totalmente relacionado con este último aspecto, encontramos el tercer y último punto de este capítulo, el sentimiento de soledad. Comenzaremos con una pequeña introducción, que puede servir a modo de marco teórico, para fundamentar el problema. A continuación, entraremos a analizar los datos que se han obtenido en esta investigación, realizando de manera simultánea la discusión de los resultados, con los procedentes de investigaciones similares a esta. Las variables que serán analizadas serán: sentimiento de soledad en el último año, motivos principales que le hacen tener ese sentimiento, lo primero que se le ocurre hacer cuando se siente solo, en qué momento se siente más solo, valoración de la soledad que dice sentir, lo más importante en este momento y para finalizar con el nivel de satisfacción de las relaciones que mantiene con familiares, amigos y vecinos.

3.1. Contexto social.

Según datos proporcionados por INEGI (2000), Tapachula pertenece al distrito censal número XII, es el municipio número 89, que está ubicado en el sureste del estado de Chiapas. Tiene una extensión de 936.150 km^2 y representa el 1.2% de la superficie total del estado.

Es el segundo municipio más poblado. La población general del municipio está compuesta por 271.674 habitantes, el 48.46% son hombres y 51.54% mujeres, representando el 6.93% del total del estado, es una población joven, ya que el 63%, tiene menos de 30 años. El 72.1% vive en tres localidades urbanas mayores de 2.500 habitantes y el 27.9% viven en 490 poblaciones semiurbanas y rurales diseminadas por toda la geografía municipal, representando el 99.93% del total de las localidades.

Tapachula es una población ubicada en la zona Soconusco, en la costa del estado de Chiapas, a 29 kilómetros del Océano Pacífico, con una temperatura promedio anual de 27º a 37º Cº durante los doce meses del año. Es una región con precipitación pluvial bastante elevada, una de las más grandes de la republica mexicana. Fruto de ello, la población de Tapachula vive principalmente de la agricultura (café, maíz, cacao, hortalizas y fruticultura mayormente el mango y plátano), ganadería, comercio y pesca, tiene una población económicamente activa del 48.1%, del cual el 70.1%, son hombres y 28.3% mujeres. El 20.3% realiza actividades comerciales y el 18% se dedica a la agricultura. Una pequeña parte de la población trabaja como empleados de gobierno representando el 6.2% y, otra fracción, son empleados de instituciones de salud (3.8%).

En relación al salario laboral, en el boletín de prensa de fecha 22 de diciembre del 2000, emitido por la Comisión Nacional de Salarios Mínimos, el estado de Chiapas pertenece al área "C", le corresponde un salario de 45.53 pesos diarios.

En el municipio de Tapachula, los salarios están distribuidos de la forma siguiente:

- 5.957 individuos, que representa el 6.4% de la población, no recibe ningún sueldo.
- 4.143 sujetos (4.5%), perciben hasta el cincuenta por ciento de un salario mínimo.
- 17.364 individuos (18.8%), ganan del cincuenta por ciento de un salario mínimo, hasta menos de un salario mínimo.
- 28.650 pobladores (31.1%), ganan de uno a dos salarios mínimos.
- 10.563 sujetos (11.4%), viven con dos hasta menos de tres salarios mínimos.
- 11.352 individuos (12.3%), tienen un sueldo de tres a cinco salarios mínimos. 6.519 sujetos (7.1%), ganan de 5 a 10 salarios mínimos.
- Sólo 2.320 sujetos (2.5%), disfrutan un sueldo superior a los diez salarios mínimos.

En el aspecto educativo, 71.800 habitantes tienen estudios de primaria (26.42%), de los cuales 49.150 son hombres (18.1%) y 22.650 mujeres (8.3%). Hay 21.711 sujetos que son analfabetos (23.5%), de los cuales 7.125 son hombres (32.8%), y 14.586 mujeres (67.2%). Pertenecientes al nivel medio superior (secundaria y preparatoria) encontramos 26.601. Sin embargo, el 72.1% de la población no cursan estos estudios. Los estudios profesionales lo consiguen 16.572 individuos (6.1%) y sólo obtienen nivel de maestría y doctorado 509 representando, el 0.18%. Investigaciones recientes Córzar y Rebo-

llo (2002), reportan que los adultos mayores de 65 a 75 años, tienen niveles de estudios muy bajos, casi la totalidad de la población sólo sabe leer y ni siquiera tiene estudios básicos. Otro aspecto importante que hay que destacar de la población es el estado civil. El 55.8% se encuentra casado o vive en pareja haciendo vida familiar, en tanto que el 36.5% permanece soltero. Sin embargo, existe un 3.2% de divorciados y solamente un 4% viudos.

Los servicios de salud son indispensables en toda sociedad. Los servicios médicos en esta población están a cargo de las instituciones de salud como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad Social de los trabajadores del Estado (ISSSTE), Instituto de Seguridad Social de los trabajadores del estado de Chiapas (ISSTECH), Secretaria de Salubridad y Asistencia (SSA) que atienden al 35.7% de la población sin embargo, el 61.9% no cuenta con servicio médico.

Veamos a continuación los resultados procedentes del análisis de los datos que se han obtenido en esta investigación, pudiendo localizar éstos reflejados en las tablas que se encuentran en el anexo 3.1.

3.1.1. Sexo.

La población estudiada presenta porcentajes bastante similares entre los varones y mujeres, sin embargo, poco más del cincuenta por ciento de la población está compuesta por mujeres (51.1%), y algo menos de la mitad son varones (48.9%), existiendo entre ellos una diferencia de dos unidades porcentuales (tabla 3.1.1).

3.1.2. Edad.

La muestra se organizó en seis grupos quinquenales, a partir de 60 años. Cerca de las tres cuartas partes de la población estudiada (73,8%), se localiza en los dos primeros grupos (de 60 a 64 años 44.1% y de 65 a 69 años 29.6%). En los demás grupos los porcentajes van disminuyendo a medida que la edad se incrementa, hasta llegar al último grupo de edad (más de 85 años), con 1.5% de la población (tabla 3.1.2).

3.1.3. Nivel de estudios.

El nivel escolar es bastante bajo, más de un tercio de la población no tiene ningún estudio (36.4%) y más de cuarenta por ciento solamente cuenta con primaria (41.3%). Se observa claramente que, en la medida que los niveles de estudios se incrementan, el porcentaje de la muestra disminuye (tabla 3.1.3).

Si unimos a los que no tienen estudios y los que solamente hicieron primaria, podemos afirmar que, más de las tres cuartas partes de la población, tiene bajo nivel de estudios, los otros niveles están por abajo del diez por ciento por múltiples razones, tales como época del conflicto armado, un sistema educativo naciente, desorganización educativa, muchos problemas operativos, económicos y sociales, entre otros. Es destacable comentar que a pesar de todos estos problemas, existen sujetos con estudios de postgrado, aunque con una representación mínima (1.0%).

Comparando estos datos con los porcentajes que reporta INEGI (2000), de la población en general observamos que no son coincidentes. En nuestros resultados son superiores los porcentajes, en relación a los que tienen primaria terminada. La

tendencia es que la población mayor de 60 años tiene bajo nivel cultural, ya que tuvieron poco acceso al nivel educativo básico, dada las características sociales, económicas y educativas del estado.

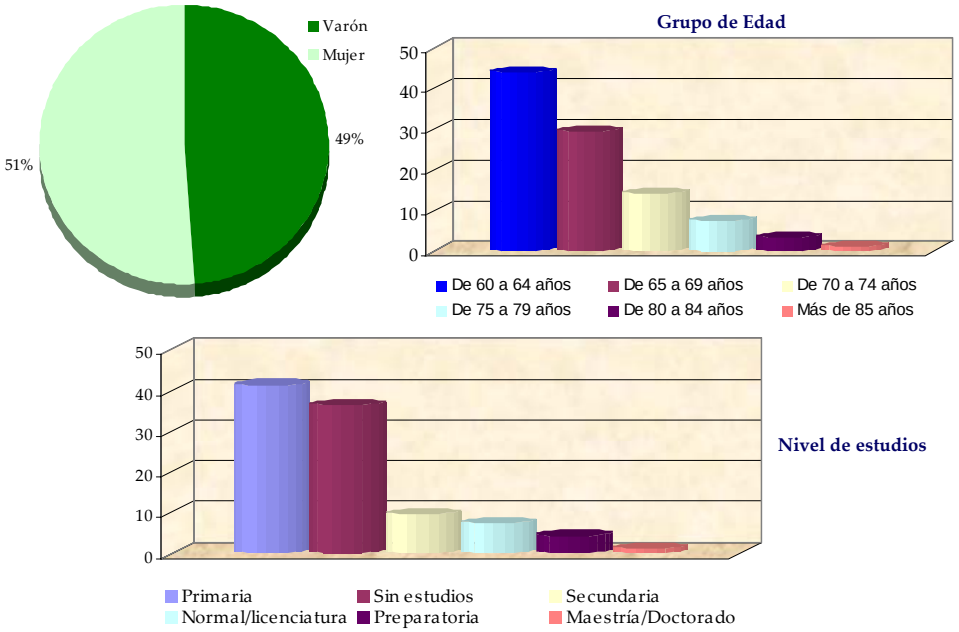

Figura 3.1.- Distribución de la población de Tapachula mayor de 60 años por sexo, grupo de edad y nivel de estudios.

3.1.3.1. Nivel de estudios según el sexo.

Este bajo nivel de estudios es mayor en las mujeres ya que, entre quienes no tienen ningún tipo de estudios, existe una diferencia de más cinco puntos (39% mujeres y 33.8% varones). Sin embargo, entre quienes poseen estudios primarios, las mujeres están tres puntos por encima. La tónica general en los demás niveles de estudios, es que los porcentajes de los varones son mayores que el de las mujeres (tabla 3.1.4).

Los resultados de este estudio al compararlos con los emitidos por INEGI (2000), muestran que el grado de analfabetismo es superior en los adultos mayores, sin embargo, hay coincidencia en los porcentajes de las mujeres, existiendo mayor analfabetismo que en los varones. La tendencia se mantiene, las mujeres seguirán sin poder integrarse a la vida educativa del estado, por las limitaciones culturales y sociales de la zona.

3.1.4. Grado de analfabetismo.

3.1.4.1. Saber leer.

Se observa que más de las tres cuartas partes de la población (77.2%) sabe leer, cerca de una cuarta parte (22.8%), no sabe (tabla 3.1.5). Con relación al sexo, se aprecia que los varones saben leer en mayor porcentaje (81.1%), más que las mujeres (73.4%), con una diferencia porcentual de más de siete puntos (tabla 3.1.6).

La mayoría sabe leer, pero no significa que haya cursado la primaria, porque pudo aprender a leer sin necesidad de ir a la escuela. A inicios del siglo pasado, era

común que los padres enseñaran a los hijos y, probablemente, sea la razón de este porcentaje.

Los varones presentan mayores porcentaje de saber leer, frente a las mujeres, debido a que la mujer, siempre ha estado condicionada por la costumbre de ser la que ayuda a la madre en los trabajos del hogar, era tradición que los varones al estar liberados de esta tarea, podían asistir a la escuela.

Estos datos son coincidentes con los expuestos por López-Cózar y Rebollo (2002), un alto porcentaje sabe leer pero no cursaron el nivel básico. La tendencia es que la población de adulto mayor de 60 años del municipio de Tapachula es muy similar a otros países en el nivel educativo. Por ello, la población general del municipio es de esperar que tenga el mismo comportamiento y continúe en esta línea, con pocas posibilidades elevar el nivel educativo, en tanto las condiciones sociales y económicas no cambien.

3.1.4.2. Saber escribir.

Los datos ponen de manifiesto que cerca de las tres cuartas partes de la población (72%), saben escribir y algo más de la cuarta parte (28%), no (tabla 3.1.7). Al igual que sucedió con la variable anterior, existe un marcado predominio de los varones que saben escribir (76.3%), con respecto a las mujeres (67.9%), con una diferencia de más de ocho puntos porcentuales (tabla 3.1.8).

Esto viene a indicarnos el grado de analfabetismo de la población, que podemos catalogarlo de alrededor de la cuarta parte, es superior en las mujeres más que los varones.

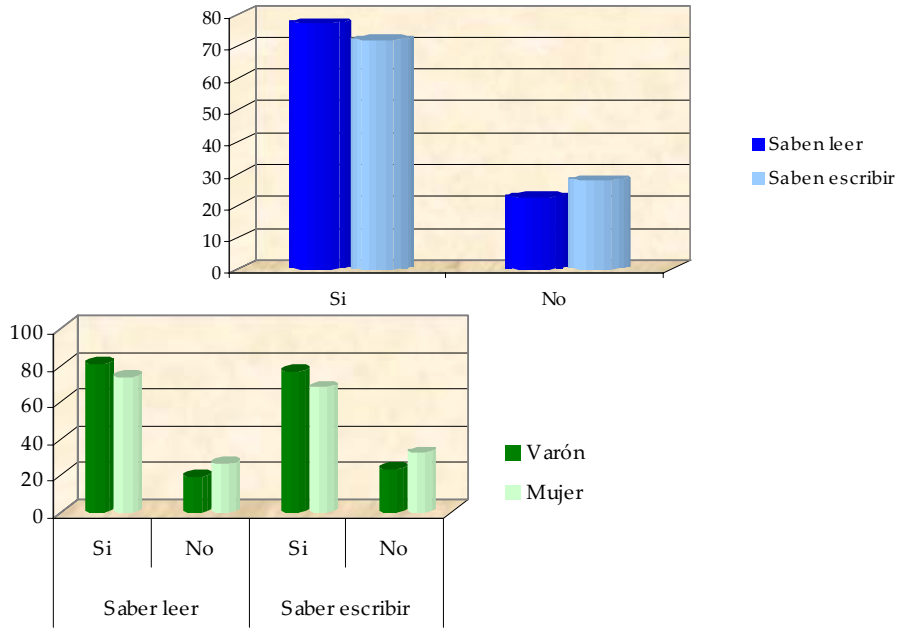

Figura 3.2.- Saber leer y escribir de la población de Tapachula mayor de 60 años.

3.1.5. Situación laboral.

Los datos indican que casi un tercio de la población trabaja (33.1%), o es ama de casa (29.1%). Mientras que el restante cuarenta por cierto está sin trabajo (16.3%), o bien, jubilado o pensionado (21.5%). Por tanto, podemos decir que muy cerca de dos terceras partes de la población (62.2%), son individuos productivos en esta etapa de la vida (tabla 3.1.9).

Podemos decir que, en esta población cerca del sesenta y tres por ciento tienen un empleo o trabajan como ama de casa. Sólo un poco más de una quinta parte disfruta de los beneficios de la jubilación. Al comparar estos datos con los que reporta INEGI (2000), encontramos que la población económicamente activa es inferior. Pero es importante destacar que parte de esta población se desempeñan como ama de casa.

3.1.5.1. Situación laboral según el sexo.

La prueba estadística Chi-cuadrado, muestra una diferencia significativa con respecto al sexo. Las mujeres que se ocupan de las labores del hogar, se acercan al cincuenta por ciento (49.4%), siendo esta cifra muy superior a la de los varones que desempeñan labor de ama de casa (7.8%). Sin embargo, son los varones los que mayor porcentaje presentan con relación a los que trabajan (46.5%), que las mujeres (20.3%), con una diferencia de más de veintiséis puntos porcentuales. Igualmente sucede entre los que están sin trabajo, son varones los que presentan casi una cuarta parte de la población (22.7%), las mujeres se sitúan en el 10.3%. Por último, se aprecia que existen más varones jubilados (23.1%), que mujeres (20.0%), con una diferencia de algo más de tres puntos porcentuales (tabla 3.1.10).

Estos resultados coinciden con los obtenidos por INEGI (2000). La tendencia es que los varones son económicamente activos más que las mujeres, en este grupo poblacional. Así mismo, los varones continúan trabajando por más años que las mujeres.

3.1.5.2. Situación laboral según la edad.

El análisis de esta variable muestra diferencias significativas. Lo más destacable es que cerca de las tres cuartas partes de los que trabajan están en los dos primeros grupos de edad (60 a 64 y 65 a 69 años). Se observa que a medida que la edad es mayor, se produce un descenso de los porcentajes de los que trabajan. También se observa que las personas que se encuentran jubiladas o pensionadas, se incrementan con la edad. En la actividad de ama de casa, no se aprecian grandes diferencias atendiendo a los grupos de edad (tabla 3.1.11).

Se puede afirmar que en esta población, cerca de las dos terceras partes (72.8%), y muy cerca de los setenta años, son gente productiva, después de esta edad, los porcentajes disminuye progresivamente.

3.1.6. Estado civil.

Cerca de las dos terceras partes de la población comparten su vida con la familia, ya que manifiestan estar casados o que viven pareja (62%), el resto viven solos, destacando que un poco más de la cuarta parte (25.8%), son viudos (tabla 3.1.12). Es

sobresaliente que casi dos terceras partes viven integrados a la familia, mientras que el resto, lo hace con otros familiares o viven solos.

Comparando los datos de nuestra investigación con los referidos por INEGI (2000), observamos que son bastante similares con respecto a los casados o que viven en familia. Pero no son coincidentes con los porcentajes que muestran los viudos, nuestros datos son muy superiores. La tendencia es que esta población mayor, es permanecer unidos en familia.

3.1.6.1. Estado civil según el sexo.

Los varones presentan mayor porcentaje que las mujeres, cuando dicen que están casados o viven en pareja (66.8% y 57.4%, respectivamente), con una diferencia porcentual de más de nueve puntos. Casi la misma diferencia que se aprecia entre quienes están viudos, pero se invierten los términos, ya que los porcentajes de mujeres viudas (30.8%) es superior al de los varones (20.5%). Sin embargo el estado de soltería presenta porcentajes muy similares (6.4% varones y 5.5% mujeres) (tabla 1.1.13).

Podemos decir que los varones, más que las mujeres, viven casados o con la pareja. Así mimo se afirma que el estado de viudez, es superior en los varones. Por último la soltería a esta edad es similar en ambos sexos.

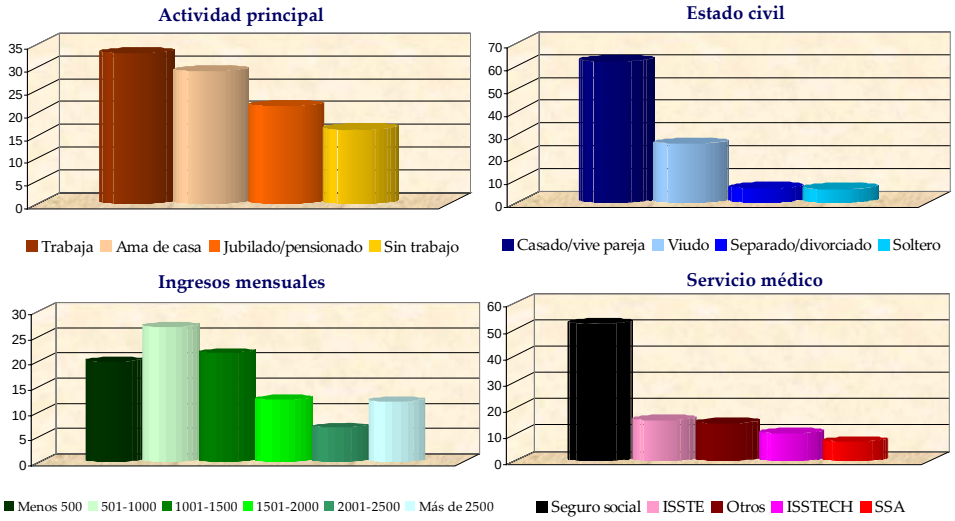

Figura 3.3.- Distribución de la población de Tapachula mayor de 60 años por actividad principal, estado civil, ingresos mensuales y servicio medico.

3.1.7. Ingresos mensuales.

La situación económica de esta población es alarmante, cerca de las tres cuartas partes (68.6%), tienen ingresos mensuales de 1.500 pesos o menos. De ellos, el 20% se encuentran en estado extremo de pobreza, con ingresos de 500 pesos o menos. Solamente el 12.1% perciben al mes 2.500 pesos o más.

Esto viene a indicar que, estamos ante una población con muchas carencias y con bajo poder adquisitivo, lo que incidirá notablemente en la satisfacción de las necesidades básicas y por tanto, con muchas limitaciones para tener calidad de vida (tabla 3.1.14).

Al hacer la comparación con los datos expresados por el INEGI (2000), observamos datos que son bastante similares. Esto confirma que el estado de Chiapas es uno de los 32 estados de la república mexicana con mayor analfabetismo y el más pobre junto con los estados de Guerrero y Oaxaca.

3.1.8. Servicio médico.

En cuanto a la filiación médica, se aprecia que la gran mayoría (83.8%), cuenta con servicio médico, lo preocupante es comprobar como cerca de una quinta parte (16.2%) no tiene ningún tipo de asistencia médica. Se observa que la mayoría cuenta con servicios médicos, para la atención de su salud (tabla 3.1.15)

3.1.9. Filiación médica.

Estos datos señalan que cerca del noventa por ciento (85.6%), está afiliada y recibe el servicio médico de alguna de las cuatro instituciones oficiales responsables de proporcionarlo IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social (52.2%)), ISSSTE (Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado) (15.5%), ISSTECH (Instituto de Seguridad Social de los Trabajadores del Estado de Chiapas) (10.6%) y SSA (Secretaria de Salubridad y Asistencia) (7.3%). Sólo el 14.4% es atendido por otros servicios médicos de carácter privado (tabla 3.1.16).

Se observa que la mayor parte de esta población, esta afiliada en alguna de las instituciones de salud existentes, ya que existe una ley que permite que los padres, sean afiliadazos como derechohabientes por los hijos, siempre que estos sean empleados de gobierno del estado o del sistema federal. Sin embargo, existe un porcentaje elevado que no cuentan con este servicio.

Al contrastar estos resultados con los datos del INEGI (2000), encontramos que nuestros porcentajes son superiores a los que reporta dicho censo. La tendencia es que la mayoría de los adultos mayores cuente con un servicio de salud.

3.2. Contexto familiar.

La existencia humana radica en la familia, es la que garantiza otros grupos generacionales tomando en cuenta condiciones y características de su época. Consecuentemente, como lo indica Martín (2000, p. 2), "*la familia deberá conocer lo que es esperable en un envejecimiento normal, ya que esto facilitará una convivencia armónica entre las distintas generaciones y posibilitará la integración de las mismas, creciendo y nutriéndose con el aporte de una visión diferente de la vida*". Es decir, la familia debe ser el soporte de los abuelos, es el lugar indicado para que reciban los cuidados que su condición reclama. No obstante, el adulto mayor se enfrenta a una situación a la que él mismo no siempre está preparado, coexiste con un grupo familiar con intereses distintos porque, casi siempre, vive con un grupo compuesto hasta por cuatro generaciones, con diferentes comportamientos y hábitos que no coinciden con los propios, parece ser que la gratitud, la so-

lidaridad y el amor desaparecen como desaparecen los años. La familia, frecuentemente, no siempre quiere cooperar, tolerar y aceptar las condiciones de los abuelos, que esperan recibir algo de lo mucho que a lo largo de su historia de vida han dado. A pesar de que de ellos se puede aprender mucho de sus luchas, éxitos y fracasos, experimentados en el proceso de la maduración del ser humano.

En estudios recientes Mora et al. (2004), concluyen que la atención de la familia es determinante, de lo contrario, tanto hombres como mujeres, pueden caer en depresión leve por sobreprotección o abuso con ellos. Es común que manifiesten las inquietudes y que no han podido compartir con la propia familia, ya sea porque se encuentran solos en casa o simplemente porque nadie le ofrece atención en el núcleo familiar.

Los cambios emocionales dentro de la familia se presentan sin poder evitarlos. No obstante, su nueva realidad le permite que poco a poco vaya sintiendo o percibiendo que tampoco, en ese ámbito, su presencia es necesaria, pierden el significado de la vida y caen en esos miedos que como ser humano son normales. Según Viguera (2006), "*hay una cierta resistencia a envejecer, la idea de envejecer produce desconcierto, sensación de desamparo, de soledad, de sufrimiento psíquico*" el adulto mayor tiene miedo a la soledad y miedo a la muerte. Por otro lado, desde el Instituto Australiano de Estudios de la familia, Qu y Weston (2003, p. 33), concluyen afirmando que *"para lograr el envejecimiento saludable depende de un rango muy amplio de factores, incluyendo el estilo de vida saludable además de un fuerte apoyo en las elaciones familiares".* Esto quiere decir que de la familia depende, fuertemente, que el adulto mayor viva la última etapa de su vida con cierto grado de tranquilidad y calidad. La mayoría de las familias desean tener a los abuelos en casa como lo demuestra la encuesta realizada en el estado de Tabasco (México), se aprecia un porcentaje de casi el cien por cien (96%), cuando indican no estar de acuerdo en enviar a los padres terminen sus días en un asilo de ancianos (Berumen, 2005).

En este contexto familiar se encuentra nuestra población objeto de estudio. Según el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI, 2000), la tasa global de fecundidad es de 3.15 hijos por familia. En relación a la vivienda, el 70% tiene casa propia, viven 4.8 ocupantes en promedio. Sin embargo, el gobierno actual destinó $ 162.166 millones de pesos para el mejoramiento de la vivienda, que beneficiará principalmente a familias del medio urbano y simiurbano de este municipio.

3.2.1. Tenencia de hijos.

Los resultados muestran que ésta es una población que, casi en su totalidad (91%), tiene hijos y sólo el 9% carece de descendencia (tabla 3.2.1).

Del mismo modo, se aprecia que son familias numerosas, ya que un poco mas del ochenta por ciento (80.6%), tiene más de 3 hijos. De ellos, casi el sesenta por ciento dice tener entre 3 y 6 hijos y casi una cuarta parte entre 7 y 10 hijos. Es sobresaliente el hecho de que más del tres por ciento tengan más de 11 hijos y, en especial, que exista una familia con 24 hijos (tabla 3.2.5).

No se aprecian diferencias estadísticamente significativas en las variables sexo y edad, lo que nos viene a indicar que tanto los hombres como las mujeres, de todas las

edades, presentan los mismos comportamientos con relación a la tenencia o no de descendencia (tabla 3.2.2 y 3.2.3). Si embargo, si que existen diferencias significativas con el estado civil de tal forma que, los que se encuentran solteros presentan porcentajes muy por encima de la media poblacional, cuando manifiestan no tener hijos. El mayor porcentaje (95.9%), se localiza en los casados o viven en pareja haciendo vida familiar (tabla 3.2.4).

Estos resultados tienen bastante coincidencia con los datos reportados en el censo de INEGI (2000). La tendencia de esta población mayor es de vivir unido a la familia compuesta por varios hijos.

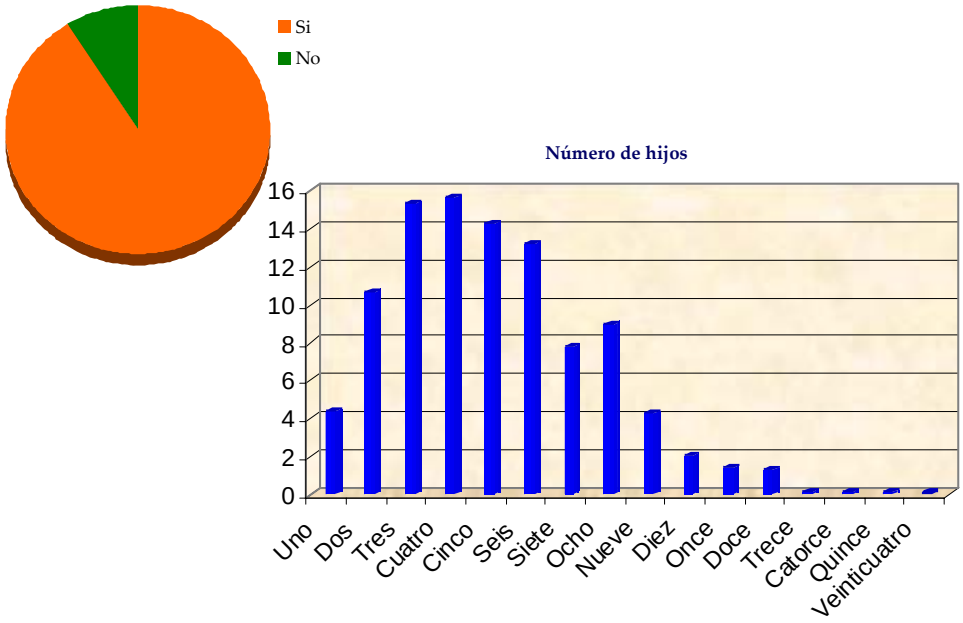

Figura 3.4.- Tenencia y número de hijos de la población de Tapachula mayor de 60 años.

3.2.2. Con quién viven actualmente.

Se observa, con bastante claridad, que desarrollan una vida en un contexto familiar, ya que cerca del ochenta y cinco por ciento de esta población (83.6%), viven solos con su pareja, con esposa e hijos y/o solos con los hijos. Por el contrario, el 10% vive solo y un 5% lo hace con otros familiares (tabla 3.2.6). Significa que la mayor parte de la población vive en un ambiente familiar.

Sin embargo, encontramos diferencias estadísticamente significativas con respecto al sexo. Destaca, de manera visible, que los varones más que las mujeres, viven solamente con su pareja (31.6% y 24.3% respectivamente). Por el contrario, el porcentaje de mujeres que viven solas con los hijos, es superior en doce unidades porcentuales al de los varones (16.7% frente al 28.5%) (tabla 3.2.7).

Al analizar esta variable con la edad los datos indican que, no hay diferencias significativas, por lo que se puede afirmar que, tienen una vida familiar bastante similar en todos los grupos de edad (tabla 3.2.8).

En relación al estado civil, la existencia de diferencias significativas manifiesta que, quienes están viudos, solteros, separados o divorciados, suelen vivir solos en porcentajes bastante superiores a la media poblacional. Por el contrario, quienes están casados o viven en pareja, suelen vivir con la pareja y/o los hijos, en una proporción bastante superior al resto (43.9% y 52%). También, quienes están viudos y separados o divorciados, son quienes más suelen vivir solos con sus hijos (tabla 3.2.9).

Estos resultados vienen a coincidir con los de Martín (2000) y Mora et al. (2004), quienes manifiestan que en la familia se facilita la convivencia armónica para lograr un envejecimiento normal, por lo tanto, es un soporte decisivo en los cambios de conducta y hábitos que la propia edad reclama. La vivencia en pareja que observamos en nuestros resultados comprueba el sentido de pertenencia que tiene la familia y el adulto mayor.

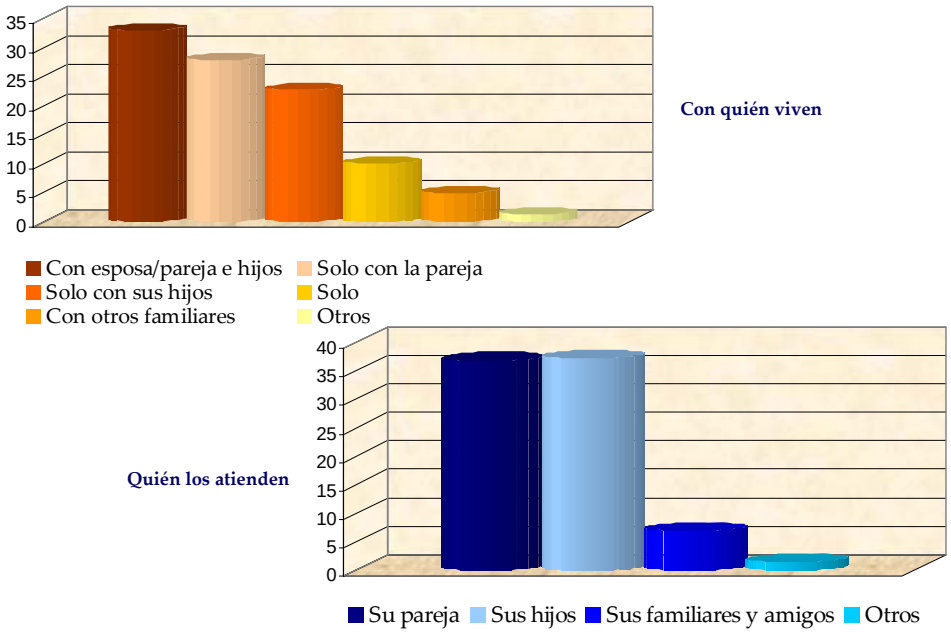

Figura 3.5.- Con quién vive en la actualidad y quién atiende a la población de Tapachula mayor de 60 años.

3.2.3. Quien lo atiende.

En cuanto a la atención recibida, el análisis de los datos indica que más de una tercera partes de la población, son atendidos por la pareja (36.7%), o por los hijos (37.1%), pero es necesario destacar que casi la quinta parte se atienden ellos mismos (19.5%) (tabla 3.2.10).

La prueba Chi-cuadrado, registra una diferencia significativa entre la atención que reciben los varones y mujeres. El 45.1% de los varones manifiestan que son atendidos por la esposa, frente al 28.6% de las mujeres. Sin embargo, los hijos atienden más a las mujeres que a los varones, con una diferencia de más de doce puntos porcentuales. Por último, se observa también que más mujeres que varones se atienden solas, con una diferencia de más de de tres puntos porcentuales (tabla 3.2.11).

El análisis por grupo de edad, muestra que la atención por la pareja, disminuye en la medida que se incrementa la edad. Esta situación resulta justamente al contrario, cuando la atención es realizada por los hijos, familiares y amigos. Destaca el hecho de que los mayores de 85 años (61.5%), son atendidos por los hijos, al igual que el 15.4% que lo son por familiares y amigos (tabla 3.2.12).

Se puede afirmar que el estado civil, influye en la atención que recibe la población mayor objeto de estudio. Quienes están casados o viven en pareja, son atendidos por la pareja (56.5%), mientras que los viudos (64.9%), y los separados o divorciados (50.8%), son atendidos por los hijos y, por último, los solteros son quienes se atienden ellos mismos (47.5%) (tabla 3.2.13).

La tendencia en esta población es que los varones viudos son mayormente atendidos más que las mujeres viudas. Estos datos coinciden con lo expuesto por Viguera (2006), ya que el adulto mayor tiene miedo a la soledad y a la muerte, por lo que es poco frecuente que permanezca mucho tiempo viudo. El varón tiene la tendencia a buscar pareja más que la mujer al quedar viudo.

Por otro lado, nuestros resultados confirman lo expuesto por Qu y Weston (2003) y los hallazgos en la encuesta de características sociodemográficas realizada en el estado de Tabasco (México). Berumen (2005) confirma que la familia es un fuerte apoyo en la atención del adulto mayor, que las familias deben vivir integradas compartiendo sufrimientos y alegrías. La atención de la familia coincide también con la encuesta realizada en el estado de Tabasco (México), en la que casi el cien por cien (96%), cuando indican no estar de acuerdo en enviar a los padres terminen sus días en un asilo de ancianos (Berumen, 2005).

3.3. Sentimientos de soledad.

Las condiciones en las que el ser humano llega a la ancianidad influyen muchos factores que se relacionan con el medio ambiente, estilo de vida, modo de comportarse de ser y actuar, entre otros. Pero también la manera que el individuo enfrenta la realidad de su envejecimiento y la manera de cómo se percibe a si mismo, es decir, la auto evaluación propia, conocida como autoestima. Si se percibe con baja autoestima, pensará que su jubilación y retiro son una situación de pérdida, minusvalía y marginación social, en consecuencia, se percibe a asimismo que ya no cuenta para los demás.

La soledad es un sentimiento que todos alguna vez hemos experimentado. Gierveld et al. (2004:15) la considera como temporal y la clasifica en dos tipos de soledad social y emocional, indicando que *"la soledad ocurre en todas o virtualmente en todas las culturas, sin embargo, se sospecha que la soledad esta significativamente influenciada por factores culturales, en este sentido la soledad no es universal, esta unido a la cultura"*. Al margen de esto, se debe reflexionar que el proceso del envejecimiento desencadena este sentimiento en mayor o menor medida, donde también intervienen factores del entorno familiar, asociado a otros intervinientes como el estado civil, estado de salud y la situación económica entre otros. Continuando en el mismo sentido, en un estudio sobre los efectos del aislamiento y soledad social, Hall y Havens (2002), reportan que el 65.7% de las mujeres viven solas, contra un 30.8% de los hombres. También revelan que el

65.6% de las mujeres son viudas, contra el 22.8% de los varones. Igualmente, el 50% de las mujeres contra un 39% de los hombres, expresan altos niveles de soledad y que son los viudos los varones que más manifiestan dicho sentimiento, el estado civil es otro factor de la presencia de este sentimiento.

Fuentes et al. (2003), analizaron las causas sociales que origina el sentimiento de abandono. Revelan que el 30% de la población manifiesta sentirse solos. La causa principal que genera este sentimiento fue por motivos de salud (24%). Los problemas de salud, los vuelve inseguros y vulnerables. La idea de depender física y económicamente a alguien de la familia, o no poder realizar las actividades de antes, los conduce a sentir este sentimiento.

Muchos estudios reportan que el sentimiento de soledad está fuertemente relacionado con la ausencia de la pareja. En este mismo orden de ideas encontramos también que Qu y Weston (2003) manifiestan que con el incremento de la edad, la probabilidad de vivir en pareja disminuye y aumenta la posibilidad de vivir solos, reportan que a los 65-74 años el 74.8% viven en pareja, pero al llegar a los 85 años, desciende al 42.9%. Por lo tanto, la ausencia de la pareja producirá en el adulto mayor este sentimiento. La pérdida de la pareja conduce al adulto mayor a sentir soledad, como lo confirma Carevic (2001), la viudez en esta edad siempre está acompañada de la soledad. Perder a la persona con quien ha compartido larga etapa de la vida es crítico, solo los hijos y la familia, pueden aligerar el sentimiento de soledad.

En este apartado se describe este sentimiento, buscando la relación entre los aspectos de atención, vivencia familiar, motivos, actitudinales, situación económica y social de la población objeto de estudio, que como se analizará más adelante, tienen repercusiones muy marcadas en el comportamiento hacia este sentimiento.

3.3.1. Soledad experimentada en el último año.

En relación a esta variable, los resultados muestran que cerca de la mitad de la población (44.3%), han experimentado en el último año este sentimiento de soledad y más de la mitad (55.7%), manifiesta no haberlo tenido (tabla 3.3.1).

Estos datos coinciden con los expuestos por Gierveld et al. (2004), este sentimiento ocurre en todas las culturas, sin embargo, no es universal. Por el contrario, los resultados arrojados en el estudio de Fuentes (2003) presentan porcentajes de soledad no son inferiores a los de nuestro estudio.

3.3.3.1. El sentimiento de soledad, según el sexo y edad.

Los datos muestran que no existen diferencias significativas, podemos afirmar que este sentimiento es similar entre los varones y las mujeres, indistintamente de la edad que tenga (tabla 3.3.2 y 3.3.3). Podemos afirmar que este sentimiento, esta presente en varones y mujeres, de manera similar en todos los grupos de edad mayores de 60 años.

Al comparar estos resultados, se encontró que se corresponden a los revelados por los investigadores Qu y Weston (2003), comprobando que con el incremento de la edad, también incrementa el sentimiento de soledad.

3.3.1.2 El sentimiento de soledad según el estado civil.

Por lo que respecta al estado civil, podemos apreciar que existen diferencias significativas. Los resultados indican que los viudos tienen este sentimiento, en un porcentaje mayor a las dos terceras partes de la población (68.3%), comparado con los que manifiestan no tenerlo (31.7%), con más de treinta y seis puntos, seguidos de los solteros que refieren tener este sentimiento (55.7%), contra los que manifiestan no tenerlo (44.3%), en más de once puntos porcentuales y los que viven separados o divorciados (49.2%), dicen sentir soledad contra los que dicen que no (50.8%), en más de un punto porcentual. Por el contrario los que menos presentan este sentimiento son los casados o viven en pareja (32.8%), y manifiestan no tener este sentimiento (67.2%), la diferencia es significativa en más de treinta y cuatro puntos entre ambos (tabla 3.3.4). Se puede decir que, cuando se comparte la vida con la familia, la persona tiene menor sentimiento de soledad, contrario a los que viven solos y sin familia.

Los resultados de este estudio, son bastante similares a los que muestra Hall y Havens (2002). Los varones viudos, más que las mujeres, tienen este sentimiento. Coincidiendo también en la afirmación que el estado civil es un factor determinante de la soledad. La tendencia es que las mujeres se refugian con los hijos más que los varones.

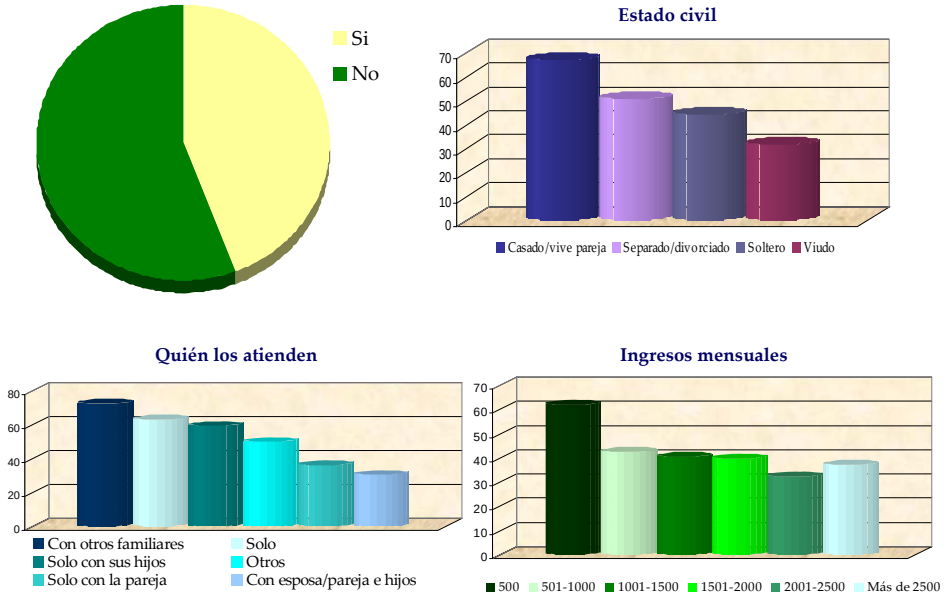

Figura 3.6.- Sentimiento de soledad de la población de Tapachula mayor de 60 años, por estado civil, quién los atiende e ingresos mensuales.

3.3.1.3 El sentimiento de soledad y con quien vive actualmente.

Los datos muestran diferencias significativas entre estas variables. El mayor porcentaje se presenta en los que viven con otros familiares (72.5%), en más de veintiocho puntos porcentuales del promedio central. Los que viven solos, manifiestan tener este sentimiento en un porcentaje muy cerca de las dos terceras partes (63.1%).

Sin embargo, los que viven en pareja con esposa e hijos, continúan mostrando el porcentaje menor (30.6%), con más de trece puntos porcentuales (tabla 3.3.5)

Se puede afirmar que, la convivencia familiar con la pareja y los hijos, influye de manera significativa en la presencia o no de este sentimiento.

3.3.1.4 El sentimiento de soledad y la percepción mensual.

Al analizar este sentimiento con la percepción mensual, encontramos que hay diferencias significativas. Se observa que los que menos ganan, muestran el porcentaje mayor (62.1%), en más de diecisiete puntos. Los que ganan por arriba de los dos mil quinientos pesos al mes, tienen un menor porcentaje (32.4%), en más de once puntos del promedio general (tabla 3.3.6). Esto significa que a medida que se tienen mayores ingresos económicos, menor es este sentimiento. Por el contrario, a menor ingreso mayor sentimiento de soledad. Podemos afirmar que la situación económica es un factor que determinante la presencia de este sentimiento.

3.3.2 Motivos principales.

Los datos revelan que los dos motivos principales por los que tienen este sentimiento de soledad son: por haber perdido a las personas queridas (22.7%), y por no tener familia o tenerla lejos (18.4%). Los otros motivos se encuentran por debajo de estos porcentajes (tabla 3.3.7). Podemos afirmar que la familia es un determinante para tener o no este sentimiento.

Estos datos vienen a corroborar lo expuesto por Carevic (2001), es decir, que el sentimiento de soledad es bastante típico cuando se ha perdido a personas queridas, principalmente, la pareja.

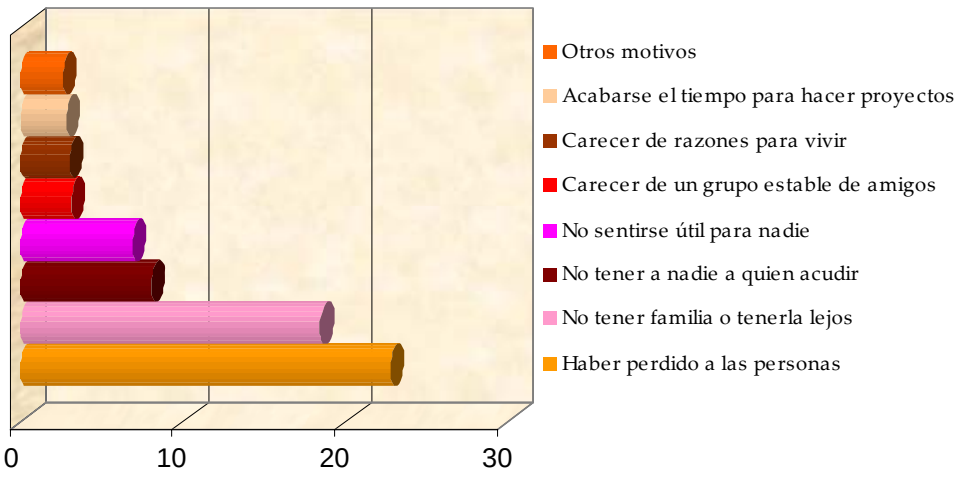

Figura 3.7.- Motivos por los que la población de Tapachula mayor de 60 años tiene sentimiento de soledad.

- **Haber perdido a personas queridas, según el sexo.**

El análisis estadístico, indica que existen diferencias significativas entre este motivo y el sexo. Son más las mujeres (25.9%), que los varones (19.5%), que tienen este sentimiento por haber perdido a personas queridas, con una diferencia significativa de más de seis unidades entre ambos (tabla 3.3.8). Esto demuestra que la mujer es más sensible que el varón, cuando pierde algún ser querido.

- **Haber perdido a personas queridas, según el estado civil.**

Se observa que existen diferencias significativas entre las diferentes situaciones del estado civil y este motivo. Los viudos, son quienes aluden mayormente aluden este motivo (46.4%), con más de veintitrés puntos y los casados o que viven en pareja, en menor porcentaje (12,7%), con una diferencia de diez unidades porcentuales del promedio central (tabla 3.3.9). Se afirma que la falta de la pareja es un motivo que determina este sentimiento.

- **Haber perdido a personas queridas, según el ingreso mensual.**

En esta variable, existen diferencias significativas entre este motivo y el ingreso mensual. Los que tienen menos ingresos, son los que más experimentan el sentimiento de soledad, en el último año por haber perdido a personas queridas (34.5%), en más de once puntos porcentuales del promedio general. Es interesante observar que, este sentimiento disminuye en la medida que la percepción económica es mayor (tabla 3.3.10).

Esto indica que el sentimiento de soledad por haber perdido a una persona querida es más elevado en aquellas personas que tienen bajos ingresos económicos. Podemos afirmar que el dinero es un motivo que establece este sentimiento.

- **Haber perdido a personas queridas, según quien lo atiende.**

Por último, cuando analizamos este motivo con respecto a quien lo atiende, se observa que existen diferencias significativas, en los que son atendidos por otros familiares y amigos (34,8%) en más de doce puntos. Por el contrario, los que menos tienen este sentimiento, son aquellos son atendidos por su pareja (85.8%), en más de ocho puntos porcentuales del promedio central (tabla 3.3.11). Significa que las relaciones y la convivencia familiar es un motivo que provoca el sentimiento de soledad en el adulto mayor.

- **No tener familia o tenerla lejos, según el estado civil.**

La ausencia de familia, analizada con el estado civil, arroja diferencias significativas que indican que viudos (24.2%), separados y divorciados (24.6%), son los que aluden mayormente este sentimiento por este motivo, con algo más de seis puntos porcentuales por encima del promedio (tabla 3.3.12). Indica que el estado civil es un factor que determina el estado emocional del adulto mayor.

- **No tener familia o tenerla lejos, según con quien vive en la actualidad.**

Igualmente, al analizar este motivo con relación a con quien vive, se observa que existen diferencias significativas. El sentimiento de soledad, está presente

mayormente entre los que viven solos (28.2%), o con otros familiares (25.5%), por encima de los tres y ocho puntos respectivamente, del promedio general (tabla 3.3.13). Por lo tanto, este sentimiento está asociado con los que tienen vida solitaria y carecen de familia.

- **No tener familia o tenerla lejos, según quien lo atiende.**

Para finalizar, el comportamiento de esta variable los datos indican que existen diferencias significativas en los que viven solos (25.6%), o son atendidos por otros familiares (23.2%), por encima de siete y cuatro puntos del promedio central, respectivamente (tabla 3.3.14). Se confirma que la atención familiar es un motivo que incide en el sentimiento de soledad en esta población.

3.3.3. Que es lo primero que hacen cuando se sienten solos.

Se dieron nueve opciones para contestar esta pregunta. Para facilitar el análisis estadístico, se eligieron lasque presentan mayor porcentaje. Los datos indican que, las respuestas de mayor porcentaje son cuatro. En dos de ellas asumen una actitud pasiva (poner la radio o Televisión (29.3% y resignarse 17.5%) y, en las otras dos, asumen una actitud activa (salir a pasear 14.9% y practicar una labor 13.1%), (tabla 3.3.15).

Significa que, ante este sentimiento, la mayor parte de esta población se aísla de su entorno y se margina, sin embargo una población menor, asume una actitud más creativa y socializadora y se integra o busca asociarse con otras personas.

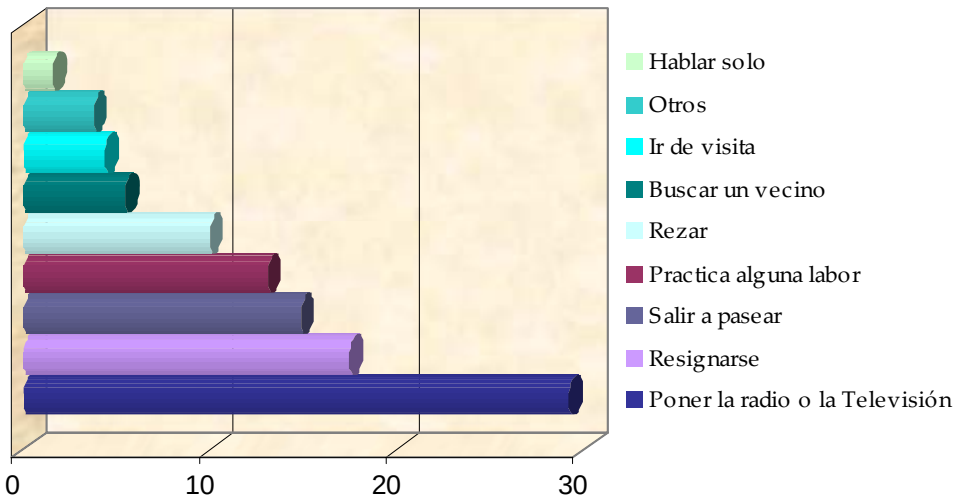

Figura 3.8.- Qué es lo primero que se le ocurre hacer cuando se siente solo a la población de Tapachula mayor de 60 años tiene sentimiento de soledad.

3.3.4. Momento en el que se sienten más solos.

Los momentos en que mayormente tienen este sentimiento son tres; algo más de un tercio de la población (38.8%), dicen que cuando están enfermos, por la noche cerca de un tercio (30.1%), manifiesta sentirse solo. Sin embargo, cerca de la quinta

parte (16%), refieren tener este sentimiento durante todo el día. Los otros dos momentos, muestran porcentajes inferiores al diez por ciento (tabla 3.3.16). Significa que el momento de sentirse más sólo está asociado a la enfermedad y lo aluden a momentos temporales.

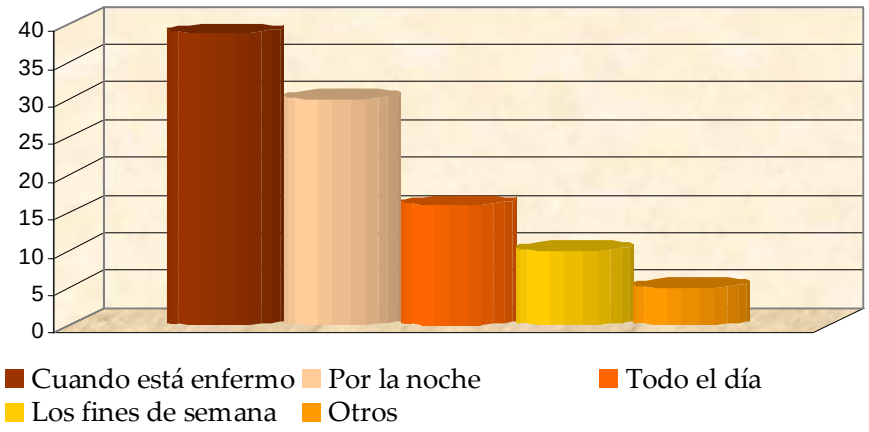

Figura 3.9.- En qué momento se siente más solo la población de Tapachula mayor de 60 años tiene sentimiento de soledad.

3.3.5. Como valora la soledad.

Los datos indican que algo más de la mitad valoran este sentimiento como poco (54.7%). Sin embargo, es sobresaliente que, cera de la mitad de la población (45.3%), lo valora como mucho (tabla 3.3.17). Podemos decir que, en esta población, el sentimiento de soledad está presente en casi la mitad de la población. Si tomamos en cuenta las condiciones económicas y familiares en que vive esta población, éstas estimulan la presencia de este sentimiento.

3.3.5.1 Como la valora la soledad, según el estado civil.

Se realizó un análisis estadístico de variables sociodemográficas: sexo, edad, nivel de estudios, situación laboral, estado civil e ingresos mensuales. Los datos indican que, solamente existen diferencias significativas en el estado civil. Se encontró que más de la mitad de los viudos (53.6%), valoran como mucho por arriba de los ocho puntos porcentuales del valor general, los solteros por arriba del cincuenta por ciento de los solteros (52.9%), también valoran como mucho por arriba de siete puntos del valor central. Contrario a los casados (62.9%), o los que viven en pareja (56.7%), valoran como poco este sentimiento, en más de ocho y dos puntos respectivamente del valor general (tabla 3.3.18). Esto nos viene a indicar que el contexto familiar, es totalmente decisivo en la valoración de la soledad, siendo mayor en los que no viven integrados en la familia.

Comparando estos resultados con los datos expuestos por Hall y Havens (2002), se observa que nuestros datos son inferiores a los porcentajes de viudos con sentimientos de soledad que exhiben estos investigadores.

3.3.6. Que es lo más importante en estos momentos.

Los datos reportan que, para más de las tres cuartas partes de la población, lo más importante es la salud (76.6%), siendo la segunda preocupación la compañía (12%), y en tercer lugar el dinero (6.8%). El resto de respuestas presentan porcentajes inferiores (tabla 3.3.19). Es sobresaliente que, aunque es una población muy pobre (tabla 3.1.14), ya que cerca de las dos terceras partes de la población vive con 500 pesos o menos, la mayor preocupación no es el dinero, probablemente al final de la vida el ser humano, pierda el interés por los vienes materiales y lo que le preocupa es vivir con menos sufrimiento, dolores y enfermedades.

3.3.6.1. Que es lo más importante en estos momentos, según el sexo.

El análisis estadístico de esta variable indica que no existen diferencias significativas, es decir, que la preocupación en esta etapa de la vida se presenta de manera similar entre el varón y la mujer (tabla 3.20). Podemos decir que el sexo no es un factor determinante de este sentimiento

3.3.7. Nivel de satisfacción.

Por ultimo, queremos saber el nivel de satisfacción de esta población en relación a su medio entorno. Los datos muestran que, se sienten satisfechos con los familiares (86.3%), con los amigos (81.7%), y con los vecinos (77.8%), en más de las tres cuartas partes de la población (tabla 3.3.21). Significa que es una población que tiene buenas relaciones sociales, afectivas y familiares en su medio entorno.

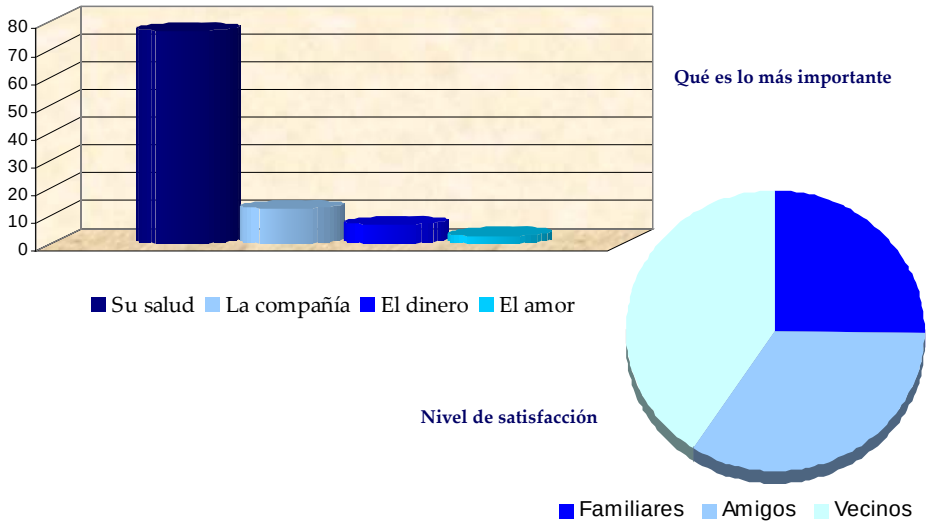

Figura 3.10.- Qué es lo más importante cuando se tiene el sentimiento de soledad para la población de Tapachula mayor de 60 años tiene sentimiento de soledad y nivel de satisfacción con las relaciones que mantiene con familiares, amigos y vecinos.

3.4. Conclusiones.

Después de haber analizado y discutido los resultados en este capítulo, en función a los objetivos planteados en esta investigación, nos permite llegar a las conclusiones que se exponen a continuación, correspondiendo a cada uno de los tres bloques organizados en este capítulo: contexto social, familiar y sentimientos de soledad.

1. ***Contexto social***. Es conveniente reseñar el punto a partir del cual pretendemos reflexionar sobre las condiciones de la población con relación al sexo, edad, nivel de estudios, situación laboral, estado civil, ingresos mensuales y servicio de salud que los atiende.
    - En nuestra población objeto de estudio existen más mujeres que varones, coincidiendo con la mayoría de los países del mundo.
    - La mayoría se localiza en los dos primeros grupos quinquenales es decir, entre los 60 y los 70 años, como era de esperar, ya que en la medida que la edad se incrementa la población disminuye.
    - Estamos ante una población con nivel cultural bajo y con un analfabetismo elevado. Son los varones más que las mujeres, los que saben leer y escribir. Como consecuencia, existe mayor analfabetismo en las mujeres.
    - En un alto porcentaje tienen una vida laboral productiva. Los varones tienen más trabajo que las mujeres, pero son las mujeres las más que más trabajan en el hogar. La mayor parte de la población productiva se localiza hasta antes de los 70 años, después de esta edad la población productiva disminuye significativamente.
    - La mayoría de los varones viven en pareja (casados o en unión libre) más que las mujeres, pero es una población que tiene más mujeres viudas que varones viudos.
    - En el aspecto económico, estamos ante una población de mayores de 60 años en condiciones económicas deplorables. Casi tres cuartas partes de la población vive con menos de 1.500 pesos mensuales, de los cuales una quinta parte vive en condiciones de pobreza extrema, con menos de 500 pesos mensuales.
    - Con respecto al servicio médico, es una población que casi en su totalidad tiene este servicio, siendo atendidos mayormente por el IMS, seguido por el ISSSTE y el ISTECH.
2. ***Contexto familiar***. En este apartado se pretenden reflexionar sobre el contexto familiar, a partir de la tenencia de hijos, con quien vive, quien lo atiende y su relación con el estado civil.
    - Es una población con una familia muy prolífera, cerca del sesenta por ciento de las familias tienen de 3 a 6 hijos. Es sobresaliente que una mujer de 96 años refiere haber tenido 24 hijos.

- La mayoría de la población vive en familia, compartiendo sus vidas con la pareja o con los hijos. Los varones, más que las mujeres, viven con la esposa o pareja. Sin embargo, las mujeres son atendidas en mayor medida que los varones por los hijos.
- En esta población los viudos, separados y divorciados son los que suelen vivir solos o se refugian con los hijos, más que los casados o los que viven en pareja haciendo vida familiar que son atendidos, principalmente, por los hijos.
- La atención de los adultos mayores es recibida, principalmente, por la pareja o por los hijos, constatándose que la familia prefiere atenderlos a que el padre o abuelo termine sus días en un asilo de ancianos. Por el contrario, los casados reciben la atención de la esposa o pareja.

3. ***Sentimiento de soledad.*** En este apartado se analiza el sentimiento de soledad y su relación con variables sociodemográficas como el sexo, la edad, el estado civil, percepción mensual, así como los motivos principales de este sentimiento, actitud que asumen cuando se presenta, momento en el que se siente solo, valoración que le hace, lo más importante en este momento y nivel de satisfacción.
   - Cerca de la mitad de la población refiere haber tenido este sentimiento en el último año, siendo común en ambos sexos.
   - Este sentimiento esta presente principalmente en los viudos, separados, divorciados y solteros, siendo menor en los adultos mayores que viven en familia casados, en pareja y con los hijos.
   - El sentimiento de soledad también depende de con quien vive el adulto mayor. Es mayor en aquellos que viven solos o con otros familiares, justo lo contrario a los que viven con la esposa y con los hijos.
   - El ingreso económico también es un determinante. Este sentimiento es común en aquellos que tienen ingresos económicos bajos, siendo menor en los que perciben ingresos elevados.
   - Los motivos por los que los adultos mayores de 60 años tiene este sentimiento es, principalmente, por haber perdido una persona querida, seguido por no tener familia o tenerla lejos.
   - La perdida de una persona querida es importante para el adulto mayor, la mayoría señala este motivo por el que tienen sentimiento de soledad. Es bastante común en las mujeres (más que en los varones), los viudos, los que tienen menor ingreso y los que son atendidos por otros familiares.
   - Por no tener familia o tenerla lejos, es otro motivo de sentimiento de soledad que esta población refiere. Está presente en mayor porcentaje en los viudos, seguido de los separados, también es señalado por los divorciados, los que viven solos y con otros familiares.

- La atención de los adultos mayores es otro factor que determina este sentimiento. Lo presentan, principalmente, los que se atienden solos, pero también por los que son atendidos por otros familiares.
- La actitud que asumen la mayoría de esta población cuando tienen este sentimiento es pasiva: ven televisión o se quedan resignados. Solamente una minoría asume una actitud activa: salir a pasear y hacer alguna labor. Este sentimiento es frecuente por las noches, sobre todo si están enfermos.
- Casi la mitad de la población valora este sentimiento como mucho, siendo mayoritario en viudos y solteros, al contrario de los que viven en familia.
- Los adultos mayores puntualizan que lo más importante para ellos en este momento es su salud, seguido por la compañía y el dinero, siendo similar en ambos sexos.
- La mayoría de los adultos mayores se siente satisfechos con la familia y los vecinos, mostrando un sentimiento de satisfacción con su familia y su entorno social, a pesar de sus miedos, incertidumbres, carencias, insatisfacciones y nostalgias por los años que ya se han ido.
- Es una población que sobrelleva los últimos días de la vida con dignidad, esperando que la sociedad perciba que ahí están, deseosos de ser tomados en cuenta, aunque sea para ser el espejo de la juventud ya que finalmente es el camino que todo ser humano tiene que recorrer. Hagamos algo por ellos hoy y quizá mañana nuestros hijos, probablemente, hagan algo por nosotros.

3.5. Bibliografía.

Carevic, J. M. (2003). Procesos de duelo en el anciano. El Portal del mundo de la psicología. *Psicocentro* [En línea]. Disponible en: http://www.psicologia-online.com/colaboradores/mcarevic/duelo.shtml

Fuentes, G. & García, G (2003). Causas sociales que originan sentimientos de abandono en el adulto mayor. *Hopital General la Quebrada, 2,* 25-29.

Gierveld, J. J. (2004). Cross-national comparisons of social isolation and loneliness: introduction and overview. *La Revue canadienne du Vieillissement, 2,* 109-113.

Gonzalez Luna, E. (2005). Tracking diario, mediante entrevistas cara a cara en viviendas. *Berumen* [En línea]. Disponible en: http://www.berumen.com.mx/.

Hall, M. & Havens, B. (2001). The effect of social isolation and loneliness on the health of older women. *PWHCE. Canada* [[En línea]. Disponible en: www.pwhce.ca/ effectsocialisolation.htm

Hallal, P. C., Victora, C. G., Wells, C. K., & Lima, C. R. (2003). Physical inactivity: Prevalence and associated variables in brazilian adults. *Medicine Sciences Sports Exercise, 35,* 1894-1900.

INEGI (2000). Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. *INEGI* [En línea]. Disponible en: http://www.inegi.gob.mx/est/librerias/tabulados.asp? tabulado.

López-Cózar, R. & Rebollo, S. (2002). Análisis de la relación entre práctica deportiva y características sociodemográficas en personas mayores. *Revista internacional de medicina y ciencias de la actividad física y del deporte, 5*, 1-38.

Martín, B. L. (2000). El adulto mayor en la familia. *Psicología y Psicopedagogía, 1*.

Mora, M., Villalobos, D., Araya, G., & Ozols, A. (2004). Perspectiva de la calidad de vida del adulto mayor, diferencias ligadas al género y la práctica de la actividad físico recreativa. *MHSalud, 1*, 1-11.

Qu, L. & Weston, R. (2003). Againg, living arrangements and subjective wellbeing. *Familly Matters, 66,* 26-33.

Viguera, V. (2006). Educación para el envejecimiento. Los fantasmas del envejecer. Tiempo. *El portal de la Psicogerontología* [En línea]. Disponible en: http://www.psiconet.com/tiempo/educacion/index.htm.

CAPÍTULO 4

LA CLASE DE EDUCACIÓN FÍSICA Y EL INTERÉS

LA CLASE DE EDUCACIÓN FÍSICA Y EL INTERÉS

Para tener una visión de las condiciones en que nació y se desarrolló la población general de donde se tomó la muestra, es necesario recurrir a los hechos históricos del país, principalmente en el aspecto educativo, ya que intentamos entender comportamientos, sentimientos, hábitos y costumbres de una parte de la sociedad que compone esta población, los adultos mayores de 60 años.

Para una nación independiente y republicana como México, la educación juega un papel importante, sobre todo cuando se vincula con los momentos históricos que influyen en la construcción de un país democrático que busca, a través de la educación, el desarrollo, mejor convivencia y calidad de vida de sus habitantes.

El gobierno mexicano, que es responsable del desarrollo educativo del país, ha tenido innumerables problemas políticos, económicos y sociales en la búsqueda de un sistema educativo, que sea uno de los pilares de desarrollo social y cultural de México. Por esta razón, es necesario revisar los antecedentes para que nos permita relacionar la historia del país con el desarrollo de la Educación Física y el papel que ha jugado el magisterio y, en especial, los profesores de educación física.

En la construcción del México moderno, sobresale el esfuerzo que se ha hecho por tener un sistema educativo que atienda las demandas sociales y educativas del país. En este capítulo, se ofrece un panorama general de algunos aspectos del desarrollo de la educación en México, que ayudarán a entender el problema aquí tratado. Para una mejor interpretación, destacaremos las acciones más importantes de los periodos presidenciales, haciendo énfasis en aquellos periodos de gobierno que corresponden con la edad de los sujetos objeto de nuestro estudio.

4.1. La Educación Física en México, desde finales del siglo XIX hasta nuestros días como parte de la educación general.

A inicios del siglo XX, miles de mexicanos lucharon por construir una nación más independiente, más justa, más rica y más democrática. La Educación Pública juega un papel determinante en este proceso, considerando que en sus inicios la Educación no era Pública ni contaba con bases filosóficas y jurídicas que el México moderno tiene. La historia de México puede abordarse desde distintos puntos de observación, en esta investigación, el de la Educación es particularmente importante para conocer momentos y situaciones sociales, políticas y económicas, que nos ayudaran a entender el presente y el futuro mediato e inmediato de la sociedad mexicana.

Según Solana et al. (2002), exponen que en la obra Historia de la Educación en México, la educación ha sido una de las tareas más ingentes del estado mexicano. Durante la colonia, la cultura religiosa eclesiástica y tradicional se imponía en todas las instituciones docentes, establecidas por las autoridades de la nueva España.

La Educación Porfiriana se centra, esencialmente, en las zonas urbanas y se proyecta básicamente para las clases dirigentes, aunque siempre estuvo abierta para las

clases populares más humildes, prueba de ello es el Licenciado Benito Juárez, a quien se le considera "El benemérito de las Américas".

La revolución mexicana ambicionó corregir los vicios de la época porfiriana, marginación social de la población rural, mal trato a obreros y campesinos, la economía que estaba en manos de extranjeros y de terrateniente, pero esencialmente el campo educativo, por esta razón iniciaron una serie de acciones para organizar la Educación Popular, que pasó por una transición normativa rescatando algunos avances hechos en la época porfiriana como la Educación Científica, para posteriormente llegar a una Educación Socialista, hasta tener una expresión cabal plasmada en el articulo 3ro. Constitucional, que rige a la educación mexicana hasta nuestros días.

La Educación Pública mexicana, nace con el liberalismo. Las leyes expedidas por Gómez Farias en 1833, marcan su inicio al crear la Dirección General de Instrucción Pública para el Distrito y Territorios Federales, al declarar libre la enseñanza y al secularizar un conjunto de instituciones para dedicarlas al servicio educativo, que las corrientes liberales llevarían a estas leyes, a una plena madurez en la Constitución de 1857, en las Leyes de Reforma y, particularmente, en la Ley de Lerdo de Tejada en 1874, que establece el laicismo en la Educación Primaria. La Educación Pública gratuita dependiente del Estado, libre de la influencia eclesiástica, es destinada a toda la población, quedando plenamente afirmada con el triunfo de la Reforma.

Para 1908, según González (1977), el país era gobernado por una gerontocracia con un presidente Porfirio Díaz con 77 años; el de la Suprema Corte de Justicia, Félix Romero con 83 años; el Secretario de Relaciones y Justicia con 82 años; el Secretario de Guerra Manuel González Cossío con 77 años; el Secretario de hacienda Limantour con 54 años (era el más joven); el Gobernador de Tlaxcala con 78 años; el de Tabasco con 76 años; el de Michoacán con 75 años; el de puebla con 73 años; el de Guanajuato con 68 años; el de Aguascalientes con 70 años; muchos de ellos con más de 25 años en el poder.

Con la revolución mexicana, y particularmente con el establecimiento de la Secretaría de Educación Pública en 1921, cristaliza la organización de un Sistema Educativo Nacional, que llega a ser en nuestros días, uno de los cimientos principales del Estado Mexicano.

En su desarrollo político, la historia de la Educación en México, pasa por varias situaciones:

a) Instrumento de dominación y dependencia cultural en la colonia.

b) Individualista y Racionalista en la primera etapa de su independencia.

c) Positivista, Cientificista y Elitista en la época porfiriana.

d) Social y Popular, de la revolución a nuestros días.

La revolución (1910 a 1917) muestra rasgos fundamentales de la Educación en México con las siguientes consecuencias entre otras: Nace un sentimiento nacionalista y un sentido popular y proyección social aumenta el número de analfabetas y disminución del número de escuelas. Lo más grave, se suprime la Secretaria de Instrucción

Primaria y Bellas Artes. Sin embargo la lucha por la educación continúa hasta que, según Iturriaga (1981), se crea la Secretaría de Educación Publica de México el 25 de julio y se promulgó el 29 de septiembre de 1921. Del movimiento armado mexicano, según Zúñiga 1981), surgen las siguientes escuelas como producto de la revolución:

- La Escuela Rural. Nace para servir a los grandes y pequeños grupos tradicionalmente marginados (indígenas y campesinos).
- Misiones Culturales. Son Instituciones complementarias de la Educación Rural, se crean para propiciar el desarrollo integral y armónico de las comunidades rurales mediante la acción de la escuela
- Las Escuelas Normales Rurales. Forman docentes de acuerdo con las necesidades y aspiraciones reales.
- La Enseñanza Socializada. Para Ramírez y Sáenz (1929), la Enseñanza Socializada busca integrar a la gente en verdaderos grupos sociales con alma y vida colectiva. Una Escuela es Socializada cuando ha logrado organizarse en sociedad, cuando maestros y alumnos se han integrado ellos mismos en un grupo compacto y homogéneo, movido por intereses comunes y que trabajan organizadamente haciendo vida en común.
- La Enseñanza Superior. Priva más que el espíritu de clase, el espíritu religioso; pues de las 197 asignaturas que se impartían, 66 son de Gramática Latina, 44 de Teologías, 39 de Filosofía y las restantes Derecho Canónico, Retórica, Moral y Poesía.
- La Educación Tecnológica. Fue fundada para atender a los grandes grupos poblacionales en etapas pedagógicamente estructurada. La enseñanza industrial pretendía crear habilidades para el trabajo, aprovechando la materia prima de cada región.
- La Secundaria mexicana. Molde de la secundaria alemana y los postulados democráticos de la estadounidense, ajustada a las necesidades y aspiraciones populares de México.
- Instituto Nacional de Pedagogía. Propició el estudio del niño mexicano en sus aspectos Biológico Psicológico Psíquico y Pedagógico, para entenderlo mejor mediante la acción escolar.
- La Universidad autónoma. La autonomía de la universidad, habiendo sido suprimida en diferentes épocas por fin, el 26 de mayo de 1910 el presidente Porfirio Díaz promulga la ley Constitutiva de la Universidad Nacional de México. La revolución mexicana encuentra constituida a la Universidad en siete facultades y cinco escuelas con base de sustentación en la Escuela Nacional Preparatoria, para producir profesionales de corte intelectual individualista.

Bajo estas condiciones, nuestro país inicia una década en la que pasaron por la presidencia de la república el General Álvaro Obregón (1920 a 1924), Plutarco Elías Calles (1924 a 1928), Emilio Portes Gil (1928 a 1930), Pascual Ortiz Rubio (1930 a 1932), Abelardo Rodríguez (1932 a 1934). A partir de este último, iniciamos una estabilidad

política y se establecen periodos presidenciales de 6 años, iniciando con el General Lázaro Cárdenas del Río. Algunas características de las políticas presidenciales ante el Sistema Educativo mexicano y, principalmente ante la Educación Física, son las que a continuación pasamos a relatar:

4.1.1. General Lázaro Cárdenas del Río (1934-1940).

Creó el Instituto de Orientación Socialista, que coordinaría en una sola dirección la labor educativa en toda la República Mexicana y se encargaría de tareas como:

- Coordinación de la labor educativa desde el punto de vista técnico, bajo convenios con los gobiernos locales.
- Difusión de la orientación socialista entre el magisterio, juventud y proletariado
- Jornadas culturales de desalfabetización, combate a los vicios y cualquier forma de explotación humana.
- Asistencia social por medio de jardines de niños, casas para huérfanos y comedores infantiles.
- Enseñanza indígena y liquidación del analfabetismo aprovechando las capacidades de alumnos, profesores y particulares.
- Aumento de escuelas rurales, urbanas y semiurbanas, enseñanza técnico industrial, escuelas de arte, fundación de escuelas para adultos, nocturnas, regionales campesinas y centros agrícolas**,** adaptación de programas de estudios para educación secundaria.
- Reorganización de las escuelas normales rurales y la Escuela Nacional de Maestros.

Según González (1999, p. 128), el General Lázaro Cárdenas consideró que "*a través de la Educación Física se fortalecería a las nuevas generaciones, se les alejaría del vicio y se establecería la solidaridad; identificándola como asignatura complementaria en la formación de los estudiantes*", al no contar con avances importantes en esta área, los profesores debían ingeniárselas para conseguir información, manuales e instructivos para impartir sus clases.

En su segundo año de gobierno (1936), según Meneses (1996), menciona que, se funda la Escuela Magistral de Esgrima y Gimnasia, dónde se diseñó el primer mapa curricular, para la formación de los primeros profesores de Educación Física, sin embargo, estaba orientada sobre todo a la formación militar. Cerraremos esta época, reconociéndola como el movimiento político y social más importante de la época pos revolucionaria, en la que se contó con un presupuesto destinado a la educación del 12.6% del Producto Interno Bruto (PIB).

4.1.2. General Manuel Ávila Camacho (1940- 1946).

Al iniciarse el gobierno del presidente Manuel Ávila Camacho, se reestructuró la Secretaría de Educación Pública (SEP), para hacer posible la unificación de los sistemas de enseñanza y precisar las normas pedagógicas, entre otras razones. Como resultado de esta reestructuración, se creó la Dirección General de Educación Física (DGEF).

Esta administración inicia con fuertes presiones de la izquierda oficial y la lucha interna de los maestros, quienes estaban agrupados en dos sindicatos. Al crecer los conflictos entre maestros, se efectuó un congreso para buscar la unificación del magisterio. No es hasta el año de 1944 cuando se crea el Sindicato Nacional de Trabajadores de la Educación (SNTE), como el único organismo representativo de los profesores, hasta la fecha siendo el que rige al magisterio nacional.

En la misma obra Solana et al. (2002), afirma que durante esta administración se modifica el texto del Artículo 3º Constitucional, suprimiendo la orientación socialista, postulando nuevos principios como los de educación integral, científica, democrática, nacional, obligatoria y gratuita. El presupuesto destinado para la educación en este periodo fue del 10.2% del PIB.

4.1.3. Miguel Alemán Valdez (1946-1958).

Con un presupuesto del 8.3% del PIB, para la educación del país, inferior al del sexenio anterior, el presidente Alemán, dio énfasis a la industrialización del país, que ya había sido iniciada en el gobierno anterior, en su ideario político se destacaban 8 puntos:

- Fortalecimiento de la Escuela Rural en la que pretendía una instrucción eficaz, mejoramiento de las condiciones económicas e higiénicas y la creación de un espíritu cívico de los niños campesinos.
- Continuación de la campaña nacional de alfabetización.
- Construcción de escuelas, a falta de gran cantidad de centros de educación.
- Capacitación magisterial, aumentando el número de profesores con mayor calidad.
- Libros de texto al alcance de todos.
- Aumento del número de escuelas de enseñanza técnica, ya que resultaban necesarias para los propósitos de industrialización del país.
- Fortalecimiento de las escuelas de agricultura, ya que resultaban muy necesarios para el programa de desarrollo económico del campo, estimulando el desarrollo de las escuelas de educación superior del país.
- La creación del Instituto Nacional de Bellas Artes, para estimular la creación artística y ayudar a la difusión de las artes.

4.1.4. Adolfo Ruiz Cortinez (1958-1964).

Dio un gran impulso a la matrícula en las escuelas de educación secundaria, impulsó una educación de mayor calidad, modificando los planes y programas de estudio, se dio fuerte impulso a la educación tecnológica en todos sus niveles educativos, contó con un presupuesto para la educación en el país, bastante similar al anterior sexenio de 8.9% del PIB.

Incorporó a todos los sectores oficiales y privados para que valoraran la suprema importancia que tenía la tarea educativa para el bienestar y desarrollo del país. Los

referentes históricos señalan que, durante su sexenio, existió mucha congruencia en todas las acciones educativas.

Al revisar el Anuario Estadístico de la Asociación Nacional de Universidades e Institutos de Estudios Superiores (ANUIES) y de la Comisión Nacional del Deporte (CONADE), es sobresaliente que durante esta gestión no se creó ninguna escuela formadora de profesores en educación física en el país.

En las siguientes décadas siguieron gobernando al país presidentes con duración de seis años, y del mismo partido político, con algunos problemas sociales como el que sucedió a finales de la década de los sesenta, siendo presidente de la república el Licenciado Gustavo Díaz Ordaz, México se vio envueltos en otros eventos políticos estudiantiles, como el movimiento olímpico del 68, en el que los estudiantes tuvieron el intento de sabotear los Juegos Olímpicos de ese año. Para la década de los setenta, la vida política y educativa se ve alterada nuevamente con el conflicto de 1971, siendo presidente Luís Echeverría Álvarez, después de estos eventos se disfrutó de décadas de calma relativa y de estabilidad política y social.

Por la importancia de este trabajo, y su relación con la Educación, es necesario hacer una revisión de las instituciones formadoras de docentes, principalmente en Educación Física, que busca responder a las necesidades y reclamos de la sociedad, ha evolucionado significativamente con el paso de los años.

4.2. Evolución de las Escuelas Normales de Educación Física de México.

Actualmente, existen 60 instituciones formadoras de recursos humanos para atender programas en el ámbito de la actividad física y el deporte, de las cuales podemos mencionar a la Escuela Superior de Educación Física del Distrito Federal, como la principal institución que ha atendido las demandas de profesionales especializados en Educación Física. Poseen un modelo académico que fue implantado en la mayor parte de las escuelas normales de Educación Física del país desde 1984, hasta su total liquidación en julio del 2005, para permitir el inicio del nuevo plan de estudios Solana et al. (2002), que actualmente está vigente.

En la década de los setenta, se da un aumento de la matrícula de los estudios de Educación Física, lo cual es producto del aumento global de la demanda de educación normalista, presentada en todo el país, resultado de la creciente cantidad de egresados de nivel secundaria y del aumento de escuelas de educación básica.

Lamentablemente, el aumento de escuelas en esta década no estuvo acompañado de un estudio sistematizado, que garantizara una vinculación directa de la infraestructura escolar, reflejándose así un mayor peso en la cantidad y no en la calidad académica de las escuelas normales.

El incremento más significativo del número de escuelas se dio en la década de los ochenta, con la creación de 15 escuelas de Educación Física y en los noventa con 14 escuelas. No obstante, este incremento no fue fortuito. Se dio acompañado de una de las reformas más profundas en la historia de la Educación Física ya que por Decreto Presidencial, todos los estudios para la formación de docentes normalistas se transformaron en estudios de licenciatura, contando como antecedente académico los estudios

de bachillerato. Esto, aunado al reciente número de egresados de nivel bachillerato, contribuyó a la creación de más escuelas de nivel superior.

Tanto los antecedentes, como las razones para la creación de las escuelas de Educación Física, tienen un rasgo distintivo; su creación ha sido difícil, los obstáculos y problemáticas que se presentaron fueron y siguen siendo difíciles.

El plan de estudios se ha reestructurado en varias ocasiones. La modalidad de Licenciatura en Educación Física en México se decretó el 6 de septiembre de 1976, por el acuerdo número 11140. Bajo estos preceptos jurídicos surge la Licenciatura en Educación Física en el D. F. y a partir de 1984, en todo el país. Permaneció vigente 20 años, 1982 hasta 2002, año en que se modifica nuevamente, es el que está vigente actualmente en todas las Escuelas Normales de Licenciatura en Educación Física del país.

De acuerdo con las disposiciones de la Ley General de Educación y con el Programa para la Transformación y el Fortalecimiento Académicos de las Escuelas Normales del País, se implanta el nuevo plan de estudios 2002, que tiene vigencia en todos los planteles, tanto públicos como privados, que ofrecen la Licenciatura en Educación Física, su aplicación se inició en el ciclo escolar 2002-2003, con los estudiantes inscritos en el primer semestre en la modalidad escolarizada, viene avanzando de manera progresiva hasta alcanzar su aplicación total en el periodo 2005-2006.

El nuevo plan de estudios Solana et al. (2002), se pretende formar profesores que desempeñen su labor profesional en las escuelas de educación básica, atendiendo niños de preescolar, primaria y con adolescentes de educación secundaria.

Los profesores que se forman en las escuelas normales, obtienen el nivel académico de Licenciatura en Educación Física, se pretende que contribuyan con su labor docente desde el campo de la motricidad, al desarrollo de habilidades y formación con competencias de las futuras generaciones.

Según el programa oficial de Educación Física en Educación Básica de la SEP (2002), este nuevo plan de estudios plantea seis líneas de formación:

- La corporeidad como base del aprendizaje en Educación Física.
- La edificación de la competencia motriz.
- El juego motriz como medio didáctico de la educación.
- La diferenciación entre Educación Física y deporte.
- La orientación dinámica de la iniciación deportiva y
- La promoción y cuidado de la salud.

Las escuelas y facultades del país se ubican, en un 65%, en el Subsistema Normalista y un 35% en el Subsistema Universitario. El 77% pertenece al sector público y sólo un 23% al sector privado. La mayor parte de las escuelas y facultades que existen en el país cuentan con una matrícula menor a 199 alumnos (51%), una pequeña parte (22.4%) con una matrícula entre 200 y 399 alumnos y sólo un 26.5% mayor de 400 alumnos.

En el país se ofrecen diferentes modelos de estudios de licenciatura, divididos en las siguientes áreas:

- Educación Física 79%
- Deporte 11%
- Recreación 4%
- Perfiles más amplios 6%.

Asimismo, podemos afirmar que, según el Anuario Estadístico de la ANUIES (2003) y de la (CONADE) (Bertussi, 2005), el 14% de los estudios de postgrado que se ofrecen en el país, se ubican en el Subsistema de Escuelas Normales y el 16% en las Facultades del Subsistema Universitario.

4.2.1. Programas oficiales de Educación Física.

En el Plan de estudios de Licenciatura en Educación Física SEP (2002), la Educación Física que se imparte en las escuelas de educación básica en nuestro país, ha de contribuir a la formación integral de los niños y jóvenes, con el propósito fundamental, que el futuro docente de Educación Física, obtenga un conjunto de conocimientos, competencias, habilidades, actitudes y valores que le permitan servir con calidad a la sociedad que pertenece. Reconociendo la influencia del juego para el desarrollo de las actividades sociales, individuales, cognitivas, afectivas y motrices en los niños de educación básica, así como valorar los referentes teóricos-metodológicos del juego como medio y contenido de enseñanza en Educación Física. Solo de esta forma se puede alcanzar la misión de la Educación Física de preparar a futuros individuos con habilidades suficientes para la práctica de actividades físicas y hábitos saludables para adoptar estilos de vida con calidad. Por lo tanto, los futuros docentes de la educación física deberán tener el siguiente perfil de egreso:

- Habilidades intelectuales específicas: Muestra interés e iniciativa intelectual para continuar aprendiendo.
- Identidad profesional y ética: Identifica y retoma los elementos más importantes de la tradición educativa mexicana.
- Conocimiento de los contenidos de enseñanza: Posee la capacidad para vincular los contenidos y los medios de la educación física.
- Competencias didácticas: Selecciona los materiales de enseñanza y los recursos didácticos.
- Capacidad de percepción y respuesta a las condiciones sociales de sus alumnos y del entorno de la escuela: Asume y promueve el uso racional de los recursos naturales y la preservación del patrimonio cultural.

Sin embargo, en la actualidad existen problemas en todos los niveles principalmente en la educación básica siendo similar en el nivel medio superior. Existen múltiples formas y técnicas para estas actividades. Razón por lo que algunos enfoques alientan la especialización deportiva y las competencias en forma temprana, lo que limita el desarrollo multilateral de la capacidad psicomotora de los alumnos.

Debemos decir que, a lo largo de los últimos 50 años, la Educación Física en México, ha sido orientada utilizando distintos enfoques como el militar (1940), el deportivo (1960), el psicomotriz (1974), el orgánico funcional (1988) y el motriz de integración dinámica (1993), respondiendo cada uno de ellos a la intransigencia de su época. Aunque aún se encuentra en proceso y piloteo en diferentes entidades del país, el nuevo Programa de Educación Física, que pretende dar inicio en agosto del 2005. Es importante citar aquí, que el programa de Educación Física que actualmente se utiliza, para diseñar y aplicar la clase de Educación Física es una incongruencia, ya que el alumno esta recibiendo nuevos enfoques de la Educación Física, pero a la hora de la práctica, se basa en el viejo programa que esta vigente desde 1984.

Generalmente, la clase se organiza en tres momentos: la parte inicial en la que busca la adaptación fisiológica del organismo para un trabajo posterior, la parte medular en la que se atienden los contenidos principales del aprendizaje y la parte final en la que se regresa a los alumnos a la relajación. Se utilizan diversos recursos como charlas sobre el cuidado del cuerpo, la higiene, la salud, conservación del medio ambiente y la sociabilización de los alumnos.

En las sesiones de educación física se utilizan varios métodos didácticos como asignación de tareas, inductivo y deductivo, pero predomina el mando directo como estilo de enseñanza de los profesores.

Reconociendo que los profesores han tenido porcas o escasas ofertas de actualización en aspectos teóricos que, contribuyan a mejorar su desempeño docente y estrategias didácticas, emplean como medios las actividades recreativas, deportivas, juegos deportivos escolares, generalmente, limitados a los deportes básicos como: atletismo, básquetbol, fútbol y voleibol, careciendo los alumnos de una formación polideportiva más amplia.

Otro problema es que entre los profesores de Educación Física y los de otras especialidades, es la escasa comunicación de carácter pedagógico. Considerando que los avances que la Educación Física ha tenido en el mundo son de gran importancia. Ha experimentado cambios muy importantes en su enfoque y conceptualización, las autoridades educativas de nuestro país están generando nuevas propuestas para cambiar la práctica docente y las formas de trabajo que puedan satisfacer las necesidades de los estudiantes, promoviendo una nueva visión de la actividad física.

Con los referentes anteriores, entendemos que la Educación Física se suma al proceso de transformación que se lleva a cabo en la Educación Básica, con otras licenciaturas como la de Educación Preescolar, Educación Primaria y Educación Secundaria, recordando que estas reformas son recientes y no se puede esperar cambios inmediatos

Según Meneses (1996), para tener un sistema educativo eficiente, se ha de tener un presupuesto destinado a las tareas educativas, presupuesto que los gobiernos de los diferentes periodos han asignado con base al (PIB).

A finales del siglo XX, la situación no ha cambiado mucho, por el contrario, según el Programa Nacional de Educación (2001-2006), se ha destinado menor presupuesto, como se observa en los siguientes datos con los tres últimos presidentes.

- Carlos Salinas de Gortari (1988/1994), el 5.7% del PIB.
- Ernesto Sendillo Ponce de León (1994/2000), 3.56% del PIB (quien fue Secretario de Educación, antes de llegar a la presidencia).
- Vicente Fox Quezada (2000-2006), pretende que sea del 8% para finales del 2006.

Con estos porcentajes destinados a la Educación Publica, las posibilidades de hacer ciencia e investigación son pocas, pero se reduce significativamente, cuando se intenta a partir de la Educación Física. En el Anuario Educativo Mexicano, según Bertussi (2005), reporta que, en el año 2003 se registraron 203 tesis del nivel de licenciatura en educación primaria, 42 tesis de maestría, 10 tesis doctorales y 12 tesis de especialidades, todas relacionadas con tópicos de procesos educativos. Es sobresaliente que la escuela de Superior de Educación Física (ESEF) del D. F. tiene registradas, en este año (2003), 37 tesis del nivel de licenciatura y ninguna de nivel de postgrado. De las otras Instituciones formadoras de docentes de Educación Física, no se tiene ninguna información.

4.3. La Educación Física y su evolución en el estado de Chiapas.

A nivel local (estado de Chiapas), según Valenzuela (1988), Chiapas es un estado de grandes contrastes sociales y regionales, pero con grandes riquezas naturales. Sin embargo, la educación se ve afectada por los núcleos diversos poblacionales indígena, dispersión de población rural, y el ensanchamiento de los flujos migratorios internacionales, que aceleran el flujo de la población hacia las áreas urbanas, complica significativamente el proceso de consolidación de la educación.

Aun cuando los gobernadores han publicado leyes con el objeto de desarrollar la educación, cultura, recreación y deporte, finalmente fracasan, por la falta de planeación, seguimiento y agregando la responsabilidad de los servidores públicos.

En el sistema educativo en Chiapas se considera que la educación primaria comprende entre los 6 y los 14 años, de los cuadros básicos de docentes es la responsabilidad y de la propia secretaria, a través de las Escuelas Normales formadoras de docentes que para tal fin existen. Según Hernández Grajales (2004), el normalismo en Chiapas son instituciones paradigmáticas del sistema Educativo del Estado mexicano.

Independientemente de la globalización, el sistema educativo chiapaneco, ha mantenido una presencia rural en todas las comunidades de la zona norte, selva, centro y costa del estado. Después de la revolución mexicana, en la que tuvo poca participación, por la lejanía del centro del país, pero que también fue afectado por dicho movimiento, la educación física post revolucionaria casi no existía, teniendo la necesidad de utilizar a: militares, maestros de grupo, conserjes, deportistas no siempre buenos y otros, para que fungieran como profesores de Educación Física. Los militares por la idea de que ellos tenían aptitud física y disciplina suficiente para despertar en los niños el desea de realizar actividades físicas. Esta práctica era común y hasta nuestros días todavía existen exmilitares que fungen como tal, no solamente en las escuelas del sistema estatal si no también en el privado. Los maestros de grupo eran los más utilizados, era común que éstos utilizaran algo de su tiempo de clase para impartir activida-

des, que normalmente eran del deporte que él o ella preferían. Los conserjes fueron utilizados algunas veces por jugaba algún deporte, por cambio de actividad por algún padecimiento, por mejorar económicamente ya que pasar de empleado de servicio a ser docente representaba mejoras económicas y las autoridades educativas los habilitaban como profesores de Educación Física. Otro grupo de individuos en los que por mucho tiempo estuvo la clase de Educación Física, fueron los deportistas, siendo más grave que llegaron a tener puestos públicos sin ser profesionales de la Educación Física, solamente el antecedente de haber sido jugadores de algún deporte y muchas veces ni siquiera deportistas sobresalientes. Estas figuras impartieron las clases de Educación Física por décadas hasta llegar a los finales de los setenta, cuando algunos maestros egresados de la Escuela Nacional de Educación Física del Distrito Federal (D.F.), empezaron a llegar al estado y a Tapachula, encontrándose con un campo ocupado por muchos que no tenían nada que ver con la Educación Física. Afortunadamente las nuevas generaciones cuentan con verdaderos profesionales de la Educación Física egresados de escuelas normales. Son instituciones formadoras de docentes para la atención de la población escolar. Existiendo, hasta la fecha, 14 normales, 12 para educación primaria y preescolar y 2 escuelas normales de Educación Física, una en Tuxtla Gutiérrez fundada en l978 y otra en Tapachula fundada en 1981.

Esta breve reseña histórica, sirve para reflexionar y analizar a la Educación Física, sobre el impacto social en la generación de cambios y estilos de vida, hábitos saludables, así como la práctica de actividades físico-deportivas en la población atendida.

Con este panorama, se pueden entender las condiciones sociales, culturales y económicas que vivió la población objeto de estudio. Considerando que los más viejos nacieron en la primera década (1908) y los más jóvenes nacieron a finales de la primera mitad del siglo (1944), que fueron a la escuela primaria probablemente, entre los 8 y 18 años de edad (periodo del conflicto armado) y con un sistema educativo con carencias de todo tipo.

En este contexto, en nuestro estudio se plantea la necesidad de analizar los aspectos importantes como: conocer si la población mayor de 60 años del municipio de Tapachula, tuvo clase de Educación Física, quién la impartió, nivel de interés por la actividad físico-deportiva, así como las relaciones entre estos aspectos y la evolución del comportamiento en cada una de las etapas de la vida (etapa de dependencia familiar, etapa de independencia familiar y etapa de adulto mayor de 60 años) y las relaciones entre variables sociodemográficas: (edad, sexo, estado civil, situación laboral), de igual manera el interés por la actividad físico-deportiva.

4.4. Análisis y discusión de los resultados.

4.4.1. La clase de Educación Física.

La evolución de la docencia de la Educación Física, es bastante similar en todos los países del mundo. Se ha luchado contra la discriminación en el trato a la asignatura, falta de un perfil de identificación de los docentes, incluyendo la poca remuneración económica por el trabajo, tal y como menciona Pastor Pradillo (2004). Sin embargo, el esfuerzo de muchos ha servido para ocupar un lugar dentro del contexto educativo y

con muchos esfuerzos se ha entendido que, para alcanzar los objetivos de la clase de Educación física, requiere que el docente posea conocimientos y dominio de contenidos y conceptos, con un conocimiento de su entorno y medio ambiente respetando la diversidad de usos y costumbres de la población atendida, para poder integrar a los jóvenes a la las actividades físico-deportivas y uso del tiempo libre, como lo afirman López y Moreno (2000). Explican que la integridad, variabilidad y diversidad son categorías diferentes pero que han de darse como una unidad en el proceso educativo, para conseguir una mayor contribución de la Educación Física en el desarrollo global de la personalidad. Es necesario utilizar las actividades físico-deportivas centradas, no en el movimiento, sino en la persona, en el sujeto que, a partir de sus posibilidades, se comprometa con las actividades físico-deportivas buscando que desarrolle, además, relaciones de convivencia y valores con sus semejantes.

El docente responsable requiere de una formación profesional sólida para evitar modelos tradicionales. Por esta razón, es necesario abordar la Educación Física a partir de un enfoque intencionado para desarrollar individuos con competencias motrices que la sociedad reclama. Para conseguir este objetivo la preparación del docente juega un papel importante, preocupación que comparten Ruiz Juan y García Montes (2000). Aun cuando se han hecho muchos intentos por tener una formación inicial más congruente con las necesidades de la sociedad, queda mucho por hacer y la participación de otros actores de la sociedad, como son los responsables de definir objetivos, currículum y modalidades pedagógicas en la formación de docentes, es muy necesaria y decisiva. Por lo tanto, como indican López y Moreno (2000), la Educación Física aporta un papel importante en la formación del alumnado en primaria. El profesional de la Educación Física educa con el movimiento y para el movimiento intentando inculcar actitudes y hábitos que permanezcan hasta la edad adulta.

En el mismo contexto, dando la verdadera dimensión que la Educación Física representa para la juventud, Ruiz Juan et al. (2005a) afirman que la Educación Física escolar juega un papel decisivo en el desarrollo de la juventud en futuras participaciones en actividades físico-deportivas y del tiempo libre, ya que la escuela es un ambiente favorable por el hecho que los jóvenes pasan en ella un de mínimo 10 años y tienen la posibilidad de adquirir hábitos físicos saludables. Otros investigadores como Paige (2003), Secretario de Educación de EE.UU., en su discurso en la 3ª reunión ministerial Iberoamericana de Educación en la Ciudad de México (D.F.) expresó que los profesores deben conocer con mayor profundidad los temas que imparten, que el profesor de Educación Física no debiera estar enseñando historia, a menos que conozca el contenido. Estos conceptos también son aplicables a otros maestros ya que muchos docentes están impartiendo clases sobre temas para lo cual no están cualificados.

El papel de la Educación Física en la formación de la juventud de las nuevas sociedades está plenamente analizado y aceptado, no solo en el desarrollo físico y psicológico, si no en su desarrollo integral dentro de una sociedad donde comparte valores y respeto por los demás y su entorno en la convivencia humana.

Por otro lado, la Educación Física trastoca importantemente la segregación de sexos tema que, en los últimos tiempos, ha tenido relevancia y que a lo largo del debate

histórico, ha generado la conveniencia humana. La igualdad entre el hombre y la mujer se ha abordado en diferentes momentos de la historia del hombre, paradójicamente, sigue siendo tema de discusión y análisis en todos los puntos de vista social, psicológico, biológico, laboral y educativo, como lo expone Navarrete y Navarrete (2002). La escuela coeducativa no implica solamente educar conjuntamente a niños y niñas, sino que se debe procurar que ambos tengan igualdad de condiciones en su desarrollo. Sin embargo, es frecuente escuchar expresiones marcando la diferencia entre ambos sexos como los niños no lloran, las niñas no deben hablar así. En la escuela se ponen ejemplos de oraciones como: papá fuma la pipa mientras lee el periódico, mamá cocina, el niño juega, la niña pone la mesa,…

En la Educación Física también ha sido tema de discusión. Se está intentado que la Educación Física se imparta en igualdad de oportunidades para ambos sexos. Tomando en cuenta lo que dice Subirats (1994), no está demostrado que estas diferencias biológicas, para las cuales se utiliza el término «sexo», impliquen por sí mismas capacidades, aptitudes o actitudes diferentes entre los individuos, lo que confiere capacidades, comportamientos o personalidades distintas es el género. Es indiscutible que, desde el punto de vista biológico, hay diferencias entre hombres y mujeres en relación a sus órganos genitales y a su función en la reproducción humana, pero el trato y la participación en clase de Educación Física debe ser sin distinción de sexo, que los alumnos y las alumnas deben tener las mismas oportunidades de desarrollar sus habilidades y disfrutar de la actividad física, tal como lo expresan Ruiz Juan et al. (2005a).

Actualmente, se considera que la conducta hacia la práctica de actividades físico-deportivas es un fenómeno complejo (Cantón 2001) en el que interviene la voluntad, motivos y actitudes del sujeto, de ahí la importancia de analizar correlatos que intervienen en el interés y hábitos por la práctica actividad física, en general, y en esta población objeto de estudio en particular.

Estudios realizados, como el de Masachs et al. (1994), demuestran que los individuos con actitudes positivas hacia práctica físico-deportiva, generalmente, exhiben comportamientos de ejecución más intensos y más frecuentes, que las personas que tienen menos actitudes positivas hacia el ejercicio. Si partimos de las conclusiones que enuncian estos autores, los motivos se mantienen o modifican en la medida que se lleva un tiempo practicando actividades físico-deportivas. Resultará interesante observar cómo van evolucionando los intereses hacia la actividad deportiva a lo largo de las distintas edades, por su incuestionable influencia sobre el nivel de práctica deportiva en la edad adulta.

Tendencia que ha sido corroborada en otras investigaciones, como en las realizadas por Taylor et al. (1994), donde se constataba la influencia de las experiencias relacionadas con la participación en actividades físicas durante la niñez y la adolescencia y el nivel de actividad física de los adultos. En las presentadas por Piéron et al. (1999) se confirma la existencia de una correlación positiva significativa entre la actividad física durante la niñez y la adolescencia, destacando que la inactividad física muestra una mejor posibilidad de predicción que la propia actividad. Estos autores afirman que para que la participación en una actividad física regular durante la adolescencia se con-

tinúe durante la madurez, debe estar basada en una motivación intrínseca fuerte. Siendo la diversión y el placer, la competencia percibida y la orientación hacia la tarea, esenciales en los motivos de práctica físico-deportiva.

García Ferrando (1990, p. 70) indica que el interés es un rasgo actitudinal hacia el deporte, es una decisión que parte de un proceso fundamentado, la libre elección del individuo. "S*i se elige o no practicar una actividad deportiva, del mismo modo se eligen libremente otras actividades de tiempo libre, cabe suponer entonces que los que elijan practicar un deporte tiene que sentir un cierto grado de interés por esta actividad"*. Esto justifica la importancia de analizar el interés que refiere la población de este municipio por la práctica de actividades físico-deportivas, ya que se presupone que el nivel de práctica será mayor en función del interés que se tenga por la misma, tal y como lo corroboran diferentes investigaciones que se han realizado al respecto y de las que vamos a referir algunas de ellas a continuación.

Según Monteiro et al. (2003), en la actualidad, se puede afirmar que existe un elevado interés hacia la práctica físico-deportiva en la mayoría de los países del mundo, siendo la actividad humana preferida por las masas. Este interés se hace evidente a través de numerosos estudios (Corcuera y Villate, 1992; García Montes, 1996; García Montes, 2001; Reyes y Garcés de los Fayos, 1999; Hernández Rodríguez, 2001; Ruiz Juan, 2001; García Ferrando, 1997 y 2001; Monteiro et al., 2003 y Otero, 2004), en todos ellos se confirma que gran parte de la población encuestada manifiesta estar interesada por la práctica de las actividades físico-deportivas.

Concretamente, en la población española, los estudios longitudinales de tendencias realizados por García Ferrando desde 1975 a 2005 (2005), indican que, por los cambios producidos a partir de las transformaciones socioeconómicas de los últimos veinticinco años, se ha incrementado su interés de manera sistemática hasta 1995 donde se comienza a producir ciento descensos (tabla 1). No obstante, en la actualidad el 65% de la población española muestra un alto interés por la práctica físico-deportiva. Valores superiores a los que muestran investigaciones realizadas en otros lugares de España, tales como Andalucía (Otero, 2004) y Almería (Ruiz Juan y García Montes, 2005).

Tabla 1. Evolución del interés de los españoles por el deporte 2005-1975 (15 a 64 años)

	2005	2000	1995	1990	1985	1980	1975
Mucho	19	18	22	23	20	15	18
Bastante	46	44	41	42	39	33	32
Poco	26	26	25	23	25	27	22
Nada	10	13	12	11	15	22	28

En relación al sexo, el 75% de los varones se manifiestan interesados por el deporte frente a un 56% de las mujeres (García Ferrando, 2001). Una situación bastante parecida es obtenida en la población cubana por Ruiz Juan et al. (2005b) ya que se advierte que, de forma general, los varones (55.8%) ostentan un mayor interés por la práctica físico–deportiva que las mujeres (42.5%). En otra investigación realizada en la po-

blación almeriense, Gómez López (2005) reporta que el interés del alumnado almeriense varón (76.5%) de ESPO es superior al de las mujeres (50.2%), al igual que sucede con los estudiantes universitarios de primer ciclo dónde los varones presentan un alto interés del 65.5%, mientras que las mujeres es del 62.2%. Sin embargo, en el segundo ciclo los valores del interés se invierten, los porcentajes de mujeres que dicen tener un alto interés es del 60.8%, mientras que los varones desciende al 55.1%.

Los varones manifiestan estar más interesados por la práctica físico-deportiva que las mujeres, como lo confirma García Montes (2001) al analizar el interés de las mujeres granadinas hacia la práctica deportiva. Dicho estudio es coincidente con el Informe de la Juventud en España (2000), en el cual se afirma que los varones prefieren las actividades deportivas entre las actividades que más les gusta realizar fuera de casa. Por el contrario, las actividades deportivas no aparecen tan siquiera, entre las elegidas por las chicas.

Otro dato relevante, lo constituye el hecho de que el interés por la práctica de actividad físico-deportiva se incrementa en relación con el nivel de estudios y disminuye con la edad. Concretamente, en un estudio realizado con la población cubana (Ruiz Juan et al. 2005b), se muestra que los mayores de 65 años que dicen tener un alto interés por la práctica de actividad físico deportiva de esta población es tan sólo del 35.5%. Por tanto, la edad es otro factor que se encuentra vinculado con el interés por la práctica físico-deportiva, siendo esta una relación inversa. Esto parece confirmarlo los estudios de García Ferrando (1997, 2001), García Montes et al. (1996), García Montes (2001), Ruiz Juan (2001), Monteiro et al. (2003), Otero (2004) y Ruiz Juan y García Montes (2005).

En este apartado pretendemos conocer si la población adulto mayor de 60 años del municipio de Tapachula recibió clase de Educación Física como asignatura obligatoria en la escuela y quién se la impartió, así como constatar el grado de interés que afirman poseer por la práctica de actividad físico-deportiva en el tiempo libre, determinando la existencia o no de relación con variables sociodemográficas y las clases de Educación Física recibida. Veamos los resultados que se han obtenido en esta investigación.

4.4.1.1. La clase de Educación Física recibida.

Para atender este cuestionamiento se preguntó que, si cuando estudió la primaria, tuvo clase de Educación Física. En relación a esta pregunta, los datos muestran que un poco más del veinte por ciento (23.6%) recibió la clase de Educación Física y más de las tres cuartas partes de la población (76.4%) no la recibió (tabla 4.1). Según estos datos y teniendo presente lo que hemos reseñado anteriormente, es más que probable que estemos ante una población con bajo nivel de práctica de actividad físico-deportiva en su tiempo libre, como trataremos de verificar con posterioridad.

Tomando en cuenta que la población objeto de estudio tiene entre 60 y 96 años y que asistieron al colegio a partir de los seis años, estos datos nos sitúan a esta población del municipio de Tapachula asistiendo a clase de primaria entre 1914 y 1950. El sistema educativo mexicano, como hemos visto, pasaba por momentos difíciles con

problemas políticos y sociales además de organización, como consecuencia, la Educación Física también se veía afectada por los mismos problemas, coincidiendo con lo expuesto por Pastor Pradillo (2004) cuando refiere que, en la historia de la evolución de la Educación Física, se ha luchado contra muchas adversidades. En nuestro caso, un conflicto armado que ha originado una baja escolarización, que haya recibido Educación Física en las escuelas mexicanas un porcentaje muy bajo de la población y que, además, ésta haya sido impartida por personas sin la formación necesaria, con los efectos que esto ha podido originar sobre esta población y que se intentarán descubrir a lo largo de este trabajo de investigación.

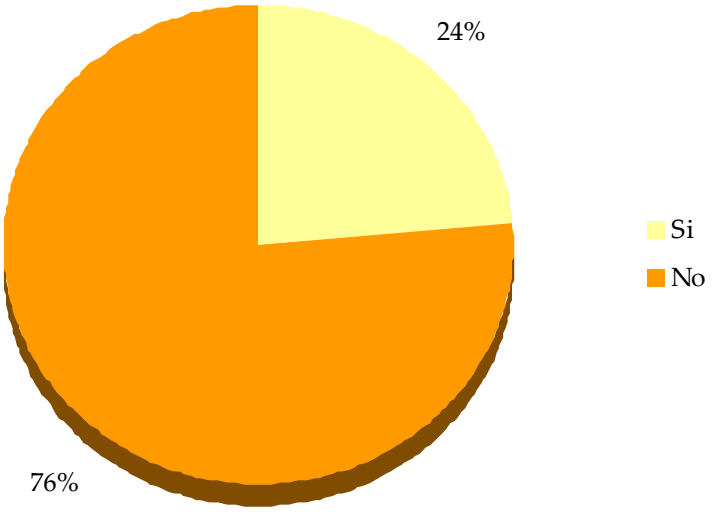

Figura 4.1.- Clases de Educación Física recibida por la población de Tapachula mayor de 60 años.

4.4.1.1.1. La clase de Educación Física recibida, según el sexo.

El tratamiento estadístico señala que fueron más los varones (28.8%) que recibieron la clase que las mujeres (18.6%), con una diferencia significativa de más diez puntos porcentual (tabla 4.2). Es decir, tradicionalmente, las actividades físicas han sido más comunes para los varones que para las mujeres, situación que sigue prevaleciendo hasta nuestros días en nuestro país.

Esta situación está relacionada con lo expuesto por Navarrete y Navarrete (2002), donde la misma sociedad hace diferencias de sexos, los padres y los maestros establecen diferente forma de expresarse cuando se dirigen a la mujer. Históricamente los hombres y las mujeres han tenido papeles muy diferenciados, sin embargo, como expresa Subirats (1994), los hombres y mujeres son capaces de hacer lo mismo, pero en la medida de sus capacidades, es decir, las posibilidades deben ser iguales para ambos. Por lo tanto, en la clase de Educación Física, las mujeres también tienen el derecho de disfrutar la práctica de actividades físicas, como lo exponen Ruiz Juan et al. (2005a). Sin embargo, se sigue con la tendencia de separar a varones y mujeres, brindarles mayores oportunidades a los varones en la participación en la clase de Educación Física.

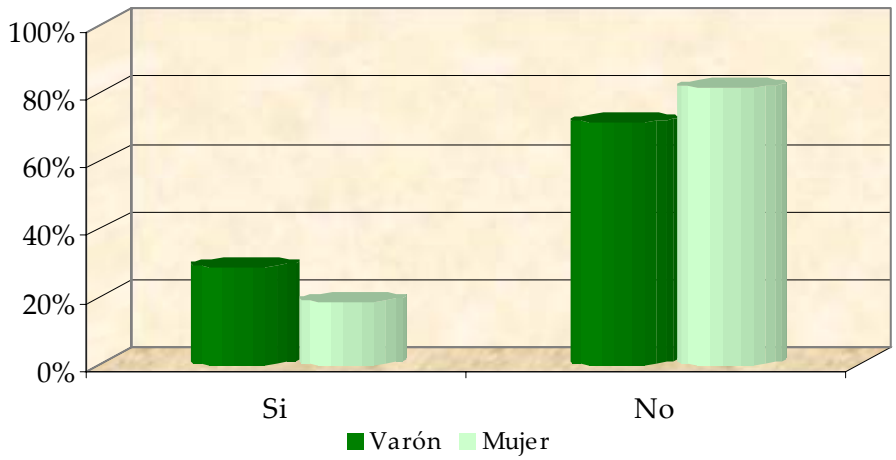

Figura 4.2.- Clases de Educación Física recibida por la población de Tapachula mayor de 60 años por sexo.

4.4.1.1.2. La clase de Educaron Física, según grupo de edad.

Se investigó, además, si la clase de Educación Física fue recibida por igual en todos los grupos de edad de la población estudiada. Los datos muestran que no existen diferencias significativas con respecto a esta variable, lo que nos indica que la clase de Educación Física fue recibida de manera similar en cada uno de los grupos de edad analizados (tabla 4.3). Es decir, el sistema educativo mexicano, en particular la Educación Física, se mantuvo sin cambios sustanciales durante la primera mitad del siglo XX en México y en Tapachula, manteniéndose esta situación al menos durante cincuenta años.

4.4.1.2. Quién impartió la clase de Educación Física.

Nos planteamos la necesidad de conocer quién le impartió la clase de Educación Física, haciendo la pregunta sólo a los que recibieron la clase, es decir, al 23.6% de la población. Destaca, de manera bastante importante y relevante que el profesor de Educación Física sólo atendió al 36.4% de esta población. Por tanto, casi las dos terceras partes (63.6%) fueron atendidas por personas ajenas a la Educación Física (maestro de grupo 45.2%, persona ajena a la escuela 8.4%, el conserje 2.9%) o la realizaban solos (6.7%) (tabla 4.4).

Si analizáramos estos resultados en valores absolutos, encontramos que sólo el 8.4% de la población mayor de 60 años de Tapachula, recibió la clase de Educación Física de un maestro especializado en la materia. Además, como se ha visto en los antecedentes, los profesores de Educación física tenían poca y deficiente formación inicial, siendo el impacto en las clases de Educación Física casi nulo en esta generación y la posibilidad que incidiera positivamente en la formación de unos buenos hábitos por la práctica de actividad físico-deportiva.

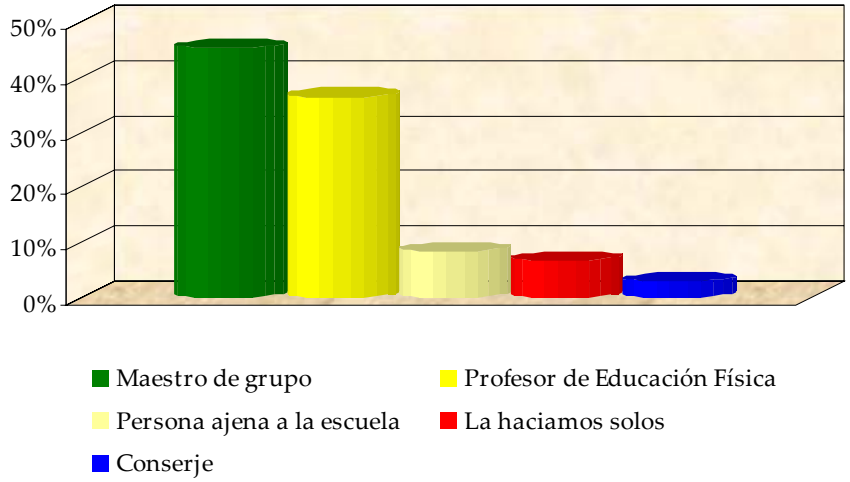

Figura 4.3.- Quién le impartió la clase de Educación Física a la población de Tapachula mayor de 60 años.

4.4.1.2.1. Quién impartió la clase de Educación Física, según edad y sexo.

En relación a estas variables, los datos muestran que no existen diferencias significativas según el sexo y los diferentes grupos de edad, los porcentajes se encuentran en torno al promedio general (tablas 4.5 y 4.6). Podemos decir la clase de Educación Física fue recibida de manera similar por ambos sexos y que durante más de 50 años se mantuvo la misma estructura en el sistema educativo mexicano con respecto a la Educación Física.

Estos resultados vienen a relacionarse con lo declarado por Paige (2003), cuando indicó que los educadores físicos deben conocer con profundidad los objetivos y contendidos de la clase y no se debe permitir que otros profesores de otras materias impartan esta clase. Sin embargo, esta práctica era muy común en esta población por el contexto social en que tuvieron que vivir, como lo demuestran los datos de nuestro estudio.

4.4.2. El interés por la actividad físico-deportiva.

Se les preguntó sobre el interés por la actividad físico-deportiva, solo a quienes recibieron clase de Educación Física. Se establecieron cuatro categorías, mucho, bastante, poco y nada. Para facilitar el análisis estadístico, estas categorías fueron recodificadas y quedaron agrupadas en dos categorías: alto y bajo interés.

Los datos registran que, en la etapa de dependencia familiar, cerca de las tres cuartas partes (66.4%) manifiestan tener un alto interés, pero éste desciende hasta casi a una quinta parte (21.8%) al llegar a la etapa de adulto mayor. Al contrario de lo que sucede con el bajo interés, de un poco más de la tercera parte (33.6%) en la primera etapa, llega a ser superior a las tres cuartas partes de la población (78.2%) en la etapa de adulto mayor (tabla 4.7).

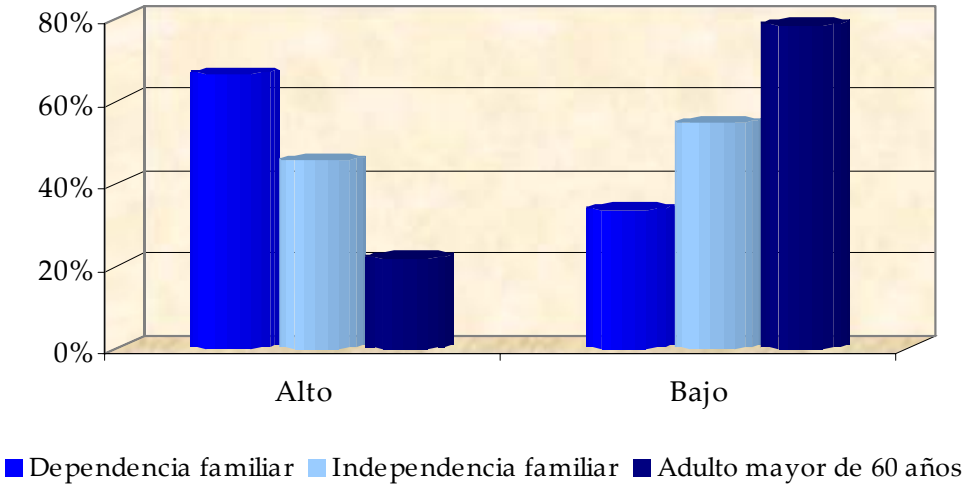

Figura 4.4.- Interés por la actividad físico-deportiva de la población de Tapachula mayor de 60 años en la etapa de dependencia familiar, independencia familiar y en la etapa de adulto mayor de 60 años.

Si comparamos estos resultados con los que presentan Ruiz Juan et al. (2005b), observamos que mantienen la misma tendencia, ya que a medida que la edad aumenta se produce un descenso del interés hacia la práctica de actividad físico-deportiva, aunque entre la población cubana existe un mayor interés al ser este del 35% en la población mayor de 65 años.

Por otro lado, el alto interés mostrado en la primera etapa de la vida, se relaciona con el interés por las actividades físicas en la juventud, etapa que coincide con la etapa de dependencia familiar de nuestro estudio. Nuestros resultados vienen a coincidir con los encontrados por García Ferrando (1990, 1997 y 2001), Cantón (2001), Ruiz Juan (2001), García Montes (2001), Monteiro et al. (2003) y Otero (2004), pero hay que tener presente que se produce un descenso del porcentaje obtenido en nuestra población con respecto al resto de las analizadas, lo que viene a indicarnos que la población objeto de estudio presentará peores hábitos de práctica físico-deportiva.

El descenso de interés en las otras etapas se debe, probablemente, a que aparecen otras alternativas del uso del tiempo libre, se presentan otras necesidades que limita la práctica de actividades físicas o porque faltan ofertas de actividades físicas adecuadas a las necesidades e intereses de los sujetos.

Esta disminución del interés por la práctica de actividad físico-deportiva que presenta esta población puede también puede ser indicativa, entre otras causas, a la posible influencia que el educador físico puede originar en la educación de los sujetos y en la adquisición de hábitos físicos-deportivos en etapas tempranas. Pero si la clase de Ecuación Física la recibieron de personas ajenas que poco o nada entendían de la Educación Física, no fue posible generar en esta población el hábito de la práctica de actividades físico-deportivas, siendo muy importante mencionar que durante mucho tiempo esta situación prevaleciera en esta población.

Es muy importante no perder de vista que estamos analizando, en este apartado, el interés que manifiesta tener solamente la población que ha recibido clase de Educación Física. Por ello, debemos estar ante el sector poblacional que más interés debe tener por la actividad físico-deportiva en el tiempo libre. Si los datos son, en general, más bajos que los obtenidos en otras investigaciones, la situación es doblemente alarmante. Por un lado, porque estamos ante quienes han ido a la escuela y se han podido ver bajo su influencia, es decir, que en el resto de población el interés, seguramente, será menor. Por otro, porque al ser inferior que en otras investigaciones, tenemos ante nosotros una población con un bajo interés ante la práctica físico-deportiva de tiempo libre que está en grave riesgo de salud ya que, potencialmente, serán poco activos y esto, como hemos indicado, originará tener una salud bastante deficitaria.

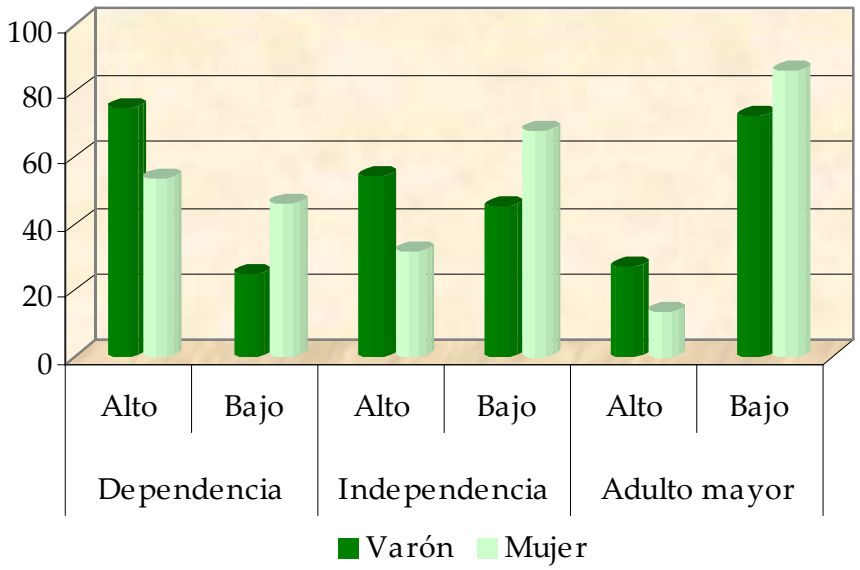

Figura 4.5.- Interés por la actividad físico-deportiva de la población de Tapachula mayor de 60 años en la etapa de dependencia familiar, independencia familiar y en la etapa de adulto mayor de 60 años, por sexo.

4.4.2.1. El interés por la actividad físico-deportiva, según el sexo.

Se observa claramente que, el alto interés que muestran los varones (75%), es superior al que muestran las mujeres (53.6%), con más de veintiún puntos porcentuales en las primeras dos etapas y en más trece puntos en la tercera etapa. Por el contrario, el bajo interés se incrementa en ambos sexos de una etapa a otra (25%, 45.5%, 72.7% en varones y 46.4%, 68%, 86.5% en mujeres), llegando a ser superior en las mujeres en más de trece puntos porcentuales en la tercera etapa. Observamos que el interés por la práctica de actividades físico-deportivas, está marcado por un dominio de los varones sobre las mujeres, en cada una de las etapas (tabla 4.8).

En las investigaciones referenciadas anteriormente de García Ferrando (2001), Ruiz Juan et al. (2005b) y Gómez López (2005) también encontramos esta misma situación, de tal forma que se mantiene la tendencia de que en los varones el interés por la práctica de actividad físico-deportiva de tiempo libre es superior al de las mujeres.

Además, en la población objeto de estudio, encontramos porcentajes similares al de otras poblaciones analizadas.

4.4.2.2. El interés por la actividad físico-deportiva, según la edad.

Se analizó la edad, para establecer la relación del interés por la actividad físico-deportiva. Se observa que el interés es bastante similar en los seis grupos y en cada una de las etapas. Los datos indican que no existen diferencias significativas, los porcentajes son similares al promedio general (tabla 4.9). Es decir, que todos los adultos mayores de 60 años del municipio de Tapachula manifiestan tener, en la actualidad, el mismo interés por la práctica de actividad físico-deportiva de tiempo libre y que esta situación ha sido estable a lo largo de toda su vida, es decir, en tanto en la etapa de dependencia familiar como de independencia familiar.

4.4.2.3. El interés por la actividad físico-deportiva, según quién le impartió la clase de Educación Física.

Los datos indican que no existen diferencias significativas (tabla 4.10), observamos que los porcentajes son similares al promedio general en el alto y bajo interés y en cada una de las tres etapas. Es decir, que no influyó la persona que le impartió la clase de Educación Física a este grupo poblacional en el interés sobre la actividad físico-deportiva de tiempo libre.

Como se ha comentado anteriormente, esta población fue a la escuela primaria cuando había muchos problemas en el país lo que se tradujo, entre otras cuestiones, en que la Educación Física era impartida por cualquiera y que los pocos profesionales que había en el momento carecían de la formación inicial necesaria, con la consecuencia tan negativa que ha tenido sobre la población objeto de este estudio. Tal y como vienen a corroborar Ruiz Juan y García Montes (2000) cuando exponen que la formación inicial de los maestros es determinante para el desarrollo profesional y que de ella dependerá la práctica profesional del profesor de Educación Física.

En México se han hecho cambios sensibles, renovaciones de planes y programas, nuevas reformas educativas, reestructuraciones metodológicas, todo con la intención de profesionalizar y actualizar al futuro docente, de acuerdo a las necesidades que la sociedad reclama, pero falta mucho por hacer.

4.5. Conclusiones.

- Menos de una cuarta parte de la población, manifiesta haber recibido clase de Educación Física, podemos intuir que nos encontramos ante una población con alto sedentarismo y poca práctica de actividades físico-deportivas en su tiempo libre.
- La clase de Educación Física la recibieron los varones más que las mujeres, tendencia que es similar a la de otros países, lo que se traduce en que sean los varones los que más practican actividades físico-deportivas, siguiendo un modelo básicamente masculino.
- Los seis grupos poblacionales refieren haber recibido la clase de Educación Física bajo las mismas condiciones, es decir, que durante casi 50 años, la primera

mitad del siglo XX, se ha mantenido estable la estructura del sistema educativo mexicano sin prestarle apenas atención alguna a la Educación Física.

- La clase de Educación Física fue impartida sin darle casi importancia toda vez que se permitió que personas ajenas a la Educación Física la impartieran. Fue una época en la que no había profesores de Educación Física con formación inicial en la materia. Esta carencia permitió que las autoridades educativas improvisaran docentes para que atendieran a la población escolar sin programa, sin objetivos, con escasos conocimientos de los principios metodológicos y, probablemente también, con escasos conocimientos del crecimiento, desarrollo y maduración de los niños.
- El alto interés que refieren tener por las prácticas de actividades físico-deportivas, se ubica en los primeros años de la vida, no obstante, tiene la tendencia a disminuir en la medida que la edad se incrementa.
- El interés por la práctica de actividades físicas es mayor en los varones más que en las mujeres. Sin embargo, es similar entre los seis grupos de edad, es decir, se mantiene estable en la etapa de adulto mayor de 60 años y en todas las etapas de la vida.
- En esta población no podemos afirmar que la clase de Educación Física sea un determinante para generar interés y hábitos por la práctica de actividades físico-deportivas. Es decir, que no ha influido la persona que le impartió la clase de Educación Física en el interés sobre la actividad físico-deportiva, por tanto, la labor del profesor de Educación Física es bastante cuestionable en este momento de la historia de México.

4.6. Bibliografía.

Bertussi, G. T. (2005). *Anuario educativo mexicano visión retrospectiva*. México: UPN. Porrúa.

Cantón, E. (2001). Motivación en la actividad física y deportiva. *Revista Española de Motivación y Emoción*, *2*, 31-36.

Corcuera, E. y Villate, R. (1992). *Actitudes ante el deporte en Vitoria-Gasteiz. Estudio cualitativo*. Vitoria-Gasteiz: Neurriak.

García Ferrando, M. (1990). *Aspectos sociales del deporte. Una reflexión sociológica*. Madrid: Alianza Editorial.

García Ferrando, M. (1997). *Los españoles y el deporte (1980-1995): un análisis sociológico sobre comportamientos, actitudes y valores*. Madrid: Consejo Superior de Deportes.

García Ferrando, M. (2001). *Los españoles y el deporte: prácticas y comportamientos en la última década del siglo XX. Encuesta sobre hábitos deportivos de españoles, 2000*. Madrid: Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. Consejo Superior Deportes.

García Ferrando, M. (2005). *Encuesta sobre hábitos deportivos de los españoles 2005. Avance de resultados*. Madrid: Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. Consejo Superior Deportes.

García Montes, M. E. (2001). *Actitudes y Comportamientos de la mujer granadina ante la práctica física de tiempo libre*. Tesis Doctoral. Granada: Servicio de publicaciones de la Universidad de Granada.

García Montes, M. E., Rebollo, S, Martínez, M. y Oña, A. (1996). Estudio de hábitos deportivos en la provincia de Granada. *Motricidad. Revista Euro-Americana de Ciencias de la Actividad Física y del Deporte, 2,* 55-74.

Gómez López, M. (2005). *La actividad físico-deportiva en los centros almerienses de educación secundaria, post obligatoria y en la Universidad de Almería. Evolución de los hábitos físico-deportivos de su alumnado.* Tesis Doctoral, Universidad de Almería.

González, G. F. (1999). *Historia de México*. (2a ed.) México: Ediciones Quinto Sol.

González, L. (1977). Presidentes porfiristas. En J. E. Iturriaga (Ed.), *Historia de la educación en México* (pp. 325-340). México: Siglo veintiuno.

Hernández Grajales, G. J. (2004). *El normalismo rural en Chiapas.* Doctor social, UNACH, Tuxtla Gutiérrez.

Hernández Rodríguez, A. I. (2001). *Análisis de la demanda de la comunidad universitaria almeriense en actividades físico-deportivas. Estudio de adecuación de la oferta*. Tesis Doctoral, Universidad de Almería.

Informe de la Juventud en España (2000). Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Iturriaga, J. E. (1981). *Historia de México* (vol. 2). México: SEP.

López González, M. y Amar Rodríguez, J. (2000). Educación Física y Salud. En *Las clases teóricas de Educación Física en primaria* (pp. 553-558). Cádiz: Publicaciones del sur.

López Rodríguez, A. y Moreno Murcia, J. A. (2000). Integridad, variabilidad y diversidad en Educación Física. *Lecturas Educación Física y Deportes, Revista Digital, 19* [en línea]. Buenos Aires. Disponible en: http://www.efdeportes.com.

Masachs, M., Puente, M. y Blasco, T. (1994). Evolución de los motivos para participar en programas de ejercicio físico. *Revista de Psicología del Deporte, 5,* 71-80.

Meneses, M. E. (1996). *Tendencias Educativas Oficiales en México*. México: Purrúa.

Monteiro, C., Conde, W., Matsudo, S., Matsudo, V., Bonseñor, I. y Lotufo, P. (2003). Epidemiología descriptiva de la actividad física en horas libres en el Brasil. *Rev Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health, 14 (4),* 246-254.

Navarrete, M. C. y Navarrete, M. A. (2002). La coeducación en el área de Educación Física. Intervención Educativa. *Lecturas Educación Física y Deportes, Revista Digital, 53* [en línea]. Buenos Aires. Disponible en: http://www.efdeportes.com.

Otero, J. M. (2004). *Hábitos y actitudes de los andaluces ante el deporte (2002).* Cádiz: Consejería de Turismo y Deporte. Observatorio del Deporte Andaluz.

Paige, R. (2003). Importancia de la educación en América. *FAQs* [en línea]. Disponible en: http://wwweState.gov.

Pastor Pradillo, J. L. (2004). El profesor como indagador de su propia práctica. *Tandem, 15,* 96-109.

Piéron, M., Telama, R., Almond, L. y Carreiro da Costa (1999). Estilo de vida de jóvenes europeos: un estudio comparativo. *Revista de Educación Física, 76,* 5-13.

Reyes, S. y Garcés de Los Fayos, E. (1999). ¿Por qué las personas hacen deporte?. Un análisis descriptivo en una población de estudiantes universitarios. En G. Nieto y E. J. Garcés de Los Fayos (Coords.), *Psicología de la Actividad Física y el Deporte*, (Tomo I) (pp. 121-126). Murcia: Sociedad Murciana de Psicología de la Actividad Física y el Deporte.

Ruiz Juan, F. y García Montes, M. E. (2000). La formación inicial de los maestros especialistas en Educación Física. *Tándem, 1,* 79-91.

Ruiz Juan, F. y García Montes, M. E. (2005). *Hábitos físico-deportivos de los almerienses en su tiempo libre*. Almería: Universidad de Almería. Servicio de Publicaciones.

Ruiz Juan, F. (2001). *Análisis diferencial de los comportamientos, motivaciones y demanda de actividades físico-deportivas del alumnado almeriense de Enseñanza Secundaria Post-obligatoria y de la Universidad de Almería*. Tesis Doctoral, Universidad de Almería.

Ruiz Juan, F., García Montes, M. E., y Pérez Sánchez, A. (2005b). Actitudes de los habaneros ante la actividad físico-deportiva de tiempo libre. En F. Ruiz Juan, M. E. García Montes, y A. Pérez Sánchez (Eds.), *Estilos de Vida en la Ciudad de la Habana Cuba. Hábitos Físico-deportivos y de Salud* (pp. 67-79). Madrid: Gymnos.

Ruiz Juan, F., García Montes, M. E., Gómez López, M., y Piéron, M. (2005a). Relations between the physical activity and the personal school experience in senior high scool students. *AISEP International, Congreso de Lisboa*.

Solana, F., Cardiel, R., y Bolaños, R. (2002). *Historia de la Educación Pública en México*. México: Fondo de Cultura Económica.

Subirats Martori, M. (1994). Conquistar la igualdad: la coeducación hoy. *Revista Iberoamericana de Educación, 6.*

Taylor, W. C., Baranowski, T. y Sallis, J. F. (1994). Family determinants of childhood physical activity: a social-cognitive model. En C. Bouchard, R. Shephard y T. Stephens (Eds.), *Physical Activity, Fitness and Health: International Proceedings and Consensus statement* (pp. 319-342). Champaign IL: Human Kinetics.

Valenzuela Cervantes, J. (1988). *El Sistema Educativo para Chiapas*. Tuxtla Gutiérrez: UNACH. Subsecretaria de Planeación y Coordinación Educativa.

Zúñiga Mejía, M. (1981). Los conservadores. En J. E. Iturriaga (Ed.), *Historia de México* (pp. 387-399). México: SEP.

CAPÍTULO 5

COMPORTAMIENTOS ANTE LA PRÁCTICA FÍSICO-DEPORTIVA DE TIEMPO LIBRE

COMPORTAMIENTOS ANTE LA PRÁCTICA FÍSICO-DEPORTIVA DE TIEMPO LIBRE

El ejercicio físico y la actividad físico-deportiva son elementos condicionantes de la calidad de vida, de la salud y el bienestar (England, 1997 y 2000). Es decir, resulta evidente que la práctica de actividad físico-deportiva está considerada como un comportamiento de la salud, siempre que se realice siguiendo ciertos modelos de aplicación como la frecuencia, intensidad, duración y tipo de actividad, como lo refieren varios investigadores (Matsudo, 2003; Mazzeo et al., 1998; Castro, 2005).

Estos modelos de aplicación son necesarios porque practicar actividades físico-deportivas sin referentes teóricos, puede ser contraproducente para la salud. Existen lineamientos y recomendaciones de los investigadores para que la práctica de las actividades físicas produzca beneficios en la salud del individuo. Según Piéron (2003), Matsudo (2003), Mazzeo et al. (1998), CDC/ACSM (1999), debe cumplirse con unos mínimos deseables de actividad físico-deportiva, como realizar sesiones cortas de treinta minutos, cuatro a cinco sesiones semanales, actividades aeróbicas a intensidad moderada, para lograr los efectos benéficos en la salud, más aún, si esta es realizada todos los días de la semana.

5.1. Beneficios de la actividad física.

Se ha demostrado en estudios recientes una variedad de beneficios de la práctica regular de las actividades físico-deportivas, como son los biológicos, psicológicos y sociales. Entre los beneficios biológicos tenemos disminución de los dolores, mejoría del sueño, disminución de calambres y entumecimientos, disminución de las caídas, control de peso, mejora de la agilidad y flexibilidad, entre otros (Barrios et al., 2003), permitiendo al individuo mejorar su calidad de vida y vivir mejor. Otros han demostrado que, los individuos físicamente activos, viven más que los sedentarios y son menos propensos a desarrollar enfermedades crónicas degenerativas, según lo refieren Bauman et al. (2002), DHHS (1999) y la OMS (2004).

La práctica de actividades físico-deportivas aporta beneficios, independientemente de la edad y sexo del sujeto (Barrios et al., 2003). Por lo tanto, una de las alternativas que tiene la población mayor para disminuir los riesgos de enfermedades, mantener y mejorar la salud es por medio de las actividades físico-deportivas, ya que mejora y mantiene la posibilidad de vivir más tiempo de forma independiente, como refieren los estudios de Katch y Katch (1991), Generelo et al. (2002) y la OMS (2002) que mencionan que la actividad física regular puede reducir los problemas hormonales, como tolerancia a la glucosa, la resistencia a la insulina y otras alteraciones metabólicas.

Científicos, médicos y fisiólogos señalan que el ejercicio físico está relacionado con la salud, argumentando beneficios específicos. Sin embargo, debe ser realizado tomando en cuenta las características morfofuncionales y posibilidades del individuo, considerando que, un ejercicio realizado con cierta intensidad y duración, no siempre es bueno para otro sujeto con características y posibilidades diferentes, por lo tanto, no garantiza que mejore la salud.

Según Blair (1995), la vida sedentaria está siempre asociada con la falta de salud. Si el adulto mayor asume un comportamiento de práctica regular de ejercicios físicos, puede lograr beneficios que se verán reflejados en el buen desempeño físico, aptitud física y salud (López y Latiesa, 2002; Delgado y Latiesa, 2002). Por lo tanto, la práctica de actividad físico-recreativa realizada con regularidad, protege al individuo de muchos problemas de salud. Existen evidencias que un estilo de vida sedentario, tiene efectos nocivos para la salud, aumenta el riesgo de padecer enfermedades, sobre todo cardiovasculares (King, 2001; Paffenbarger et al., 1986).

Los investigadores recomiendan que para disminuir estos riesgos de sufrir enfermedades, principalmente, cardiopatías isquémicas, hipertensión arterial, accidentes cerebrovasculares, diabetes mellitus, osteoporosis enfermedades mentales, muerte prematura y algunos tipos de cáncer propio de la edad adulta, se debe garantizar niveles adecuados de actividad física (Matsudo et al., 2000; OMS, 2004; BHFNC, 2000). Es decir, la práctica de la actividad física es un fuerte componente de la salud del adulto mayor.

Está demostrado, por muchos estudios realizados, que con el envejecimiento el individuo se vuelve más sedentario, debido principalmente a la perdida progresiva de las capacidades y habilidades físicas por el deterioro natural de distintos órganos y sistemas (Jansson, 2001; Ávila y García, 2004), se vuelven más dependientes e inactivos, convirtiéndose en una carga para la familia y para el sistema de salud al que pertenece.

Sin embargo, existe gran interés en los investigadores por encontrar estrategias que retarden la vejez pero, con calidad. Así lo refieren investigadores como Matsudo (2003), Cauley et al., (2003), CDC50 (2004), para quienes la principal estrategia para disminuir estos efectos es evitar el sedentarismo, asumiendo comportamientos positivos de práctica regular de actividad física.

En el extremo opuesto se encuentra la inactividad físico-deportiva, compuesta por aquellos que nunca han practicado y los que han abandonado la práctica físico-deportiva. En ambas situaciones, el individuo permanece desprotegido y los riesgos de padecer enfermedades se incrementan, siendo mayor en el primero. Este comportamiento es atribuible a los hábitos adquiridos en los inicios de la juventud, según lo refiere Tuija (2003).

Este comportamiento de los individuos es bastante similar en todos los países del mundo (Varo et al., 2002), principalmente en los países industrializados, situación que resulta del cambio acelerado de las sociedades, teniendo su origen en los avances tecnológicos y científicos que se presentaron a mediados del siglo XIX, así lo refieren estudios realizados por varios investigadores (Jacoby et al., 2003; OMS, 2006). Situación que generó cambios en la sociedad, apareciendo nuevos estilos de vida que permitieron mayores comodidades con mínimo esfuerzo y pocas exigencias de movimientos corporales, lo que indujo a la sociedad a un progresivo y marcado sedentarismo.

Por lo tanto, la inactividad es un comportamiento altamente riesgoso para la salud, así lo confirma el Centro Nacional de la Fundación Británica del Corazón (BHFNC, 2000; Varo et al., 2003b), quienes refieren que el porcentaje de las muertes de la pobla-

ción mayor es más alto por la inactividad física que por otros hábitos nocivos. Esto se podría evitar si la gente que actualmente es sedentaria iniciara y participara en la práctica de actividades físico-deportivas ligeramente a niveles moderados.

Sin embargo, existen barreras potenciales para que los adultos mayores no practiquen actividades físicas y permanezcan en el sedentarismo, pretextando falta de tiempo, ignorancia de qué hacer, falta de motivación, dificultad para seleccionar una actividad de disfrute, falta de un compañero para realizarla, porque están cansados y otras excusas frecuentes, para evadir así, un compromiso de práctica de actividad físico-deportiva (HFC Loughborough, 2002).

En este contexto se puede argumentar que la inactividad es incompatible con un envejecimiento normal y que acelera los procesos degenerativos ligados a la atrofia celular por desuso. Es decir, es necesario practicar actividades físico-deportivas que permitan desacelerar el envejecimiento y alcanzar un envejecimiento digno y con calidad.

Para lograr un envejecimiento digno se han emitido recomendaciones en diferentes organizaciones mundiales como la CDC/ACSM (1999), ONU (2001) y CDC/OMS (2004). Quienes permanentemente están aportando información científica con relación a los problemas que conlleva tener una vida inactiva. Sin embargo, la tendencia sigue siendo un incremento acelerado hacia la inactividad.

En América Latina y del Caribe, donde la mayoría de los países en vías de desarrollo, el sedentarismo tiene gran presencia. Según estudios epidemiológicos, en 24 países de esa región, más de la mitad de la población es inactiva, particularmente las personas mayores de 60 años (Jacoby et al., 2003), a pesar de las recomendaciones emitidas por las organizaciones de salud

Otro componente de la inactividad es el abandono de la práctica físico-deportiva, que evoluciona negativamente junto con la edad, es decir, los practicantes que antes solían realizar actividades van asumiendo nuevos compromisos sociales, familiares y laborales, que limita la práctica de actividad física y conduce al abandono. De tal manera que, con el incremento de la edad, disminuye la práctica incrementándose el abandono, como lo refiere el estudio de Otero (2004), donde se muestra una relación negativa entre la edad y el abandono en la población andaluza (España). Situación que debe analizarse, por lo que será preciso plantear investigaciones, de corte cualitativo, que se aproximen en mayor medida a las causas más íntimas de este abandono.

En otras palabras, el avance de la edad se asocia con el incremento del sedentarismo, por los cambios de conducta que se asumen ante la situación laboral, familiar y social, permitiendo que la condición física, psicológica, y social limite las posibilidades de incorporarse a un programa de actividades físicas, sobre todo si los problemas de salud citados previamente están presentes en el individuo. Todo ello relacionado con las actitudes, hábitos y costumbres adoptados en etapas de vida anteriores.

Continuando con este orden de ideas, muchas investigaciones refieren que si se practican actividades físicas en la juventud, la probabilidad de ser un adulto mayor

activo es elevada. Este planteamiento, expuesto por Blair (1995), hipotetiza que si en la juventud se practica actividad física, tendremos una juventud saludable. Igualmente, si se practica actividad física en la juventud, es muy probable que se practique actividad física en la edad adulta y, probablemente, tendremos adultos saludables, con muchas probabilidades de continuar con el estilo de vida saludable. Este modelo de transferencias de Blair (1995) nos indica que existe una estrecha relación entre la actividad física que se practica en la juventud y la salud de los adultos. Es decir, lo ideal sería aplicar a los jóvenes esta perspectiva de práctica con la finalidad de prevenir o limitar algunas enfermedades no degenerativas comunes en la edad adulta.

Estudios realizados por Blair et al. (1989), permitieron desarrollar un modelo conceptual para facilitar el análisis de las relaciones entre la actividad y la salud, donde se analiza la transferencia de comportamientos y actitudes que asumen los individuos, tomando como base los conocimientos procedentes de estudios epidemiológicos en su evolución del niño al adulto (figura 1).

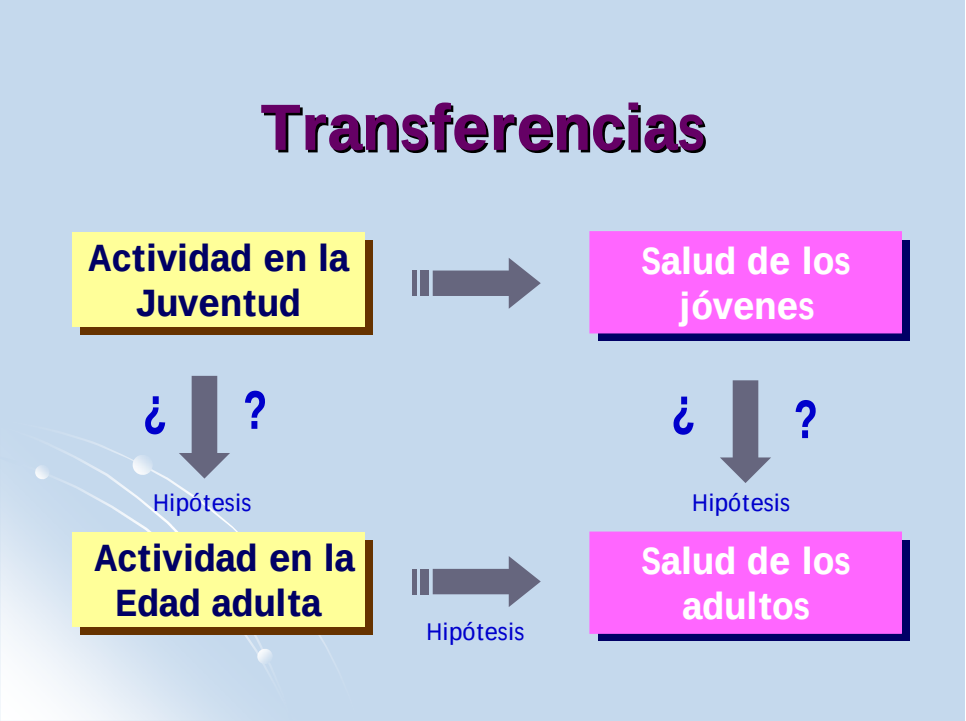

Figura 1. Posibilidades de transferencia de la juventud a la edad adulta (Adaptación de Blair et al., 1989).

Este modelo implica una relación causa-efecto en el estado de salud, pasando de la infancia a la edad adulta, al garantizar a los niños el mejoramiento de la condición física con un suplemento de actividades físicas, más allá de las sesiones habituales de Educación Física escolar. Esto contribuye a tener una influencia positiva sobre la salud, favoreciendo la instauración de prácticas de vida activa que se prolongarán posteriormente a la edad adulta. Además, los factores de riesgo que están presentes a partir de la infancia permitirían prever riesgos de salud en el adulto.

Esta condición queda de manifiesto en los resultados de Aarnio (2002), del departamento de Salud pública la universidad del Helsinki, quien apunta que los que participaron en actividad física diariamente en la juventud, lo hicieron también en la edad adulta, aunque la tendencia es que, con el paso de los años, la práctica de actividades físicas disminuya significativamente. Por lo tanto, el asesoramiento dirigido al cambio de comportamientos y actitudes, puede producir mayores cambios que acercamientos educativos tradicionales a la promoción de la salud (Steptoe et al., 1999).

Tomando en consideración estas transferencias, algunos investigadores sugieren que en las escuelas deberían asegurarse de qué la cantidad semanal total de Educación Física recibida sea suficiente, no solamente para mantener la forma física, si no también para desarrollar hábitos saludables en los niños (Trudeau y Shephard, 2005). Aunque uno de los objetivos más importantes de la Educación Física, de la política deportiva y de las autoridades públicas es fomentar la actividad física para toda la vida, todavía se conoce muy poco sobre la estabilidad o seguimiento de la actividad física practicada después de la obligación escolar.

Es recomendable desarrollar hábitos saludables desde la etapa de la juventud para generar el hábito de la práctica de manera regular y permanente durante toda la vida. El abandono de la práctica físico-deportiva, no garantiza salud en la vejez, considerando el principio fisiológico de reversibilidad, como se demuestra en un estudio, que después de una o dos semanas de inactividad, la capacidad funcional sufre disminuciones metabólicas y capacidad de trabajo (Katch y Katch, 1991). Por lo tanto, prolongar este periodo de inactividad, incrementa el riesgo de sufrir problemas de salud.

5.2. Los comportamientos ante la actividad físico-deportiva.

Realizando un barrido bibliográfico sobre las investigaciones que existen en este contexto, observamos que, el comportamiento ante práctica de actividades físico-deportivas, es diferente en todas las poblaciones del mundo.

Abordaremos este análisis valorando, primeramente, la realidad española, analizando diferentes estudios realizados en España. Se distingue que la práctica de actividades físico-deportivas se ubica en un lugar intermedio de las actividades del tiempo libre (Gutiérrez, 2000). En la encuesta sobre hábitos deportivos de García Ferrando (2001), refiere que la tasa de practicantes mayores de 14 años es solamente de alrededor del 21% quienes practican sólo un deporte, el 16% practican varias actividades y el 63% no realiza ningún tipo de práctica, distinguiéndose una tendencia moderada de descenso, después de haber alcanzado su mayor nivel de participación en el año 1995.

Analizando las investigaciones realizadas en los últimos veinte años por este investigador, se observa que la práctica físico-deportiva cada vez se difunde más en las diferentes capas de la población, pues la tasa de práctica en el año 2000 es superior a la tasa registrada en la encuesta de 1990, aun cuando los encuestados veinte años después fueron el doble. Sin embargo, un dato importante es que los no practicantes han descendido hasta el 62%. Es sobresaliente tomando en cuenta que la práctica tiene un carácter dinámico en aquellos sectores que inician, abandona y regresan a la práctica en función de factores sociales y personales (García Ferrando, 1997).

En el contexto de las localidades españolas, como la provincia de Alicante (Díez y Quesada, 1999), se aprecian que el 53% de la población practica regularmente uno o varios deportes el 1,5% son practicantes profesionales y el resto (36,7%) han abandonado las actividades físico-deportivas, siendo solamente el 10,3% inactivos. Sin embargo, según Generelo et al. (2002), la población de Zaragoza tiene una tasa de practicantes del 36% y de inactividad del 64%.

En este sentido, se observa que, aún en el mismo país, el comportamiento de la *práctica* es diferente entre grupos poblacionales, como lo demuestran Rodríguez et al. (2005), quienes manifiestan un descenso muy marcado en el comportamiento de la práctica de actividades físico-deportivas, con tan sólo el 17,6% de practicantes. Por el contrario, más de la mitad de la población tiene un comportamiento negativo hacia la práctica, mostrando un 58,1% de inactividad, además, no están interesados en practicar ninguna actividad, es decir, una demanda ausente. Los adultos mayores, que son atendidos en la residencia de ancianos, fueron investigados por Moreno Torres et al. (2003), quienes refieren que el 12% no realiza ninguna actividad física.

El análisis de los datos obtenidos permite afirmar que la práctica deportiva de la población española ha ido creciendo en las dos últimas décadas (en el año 2000 un 38% de españoles se han acercado a la práctica deportiva), aunque parece haberse alcanzado cierta estabilidad en el volumen de práctica polideportiva, es decir, en el segmento de población que práctica varios deportes (García Ferrando, 2001).

En otros resultados de una encuesta en la Comunidad de Valencia (García Ferrando y Mestre, 2000), reportan que el 41% practica deporte, el 25% practica sólo uno y el 16% dos o más deportes. Pero, el 39% de toda la población de la Comunidad de Valencia, practican uno o varios deportes, apreciándose que la tendencia de esta población es introducir el deporte en su estilo de vida, pues más del 90% de los practicantes afirma ser regulares en el uso del deporte.

Otra investigación que es interesante por su enfoque metodológico y conceptual, es realizada en Almería por Ruiz Juan y García Montes (2005a). Los resultados muestran que el 36,7% de los almerienses realizan actividad físico-deportiva, mientras que el 34,3% la ha abandonado y el 29% nunca ha realizado practicado. Es decir, este comportamiento muestra similares porcentajes manteniendo un equilibrio entre los practicantes, los que abandonaron y nunca realizaron práctica físico-deportiva en su tiempo libre. Sin embargo, los porcentajes de práctica en los mayores de 60 años son inferiores, llegando a ser solamente del 25% (Gómez et al., 2007).

En el análisis de estas investigaciones podemos distinguir algunas tendencias en la población española, primeramente es sobresaliente que las actividades físico-deportivas se han incrementado en los últimos veinte años, mejorando con ello el estilo de vida de esta población. Aunque en esta evolución se aprecia que en los últimos cinco años, parece que los porcentajes de práctica permanecen estancados. Sin embargo, los porcentajes de los que practicaban y han abandonado la práctica han aumentado.

La comunidad europea presenta detalles interesantes con relación a los comportamientos ante la práctica de actividades físico-deportivas, producto de los estudios

realizados por Telama et al. (1996), quienes expresan que en dos zonas geográficas europeas, la población del Norte es más activa que la del Sur, encontrándose diferencias entre los factores socioeconómicos en los distintos países de ambas regiones.

En otros resultados se pueden distinguir conductas negativas hacia las actividades físico-deportivas (Rütten et al., 2001; Abu-Omar et al., 2004; Varo et al., 2003a), quienes indican que entre el 30% y el 60% de la población, no participa en ningún tipo de actividad. Ratificando que los factores demográficos como la edad, sexo, nivel educacional y socioeconómico establecen diferencias en el comportamiento de práctica físico-deportiva.

Estudios realizados por el Centro Nacional de la Fundación Británica del Corazón (BHFNC, 2000), de la Universidad de Loughborough, demuestran que el 37% no practica ningún deporte, representado un riesgo latente de morbilidad y mortalidad. Los resultados encontrados en otras poblaciones europeas, como el Reino Unido, indican que existe una tasa de práctica del 22%, de inactividad del 34% y de abandono del 44%; en los holandeses, practican el 26%, son inactivos el 37% y abandonan el 37%; los suecos el 42% son activos, el 30% inactivos y el 29% abandonan y los finlandeses el 44% son activos, el 19% inactivos y el 37% abandonan la práctica físico-deportiva (Otero 2004, citando a ODA, COMPASS y García Ferrando (2001), demostrando que la práctica de actividades físico-deportivas no es igual en todas las poblaciones europeas.

En el continente americano, caso concreto en Estados Unidos, la participación en la práctica muestra niveles más elevados que en el resto del continente, con una marcada tendencia al incremento. En tanto Schoenborn y Barnes (2002), en un estudio realizado en la población civil no institucionalizada, describe que en los sujetos de 65 a 74 años, el 52,1% son practicantes, mientras que los inactivos, con 47,9%. En el mismo país, el CDC (2003) realizó un estudio longitudinal para analizar la práctica de actividad en la población vecina de México. Reporta que, en el 2000, el 26,2% de adultos mayores practicaban actividad física en su tiempo libre y, en el 2001, subió la tasa de práctica al 45,4%, en tanto que los porcentajes de inactivos se mantuvieron, ya que en el 2000 era del 27,4% y en 2001 del 26%.

Otros resultados que analizan la prevalencia de la práctica en los Estados Unidos son los referidos por Barnes y Schoenborn (2003). Indican que el 19% tiene altos niveles de participación en actividades físicas, mientras que casi la tercera parte (32,1%) tiene un nivel moderado. Sin embargo, estos niveles se reducen significativamente con el incremento de la edad, es decir, la práctica tiene la tendencia a disminuir con el paso de los años, según revelan Taylor et al. (1994), Carron et al. (1996) y Weiss (2000), este descenso evoluciona negativamente desde la edad escolar a la edad adulta.

Revelan además que uno de cada cuatro personas adultas presenta niveles bajos de actividad física, lo que significa que fuera de sus actividades cotidianas permanece inactivo el resto del tiempo. Cuando las personas son más activas en la vida cotidiana, las probabilidades de adherencia a un programa de actividad física son mayores.

En una encuesta realizada en la provincia de Alberta (García y Spence, 2002), se aprecia que los comportamientos son similares, aunque los ciudadanos de esta parte de

Canadá presentan tasas de práctica algo superiores. Coincide con otros investigadores que afirman que varios factores demográficos, sociales y ambientales afectan o favorecen las conductas de la práctica, además que el conocimiento de estos factores permite predecir futuras conductas de los individuos.

Siguiendo en América caso concreto en el sur, la práctica es más escasa en la capital de una nación con respecto a la provincia. Seclén y Jacoby (2003) realizaron un estudio en tres regiones de Perú, observando que los habitantes de la selva (15,3%), sierra centro (12,8%) y costa (12,1%), presentan mayores tasas de práctica que los sujetos que viven en la Lima Capital (10,6%) y sierra sur (9,7%). Concluyen que, los menores de 30 años, principalmente, las mujeres del área metropolitana son los más afectados.

En otras de las contribuciones de Ruiz Juan et al. (2005b), donde analizan la práctica de actividad física en la población habanera, se observa que en el grupo de sujetos de 45 a 64 años, las tasas de practicantes (21,6%) son menores con respecto a la inactividad (38,4%), incrementando en los mayores de 60 años, donde tan solo 10,7% se mantienen activos.

En Colombia, Gómez Luís et al. (2005), observa que la tasa de práctica regular es del 36,8%, en el extremo opuesto se localizan los inactivos con un porcentaje de 63,2% de inactividad, confirmándose que, los pueblos en desarrollo, tienen un alto índice de sedentarismo. Mostrando que la insuficiente práctica constituye un reto para la salud pública y reafirma la necesidad de promover estilos de vida activos.

Monteiro et al. (2003), concluyen que la prevalencia de práctica de actividades físico-deportiva de tiempo libre, en la población adulta del Brasil, es muy baja con respecto a la notificada en países en desarrollo. Sin embargo, la distribución demográfica y social tiene un patrón similar al observado habitualmente en países desarrollados, dónde los hombres tienden a ser más activos que las mujeres, la edad mayor la limita y un mejor nivel socioeconómico la favorece.

Por su parte, Endorciaín et al. (2000), revela que el 54,9% de los argentinos es inactivo y el 46,7% es activo, mostrando que la participación en cuatro zona urbanas de este país (Buenos Aires, Rosario, Córdoba y Salta) presenta un equilibrio entre la práctica en los oriundos del tango.

Organismos de salud en el continente (OPS, 2002), exponen que más de la mitad de 24 países son inactivos. Es decir, los sujetos no cumplen los veinte minutos de actividad vigorosa o treinta de moderada, durante al menos cinco días por la semana. Sin embargo, la población se aproxima al 60% de inactividad, principalmente la población adulta mayor de 60 años, un sector vulnerable que representan una parte de la sociedad que más rápido está creciendo actualmente, como sucede en toda América Latina y el Caribe que, además, es la población que menos actividad física realiza.

Podemos observar que los niveles de práctica en poblaciones europeas son más elevados que en América, a excepción de los Estados Unidos y Canadá que muestran altos niveles de práctica físico-deportiva. Sin embargo, se perciben algunos aspectos y tendencias que pueden ser útiles en la fundamentación de nuestro estudio.

5.2.1. Factores que inciden en la práctica de actividad físico-deportiva.

Se han estudiado los factores determinantes, más bien correlatos, para entender el comportamiento y las formas de ofertar y promover la actividad físico-deportiva, que permiten establecer una asociación entre la práctica y su manifestación conductual (Eyler, 2002), correlatos que explican relaciones entre dos variables. También nos permite establecer asociaciones entre la actividad físico-deportiva y los factores sociodemográficos y ambientales (Wilcox et al., 2000). Se asocian una serie de factores que influyen en la práctica de actividad físico-deportiva y que puede permitir la participación o abandono de la misma (Sallis et. al., 1992; Leslie et. al., 2001; Biddle et al., 2004).

Si tomamos en cuenta la agrupación de los factores determinantes de la actividad física en adultos de Sallis y Owen (1999) citado por HFC. Loughborough (2002), se puede apreciar que los agrupan en factores demográficos y biológicos, psicológicos, cognitivos y emocionales, de atributos del comportamiento y destreza, factores sociales y culturales, factores físicos y ambientales, características de la actividad física (Piéron et al., 2007). Se observa que gran parte de estos determinantes son modificables, de ahí que, interviniendo sobre ellos, se pueda influir en la práctica de actividad físico-deportiva de los sujetos.

En este trabajo de tesis doctoral, nos centraremos específicamente en los factores que están relacionados con los objetivos de la misma, concretamente en:

- Factores demográficos y biológicos como la edad, sexo, niveles de estudio y situación laboral.
- Factores psicológicos cognitivos y emocionales: motivaciones, autopercepción de la práctica, autopercepción de la condición física y autopercepción de la salud.
- Características de la actividad física: frecuencia, duración e intensidad del esfuerzo.

Los factores *sociodemográficos y biológicos* se asocian al nivel de actividad físico-deportiva, debido a las variables que integran este grupo. Entre las que se encuentran el nivel de estudio (educación), el tener hijos, el estado civil, la actividad profesional-obrera, el historial de lesiones, el sobrepeso-obesidad y la edad. Estas variables son consideradas como consistentes y poderosos determinantes del comportamiento ante la práctica de actividades físico-deportivas (Dishman y Sallis, 1994; Telama et al., 1996; Sallis 1999; USDHHS, 1996, 2000; Eyler, 2002).

La edad es un fuerte predictor de la práctica, pero en sentido negativo para la salud, demostrando que con el incremento de esta, la práctica disminuye. En las etapas de la juventud en medida que transcurre la edad los niveles de práctica disminuyen significativamente hasta cerca del 50%, lo alarmante es que esta tendencia continúa a tal punto que en los adultos mayores es casi inexistente (USDHHS, 1996).

Con respecto al sexo, diferentes estudios muestran que las mujeres son menos activas que los varones en todas las edades, para muchos autores esta condición obedece más a problemas socioculturales que a las condiciones biológicas.

Igualmente, las investigaciones revelan que el nivel de estudios se correlaciona con el nivel de práctica sin importar el sexo. Lo mismo sucede con el ingreso económico, un mayor ingreso significa un alto nivel de práctica. Y por último la situación laboral, aunque no esta muy claro, sin embargo, existen estudios que establecen una asociación y otros no.

Los factores *psicológicos*, *cognitivos y emocionales* influyen poderosamente en el comportamiento del sujeto ante la práctica físico-deportiva. Los sujetos perciben las ventajas de ser activo y las desventajas del cambio, con implicación del cambio de actitud y comportamiento ante la práctica física (Sallis y Owen, 1999). Este cambio de comportamiento es, en última instancia, decisión personal.

Los factores de *atributos* del comportamiento incluyen variables que tienen una fuerte y mínima relación con la actividad física, de esta manera encontramos que tienen una densa relación con el historial activo de la niñez y juventud, actitud frente a deportes escolares y su comportamiento ante las barreas de la práctica de actividades físicas.

En relación a los factores *sociales* y culturales, encontramos que existen variables que están fuertemente asociadas con la práctica físico-deportiva como la familia, el apoyo social de amigos y familiares y el apoyo social del cónyuge (Sallis y Owen, 1999). Estas variables tienen una asociación positiva que puede facilitar al sujeto para que tome la decisión de ser activo.

Los factores *físicos* y *ambientales* están fuertemente relacionados con los cambios en los ambientes físicos, sociales y construidos. Han tenido un impacto importante en niveles de la actividad física. El ambiente es el principal factor que limita al sujeto a participar en actividad física, conduciéndolo a una vida sedentaria. La vida moderna construida a base de nuevas tecnologías, limita el movimiento y esfuerzo físico de los sujetos como son los vehículos, los ascensores, el mando de la televisión, que facilitan el incremento de la inactividad en los sujetos, son sólo algunos elementos que facilitan al sedentarismo en algunas poblaciones, incluso para los que deseen ser activos. Igualmente, la falta de acceso a los espacios abiertos seguros, las instalaciones deportivas y los patios de la escuela, pueden hacer el movimiento difícil y a veces imposible.

Así mismo, las *características de la actividad física*, incluyen una variedad de influencias, que según Sallis y Owen (1999), es necesario limitar. Existen algunos modelos teóricos respecto a este factor, se observa que cuando los individuos desean cambiar su comportamiento inactivo al activo, se compone de varias etapas con periodos de tiempo considerables.

Los datos procedentes de la investigación sugieren que los individuos que intentan cambiar su comportamiento de actividad física pasan por una serie de estadios. Los procesos que se producen describen las estrategias que la gente utiliza para cambiar. El concepto de estadio es importante para entender el proceso del cambio. Los estadios pueden una duración considerable de tiempo pero podemos encontrarnos con cambios importantes durante el transcurso de un estadio a otro. En relación con el comportamiento ante el ejercicio físico algunos estadios han sido identificados y diferenciados por algunos investigadores Prochaska et al. (1992).

- Precontemplación. En este estadio los individuos no tienen la intención de ponerse físicamente activos en los próximos seis meses.
- Contemplación. Es un estadio en el cual los individuos tienen una intención seria de modificar su comportamiento en los próximos seis meses. Estas personas perciben los aspectos positivos y negativos de la modificación del comportamiento. Piensan empezar una actividad física en los próximos seis meses.
- Preparación. En este estadio las personas tienen la intención de ser activos en un futuro muy próximo, habitualmente, dentro del mes siguiente. Suelen tener un plan de acción incluso han realizado los primeros pasos para ser más activos como, por ejemplo, comprar el equipamiento deportivo necesario. Pero ellos no cumplen el criterio mínimo recomendado para ser considerados físicamente activos.
- Acción. En este estadio los cambios del comportamiento se han realizado durante los seis meses anteriores.
- El mantenimiento. Es el periodo a partir de seis después que el criterio mínimo de actividad física fue realizado. Después de este periodo el riesgo de abandonar la actividad física es muy bajo. Cinco años de mantenimiento continuo en estadio probablemente va a hacer al individuo que llegue al estadio de terminación.
- Terminación. En este estadio no hay cualquier tentación de volver al comportamiento sedentario o a un nivel mínimo de actividad física.

Figura 2. Modelo de los factores de la actividad físico-deportiva

En este contexto, la participación de los adultos en la actividad físico-deportiva está influenciada, en lo general, por determinantes socioambientales y, en lo particular, por determinantes individuales (figura 2) cada uno de ellos con una variedad de factores que influyen fuertemente en la práctica de dicha actividad (Sallis y Owen, 1999). En varias investigaciones se han establecido correlaciones en uno y otro sentido, muestran que los factores inciden en todos los grupos de la población principalmente en la adulta mayor. Estos factores se asocian con los niveles, tipos y grado de implicación con los programas de actividad física. Es decir, ejercen una influencia en los comportamientos del individuo con respecto a participación y no participación en la práctica de actividad físico-deportiva.

Los determinantes socioambientales estén integrados por factores socio-culturales y físicoambientales, fuertemente asociados con comportamientos físico-deportivos Prochaska et al. (1992). Es decir, tienen un impacto sobresaliente en la decisión de practicar actividad física (Sallis, 1999), de tal forma que la sociedad y el medio ambiente tienen repercusiones muy consistentes en el comportamiento ante las actividades físico-deportivas, en los cuales los sujetos no puede intervenir para modificarlos.

Centrándonos específicamente en los factores individuales, en que el sujeto puede intervenir y modificar serán los que utilizaremos para vertebrar nuestra tesis doctoral, los cuales abordaremos en una secuencia lógica durante el discurso de este estudio. Se observa que estos están compuestos por factores demográficos y biológicos; los psicológicos, cognitivos y emocionales y por último, por atributos del comportamiento y la destreza, son factores que inciden en el comportamiento del sujeto ante la práctica de actividad físico-deportiva.

Con respecto a los factores biológicos y demográficos, analizaremos particularmente cuatro variables, entre las que se encuentran el sexo, la edad, el nivel de estudio y la situación laboral. En este estudio se analizan estos factores, principalmente los sociodemográficos como, sexo, edad, nivel de estudios y situación laboral.

5.2.1.1. Sexo.

Conviene partir de la afirmación de que la práctica de actividades físicas para la salud no tiene límites ni sexo (Bagur, 2005), es decir, puede ser practicada igual por hombres y mujeres, aunque el comportamiento ante la misma sea diferente entre ambos. En la mayor parte de los estudios consultados son las mujeres quienes, realizan menor práctica que el sexo opuesto. Pero según observamos se ha registrado un incremento significativo en los últimos años (ACAMD, 2002).

Físicamente los varones suelen ser más activos que las mujeres, aunque para muchos autores esta diferencia radica más en problemas socioculturales que en aspectos biológicos (Sallis y Owen, 1999). Las mujeres es el grupo poblacional con menores oportunidades de acceder a la práctica físico-deportiva por diferentes circunstancias como: condiciones socioeconómicas, culturales, responsabilidades familiares y laborales. Además, está estrechamente relacionada con la actitud de los padres ante las acti-

vidades físico-deportivas (García Ferrando y Mestre, 2000; García Montes, 2001; Ruiz Juan, 2001; Ruiz Juan y García Montes, 2005a).

En este contexto es importante tomar en cuenta las consideraciones de De Andrés y Aznar (1996) y García Montes (2001), quienes sitúan como posibles causas dos variables que pudieran explicar este comportamiento, el espacio y el tiempo. La primera, se relaciona con la socialización diferencial del uso del cuerpo, lo que nos deja ver que las mujeres prefieren realizar la práctica en la casa y en los espacios cerrados, en tanto que los varones utilizan los espacios abiertos. La segunda variable se relaciona con la escasa disponibilidad y fragmentación del tiempo libre que disponen las mujeres, especialmente las más jóvenes, quienes asumen casi siempre la mayor responsabilidad de las tareas domésticas y familiares. El tiempo limitado que poseen no permite la práctica de actividades más o menos organizadas, siendo éste un factor que, en cierto modo, impide la posibilidad de acceder a una práctica deportiva regular.

Situación que se confirma en los datos aportados por García Ferrando (2001), en la encuesta sobre hábitos deportivos de la población mayor de 14 años. Expone que la diferencia de práctica entre sexos es abismal, observando que por cada una mujer, dos hombres son activos (mujeres 27% frente al 46% en hombres).

Según Moreno Torres et al. (2003), el 88,9% de los hombres y el 87,1% de las mujeres realizan algún tipo de actividad física, siendo la gimnasia una actividad minoritaria ya que sólo el 25% de los hombres y el 35% de las mujeres la realizan con regularidad, aun siendo una actividad programada en las residencias.

En otras comunidades españolas, como Murcia, muestran porcentajes diferentes entre sexos. Según Martínez et al. (2003) mencionan que el grupo de 18 a 65 años, uno de cada cuatro varones (23,1%) y una de cada ocho mujeres (12,5%) son practicantes. Sin embargo, al analizar el último grupo de 50 a 65 años, los porcentajes de practica se reducen significativamente al 8,2% en los varones y al 4,2% en las mujeres. En esta región otro investigador (Hellín 2003) refiere que en el grupo de 41 a 64 años los varones practican actividad físico-deportiva el 57.1% y el 55% de las mujeres son inactivas.

En otra comunidad española, caso de Navarra, se muestran diferencias de práctica entre hombres y mujeres. Elizondo et al. (2005), observa que los navarros entre 55 y 65 años, son más activos (19,7%) que las mujeres (13,7%), resultados que son alarmantes, debido a los altos niveles de inactividad que se presenta entre ambos, principalmente en las mujeres (86,3% frente al 80,3% varones).

En tanto entre los andaluces, Otero (2004) (citando a ODA, COMPASS y García Ferrando 2001), encuentran que al igual que en estudios previos, son los varones (43%), quienes muestran ser más activos respecto al sexo opuesto (23% en mujeres), con una tasa de inactividad del 42% en varones y del 63% en mujeres, así como un abandono del 14% en varones y del 11% en mujeres.

En otros países europeos también se producen diferencias importantes entre las tasas. En el mismo informe de Otero (2003) (citando a ODA, COMPASS y García Ferrando 2001) refiere que en Italia los hombres (32%) son más activos que las mujeres (15%).

Apoyados en la diversidad de investigaciones que refieren el comportamiento ante la práctica y su relación con el sexo, observamos que aún en la población del mismo país, este comportamiento es diferente.

Como lo refiere Otero (2003) nos brinda detalles interesantes sobre la situación europea, este estudio señala que el sexo no es un factor determinante de la práctica, algo que se ve más claro en países del norte. Igualmente, destacan el sensible aumento producido en la práctica de las mujeres en los últimos años.

Un caso particular del estudio realizado en Inglaterra (HFC Loughborough, 2002 citando a JHSU, 1999), se observa que los varones entre 16 a 74 años son más activos (58%) que las mujeres (32%). Produciéndose un descenso de práctica en ambos sexos después de los 75 años (hombres 7% y mujeres 4%). Datos que permiten confirmar que con el incremento de la edad disminuye la práctica.

Observando los índices de práctica entre los hombres y mujeres en América, encontramos que en la población civil no institucionalizada de los Estados Unidos (Schoenborn y Barnes 2002), 55,8% de los varones de entre 65 y 74 años, participan más en actividades físicas que el sexo opuesto (49%), datos que dejan entrever que las diferencias entre ambos sexos no son tan grandes como sucede en otras poblaciones europeas. Sucediendo de igual manera en los inactivos, siendo las mujeres (51%) quienes sobresalen con respecto a los hombres (44,2%). Sin embargo, en años anteriores los porcentajes mostrados por la USDHHS (1998) son inferiores, tuvieron una tasa de práctica del 31% en los varones y el 30% en las mujer en la población mayor de 60 años, pero la tasa de inactividad es del 36% en los varones y del 43% en las mujeres, observándose una tendencia de crecimiento de la tasa de practica en este país.

En el vecino país del norte de los Estados Unidos de América, los ciudadanos Canadienses de la provincia de Alberta, según nos expone García y Spence (2002), los porcentajes de práctica entre hombres y mujeres son similares. Con apenas seis puntos porcentuales por arriba de las mujeres (54%), los hombres suelen realizar más práctica (60%). Para estos investigadores los aspectos ambientales, demográficos y sociales, ejercen una grande influencia en las conductas de la práctica, razón por la cual, resulta necesario identificar que variables permiten predecir futuros comportamientos.

Igualmente, en estudio realizado años antes (Denton y Walters, 1999), los porcentajes que refieren eran bastante diferentes, la tasa de practicantes en varones fue del 17,9% y la de las mujeres del 13,6%, con relación a la inactividad, el 53,9% de los varones son inactivos contra el 62,7% de las mujeres.

El análisis específico de la práctica físico-deportiva en América Latina, se puede ver en algunos estudios realizados en los últimos años. Sobresale la investigación realizada por Seclén y Jacoby (2003) en la población urbana de Perú, en los resultados de esta investigación muestran una tasa de actividad físico-deportiva de los mayores de 60 años en los varones del 13,5% y en las mujeres del 7,8%.

Por otro lado, en Cuba, la tasa de práctica de la población habanera mayor de 16años, presenta niveles de práctica bastante elevado (Ruiz Juan et al. 2005b). Este grupo de investigadores señalan que las diferencias porcentuales entre hombres y mujeres

son muy pequeñas, aunque son los primeros quienes suelen ser más participativos (54,5% frente al 47%). En tanto, las mujeres son quienes resultan ser más inactivas (27% frente al 19,9%). Al tratar los datos sobre sujetos que habiendo sido activos han dejado de participar en la actividad física, uno de cada cuatro habaneros han abandonado la práctica, es decir las posibilidades entre sexos son iguales.

En la mayoría de las investigaciones los varones son más participativos en las actividades físico-deportivas que las mujeres, independientemente del nivel socioeconómico que existe entre las poblaciones consultadas, sin embargo, en este comportamiento intervienen factores como los motivacionales, medioambientales y familiares. Otras posibles causas que pueden influir son el espacio y tiempo. La mujer requiere de espacios concretos y cerrados, en tanto que los varones utilizan mayormente espacios abiertos, por último, ellas tienen escasas posibilidades de práctica físico-deportiva por la fragmentación de su tiempo libre sobre todo, las más jóvenes, por las responsabilidades domésticas y atención de la familia que tradicionalmente asumen ellas.

5.1.2. Edad.

La edad es una variable continua que marca las etapas y la evolución de los comportamientos del individuo a lo largo de la vida. En el ámbito de la práctica físico-deportiva se considera un factor relacionado con la actividad física. Es decir, la edad modifica la actitud hacia el movimiento corporal que de manera natural y en cualquier momento es realizado en la vida cotidiana. Considerando la afirmación que la práctica de actividades físicas no tiene limites de edad (Bagur, 2005), permite que en todas poblaciones y en todas las *edades* se aprecien conductas relevantes de práctica e inactividad (abandono o nunca haber practicado).

La relación de la edad con la práctica de actividad físico-deportiva, es determinante en las etapas de la juventud. En un estudio realizado por García Ferrando (2001), indica que hasta los 40 años el nivel de práctica es elevado, sin embargo, es a partir de esta, que la práctica disminuyen significativamente, mostrando su nivel más critico al llegar a los 60 años, comportamiento que mantiene hasta el final de la vida.

Estas apreciaciones quedan demostradas por los estudios de Otero (2004), quien encontraró diferencias entre dos grupos de edad de 15 a 16 y 17 a 18, siendo este último quienes presentaban un declive de práctica (45,7% frente al 37,5%). mostrando que existen diferencias significativas entre estos jóvenes.

Hellín (2003) refiere que en los resultados sobre hábitos de práctica de actividad físico-deportiva en la Región de Murcia, la población más joven del grupo de 15 a 25 años no practica el 36.5% y el grupo de 41 a 64 años no practican el 45,2%, es decir, los jóvenes son más practicantes que los individuos con mayor edad. Coincidiendo con las afirmaciones y estudios de García Ferrando (2001), Ruiz Juan y García Montes (2002) y Ruiz Juan y García Montes (2005a), quienes manifiestan que al relacionar estos comportamientos con las clásicas variables sociodemográficas, parece que los practicantes de actividad físico-deportiva se caracterizan por ser jóvenes.

Por otro lado, está demostrado que los jóvenes que se localizan en el grupo edad de 18 a 24 años, son cinco veces más propensos a realizar algún tipo de actividad

física que los adultos mayores de 65 años. Esta situación fue descrita por Taylor et al. (1994), Carron et al. (1996) y Weiss (2000) los cuales revelan gráficamente el descenso tan significativo que se produce en la práctica deportiva desde la edad escolar a la edad adulta. Así, a los 10 años de edad, encontramos que alrededor de un 80% de los escolares practican deporte. A partir de aquí, se produce un descenso de más hasta el 20% a los 20 años y de el 40% a los 30 años. De tal manera que a partir de los 40 años, el descenso ha alcanzado más de un 65% y tan sólo un 20% de la población realiza práctica deportiva después de los 60 años.

Situación similar encontró Aarnio (2002) en un estudio realizado por el Departamento de Salud Pública de la Universidad del Helsinki, apunta que los sujetos que participaron diariamente en actividades físico-deportivas lo fueron en la edad adulta. Sin embargo, el 1,7% eran físicamente inactivos en esa edad, es decir, la tendencia es que con el paso de los años la practica de actividad físico-deportiva disminuye significativamente. Esto demuestra que existen cambios en la práctica de actividad física con el paso de los años.

En Argentina, los porcentajes de práctica tienen una marcada evolución negativa a partir de los niveles de primaria y secundaria, como lo confirman estudios realizados por Erdociaín et al. (2000). Refieren que en las edades de 6 a 14 años, que se encuentran en la etapa escolar, los niveles de práctica superan el 90%. Sin embargo, en el siguiente grupo de 15 a 19 años muestran una tasa de práctica del 81,5%, llegando a ser cerca de un tercio (29,69%) al llegar a los 60 años. Este comportamiento es similar a la población colombiana (Erdociaín et al., 2000).

Varios investigadores han abordado el problema buscando relaciones entre la edad y el comportamiento de la práctica de actividad físico-deportiva. En varios estudios se demuestra que, a medida que la edad se incrementa, el comportamiento ante la práctica disminuye (García Ferrando 1992, 1996 y 2001; BHFNC, 2000; Ruiz Juan, 2001; Otero, 2004; Ávila y García, 2004; Jansson, 2001; Schoenborn y Barnes, 2002; Ruiz Juan et al., 2007). Es decir, la práctica de actividad físico-deportiva evoluciona negativamente con el incremento de la edad.

Como se puede suponer, en la etapa de adultos mayores, la reducción de los niveles de práctica y el incremento de la inactividad y el abandono, aumenta el deterioro y los riesgos de salud (ONU, 2001; Castillo y Balaguer, 1998; OMS, 2002; Salinas y Vio, 2003; Parks et al., 2003; Varo et al., 2003a) con ello, las posibilidades de de sufrir enfermedades no trasmisibles.

En las etapas de la juventud la edad es fuerte predictor de conducta ante la práctica de actividades físico-deportivas, pero este factor muestra cambios sustanciales en la práctica de actividad físico-deportiva después de los sesenta años. Puede ser razonable si se consideran las condiciones física, psicológicas y sociales en que el adulto mayor alcanza la tercera edad, las posibilidades de práctica por enfermedades o lesiones están disminuidas marcadamente, como lo demuestran diferentes investigadores del área de fisiología del ejercicio (Bouchard y Shepard, 1994), refieren que con el paso de joven a adulto mayor, se pierde Vo^2 máx. (consumo máximo de oxígeno), por lo tanto, la capacidad de trabajo disminuye.

Una de las razones que podrían explicar esta situación es que, aunque el modelo de práctica físico-deportiva que en los últimos años se ha estado aplicando a escala mundial, ha evolucionado hacia una visión recreativa, participativa y de la salud (Pérez y Devís, 2003), no ha podido apartarse totalmente del redimiendo y la competencia, siendo los jóvenes quienes tienen mayores oportunidades de utilizar las infraestructura y ofertas como instalaciones o programas (Otero, 2004), lo que limita las posibilidades de práctica a los mayores, en este caso, los jubilados y las amas de casa.

Por último, decir que los niveles de práctica de actividad físico-deportiva se relacionan con la edad negativamente, a medida que se incrementa la edad, la participación de los individuos disminuye. Sin embargo, se observa que en etapas de la juventud los niveles de práctica son más elevados que en etapas posteriores a los sesenta años, demostrando que los jóvenes están más propensos a practicar algún tipo de actividad física más que los adultos mayores. Es decir, la práctica sufre un descenso significativo desde la edad escolar hasta la edad adulta, donde la práctica de actividad físico-deportiva cambia sustancialmente, y se estabiliza en la etapa de adulto mayor.

5.2.1.3. Nivel de estudios.

El nivel de estudios es otro factor determinante que está altamente relacionado con la conducta de la práctica de la actividad físico-deportiva. Algunos investigadores (Malina, 2001; García Ferrando, 2001; Barnes y Schoenborn, 2003; Parks et al., 2003; Ruiz Juan y García Montes, 2005a) coinciden en señalar la relación existente entre estas dos variables, observándose que las personas con estudios superiores tienen tasas de práctica más que aquellas que poseen un bajo nivel de estudios. Sugieren que el estudio de los factores de la actividad físico-deportiva, se debe realizar de manera integrada en los múltiples ámbitos en que la sociedad se manifiesta, considerando que esta práctica está decididamente incorporada al desarrollo social y, naturalmente, sujeta a los distintos cambios políticos y económicos.

El nivel de estudios ha sido abordado en numerosas investigaciones realizadas en distintas épocas y regiones españolas (Moreno y Gutiérrez, 1998; Hellín, 2003; Otero, 2004; Ruiz Juan et al., 2004), quienes coinciden en que es un correlato que se relaciona con la actitud del individuo ante la práctica de actividad físico-deportiva.

En este punto son interesantes las consideraciones de Otero (2004), quien subraya que, en la comunidad autónoma de Andalucía, los sujetos con niveles de estudios altos, muestran una tasa de práctica de actividad físico-deportiva del 55%, frente al 7% de los sujetos con bajo nivel de estudios. Por su parte, Gómez López et al. (2007) en el análisis de la actividad físico-deportiva realizada por los adultos mayores durante su tiempo libre, encontraron que los que poseen mayor grado de estudios completados tienen mayores niveles de práctica.

En uno de lo últimos hallazgos de los investigadores Ruiz Juan et al. (2005b), sobre el comportamiento ante la práctica de actividad físico-deportiva en el tiempo libre y su relación con el nivel de estudios en la población de La Habana (Cuba) de 16 años y más, encontraron que los que tienen menor nivel de estudios tienen una tasa de práctica del 10.5% frente al 32% de los universitarios.

Sin embargo, podemos apreciar porcentajes más elevados en los estudios de Elizondo et al. (2005), quienes puntualizan que en estudio realizado en los habitantes de 18 a 65 años de Pamplona, son practicantes el 21%, los que tienen bajo nivel frente al 40% de los universitarios. Es decir, existe la tendencia que a mayor nivel de estudios mayor tasa de práctica.

En los Estados Unidos en una población con el mismos márgenes de edad (18 a 65 años), en estudios realizados por Parks et al. (2003), encontraron que los que tienen mayor nivel de estudios, tienen mayor tasa de práctica de actividad fisco-deportiva: en el medio urbano los que tienen mayor nivel de estudios el 36%, frente al 12,5%, de los que poseen menor nivel de estudios. En el medio suburbano los que tienen mayor nivel de estudios el 44% frente al 15,8% de los que tienen menor nivel de estudios y en el medio rural los que tienen mayor nivel de estudios 23,5% frente al 7,8% de los que poseen menor nivel de estudios. En otros estudios realizados por Seclén y Jacoby (2003), en la población peruana, encontraron que los adultos de 55 a 65 años son los profesionales los que tienen una tasa de práctica del alrededor del 40% frente al 11% de los que tienen menor nivel de estudios.

Se puede resumir comentando que el nivel de estudio es un factor sociodemográfico que determina los niveles de práctica físico-deportiva, de tal manera que los sujetos con mayor nivel de estudios también son los que poseen niveles altos de práctica físico-deportiva. Esta tendencia es similar en la mayoría de las poblaciones estudiadas. Además, es un factor que está incorporado al desarrollo social y educativo de las poblaciones, pero, sujeto a cambios políticos y económicos de los países.

5.2.1.4. Situación laboral.

La situación laboral es un determinante sociodemográfico que tiene una fuerte asociación con el comportamiento del individuo ante la práctica de actividad físico-deportiva (Bauman et al., 2002; Wilcox et al., 2000), principalmente en las etapas productivas, donde las tasas de práctica son elevadas hasta antes de los sesenta años. Sin embargo, después de un largo periodo laboral que termina en muchos países a los sesenta años, llega la jubilación y con ella, en muchos casos, la reducción de la práctica de actividades físico-deportivas. Es decir, implica en algunos individuos asumir una vida inactiva. Otros siguen inmersos en la vida laboral, o no trabajan, algunos más, viven de la jubilación o son pensionados y una buena parte, principalmente las mujeres, se dedican a labores del hogar.

La condición socioeconómica relacionada fuertemente con la situación laboral de los sujetos, repercute fuertemente en el comportamiento ante la práctica de actividad físico-deportiva, podríamos entender que aún a esta edad, existen compromisos sociales, laborales y familiares que los obliga a continuar en el campo laboral, aun cuando se encuentren jubilados o pensionados. Estudios recientes refieren que la práctica es más común en los estudiantes frente a los que se encuentran jubilados, García Ferrando (1990 y 2001) y Ruiz Juan y García Montes (2005a) quienes argumentan que las diversas situaciones ocupacionales, los estudiantes se ven mayormente favorecidos para practicar actividad física que los adultos mayores, principalmente, las mujeres que se dedican a las labores domésticas. Como muestran algunas poblaciones en estudios

realizados por otros investigadores (USDHHS, 1996; Eyler, 2002; García y Spence, 2002; Parks et al., 2003; Seclen y Jacoby, 2003).

En este contexto, existen estudios que revelan divergencias culturales y sociales en el disfrute de la práctica físico-deportiva, lo que podría explicar los bajos índices de práctica de las amas de casa y los jubilados, ya que son los menos favorecidos en la práctica de alguna actividad física (Parks et al., 2003; Seclén y Jacoby, 2003).

En este sentido, la situación laboral de los adultos mayores es un determinante que muchos investigadores han abordado. Esta variable ha sido estudiada por Ruiz Juan et al. (2005b), quienes realizaron un estudio en la población de La Habana (Cuba) encontrando que las amas de casa son practicantes el 33,3%, han abandonado el 26,1% y nunca han realizado el 40,5%, los jubilados son practicantes el 32,7%, han abandonado el 24,2% y nunca ha practicado el 43% y los desocupados son practicantes el 57,1%, han abandonado el 19% y nunca han practicado el 23,8% son activas el 25,5%, frente al 47,1% de inactivas.

En la mayoría de los países no se ha podido reducir los altos índices de inactividad, principalmente en los países latinoamericanos, se ha hecho muy poco o no se ha hecho nada, por disminuir la inactividad física. Como referencia tenemos que sólo en 31 países de los 191 miembros de la Organización Mundial de la salud, tienen datos utilizables sobre la actividad física, según el informe sobre la salud en el mundo 2002, en el que especifica que solamente en 4 países de América Latina exploran la magnitud del sedentarismo Brasil, Chile, México y Perú (Jacoby et al., 2003).

Podemos decir que la situación laboral de los sujetos, es un determinante fuertemente asociado con la práctica de actividad físico-deportiva, comportamiento que se modifica con el paso de los años, los sujetos productivos laboralmente son más frecuentes en la práctica de las actividades físicas en las etapas de la juventud, sin embargo, al llegar a la etapa de adulto mayor son más practicantes los jubilados seguidos de los que trabajan. Por otro lado las amas de casa son las que 8 de cada 10 no practican ninguna actividad físico-deportiva.

5.2.2. Características de las actividades físico-deportivas de tiempo libre.

Las influencias socioambientales y los deportes tradicionales de las localidades producen algunos cambios en las modalidades deportivas que se practican en algunos países europeos, debido a los cambios climáticos que, en cierto punto, condicionan a los sujetos en la práctica de actividad física, favoreciendo unas y obstaculizando otras como los deportes de invierno, náuticos y acuáticos (Vander Boroek, 2002; Aliaga y Winquist, 2003; Eurostad, 2003).

En la diversidad de práctica de actividad físico-deportiva realizada por la población, según algunos investigadores como García Ferrando (2001), Vander Boroek (2002) y Otero (2004), existe la tendencia de elegir especialmente los deportes individuales frente a los colectivos.

Debido a esta diversificación surgen nuevas actividades con el componente individualizador, principalmente en el medio urbano donde la autonomía individual es una característica de una sociedad en busca más de lo estético que de la socialización y

el disfrute en comunión con los demás. Ha conducido a los investigadores a valorar la práctica de actividades físico-deportivas a partir de diversas formas y consideraciones para lograr beneficios en la salud reduciendo los riesgos de la aparición de enfermedades. En la revisión bibliográfica encontramos que la práctica puede ser medida y clasificada dependiendo de diversos criterios y se puede clasificar tomando en consideración los componentes de la participación deportiva.

Como se propone desde el proyecto COMPASS (2002), puede ser medible desde el punto de vista cuantitativo (según la continuidad y la concentración en el tiempo de la propia participación), cualitativo (en términos de prestación absoluta o relativa, con referencia particular al ámbito competitivo) y nivel organizativo o de institucionalización (grado de inserción en las organizaciones que regulan la práctica de la actividad).

Por su parte, García Ferrando (2001) distingue siete categorías o clasificaciones del comportamiento deportivo, considerando una tipología o tasa de práctica en:

1. Intensamente de modo competitivo y organizado: son los que hacen deporte 3 o más veces a la semana, tienen licencia federativa y compiten en ligas o competiciones regladas.
2. Intensamente: la integran aquellos practicantes que aún haciendo deporte con frecuencia elevada, 3 o más veces por semana, lo hacen sin orientación competitiva, si compiten lo hacen con amigos por diversión.
3. Regularmente de modo competitivo y organizado: forman parte quienes tienen licencia federativa y participan en competiciones regladas, pero sólo hacen deporte una o dos veces por semana.
4. Regularmente de modo recreativo: son quienes hacen deporte regularmente de modo recreativo, practicando una o dos veces por semana, sin orientación competitiva y de forma continuada a lo largo del año.
5. Irregular: son quienes hacen deporte cuando pueden, practicando menos de una vez por semana.
6. Ocasionalmente: la componen quienes sólo hacen deporte en vacaciones.
7. No práctica: compuesta por los no practicantes.

En cuanto a la participación en actividades físicas y deportivas, Piéron (2003) considera tres niveles: participación cuyo mínimo sea de tres veces por semana, participación mínima de al menos una hora por semana y frecuencia cotidiana.

En el mismo contexto, Otero (2004) consideran en sus estudios cuatro categorías: práctica intensiva, regular, ocasional e irregular. Teniendo en cuenta que la práctica deportiva puede realizarse con grados de intensidad muy variados, estos autores calculan las diversas tasas de práctica deportiva siguiendo las recomendaciones de COMPAS, (2002), donde se considera que la población mayor de 16 años que realiza 120 o más prácticas en los últimos doce meses es considerada como práctica intensiva, quienes realizan entre 60 y 119 se considera práctica regular, entre 12 y 60 práctica irregular y entre 1 y 11 prácticas práctica ocasional.

Existen otras recomendaciones (ACSM, 1998) que los individuos deben considerar para lograr beneficios en el sistema cardiorrespiratorio, sobre todo los adultos mayores: la actividad física debe ser de baja intensidad, moderada y continua. Coincidiendo con lo expuesto años anteriores por Katch y Katch (1991), quienes indican que la actividad física aeróbica debe ser prologada, sostenida y de baja intensidad como caminar, trotar, pedalear bicicleta, natación y patinaje. Sin embargo, aparecen otras opciones (García Ferrando, 2001) como diferentes formas de baile y juegos recreativos, gimnasia de mantenimiento, ejercicios aeróbicos y entrenamiento de fuerza, aunque esta última no es apropiada para todos los adultos mayores.

Según Bastos et al. (2005), los sujetos han reducido de manera considerable la cantidad y calidad de la actividad física. Son bastante irregulares en la práctica, dedicándole poco tiempo, reduciendo así las posibilidades de lograr los beneficios en su salud. Esto obliga a incrementar los niveles de actividad física en adolescentes, jóvenes y adultos (USDHHS 1996 y 2000; Dunn et al., 1998; OMS, 2002), es decir, muchos podrían tener ganancias fisiológicas y disfrute de la actividad si se permite al sujeto la libertad de elegir la actividad física de acuerdo a sus preferencias acorde con sus posibilidades, aún así, tiene la tendencia de modificarlas con el paso de los años.

5.2.2.1. Modalidad de la práctica físico-deportiva.

Concretamente, la modalidad de práctica deportiva de los sujetos activos está determinada, de manera general, por factores socioambientales y, de manera particular, por factores individuales, los cuales están fuertemente influenciados de algunos correlatos como demográficos, psicológicos y estructurales los cuales, en su momento, determinan el tipo de deporte que el sujeto puede o desea realizar.

Algunos estudios muestran que es el individuo quien elige la modalidad que prefiere, siempre que tenga claro que el objetivo de practicar la actividad físico-deportiva elegida estará enfocado al mejoramiento y mantenimiento de su salud para evitar riesgos de sufrir algunas de las enfermedades no trasmisibles (Piéron, 2003; Matsudo, 2003; Mazzeo et al., 1998). Es decir, la modalidad elegida debería cumplir con este objetivo y no efectos contrarios a los que se persiguen.

En el ámbito de la práctica de actividad físico-deportiva, algunos estudios de García Ferrando (2001), refiere que los deportes como el fútbol, fútbol sala, carrera a pie o jogging, tenis, ciclismo, danza y gimnasia y tiro, son los más utilizados por personas mayores de 40 años. Mientras que en deportes como el baloncesto, balonmano, voleibol, rugby, atletismo y el jockey predominan en la población menor de 40 años.

García Ferrando y Mestre (2000) y García Ferrando (2001), encontraron que la población española sigue un orden descendente en las modalidades físico-deportivas de conjunto, realizando mayormente deporte individuales como la natación, tenis, caminar, sedentarismo, gimnasia de mantenimiento, aeróbic, danza, montañismo, excursionismo, gimnasia rítmica, carrera y atletismo.

Más tarde, otros estudios realizados por algunos investigadores (Ruiz Juan, 2001; García Montes, 2001; Hellín, 2003; Otero, 2004; Ruiz Juan y García Montes, 2005a), coinciden con los resultados nacionales, pero con algunas diferencias en las

modalidades deportivas. Probablemente por las influencias de factores socioambientales y la tradición de los deportes locales.

Por tanto, existe una diversidad en la práctica de actividad físico-deportiva realizada por la población, según algunos investigadores como García Ferrando (2001), Vander Boroek (2002) y Otero (2004), existiendo la tendencia de elegir especialmente los deportes individuales frente a los colectivos.

De los deportes más practicados en el ámbito nacional español, según la encuesta 2000 de García Ferrando (2001), vamos a centrarnos en los principales. En primer lugar, estaría la natación recreativa (39%), la cual continúa con el mismo porcentaje de practicantes que en 1990. Le seguiría el deporte con más recursos a nivel nacional e internacional, hablamos del fútbol, tanto recreativo como de competición (36%), el cual ha aumentado su porcentaje de practicantes en la última década (28% en 1990). En tercer lugar está el ciclismo competitivo y recreativo, el cual también se ha elevado en más de cinco unidades porcentuales el número de practicantes en diez años (15% en 1990 y 22% en 2000). El cuarto lugar es para la gimnasia de mantenimiento.

En un estudio realizado en la década pasada, Cuevas (1994) encontró que las seis modalidades deportivas más practicadas por los andaluces eran la gimnasia de mantenimiento (13,7%), fútbol-sala (13,5%), ciclismo (12%), natación (11,5%), fútbol-11 (10,5%) y tenis (10%).

Posteriormente, Riera (1996), en Comarca del Valle de Arán, en los varones jóvenes y adultos araneses (distribuyó en tres zonas: alto, medio y bajo Arán), destaca como actividades deportivas más practicadas por su población el esquí (48%), ciclismo (13,3%), fútbol (8,6%), patinaje sobre hielo (6,1%) y natación (5,2%).

De igual manera, en el análisis de Ispizua (1993 y 1996) acerca de las prácticas de tiempo libre, expone que los deportes más practicados son natación (34,7%), danza o gimnasia (17,5%), fútbol-sala (16,8%), fútbol (15,4%), footing (15%), baloncesto (13,6%) y ciclismo (12,7%).

Con el paso de los años los sujetos modifican sus preferencias. Se observa que los adultos mayores tienen la tendencia de abandonar los deportes de alta intensidad por otros de moderada intensidad, de menor riesgo y seguros. Según Arribas y Arruza (2001), la población mayor de los guipuzcoanos y guipuzcoanas tiene la tendencia de cambiar sus preferencias por actividades como caminar (36%), montañismo (24%), andar en bicicleta y nadar (15%).

La preferencia por estos deportes se observan en los estudios realizados en la población adulta de Martos (2000), quien encontró que las tres principales actividades que los adultos mayores practican son movimientos de gimnasia, caminata y uso de la música. Coincidiendo con los estudios de Cabañas et al. (2004) quien encontró que los mayores de 60 años practican, mayoritariamente, gimnasia de mantenimiento (94,7%) y son los que están más preocupados por su salud, casi el 100%.

En un estudio transversal, realizado en mayores institucionalizados en Granada (España) por Moreno Torres et al. (2003), encontraron que las actividades físicas lleva-

das a cabo con más frecuencia y durante más tiempo es el paseo caminando, frente a la gimnasia como actividad minoritaria.

Con relación a las preferencias deportivas de los adultos mayores, encontramos en otros estudios, como el de Moreno y Gutiérrez (1998), resultados muy similares cuando se les pregunta por los deportes que practicarían si pudieran: el 22,8% contestó que la natación, el 14,7% la gimnasia, el 11,3% el tenis y el 10,3% la caminata.

En los Estados Unidos, según Li et al. (2005), citando a AHRQCDC (2002) y CDC (2003), los adultos mayores de 65 son los que disponen de más tiempo libre, al igual que también son los que más tiempo dedican a las actividades al aire libre, principalmente, la modalidad de caminar. Es decir, esta población, probablemente tiene mejor organizado su tiempo libre, frente a otras poblaciones de adultos mayores, quienes cuentan con suficiente tiempo libre pero mal organizado.

Podemos ver que en los países europeos existe un desarrollo rápido de la practica físico-deportiva, pero en otros países de América Latina todavía existen grandes problemas y, por consiguiente, podemos esperar que las modalidades físico-deportivas no hayan evolucionado al ritmo de otros países, se sigue practicando los deportes tradicionales como el fútbol en sus distintas manifestaciones y el aeróbic como los más practicados (Endorciaín et al., 2000; Monteiro et al., 2003 y Seclen y Jacoby, 2003). Estos investigadores sugieren que las personas adopten un estilo de vida activo que incluya actividades físicas diarias en la casa, en el trabajo o en el tiempo libre, como subir o bajar escaleras, salir a pasear con el perro, cuidar del jardín, lavar el carro, caminatas en ritmo ligero, bailar, pedalear o nadar. Estas nuevas recomendaciones son confirmadas por las asociaciones internacionales como la CDC (2003), CDC50 (2004) y ACSM (1998).

En recientes estudios en la población habanera realizados por Ruiz Juan et al. (2005b) encontraron que la población tiene mayor preferencia por deportes colectivos (26,5%) frente a los individuales (19,1%), siendo las modalidades preferidas más practicada la gimnasia de mantenimiento (17,96%), seguido de trotar y correr (11,3%), béisbol (8,7%) y fútbol (8,4%).

Se observa que las modalidades de actividad físico-deportiva que practican los sujetos en etapas de la juventud, se modifican con el paso de los años. Los jóvenes prefieren aquellas actividades que están enfocadas a deportes de conjunto que requieren para su práctica altas intensidades y mayor desgaste energético como los deportes de conjunto tales como el fútbol, balonmano y baloncesto entre otros. Pero, con el incremento de la edad y el paso de una etapa a otra, los sujetos tienen la tendencia de preferir deportes menos intensos, que en su práctica no representen esfuerzos extenuantes, con menos riesgos de lesiones y más seguros, como la natación, gimnasia de mantenimiento, la caminata, correr y trotar.

5.2.2.1.1. Según el sexo.

Con relación al sexo y la modalidad de práctica físico-deportiva, encontramos que los hombres y las mujeres, en algunas poblaciones, tienen diferentes preferencias. En la investigación llevada a cabo por Navarro y Mateo (1993) sobre la juventud española, se afirma que, entre el grupo de practicantes, se presentan como modalidades

más practicadas, entre los hombres, el fútbol (40%), el baloncesto (22%), la natación (15%), el ciclismo (14%) y el tenis (14%). Mientras que entre las mujeres, la gimnasia (16%), la natación (15%), el ciclismo (9%), el footing (8%), el tenis (6%) y el baloncesto (6%) demostrando, de esta manera, que existen deportes practicados fundamentalmente por hombres y otros cuya práctica es prioritaria entre las mujeres.

En la población barcelonesa, Cañellas y Rovira (1995) averiguaron que la natación es la actividad más practicada en ambos sexos. Pero los tipos de actividades, en función del sexo, vemos que el fútbol y el fútbol sala destacan significativamente como actividades preferentemente masculinas. En cambio, entre las mujeres, casi toda la práctica se concentra en la natación, caminar, pasear y gimnasia de mantenimiento.

Ispizua (1993 y 1996), expone que las mujeres practican deportes de corte individual y que no requieren tiempo determinado, como la danza o la gimnasia (17,5%) o la natación (34,7%). Mientras que los hombres participan más las modalidades de equipo y más reglados, como fútbol sala (16,8%), fútbol (15,4%), footing (15%), baloncesto (13,6%) y ciclismo (12,7%).

García Montes et al. (2001), encontraron en un estudio de hábitos deportivos de los granadinos mayores de 10 años, que las mujeres tienen poco tiempo para practicar deportes, porque en ellas recaen las responsabilidades familiares y domésticas. Por lo tanto, son las que tienen menor disponibilidad temporal. Un poco más tarde López Crespo (2001) expone la misma idea, en la cual, las mayores responsabilidades familiares y domésticas son asumidas por las mujeres trabajadoras respecto al cuidado de los hijos y las tareas del hogar, repercutiendo en una evidente limitación del tiempo disponible para realizar cualquier tipo de deporte.

Por su parte Otero (2004) refieren que, en la población andaluza mayor de 16 años, son practicantes de fútbol el 24,5%, siendo la mayoría varones y mientras que las mujeres realizan aeróbic (32,1%), seguido de gimnasia de mantenimiento (31%).

En otros países europeos como en Prato (Italia), según Mussino (2004), los mayores porcentajes de participantes vienen constituidos por los llamados deportes de gimnasio, con actividades de condición física (aeróbic, body-building, cyclette, spinning, step, etc), de combate (artes marciales), de danza y de baile, principalmente por las mujeres. Las distintas modalidades de fútbol (fútbol y fútbol-sala), los deportes de piscina (aquagym, natación y waterpolo) y el ciclismo y la mountain byke, principalmente por los hombres.

Igualmente, en países latinoamericanos, diferentes autores como Seclén y Jacoby (2003) y Endorciaín et al. (2000) coinciden en afirmar que el deporte colectivo que más se practica en los varones es el fútbol (47,9%) y el voleibol (54,5%) en las mujeres.

En Brasil, según Monteiro et al. (2003), los hombres indicaron que participaban en deportes de equipo, mientras que las mujeres dijeron que participaban en actividades tales como caminar o trotar (jogging), pero estas últimas fueron las actividades más comunes en ambos sexos.

En los estudios revisados se observa que los hombres tienen preferencias por los deportes de conjunto más reglados y competitivos, como el fútbol y baloncesto, en

tanto que las mujeres prefieren deportes de corte individual que no requieren tiempos determinados como la gimnasia de mantenimiento, natación, danza y baile. Sin embargo, en los países desarrollados como Italia, muestra una tendencia a preferir modalidades deportivas de gimnasio tanto en hombres como en mujeres. Probablemente por la influencia de los factores socioambientales y sociales de estas poblaciones.

5.2.2.1.2. Según la edad.

La edad es otro de los factores sociodemográficos abordado por algunos investigadores españoles como García Ferrando (1990, 1997 y 2001), Otero (2004) y Ruiz Juan y García Montes (2005a), que refieren que las actividades físico-deportivas seleccionadas responden, en gran medida, a las posibilidades que tiene el individuo. Sin embargo, la diversidad de grupos de edad que se encuentran en las distintas etapas, según Keating et al. (2005), permiten observar tendencias en trabajos que tratan esta variable.

En un estudio realizado por García Ferrando (2001), se aprecia que los deportes que predominan en la población menor de 40 años son el baloncesto, balonmano, voleibol, rugby, atletismo y el hockey, mientras que en los sujetos mayores de 40 años predominan los deportes como el fútbol, fútbol sala, carrera a pie o jogging, tenis, ciclismo, danza, gimnasia y tiro.

Años antes en la juventud española, Navarro y Mateo (1993) y García Ferrando (1993), se encontró que los jóvenes de 20 a 24 años practican, principalmente, deportes colectivos como el fútbol (40%), baloncesto (22%) y, en menor proporción, los individuales como la natación (15%), ciclismo (14%) y gimnasia (16%), sin embargo, se observa una disminución importante con el incremento de la edad. Posteriormente, observamos que, en Andalucía, en el municipio de Sevilla (Romero et al., 1994), la modalidad principal entre los practicantes de 15 a 29 años es el fútbol (21%) y, en segundo lugar, la gimnasia de mantenimiento (15%).

En la Junta de Castilla y León (1994), desarrollaron un estudio para conocer las modalidades deportivas de la juventud en general (de 15 a 29 años), sin diferenciar en bloques de edades. Se observa que la principal actividad deportiva es ir al gimnasio, para realizar actividades de musculación, gimnasia y aeróbicos.

Así mismo, estudios realizados por Cañellas y Rovira (1995), refieren que en la población de 15 a 65 años la actividad físico-deportiva con mayor porcentaje en los barceloneses es la natación (25%), porcentaje por encima de otras modalidades deportivas como caminar (21%), la gimnasia de mantenimiento (13%) y el baloncesto, el tenis o el excursionismo con el 10%, constatando que muchos de los deportes tradicionales han quedado desplazados de las preferencias de la población.

Se observa que, en un estudio realizado en la región de Murcia, según Hellín (2003), la modalidad preferida de los sujetos que se encuentran en el grupo de edad de los 15 a los 25 años, son los deportes colectivos. En cambio, los sujetos que se encuentran entre los 26 y los 40 años y los que están entre los 41 y los 64 años, prefieren principalmente los deportes individuales.

Sánchez Barrera et al. (2003), que realizaron un estudio en Granada sobre las preferencias de las modalidades deportivas de la población de 10 a 74 años, encontra-

ron que son la carrera y el fútbol las actividades más practicadas por los más jóvenes y, en general, la gimnasia y andar o caminar en los siguientes grupos de edad.

En estudios más recientes del INE (2004), realizados en la población adulta mayor, los resultados muestran que las personas mayores de 65 años son las que disponen de más tiempo libre, también son las que más tiempo dedican a las actividades al aire libre, especialmente andar o caminar, gimnasia y balón o pelota. Es decir, organizan el tiempo libre de tal manera que puedan practicar algún deporte de su preferencia.

Las poblaciones muestran la tendencia que, en las etapas de la juventud hasta los 40 años, prefieren actividades de deportes colectivos, posteriormente, se inclinan prioritariamente por los deportes individuales. Es decir, con el incremento de la edad las preferencias de las modalidades deportivas cambian, inclusive en los jóvenes de un mismo país.

Los adultos mayores, por su parte, tienen la tendencia de practicar principalmente aquellas actividades que están diseñadas acorde con la edad como es caminar, gimnasia de mantenimiento, principalmente después de los 40 años.

5.2.2.2. Frecuencia.

Como hemos observado, la práctica de actividad físico-deportiva ofrece a los sujetos grandes beneficios en su salud, cuando ésta es realizada de manera constante, dedicando cierta cantidad de tiempo y empleando un esfuerzo físico, capaz de producir un cambio en el ritmo cardiaco y respiratorio.

La frecuencia, la duración y la intensidad del ejercicio son tres componentes de la actividad física, cuya combinación ha sido lo más eficaz que se ha encontrado para producir un entrenamiento efectivo, sin que la edad signifique un factor limitante del ejercicio (ACSM, 1998). Según este organismo muchos de los beneficios que lograrían los sujetos por conducto de la actividad física, se podrían alcanzar sin necesidad de emplear alta intensidad durante el ejercicio, siempre y cuando la frecuencia y la duración del entrenamiento aumenten de manera apropiada. Desafortunadamente, los sujetos han disminuido en estos tres componentes, lo que ha conducido a los investigadores a estimar qué cantidad y calidad debe tener la actividad física cuando sea realizada por los sujetos para lograr beneficios para su salud, reduciendo la aparición de enfermedades.

Para Pate et al. (1995), USDHHS (1999, 2000 y 2004) y Li et al. (2005) los sujetos deben acumular por lo menos 30 minutos de actividad física, de preferencia todos los días de la semana, con una intensidad moderada. Por su parte, la ACSM (1998) sugiere que destinando diez minutos en cada sesión, durante al menos dos días por semana, con una intensidad del 65% al 90% del ritmo cardíaco máximo ó del 50% al 80% de la reserva máxima, será suficiente para mejorar la aptitud cardiorrespiratoria.

La frecuencia de práctica ha sido clasificada de diferentes maneras por algunos investigadores. Para Ponseti et al. (1998), esta podría dividirse en nivel bajo (práctica esporádica o semanal de algún deporte), nivel medio (práctica llevada a cabo 2-3 veces a la semana) y, por último, nivel alto (práctica realizada más de 3 veces a la semana). En tanto, Balaguer et al. (1999), consideran que la práctica del deporte y la realización

de actividades físicas requieren esfuerzos físicos con cierta frecuencia, la consideran moderada, cuando los sujetos destinan 2 a 3 veces por semana a la práctica de ejercicio físico y alta, cuando destinan 4 o más días a la semana.

Al observar este componente en algunos estudios realizados en diferentes poblaciones de España, caso particular de Baracaldo, Portugalete, Santurtzi y Sestao (Nervión–Vizcaya), Ispizua (1993) encontró que tan sólo el 32,2% de esta población se ejercitaba todos los días de la semana, en tanto que cuatro de cada diez sujetos (40,4%) lo hacía de 2 a 3 veces por semana y un pequeño grupo (16,3%) destinaba una vez o menos a la semana.

Sánchez Pérez et al. (1998) muestran que el 72% de los jóvenes realizaba actividades físicas por debajo de las recomendaciones sugeridas por los expertos (1 a 2 veces por semana), mientras que el resto (36%) se ejercitaba durante 3 días o más a la semana.

En un estudio desarrollado en Santander (Pérez et al., 2001), encontraron que el 62,8% realiza actividades físico-deportivas 3 ó más veces por semana, seguido por quienes lo hacen 1 o 2 veces a la semana (26,9%) y con menos frecuencia de práctica se encuentra el 10,3%. Estos resultados permiten observar que, en esta población, afortunadamente un grupo mayoritario se encuentra realizando actividades físico-deportivas por encima de los mínimos recomendados.

Tiempo después, en la Comunidad Autónoma de Andalucía, Otero (2003) realizan un estudio en la población mayor de 16 años, observando que poco más de la mitad de los andaluces (52,3%) practican las actividades físico-deportivas 3 veces por semana, en tanto el 40,2% lo hace por 1 a 2 veces a la semana. Este autor (Otero, 2004) años más tarde, en la misma población andaluza, encuentra que tan sólo el 20% de los sujetos realiza práctica del ejercicio todos los días de la semana, en tanto tres de cada diez andaluces destinan entre dos y tres veces por semana. Lo que permite apreciar que la mitad de la población de esta región se ejercita uno o menos días a la semana.

Por su parte, Sánchez Barrera et al. (2003), en los jóvenes universitarios de Deusto, sólo el 36% de los jóvenes realizaban actividades físicas una vez a la semana, con idénticos porcentajes de los que practican 2 veces, mientras que un 36% se ejercitaba durante 3 días o más a la semana. Es decir, un considerable sector de esta población no cumple con las cantidades mínimas sugeridas por los expertos de al menos 3 días a la semana.

En esta misma línea encontramos que Gyurcsik et al. (2006) resaltan que la frecuencia de práctica de actividad física en los jóvenes se encuentra por debajo de las recomendaciones mínimas (menos de 3 días a la semana).

Por el contrario, en la población de Córdoba, Molero y Guillen (2007) muestran que, en las personas mayores de 65 a 85 años, el mayor porcentaje de los que practican se localiza en la frecuencia de 3 días a la semana (26.9%), por lo que se puede pensar que esta población está cumpliendo con las recomendaciones de los expertos.

En el estudio realizado en la década pasada por Vuori y Fentem (1996), se encontró que los adultos mayores de Finlandia se ejercitan principalmente 3 veces por semana (37%), seguido por quienes lo hacen 1 a 2 veces por semana (32%).

En América Latina, según Mora et al. (2004), en Costa Rica las personas de 60 a 75 años de la población practican actividad físico-deportiva con una frecuencia de 3 a 4 veces por semana. Sin embargo, se debe comentar que esta población se localiza institucionalizada, en 21 centros diurnos donde existe control y vigilancia sobre los sujetos.

Estos estudios nos permiten apreciar que, en algunas poblaciones, los sujetos, por su escasa frecuencia de práctica de actividad física, disminuyen las posibilidades de mejorar su salud encontrándose en serio riesgo para su salud. En cambio, otros probablemente incrementen su salud al ser constantes en dicha práctica.

De igual manera, la frecuencia tiene la tendencia a disminuir con el paso de los años siendo, durante la juventud, cuando los sujetos se ejercitan por encima de las cantidades sugeridas por los expertos investigadores en el tema. Por lo cual, podríamos suponer que, con el aumento de la edad y disminución de la frecuencia de práctica, comiencen a surgir ciertas enfermedades que podrían afectar a este sector de la población en caso de no aumentar la frecuencia.

5.2.2.3. Duración del esfuerzo.

Bastos et al. (2005) encuentran que los sujetos han reducido de manera considerable la duración del esfuerzo, disminuyendo las posibilidades de alcanzar los beneficios en su salud, lo que obliga a incrementar los tiempos de práctica de actividad física en adolescentes, jóvenes y adultos (USDHHS, 1996 y 2000; Dunn et al., 1998; OMS, 2002). Para lograr beneficios para la salud biológico, psicológico y social, los sujetos deben dedicar de 20 a 30 minutos a la práctica del ejercicio físico durante una sesión de entrenamiento (USDHHS, 1996 y 2000; Mazzeo et al., 1998; Matsudo, 2003) lo que supondrá mejorar el funcionamiento del sistema cardiorrespiratorio, movilidad articular, autonomía funcional autoestima y prolongar la independencia de los sujetos.

A partir de la duración de la práctica de actividad física, los beneficios para la salud pueden aumentar, disminuir o mantenerse, cuando los sujetos cumplen con las cantidades sugeridas por los expertos.

Se han hecho estudios en población joven para determinar el tiempo que estos ocupan en sus actividades físicas. La duración de la práctica en la población barcelonesa se ha modificado en la última década, según estudios de Cañelas y Rovira (1995), que presentan que esta población realiza esta actividad con una duración de 2 horas semanales.

Blasco et al. (1996) indagaron el tiempo de práctica en los jóvenes estudiantes pertenecientes al primer curso en las Facultades de Ciencias y Psicología de la Universidad Autónoma de Barcelona. Observaron que el 41% de los encuestados destinaban 3.30 horas de actividad en promedio semanal, con más de 60 minutos por sesión de entrenamiento. Es decir, es un sector de la población que se encuentra por encima de los mínimos recomendables. Sin embargo, más de la mitad de la población está practicando por debajo de este tiempo con la tendencia de seguir disminuyendo con el paso de los años.

Por su parte, Sánchez Barrera et al. (2003) refiere que los jóvenes de la Universidad de Deusto, el 39% realizan actividades físico-deportivas con una duración entre 30

y 60 minutos. Sin embargo, el resto la esta haciendo con tiempos inferiores, es decir, no cumplen con los mínimos recomendados.

En las etapas de la juventud, según los resultados del estudio realizado en Almería (Ruiz Juan et al., 2005a), entre los practicantes la mayor cantidad de éstos (61,5%) lo hacen con una duración de 2 a 5 horas a la semana. Si además tenemos en cuenta que otra parte de la población (22,2%) dedica más de 6 horas a la práctica semanal, se puede concluir que casi la totalidad de la población estudiada practica con una duración que pueden ser considerados satisfactoria, atendiendo a las recomendaciones del USDHHS (1996).

En estudios más recientes Romero Granados (2007) investigó en dos escenarios. En el primero que no tiene nada que ver con la actividad físico-deportiva y en el segundo un macrogimnasio, para conocer la duración de la práctica en adultos mayores de Sevilla. Encontró que la duración del esfuerzo que esta población destina en su práctica, es de 1 hora, en ambos grupos (54,5% en el primero y 36,1% en el segundo).

En el informe sobre la duración de las actividades físicas de tiempo libre del periodo 1997-98 de la población de los Estados Unidos (Barnes y Schoenborn, 2003), uno de cada cuatro adultos (22,7%) realiza actividad físico-deportiva con una duración mínima de 30 minutos.

Estos resultados difieren de los encontrados por Frank et al. (2005) en 13 áreas metropolitanas de Atlanta (Estados Unidos), con datos recolectados del 2001 al 2003 en la población de 20 a 70 años. Encontraron que el 37% practica actividad física con una duración de 30 minutos al día y el 18% realiza por debajo de los 30 minutos recomendados. Una parte de esta población puede llegar a tener problemas de salud porque no están cumpliendo con el tiempo mínimo sugerido.

Esta situación es diferente en algunos países latinoamericanos como Brasil, dónde Monteiro et al. (2003) encontraron que, en la población general, sólo el 13% de los brasileños hace un mínimo de 30 minutos de actividad física y únicamente el 3,3% indicó que lo hacía como mínimo 30 minutos 5 días a la semana, es decir, cumplen con los mínimos recomendados. Bastante similar a los resultados de cuatro localidades de la población de Argentina, Erdociaín et al. (2000) encontraron que más de la mitad de la población (53.3%) está practicando con un tiempo inferior a lo recomendado por los expertos. Situación preocupante porque los riesgos de sufrir enfermedades están latentes, sobre todo por las pocas posibilidades de practicar alguna actividad por la precariedad o ausencia estructural y los problemas económicos existentes.

Los estudios de Erdociaín et al. (2000) en la población mayor de 60 a 75 años de Costa Rica, encontraron que los sujetos les dedican más de una hora diaria a la práctica físico-deportiva, obedeciendo a programas estructurados para 21 centros diurnos en esta población. Aunque es un país centroamericano, es una de las sociedades que cuentan con una estructura social bastante mejor que otros países de esta zona.

Los estudios revisados nos permiten observar que las etapas donde se hallan escolarizados los tiempos de práctica son mayores porque ésta es obligatoria o tienen mayor promoción y, sobre todo, por la presencia de la Educación Física. Sin embargo,

se observa una disminución del tiempo de práctica a partir del egreso escolar, con la tendencia de disminuir con el paso de los años. De tal forma que, al llegar a la etapa de adulto mayor, la duración de la práctica tiene la tendencia de mantenerse en los mínimos recomendados y a disminuir, como está sucediendo en algunas poblaciones europeas y latinoamericanas.

Se observa, además, que la duración de la práctica suele ser diferente entre las poblaciones, permitiendo observar que en casi todas las poblaciones disminuye con el incremento de la edad, lo que hace suponer que surjan algunos problemas de salud o quizá ya estén padeciendo.

5.2.2.4. Intensidad del esfuerzo.

Los estudios epidemiológicos, en su mayoría en población adulta, muestran que los sujetos que realizan actividades físicas de intensidad moderada y de forma regular, favorecen positivamente su salud física (Minuchin, 1996; Varo et al., 2003a; Jacoby et al., 2003), mental (Biddle, 1993; Guillén García et al., 1997; Brown y Siegel, 1988; Dechavanne, 1998; Pérez, 1998) y social (Benaziza, 1998), obteniendo mayores beneficios que aquellos que practican ejercicios de gran intensidad, si es realizada durante varios, o mejor aún, todos los días de la semana. Esto ha conducido a los investigadores a estimar qué cantidad y calidad debe tener la actividad física para que les permita lograr beneficios para su salud, reduciendo la aparición de enfermedades.

Los estudios en actividad física y su relación con la salud han cobrado importancia en los últimos años por los grandes beneficios que ésta origina a los sujetos que son activos en la vida diaria, concediendo a estos ser más saludables y mejorar su calidad de vida. Según los estudios realizados por ACSM (1998), son muchos los beneficios que lograrían los sujetos por conducto de la actividad física que se podrán alcanzar sin necesidad de emplear una alta intensidad durante el ejercicio, siempre que la frecuencia y la duración del esfuerzo aumenten de manera apropiada.

Para controlar la intensidad existen medios biológicos que facilitan el manejo de las cargas de trabajo en los practicantes. Independientemente del objetivo que se persiga, la intensidad con que se realiza el esfuerzo de la actividad físico-deportiva, puede modificar las respuestas de adaptación al trabajo físico. Para Ramírez (2002), controlar la frecuencia y la duración de la práctica de actividad física resulta más fácil pero, con respecto a la intensidad, es más complicado porque puede ser interpretada de muchas maneras y generar confusiones, pudiendo provocar efectos indeseables y no lograr el objetivo que se persigue.

Considerando las aportaciones de Barrios et al. (2003) y Romero García (2004), con respecto a las distintas formas de controlar las cargas de trabajo utilizando la intensidad del esfuerzo, se recomienda vigilar el trabajo físico por diferentes medios fisiológicos, siendo uno de ellos la frecuencia cardiaca de esfuerzo (FCE), tomando como base la frecuencia cardiaca máxima (FCM) del sujeto practicante (principalmente en sujetos no de alto rendimiento). Por ser un medio fisiológico que se emplea frecuentemente para determinar la intensidad del ejercicio y constituye, en las condiciones concretas de entrenamiento, la base para el control de las cargas de trabajo. Estos investigadores

proponen que estos mínimos y máximos estén entre los rangos siguientes: intensidad ligera (55% a 64% de la FCM), moderada (65% a 74% de la FCM) y vigorosa (75% 90% de la FCM).

Sin embargo, existen otros estudios que muestran otras formas de controlar la intensidad del esfuerzo tomando en cuenta indicadores metabólicos como el consumo máximo de oxigeno (VO^2 máx.,) el umbral de lactato (OBLA) inicio de la acumulación del lactato sanguíneo por sus siglas en ingles (once blood lactate accumulation) (Katch y Katch, 1991). Esto permite que los sujetos activos puedan practicar a diferentes tipos de esfuerzos. Según la USDHHS (2000), las actividades físicas se pueden realizar con una intensidad vigorosa, moderada e insuficiente o escasa.

Aún cuando algunos investigadores (Sallis y McKenzie, 1991) le dan mayor importancia a la frecuencia y a la duración de las actividades físicas que a la intensidad, señalan que los sujetos se debe preocupar más porque las actividades impliquen mayor frecuencia y duración más que la intensidad, es decir, estos investigadores restan importancia a la intensidad del esfuerzo.

Porque la intensidad puede mejorar la salud, si es aplicada de manera adecuada y con criterios fundamentados en investigaciones, como lo sugiere la USDHHS (2004) es que una actividad física de alta intensidad requiere menos tiempo y, en cambio, las actividades de baja intensidad, deberán prolongarse más, es decir, ésta será aplicada considerando los objetivos que se persiguen y las posibilidades del sujeto.

Se puede apreciar que un instrumento fácil de utilizar para controlar la intensidad con que los sujetos practican la actividad físico-deportiva es la FCM a través de la FCE, con la que se pueden establecer los rangos mínimos y máximos del esfuerzo según la edad del sujeto. En un estudio en la población de Barcelona (Cañelas y Rovira, 1995) se encontró que del 25% de los practicantes lo hacen con intensidad media, significando que esta población cumple con las recomendaciones mínimas de los expertos.

En un estudio sobre actividades físicas y deportivas extraescolares (Piéron, 2003) en jóvenes europeos de 15 años, en las conclusiones se menciona la preocupación por que en la vida cotidiana de niños y adolescentes y, sobre todo en las mujeres, no consiguen acumular una cantidad de actividad física efectuada a un nivel apropiado de intensidad que responda a la necesaria para obtener beneficios en la salud. Diversos autores refieren que el volumen y la intensidad son relativamente escasos en niños y adolescentes, siendo este nivel frecuentemente inferior a lo que es requerido para generar unos efectos beneficiosos para la salud.

Estudios realizados en 16 países europeos, incluyendo a Estados Unidos, encontraron que los países con mayor porcentaje de práctica a intensidad moderada son Alemania (45,2%), seguido por Luxemburgo (51,3%), Finlandia (51,4%), por el contrario, los países que practican mayormente con intensidad vigorosa son Holanda (25.8%) y Suecia (23,5%). Así mismo, reportan que los adultos mayores de 65 años que practican principalmente con intensidad moderada son los de holandeses (71,6%). En tanto que en los Estados Unidos el mayor porcentaje se localiza en los que practican actividad física de intensidad vigorosa (60%).

En Finlandia, la población adulta mayor de 60 años practica, preferentemente, a intensidad moderada, como lo muestran los resultados de Vuori y Fentem (1996). En el grupo de 65 a 75 años, casi una cuarta parte (24%) de dicho conglomerado está practicando a intensidad moderada.

Según estudios de Sallis y McKenzie (1991), los jóvenes de los Estados Unidos emplean menos del 2% de su tiempo diario a las actividades físicas con intensidad moderada, lo que ha provocado cierta preocupación por el estilo de vida sedentario de la juventud de esta población.

Se puede concluir señalando que la intensidad del esfuerzo, en la mayoría de las poblaciones hasta aproximadamente los 40 años, cumplen con los mínimos recomendables. Sin embargo, esta intensidad se pierde con el paso de una etapa a otra de la vida, con una tendencia a disminuir, de intensidad vigorosa a moderada. En cambio, los sujetos mayores que se localizan después de los 40 años tienen la tendencia de practicar con intensidad moderada, con posibilidades de llegar a niveles por debajo de los mínimos recomendados, lo que aumentaría los riesgos de padecer algunos problemas en la salud. Se observa, a demás, que en algunas poblaciones de países desarrollados, los adultos mayores tienen mejor organizado su tiempo libre, permitiéndoles mayor tiempo de práctica de actividades físico-deportivas.

5.2.2.5. Las características de la actividad física y su relación con el sexo.

La frecuencia, duración e intensidad de práctica de actividad físico-deportiva se muestran diferentes entre las poblaciones observadas situación que, según la literatura consultada, pueden variar en función del sexo y la edad de los sujetos. Castillo y Balaguer (1998), consideran que estas variaciones son producto de los diferentes patrones y estereotipos generados socialmente. Con respecto al sexo, diferentes estudios encuentran que los hombres suelen ejercitarse con mayor frecuencia que las mujeres, pero en otros, sucede lo contrario.

Pérez et al. (2001), encontraron que son los varones (62,2%) de la población de Santander quienes mayor frecuencia de práctica tienen que las mujeres, cuando esta es realizada por 3 ó más días a la semana durante tu tiempo libre. En tanto, el 66% de las mujeres suelen realizarla 1 ó 2 días en promedio a la semana. Tendencias contrarias se observan en el estudio llevado a cabo por Cabañas et al. (2004), quienes concluyen indicando que las mujeres son quienes dedican en más de tres días a la semana a la práctica del ejercicio físico, muy por encima de los varones de la región de León.

El Grupo de Opinión Europea de Investigación (Comisión Europea, 2003), en población general, realizaron un estudio en 15 países europeos incluyendo además a los Estados Unidos. Encontraron que los mayores porcentajes de frecuencia de practica de actividad física son de 2 días a la semana (8,4% en mujeres y 9,9% en hombres), seguido de 1 día a la semana (7,3% en mujeres y 8,5% en hombres). Esta tendencia se presenta en los adultos mayores de Finlandia (Hirvensalo et al., 1998), pero de manera inversa ya que las mujeres del grupo de edad de 65 a 74 años suelen ejercitarse en mayor porcentaje (14,7%) que los hombres (10,5%) cuando dedican 1 a 2 días por semana a

la actividad física. Situación que se repite en el grupo de 75 a 84 años (mujeres 14,6% frente al 8,3% en hombres).

En otras partes del mundo, caso particular de los Estados Unidos, la USDHHS (1998), muestra que no se producen grandes diferencias porcentuales entre uno y otro sexo, con respecto a la frecuencia de práctica. Donde los hombres (31%), al igual que las mujeres (30%), dedican 3 días a realizar actividades físicas. En tanto, en la edad de adulto mayor, el 16% de los hombres suelen destinar hasta 5 días al ejercicio, por encima del 13% de las mujeres.

Según lo observado, encontramos que, con respecto a la frecuencia de práctica, en hombres y mujeres, los resultados son confusos, al mostrar que en algunos casos los varones tienen mayor frecuencia de práctica a la semana y en otros no. Los constantes cambios en el mundo han traído estilos de vida sedentarios en hombres y mujeres, repercutiendo gravemente en su salud debido, entre otras cosas, a que los sujetos dedican menos tiempo a la práctica de actividades físico-deportivas durante su tiempo libre (Sallis y McKenzie, 1991).

En la región de Murcia (Martínez Ros et al. 2003), cuando los sujetos hacen más de 2 horas a la semana práctica de actividad física, los varones (8,2%) suelen dedicar mayor tiempo que las mujeres (5%). Estas últimas suelen dedicar mayor tiempo (80%) cuándo la práctica es realizada menos de dos horas a la semana, respecto a los varones (70,6%).

Estudios realizados en el territorio español (INE, 2004), muestra que los españoles dedican en promedio 56 minutos por sesión a las actividades físicas deportivas y las españolas 39 minutos. Mostrando que los varones destinan mayor tiempo a la práctica de actividad físico-deportiva que las mujeres.

Entre los jóvenes andorranos, los chicos realizan esfuerzos de mayor duración que las chicas, quienes suelen mostrar menor tiempo de práctica en la actividad física (Mico et al., 2002). Es decir, los varones son sistemáticamente más numerosos al declararse partícipes en más de 4 horas por semana (65%) con respecto las mujeres (50%).

La Comisión Europea (2003), en población general mayor de 15 años, muestran que la duración del esfuerzo es de 31 a 60 minutos (19,6% los varones y 17,5% las mujeres). Por tanto, podemos resaltar que, desafortunadamente, las mujeres son las que dedican menos tiempo a la práctica de actividad físico-deportiva.

Otro componente de la actividad física que permitirá a hombres y mujeres obtener beneficios en su salud es la intensidad del ejercicio, independientemente del objetivo que se persiga. Sallis y McKenzie (1991) coinciden en señalar que los sujetos deben poner mayor atención a la duración del ejercicio que a la intensidad. Pero como hemos visto la intensidad dependerá de la duración, es decir, a mayor intensidad menor tiempo, y a mayor tiempo, menor intensidad.

Con respecto a la intensidad de la práctica de actividad físico-deportiva, parece que este comportamiento, en ambos sexos, está presente en la evolución hacia la tercera etapa de la vida (Mico et al., 2002). Así lo confirma un estudio realizado en Córdoba por Navarro et al. (2003) sobre los hábitos físico-deportivos de la mujer. Subrayan que

el momento de mayor intensidad de práctica en este colectivo se sitúa en la edad escolar, disminuyendo conforme aumenta la edad. Estos autores consideran que esto es a causa del nuevo modo de vida, conduciendo a una disminución en ambos sexos.

Durante la juventud la intensidad del esfuerzo presenta algunas coincidencias o pocas variaciones como lo demuestran estudios de Piéron et al., (1998 y 1999) sobre el estilo de vida de más de 7.000 jóvenes, de 12 a 15 años de edad, pertenecientes a nueve países europeos (Bélgica, República Checa, Estonia, España, Finlandia, Alemania, Gran Bretaña, Hungría y Portugal). Observaron que, tanto en hombres como en mujeres, existe una tendencia sistemática en a realizan actividad física de intensidad baja.

Sin embargo, las diferencias entre sexos siguen de manifiesto en algunas poblaciones. Hay que destacar que estas diferencias no presentan variaciones con el paso del tiempo (USDHHS, 1996 y 2004), porque los hombres casi siempre son más activos en los niveles de intensidad vigorosa y moderada y las mujeres en los niveles moderados e insuficientes.

Podemos destacar los trabajos de Sanders et al. (2000), quienes afirman que, en los islandeses, los hombres presentan mayores valores porcentuales en la práctica de intensidad moderada (38%) y con idénticos porcentajes en las vigorosas, en cambio las mujeres, son el colectivo que presenta mayor insuficiencia en la práctica. Similar comportamiento encuentra Vuori y Fentem (1996) en la población finlandesa, donde investigó a los sujetos de 16 a 74 años, encontrando que, en los dos últimos grupos (65 y 75 años), casi una cuarta practica a intensidad moderada (10% los hombres y 4% las mujeres).

Esta hegemonía se presenta también entre los jóvenes de Australia donde, según Leslie et al. (2001), a pesar del transcurrir de los años (1991, 1996 y 1997), los varones son quienes presentan las mayores tasas de práctica de intensidad vigorosa.

En la mayoría de las poblaciones los hombres son los que practican con mayor frecuencia, a intensidades vigorosas y por encima de los mínimos deseables, más que las mujeres. Encontramos también que, en la evolución de la edad hacia la etapa de adulto mayor, en ambos sexos, disminuye la frecuencia de práctica por debajo de los mínimos recomendables con lo que el sujeto estaría en riesgo de sufrir problemas de salud.

En los adultos mayores se observa que las tres características de la actividad con el paso del tiempo disminuyen, llegando a permanecer con una frecuencia de actividad física en 1 a 2 veces por semana, con 30 minutos de duración a intensidad moderada, en la mayoría de las poblaciones.

5.2.2.6. Las características de la actividad física y su relación con a la edad.

Encontramos que algunos investigadores (Sánchez Barrera et al., 1995; Sila, 1998; Sanz et al., 2003), coinciden en que a medida que aumenta la edad, desciende la frecuencia de práctica de actividad físico-deportiva en la mayoría de las poblaciones.

En etapas de la juventud existe la tendencia de que las actividades físico-deportivas se practican con mayor frecuencia. Así lo demuestran los estudios llevados

a cabo en la ciudad de León, donde Cabañas et al. (2004) encuentran que la frecuencia es muy elevada, independientemente de la edad, e incluso practican casi a diario todos, sobre todo los menores de 25 años. Podríamos suponer que, cuanto más joven es el individuo, suele realizar actividad física con mayor frecuencia.

Según las consideraciones de Bastos et al. (2005), con el incremento de la edad los sujetos disminuyen la frecuencia de práctica quedando en riesgo de abandonar la actividad, produciéndose un sedentarismo elevado con muchas posibilidades de sufrir algunas de las enfermedades no transmisibles, sobre todo, al llegar a la tercera edad.

Así lo demuestran algunos estudios, cuando los sujetos llegan a la etapa de adulto mayor reducen la frecuencia de la práctica semanal. Se aprecia, según Hirvensalo et al. (1998), que el grupo de edad de 65 a 74 años, en Finlandia, practican una a dos veces a la semana, es decir, una importante disminución con respecto a otras edades.

En otros estudio (Comisión Europea, 2003), en población general mayor de 15 años, se indica que los adultos mayores de 65 años el mayor porcentaje se presenta en la frecuencia de un día a la semana, mientras que el grupo más joven (15 a 25 años) el mayor porcentaje se localiza en 2 días de práctica a la semana. Igualmente, Schoenborn y Barnes (2002), en la población estadounidense, encontraron similar comportamiento en adultos mayores en el rango de edad de 65 a 75 años, quienes practican con una frecuencia de 1 a 2 veces por semana.

Dentro de la misma población de un país, la frecuencia con que es practicada la actividad física es diferente entre los diferentes grupos de edad. En los estudios realizado en los estadounidenses, según Li et al. (2005) y CDC (2003), los adultos mayores, en el rango de edad de 65 a 74 años, solamente el 31% participa en actividad física con una frecuencia de 3 o más días a la semana y un poco menos (16%) dice que hacen actividad 5 o más días a la semana. También los mayores de 75 años, en menor porcentaje (23%), practican con la misma frecuencia y sólo 1 de cada 10 participan 5 o más días a la semana.

Los investigadores sugieren buscar estrategias para incrementar los niveles de actividad física en adolescentes, jóvenes y adultos (USDHHS 1996 y 2000; Dunn et al., 1998; OMS 2002). Igualmente, poner más atención en los comportamientos de salud y calidad de vida en la niñez y adolescencia para evitar declinaciones en la práctica en la juventud, pues algunos de estos comportamientos ejercen un gran poder como determinante en la edad adulta (Caspersen et al., 2000; Buckworth, 2001).

En un estudio realizado por Aarnio (2002), en el departamento de Salud pública la Universidad del Helsinki, apunta que los que participaron en actividad física con una frecuencia de todos los días en la juventud, lo hicieron también en la edad adulta. Sin embargo, el 1,7% eran ya físicamente inactivos en esa edad, es decir, se mantiene la tendencia de que con el paso de los años la práctica de actividades físicas disminuye significativamente. Confirmando que existen cambios en el tiempo que los sujetos le dedica a la práctica de actividad física, en la medida que se incrementa la edad.

Con respecto a la duración del esfuerzo que emplean los practicantes, la Comisión Europea (2003), en población general mayor de 15 años, muestran que el mayor

porcentaje (13%) de practicantes adultos mayores de 65 años es de 31 a 60 minutos, seguido de 30 minutos o menos (7,6%). En tanto que en los jóvenes (15 a 25 años), el mayor porcentaje se localiza en 31 a 60 minutos, seguido de 91 a 120 minutos (13,1%).

Así mismo, en América, específicamente en la población adulta mayor de 60 años de los Estados Unidos, según CDC (2003) y Li et al. (2005), encontraron que los adultos mayores de 65 años son quienes más tiempo dedican a las actividades al aire todos los días durante aproximadamente una hora.

Por último, fundamentar la intensidad con algunos referentes teóricos del esfuerzo de práctica del sujeto activo que tiene una fuerte relación entre el equilibrio y dosificación de las cargas de trabajo en todas las edades.

Independientemente de las clasificaciones existentes en este tema, la intensidad con la cual los sujetos activos deben practicar las actividades físico-deportivas suele depender de los objetivos que persiga y de las posibilidades, siempre que cumpla con los mínimos recomendados por los expertos, para reducir los posibles riesgos de salud y lograr los beneficios de la actividad física, consolidando la permanencia en dichas actividades en la evolución de la edad hacia la vejez.

Esto permite entender que la edad es un factor que modifica la intensidad en la medida que ésta se incrementa y está asociada con el aumento o disminución de la actividad física, sobre todo en la población de adultos mayores. Se estima que la declinación de los sujetos en las actividades de intensidad moderada y vigorosa, suelen ocurrir entre los 12 y 21 años de edad, en ambos sexos (USDHHS, 1996).

Desde el punto de vista biológico, según la U. S. General Physical Activities Defined by Level of Intensity, que elaboró una clasificación dónde se exponen las actividades de intensidad moderada y las de intensidad vigorosa, las cuales se sitúan por encima de los 6 METs o más de 7 Kcal/min y la intensidad moderada (estas deben conllevar un gasto energético entre 3 y 6 ó entre 3.5 METs y 7 Kcal/min) de este el trabajo asignado por sesión se pueden dividir en dos, tres ó quizás más periodos a lo largo del día.

Así lo demuestran algunos investigadores europeos (Piéron et al., 1998 y 1999) quienes realizaron una investigación en nueve países europeos. Los resultados pusieron de relieve que hay una tendencia sistemática que registra una disminución del índice de actividad física entre las edades de 12 y 15 años. Teniendo en cuenta la intensidad de participación, encontramos que en ambos sexos y en todos los grupos de edad, los porcentajes de juventud involucrados en actividades de intensidades bajas son bastante altos. Aunque el informe del Surgeon General de Estados Unidos, refiere que un adulto mayor debería practicar a intensidad moderada durante la mayoría de los días de la semana (U.S. Department of Health and Human Services, 1996).

Con respecto a la intensidad del esfuerzo, podemos apreciar que los jóvenes son los que practican mayor tiempo y con intensidades vigorosas, pero con el paso de los años éstas tienen la tendencia a disminuir, principalmente, al llegar a la tercera etapa de la vida. Como se puede observar en el ámbito nacional español, en edades de 15 a 74 años y teniendo en cuenta la tipología de COMPASS, García Ferrando (2001) men-

ciona que la práctica deportiva con más porcentaje de participación es hacer deporte intensamente (15%), a continuación estaría un 13,2% integrado por los practicantes regulares de manera recreativa.

Martínez Ros et al. (2003), en Murcia en la población de 18 a 65 años de edad, indica que los jóvenes, pero también los adultos, practican con una intensidad moderada compatible con la protección coronaria.

Por lo tanto, podemos decir que, en las etapas de la juventud los sujetos practican con mayor frecuencia semanal y con mayor intensidad, aunque ésta empieza su declinación desde la adolescencia. A partir de esta etapa existe la tendencia sistemática de disminución del índice de práctica de actividad física dedicándole menor tiempo (Comisión Europea, 2003). Este comportamiento continúa su disminución con el paso de los años hasta llegar a la tercera edad en la que éste se estabiliza.

La intensidad del esfuerzo con que se practica la actividad física obedece a factores propios y ajenos a la persona, que pueden originarse en el propio interesado, en su entorno o en la actividad en cuestión. Es decir, los cambios del comportamiento están sujetos a factores socioambientales y a los factores individuales que determinan las posibilidades de práctica de los sujetos. Las diferentes formas habituales del comportamiento de los sujetos, ante las características de la actividad física, varían de un país a otro y aún dentro del mismo país.

La práctica de actividad física en los adultos mayores parece estabilizarse en una a dos veces por semana, con intensidad moderada y de 20 a 30 minutos por sesión. Lo que significa que es una población con posibilidades de abandonar la práctica y, con ello, incrementar los riesgos de la salud y padecer algunas enfermedades como la diabetes, hipertensión y problemas cardiorrespiratorios, entre otros.

5.3. Análisis y discusión de los resultados.

5.3.1. Comportamientos ante la actividad físico-deportiva de tiempo libre de los adultos mayores de 60 años del municipio de Tapachula (México).

En las últimas décadas, las investigaciones sobre la práctica físico-deportiva de tiempo libre se han incrementado en todas las sociedades del mundo para indagar sobre qué poblaciones pueden lograr beneficios para la salud o, por el contrario, ponerla en riesgo, a partir de ser considerados en dos grandes grupos, activos o inactivos.

Para analizar el comportamiento ante la práctica de actividad físico-deportiva en el tiempo libre se planteó la pregunta: ¿Ha sido practicante de actividad físico-deportiva de manera regular en alguna de las tres etapas?, con tres opciones de respuesta: practicante, nunca ha practicado y abandono de la práctica.

Los datos muestran que en nuestra población objeto de estudio el 40,1% realizaron práctica de actividad física durante la dependencia familiar. Pero se observa que este porcentaje disminuye conforme avanza la edad en las siguientes etapas, llegando a ser practicantes sólo un poco más del diez por ciento (12,2%) al alcanzar la etapa de adulto mayor. Es decir, uno de cada diez de los adultos mayores son practicantes.

Con respecto a los sujetos que nunca han realizado práctica de actividad físico deportiva ocurre justamente lo contrario, donde poco más de la mitad de la población, en la primer etapa (55,2%), no tuvieron la oportunidad de realizarla, incrementándose los valores porcentuales conforme se avanza a las siguientes etapas (64,8%, segunda etapa y 69,6%, tercera etapa).

Por otro lado, el abandono de la práctica se observa como va incrementándose de una etapa a otra tiene, de un porcentaje menor del cinco por ciento (4,7%) en la primera etapa, se incrementa progresivamente, hasta llegar a ser muy cerca, a una quinta parte de la población (18,2%) al alcanzar a la tercera etapa (tabla 5.1 y figura 5.1).

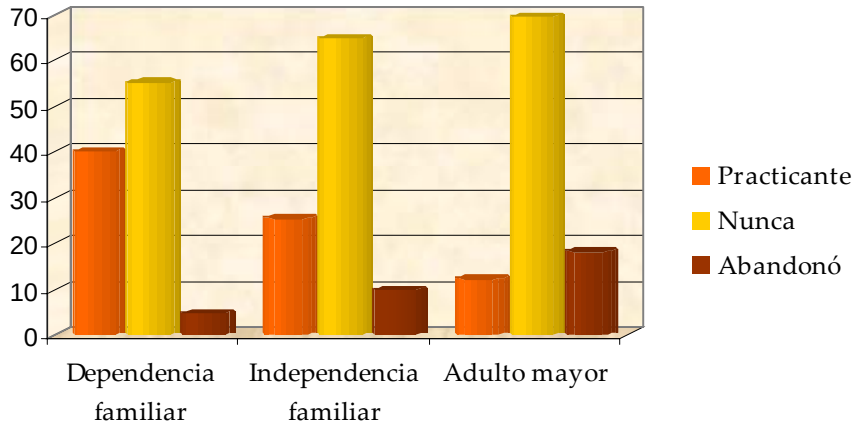

Figura 5.1.- Comportamiento ante la práctica físico-deportiva de la población de Tapachula mayor de 60 años en la etapa de dependencia familiar, independencia familiar y en la etapa de adulto mayor de 60 años.

Nuestros resultados de práctica de actividad físico-deportiva, vienen a coincidir con los índices de práctica de los resultados obtenidos por los investigadores como Seclen y Jacoby (2003), Ruiz Juan et al. (2005b) y Monteiro et al. (2003). Pero, difiere de los resultados obtenidos por Endorciaín et al. (2000), Gómez et al. (2005), BHFNC (2000), Rütten et al. (2001), Generelo et al. (2002), Rodríguez et al. (2005) y Gómez López et al. (2007), muestran tasas superiores de práctica en sus poblaciones con respecto a la nuestra.

Nuestras tasas de práctica de actividad físico-deportiva son demasiado bajas, significando que probablemente, durante en la juventud tuvieron algunas carencias educativas, económicas, estructurales y organización, esta situación podría confirmar la teoría de la transferencia de Blair (1995). Es decir, la poca práctica de actividad físico-deportiva que se generó durante su juventud ha evolucionado hasta la edad adulta.

Podemos entender que nuestra población tiene una tasa de práctica inferior a la mayoría de los países como España (García Ferrando 2001; Ruiz Juan et al., 2005a), Gran Bretaña (BHFNC, 2000), Estados Unidos (Schoenborn y Barnes, 2002), Reino Unido, Holanda, Suecia, Finlandia (Otero 2004, citando a ODA, COMPASS y García Fe-

rrando 2001), coincidiendo con el nivel de práctica solamente con algunos países de la misma región geográfica como Perú (Seclen y Jacoby, 2003) y Brasil (Monteiro et al., 2003) con similares condiciones de desarrollo económico y social. Sin embargo, La Habana (Cuba) que cuenta con otras condiciones sociopolíticas y económicas, muestra tasas de práctica de actividad físico-deportiva en la población adulta mayor, similares a las nuestras (Ruiz Juan, et al., 2005b).

En los resultados de nunca haber practicado actividad físico-deportiva de nuestro estudio se observan cifras altas de inactividad, podemos intuir que nuestra población se encuentra en alto riesgo de inhabilidad, morbilidad, y mortalidad que se asocian con la inactividad física, respaldado por algunos investigadores que coinciden que los sujetos inactivos tienen mayores consecuencias negativas para su salud (CDC/OMS, 2004; Matsudo et al., 2000; Mazzeo et al., 1998 y Moreno González, 2005), que lamentablemente fortalecen las pronósticos que afirman que más del 60% de la población adulta no realiza suficiente actividad físico-deportiva para beneficio de la salud (WHO, 2002 y OMS, 2003).

En nuestro estudio son considerados inactivos, por un lado, los que nunca han tenido oportunidad de practicar actividad físico-deportiva en el tiempo libre, desde su juventud hasta la edad actual y, por otro lado, los que habiendo practicado en alguna etapa de la vida, la han tenido que abandonar por diferentes circunstancias. Siete de cada diez sujetos nunca han practicado actividades físico-deportivas, cifras que son alarmantes, pero quizá sean comprensibles por las dificultades y carencias que ha enfrentado esta población por las situaciones comentadas. Con esta tendencia encontramos estudios que presentan datos similares a los nuestros en los trabajos de Gómez et al. (2005) y García Fernando (1997 y 2001).

Continuando con los sujetos que nunca han practicado actividad físico-deportiva, caso particular del adulto mayor, resulta sorprendente que nuestros resultados discrepan con un alto índice por encima de los obtenidos por otros investigadores de la USDHHS (1998), Endorciaín et al. (2000), BHFNC (2000), Rütten et al. (2001), Generelo et al. (2002), Schoenborn y Barnes (2002), CDC (2003) y Ruiz Juan y García Montes (2005a) y Ruiz Juan et al. (2005b), que presentan menores tasas de inactividad. De igual manera, las encontradas por Moreno Torres et al. (2003), en un estudio realizado en la residencia de ancianos en Granada, considerando que es población institucionalizada que cuenta con actividades físicas programadas, presentan una tasa de inactividad muy baja. Conviene diferenciar que las condiciones en las que se hizo el estudio son diferentes en población, muestra y circunstancias.

Con relación al abandono de la actividad físico-deportiva, se observa que toda la población entrevistada reconoce haber abandonado la práctica de actividades físico-deportivas, en cada una de las tres etapas. Es decir, el abandono ha tenido una evolución positiva, de tal manera que en la tercera etapa, muchos individuos han dejado de practicar actividades físico-deportivas por múltiples razones.

En nuestros datos se distingue una tasa de abandono inferior a la que presentan otros países como Portugal (Marivoet, 2007), España (García Ferrando, 2001) Reino Unido, Holanda, Suecia, Finlandia, (Otero, 2004, citando a ODA, COMPAS y García

Ferrando, 2001) y Brasil (Figueiredo y Rebollo, 2003), quienes muestran una tasa muy por encima de la registrada en nuestro estudio. Sin embargo, los porcentajes tan bajos de actividad físico-deportiva de esta población, pueden estar relacionados con la pobreza extrema en que viven, enfermedades propias de una población inactiva además de la marginación social y familiar.

Como hemos podido apreciar, existen factores que influyen negativamente en el comportamiento ante la práctica de actividades físico-deportivas de los sujetos: educación, conciencia social y política, programas de atención, intervención, actitudes y valores. Lo que no permite reducir las altas tasas de inactividad y lograr las tasas bajas de países desarrollados como: Holanda, Suecia, Reino Unido, Finlandia, Gran Bretaña (BHFNC, 2000); Otero, 2004, citando a ODA, COMPASS y García Ferrando 2001; Estados Unidos (Schoenborn y Barnes, 2002; CDC, 2003) y España (Ruiz Juan y García Montes, 2005ª; Ruiz Juan et al., 2005b). Es todavía más preocupante que esta población muestre tasas más elevadas de inactividad aún de los mismos países de América Latina, con similar situación social y poblacional como Argentina (Endorciaín et al., 2000) y Brasil (Monteiro et al., 2003).

Nos encontramos ante una población en condiciones diferentes a los países desarrollados, con carencias de infraestructura deportiva, programas vinculados con la salud, personal poco preparado y difusión de los beneficios de la práctica físico-deportiva. Una población que vivió los cambios sociales posrevolucionarios durante más de 40 años, con profunda transformación de actitudes y valores. Con estos resultados se constata que, esta población, ha permanecido marginada durante muchos años y continua bajo las mismas condiciones, con pocas posibilidades de acceder a programas de actividad física para la salud, por la falta de oferta y de interés de los responsables.

Razón que fundamenta la urgencia de estudios sobre el análisis de los factores que influyen o correlacionan con la actividad físico-deportiva a través de investigaciones en los múltiples ámbitos en que la sociedad se manifiesta, para indagar este comportamiento negativo y establecer programas de actividad físico-deportiva que mejoren las condiciones de vida de esta población vulnerable. Intentando disminuir los altos índices de inactividad que, con el paso de los años, crece paralelo a la transición demográfica de la población y con ello los problemas sociales y de salud pública que se incrementan de forma alarmante.

Igualmente, sería necesario considerar que esta población sigue estando en el primer lugar en analfabetismo y uno de los tres estados más pobres del país. Bajo estas condiciones, los índices de práctica tan bajos pueden encontrar una cierta explicación. Por otro lado, es una población del sur de México, en la que los programas y los presupuestos para mejorar la salud de la población han sido escasos.

Por lo tanto, los beneficios de la actividad física para esta población tampoco llegan, los esfuerzos políticos hasta hoy no han alcanzado las expectativas esperadas por la población, considerando que los factores sociales que producen un aumento en la práctica físico-deportiva se encuentran en los enfoques y estrategias políticas, principalmente, a escala local (Matsudo et al., 2000; Eyler, 2002).

Es decir, tenemos una población con bajo índice de práctica de actividades físico-deportivas, contrariamente, alto índice de inactividad, una población con muchas probabilidades de morbilidad, y mortalidad y pocas de mostrar mayores tasas de práctica. Por lo tanto, se producen diferencias abismales en el comportamiento ante la práctica de actividades con respecto a otros países considerados desarrollados con mejores condiciones de vida.

5.3.1.1. Factores que inciden en la práctica de actividad físico-deportiva.

Para continuar con la evolución del comportamiento ante la práctica de actividades físico-deportivas en el tiempo libre, la analizamos con los factores sociodemográficos sexo, edad nivel de estudios y situación laboral de la población estudiada.

5.3.1.1.1. Comportamientos ante la actividad físico-deportiva de tiempo libre según el sexo.

Concluido el punto anterior, en este apartado haremos una breve descripción de nuestra población con respecto a la práctica físico-deportiva entre hombres y mujeres y alguna posible correlación.

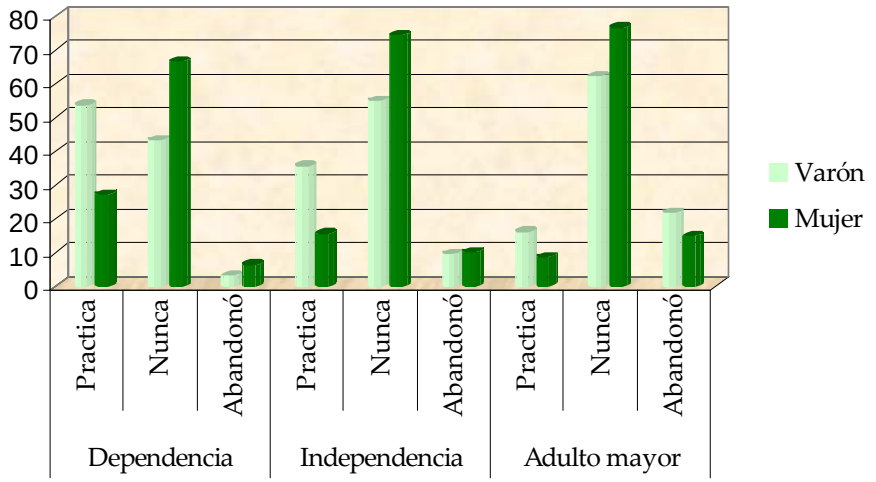

Figura 5.2.- Comportamiento ante la práctica físico-deportiva de la población de Tapachula mayor de 60 años en la etapa de dependencia familiar, independencia familiar y en la etapa de adulto mayor de 60 años por sexo.

En cuanto a la práctica de actividad físico-deportiva según el sexo, los datos permiten observar que entre estas variables existen diferencias estadísticamente significativas, siendo los hombres quienes realizan actividades físicas más que las mujeres en los siguientes escenarios: 53,7% frente 27,2% en dependencia familiar, 35,6% frente al 15,6% en independencia familiar y 16,1% frente al 8,6% en adulto mayor. Es decir, los varones son más practicantes en las tres etapas de la vida con respecto al sexo opuesto (figura 5.2).

Por otro lado, se analiza la posible relación entre los que nunca han practicado actividad físico-deportiva en su tiempo libre y la variable sexo. Las diferencias son es-

tadísticamente significativas en las tres etapas. Siendo las mujeres quienes presentan las mayores tasas en este comportamiento (66,5%, 743% y 76,6% frente al 43,3%, 54,9% y 62,2% de los varones). Se observa que en el transcurso de una etapa a otra se producen incrementos de inactividad con cerca de veinte puntos porcentuales en hombres y, algo más de diez puntos, en mujeres. Es decir, las mujeres tienen mayor regularidad en la práctica a lo largo de las tres etapas. Sin embargo, son éstas quienes menor práctica de actividad físico-deportiva realizan a lo largo de su vida (figura 5.2).

Para finalizar, tenemos al grupo de hombres y mujeres que, por diversas circunstancias, han abandonado la práctica de actividad físico-deportiva, donde se producen diferencias estadísticamente significativas entre estas dos variables en las tres etapas de la vida. A este respecto, las mujeres presentan mayor tasa en las primeras dos etapas de dependencia e independencia familiar (6,3% y 10,1% frente al 3% y 9,5% en varones), en cambio los varones (21,7% con respecto al 14.8% en mujeres), lo son en la etapa de adulto mayor (tabla 5.2).

Con respecto a la práctica de actividad físico-deportiva encontramos que por cada dos varones, una mujer realiza práctica físico-deportiva, resultados que presentan cierta similitud con los estudios llevados a cabo por Martínez et al. (2003), Hirvensalo et al. (1998), HFC (2002), HFC Loughborough (2002) y Seclen y Jacoby (2003), difiriendo de los estudios realizados por la USDHHS (1998), Denton y Walters (1999), Schoenborn y Barnes (2002), García Ferrando et al. (2002), Hellín (2003), Moreno Torres et al. (2003), Elizondo et al. (2005) y Ruiz Juan y García Montes (2005a), quienes tienen mayores tasas de práctica que las nuestras.

La menor práctica de actividad físico-deportiva de las mujeres, podría deberse a que los varones, probablemente, disponen de mayores oportunidades de práctica de actividad físico-deportiva, de ahí los resultados que confirman la teoría de Dishman y Sallis (1994), Telama et al. (1996), Sallis (1999) USDHHS (1996 y 2000) y Eyler (2002) aseguran que el sexo es un factor determinante cuando hombres y mujeres realizan práctica físico-deportiva (Dishman y Sallis, 1994; USDHHS, 1998; Cantón, 2000; Schoenborn y Barnes, 2002, García Montes et al., 2001; Barnes y Schonborn, 2003). Por otro lado, la práctica físico-deportiva está enfocada mayormente para los hombres (Wilcox et al. 2000; Ruiz Juan et al., 2000, Parks et al., 2003; Leslie et al., 2001).

La disminución de la práctica ocurre en ambos sexos de una etapa a otra, puede ser por la influencia de algunos factores sociales y medioambientales (García Ferrando, 2001; Otero, 2004), que repercuten de manera notable en las mujeres (Seclen y Jacoby, 2003). En cambio, para Wilcox, et al. (2000), García Ferrando et al. (2002) y ECHI-2 (2005), existen otras posibles causas como podrían ser las barreras personales, el soporte social y las limitaciones o lesiones físicas. Esto nos permite comprender los resultados obtenidos en este estudio.

Algunos investigadores como Cantón (2000), Arribas y Arruza (2001), García Montes (2001), García Montes et al. (2001) y Otero (2004), coinciden en que la disminución de la práctica de actividad físico-deportiva se puede ver afectada por la falta de disponibilidad de tiempo, por los compromisos laborales, familiares y profesionales que se mantienen en al paso del tiempo. Otros factores que probablemente ha llevado

al abandono de la práctica, serian a causa de la aparición de algunas enfermedades o lesiones físicas (Rebollo y García Montes, 1996; Bauman et al., 2002 y Matsudo 2003), quienes consideran que esto incrementara y consolidara dichos padecimientos.

Los niveles elevados de inactividad de nuestra población difieren de los estudios realizados por la USDHHS (1996), Denton y Walters (1999), Schoenborn y Barnes (2002), Otero (2004), García Ferrando (2001), Hellín (2003) y Ruiz Juan y García Montes (2005a) quienes encuentran menores tasas de inactividad. Estos elevados porcentajes de inactividad físico-deportiva de los tapachultecos, quizá sea ocasionado por diversas circunstancias, entre las que podríamos destacar la falta de oferta de práctica físico-deportiva de los organismos públicos y privados de nuestra entidad.

Cabe resaltar que encontramos otros estudios que presentan mayores tasas de inactividad de los nuestros, como los obtenidos por Elizondo et al. (2005) quienes observan una tasa de inactividad por encima del ochenta por ciento en ambos sexos en los ciudadanos mayores de Pamplona.

Con estos resultados podríamos predecir que las mujeres están en mayor riesgo de padecer algunas enfermedades que estudios epidemiológicos relacionan con la inactividad física (BHFNC, 2000; CDC/ACSM, 1999; ONU, 2001; CDC/OMS, 2004), las cuales probablemente se encuentren sufriendo dichos padecimientos.

Por ultimo se analizó el comportamiento de actividad físico-deportiva ante el abandono y su relación con el sexo, encontramos que difieren de los obtenidos por Moreno y Gutiérrez (1998), Otero (2003 y 2004) y Ruiz Juan et al. (2005a) quienes encuentran mayores tasas de abandono en ambos sexos en las poblaciones estudiadas. Se podría explicar si consideramos que nuestra población muestra una tasa de práctica baja, por lo tanto, hay pocos practicantes y cifras bajas de abandono.

El abandono de la práctica de actividad físico-deportiva entre hombres y mujeres en nuestro estudio, nos hace reflexionar sobre la falta de oferta pública y privada de práctica para esta población en ambos sexos. Sin embargo, Whiteley (2001) señala que a pesar esto, existe mayor apertura en la oferta de práctica para hombres que para mujeres. A estos problemas, debemos sumar la influencia que han ejercido los aspectos sociales que ocurrían en etapas previas, donde se considera que la práctica de actividad físico-deportiva es más propia de varones, limitando a la mujer la posibilidad de realizarla. Aunado a ello, como apunta García Montes et al. (2001), las diversas responsabilidades y compromisos que la mujer asume con las labores del hogar y la familia.

En el caso de los varones, podríamos comprender que durante su juventud, por el hecho de ser hombres, se permitió mayor libertar e independencia para elegir algunas actividades, pero las diversas circunstancias y responsabilidades, obligaron al abandono de la práctica de actividad físico-deportiva en su tiempo libre.

Bajo estas condiciones, se observa que las mujeres no han evolucionado frente a la práctica de actividades físico-deportivas en los últimos años, como en otras sociedades desarrolladas, en cuanto a su formación integral, debido a que permanecen en circunstancias similares a las etapas de dependencia e independencia familiar. Por lo tan-

to, es importante impulsar estrategias para fomentar e impulsar la práctica entre las mujeres que a su vez permita mejorar su salud.

A manera de conclusión se puede decir que los factores sociales, demográficos y biológicos, de ambiente físico y soporte social, permiten que los varones sean los más practicantes que las mujeres, dejando en mayores riesgos a las mujeres de sufrir algunos problemas de salud y sin posibilidad de incrementar los índices de práctica, siguen marginadas y sin ofertas de prácticas físico-deportivas de parte de la empresa pública o privada.

5.3.1.1.2. Comportamientos ante la actividad físico-deportiva de tiempo libre según la edad.

En nuestro estudio la población fue organizada en seis grupos quinquenales que nos permitió clasificar a los sujetos para su estratificación en seis grupos de edad (60-64, 65-69, 70-74, 75-79, 80-84 y 85 y más años). Se indagó sobre el comportamiento de práctica de actividad físico-deportiva en tres etapas (dependencia e independencia familiar y adulto mayor). En este punto es importante recordar que hemos acudido a la memoria y el recuerdo de la niñez a comienzos del siglo XXI, periodo de tiempo bastante lejano sin embargo, las condiciones sociales, económicas y educativas siguen siendo similares.

Los resultados permiten observar que no existen diferencias estadísticamente significativas entre estas variables, es decir, indica que entre los seis grupos de edad y en las tres etapas el comportamiento es muy parecido entre los más jóvenes (60 años) y los más viejos (98 años), los porcentajes se encuentran en torno al promedio general (tabla 5.3). Pero si existen diferencias importantes a medida que se pasa de una etapa a la otra, la práctica físico-deportiva tiende a disminuir progresivamente, pero al llegar a la tercera etapa se estabiliza. Es decir, en cada una de las etapas durante casi 40 años los porcentajes se han mantenido estables, lo que indica la fortaleza de estos comportamientos ante la práctica físico-deportiva, que han permanecido inalterables en un periodo de tiempo tan largo.

Centrándonos en la etapa de adulto mayor se puede observar que la práctica de actividad físico-deportiva tiene la tendencia a disminuir de los grupos más jóvenes hacia los grupos más viejos, con excepción de los grupos de 65 a 69 años y mayores de 85 años. Sucede lo contrario con los que nunca han practicado actividad física, tiene la tendencia de incrementar con el paso de un grupo a otro grupo de edad, con excepción del grupo de 85 años y más. Por último, en el abandono, observamos que es mayor en los grupos más jóvenes con tendencia a disminuir hacia los grupos de mayor edad (85 años y más) con excepción del grupo de 70 a 74 años.

Al contrastar nuestros resultados con otros estudios, encontramos que son coincidentes con las conclusiones de otros investigadores como Bouchard y Shepard (1994), Vuori y Fentem (1996), BHFNC (2000), Aarnio (2002), Otero (2004) y Ávila y García (2004), quienes refieren que la práctica de actividad físico-deportiva con el paso de los años tiende a disminuir.

Apoyándonos en las investigaciones revisadas, encontramos que varios investigadores (Dishman y Sallis, 1994; Bouchard y Shepard 1994; Telama et al., 1996; Sallis 1999; USDHHS, 1996, 2000; García Ferrando, 2001; Eyler, 2002; HFC, 2002) coinciden en afirmar que la edad es un factor que puede influir en este comportamiento. Sin embargo, esta influencia está presente en las etapas de la juventud, pero después de los sesenta años donde pierde consistencia.

Situación que nos hace reflexionar sobre el incremento del sedentarismo y de los riesgos de salud principalmente en los adultos mayores (Piéron, et al., 1997; Morgan, 2001; Castillo y Balaguer, 1998; Salinas y Vio, 2003; Seclén y Jacoby, 2003; Varo et al., 2003a; Matsudo, 2003), con consecuencias negativas que probablemente pueden estar padeciendo esta población, constituyendo uno de los principales problemas de salud para los servicios sanitarios y para la sociedad (Jansson 2001; Morgan, 2001; World Health Organization, 2002; Varo et al., 2003a) por el incremento de los índices de morbilidad y mortalidad y, con ello, los correspondientes altos costos socioeconómicos para la sociedad.

5.3.1.1.3. Comportamientos ante la actividad físico-deportiva de tiempo libre según el nivel de estudios.

El nivel de estudio, es otro de los factores que incide en el comportamiento de los sujetos activos ante la práctica de actividad físico-deportiva de tiempo libre. En este apartado se analiza esta variable y su relación con la actividad de los sujetos activos de esta población objeto de estudio.

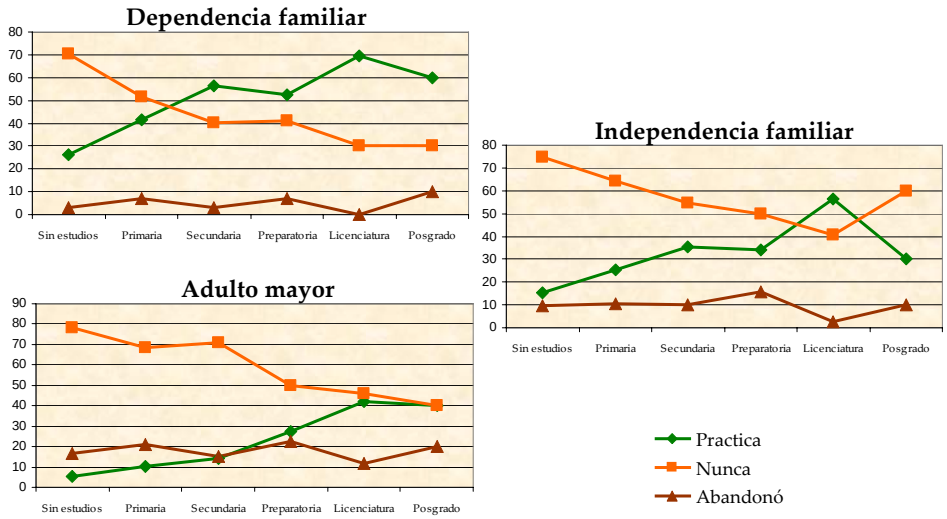

Figura 5.3.- Comportamiento ante la práctica físico-deportiva de la población de Tapachula mayor de 60 años en la etapa de dependencia familiar, independencia familiar y en la etapa de adulto mayor de 60 años por nivel de estudios.

Esta variable es un factor sociodemográfico bastante argumentado que incide de manera muy importante en la conducta del sujeto y en la práctica de las actividades físico-deportivas (Barnes y Schoenborn, 2003; Otero, 2004; Li et al., 2005; Ruiz Juan y García Montes, 2005a). En continuidad con nuestros resultados y centrándonos en la

actitud de los tapachultecos hacia la actividad físico-deportiva, podemos observar que existen diferencias estadísticas significativas muy marcadas entre el nivel de estudios y la práctica de actividad físico-deportiva en el tiempo libre de los individuos.

En cuanto a la práctica de actividad físico-deportiva, nuestros datos muestran que los que tienen estudios de educación normal/licenciatura, doctorado y secundaria, poseen los porcentajes más elevados de práctica, por encima del valor central de la muestra en las tres etapas (69,7%, 60% y 56,6%), aunque estos porcentajes tienen la tendencia a disminuir con el incremento de la edad. Los demás estudios se encuentran en torno a los valores promedios de práctica de la muestra en las tres etapas (figura 5.3).

Con relación a los que nunca han practicaron, sucede lo contrario, los porcentajes más elevados los muestran aquellos que no tienen estudios o los tienen muy bajos, los valores están más altos que el promedio general en cada etapa (70,4%, 74,9% y 78,1%), pudiéndose apreciar que los porcentajes se incrementan de una etapa a otra.

Por último, el abandono de la práctica, en la etapa de dependencia familiar, el mayor porcentaje (10%) se presenta entre los que tienen maestría o doctorado. Sin embargo, en las dos últimas etapas, el mayor índice se observa en los que tienen estudios de bachillerato (15,9% y 22.7%), con seis y cuatro puntos por encima del promedio central (tabla 5.4 y figura 5.3).

En este punto del análisis, es conveniente precisar algunos datos que pueden ayudar a entender el comportamiento de la población tapachulteca. En el aspecto educativo, la población del Estado de Chiapas presenta un alto índice de sujetos sin estudios, como queda demostrado en la tabla 3.1.7 donde se reportaron los porcentajes según los niveles de estudios (no tienen estudio 36,4% y sólo tienen primaria 41,3%) que si uniéramos estos valores, encontramos que el 77,7% de la población encuestada, tiene un escaso nivel académico.

Estos datos podrían ser comprendidos si se considera que el estado de Chiapas ocupa el primer lugar en analfabetismo (24,3% frente al total nacional 10,1%), primer lugar en deserción escolar (5,8%, frente al total nacional 2,1%,) tercer lugar en reprobación (10,3%, frente al total nacional 6,5%) y último lugar (32º) en eficiencia terminal (64,7 puntos frente al total nacional 85,3 puntos), según fuentes de la Secretaría de Educación Pública (1999). Tomando en cuenta que la población objeto de estudio nació en el periodo de 1908 a 1940, se puede entender los altos índices de escasos estudios, podría probablemente ser una de las causas por el cual la población presente bajos índices de práctica.

Nuestros datos muestran que los sujetos más practicantes poseen mayor nivel de estudios, similar a los resultados de otras investigaciones como Malina (2001), Bauman et al. (2002), Parks et al. (2003), Barnes y Schoenborn (2003), Otero (2004) y Ruiz Juan y García Montes (2005a) quienes coinciden en que los sujetos con mayor nivel de estudios son los que mayor índice de práctica exhiben, aunque con el transcurrir del tiempo disminuyen los niveles de práctica, a pesar del nivel de estudios del sujeto.

Sucede justamente lo contrario en aquellos sujetos que tienen bajo nivel de estudios. En nuestro estudio se observa que los sujetos con menor nivel de estudios,

muestran mayores tasas de inactividad, tendencia que coincide con estudios realizados por otros investigadores (García Montes, 2001; Hellín, 2003; Otero, 2004; Ruiz Juan y García Montes, 2003) quienes han encontrado que los más inactivos son aquellos sujetos que tienen menor nivel de estudios.

Por otro lado, el comportamiento del abandono en nuestros resultados se incrementa de una etapa a la otra. Se observa que los sujetos tienden en abandonar la práctica de actividad físico-deportiva por diferentes circunstancias. Tendencia bastante parecida a los resultados de estudios realizados por otros investigadores (Barnes y Schoenborn, 2003; Parks et al., 2003; Otero, 2004; Ruiz Juan y García Montes, 2005a). Situación que podríamos entender considerando la falta de estructura educativa bajo la cual crecieron estos sujetos (SEP, 1999), aunado a ello la falta de soporte social, necesidades económicas y familiares y, probablemente la fuerte relación del ambiente físico (costo, acceso y ubicación de las instalaciones.)

Podemos decir que el nivel de estudios es un correlato que influye al momento de realizar práctica de actividad físico-deportiva, que nos permite confirmar que una población con mayor nivel de estudios es una población con mayor tasa de practicantes, mas activa y menor probabilidad de abandono.

Estos resultados nos dicen que es urgente promover programas educativos que mejoren su nivel académico y, con ello, la práctica físico-deportiva ofreciendo oportunidades de prácticas físicas con una óptima difusión sobre los beneficios biológicos, psicológicos, sociales y familiares, a través de la iniciativa pública y privada.

5.3.1.1.4. Comportamientos ante la actividad físico-deportiva de tiempo libre según la situación laboral.

En este apartado se analiza la situación laboral de los adultos mayores en relación con la actitud ante la práctica físico-deportiva. Se aprecia que existen diferencias estadísticas significativas entre las diferentes ocupaciones distinguiéndose que, en la primera etapa los que trabajan tienen el mayor porcentaje de práctica (51%) con más de nueve puntos porcentuales por arriba del promedio general. Pero este porcentaje disminuye con el paso de una etapa a otra, llegando a ser menor del diecisiete por ciento (trabajadores el 15,5% y jubilados el 16,3%) en la etapa de adulto mayor (figura 5.4).

En el otro extremo se localizan los adultos mayores que nunca han practicado actividad físico-deportiva, nuestros datos indican que las amas de casa son las que mayormente refieren que nunca han practicado actividad físico-deportiva, reflejado en casi dos terceras partes de la población encuestada (73,9%) en la primera etapa, con más de dieciocho puntos porcentuales por encima del promedio central. Sin embargo, este porcentaje se incrementa en las dos etapas siguientes, llegando a ser ligeramente superior a cuatro quintas partes de la población (80,3%) en la tercera etapa, con más de diez puntos porcentuales del promedio central.

El mayor porcentaje de abandono de la práctica, en la primera etapa, lo muestran los jubilados o pensionados, aunque en porcentajes menores al diez por ciento (7,2%), sin embargo, este porcentaje se incrementa en ellos en la segunda etapa (12,7%). Pero al llegar a la tercera etapa, los que mayormente abandonan la práctica son los que

trabajan (23,25), con cinco puntos porcentuales por encima del promedio central (tabla 5.5 y figura 5.4).

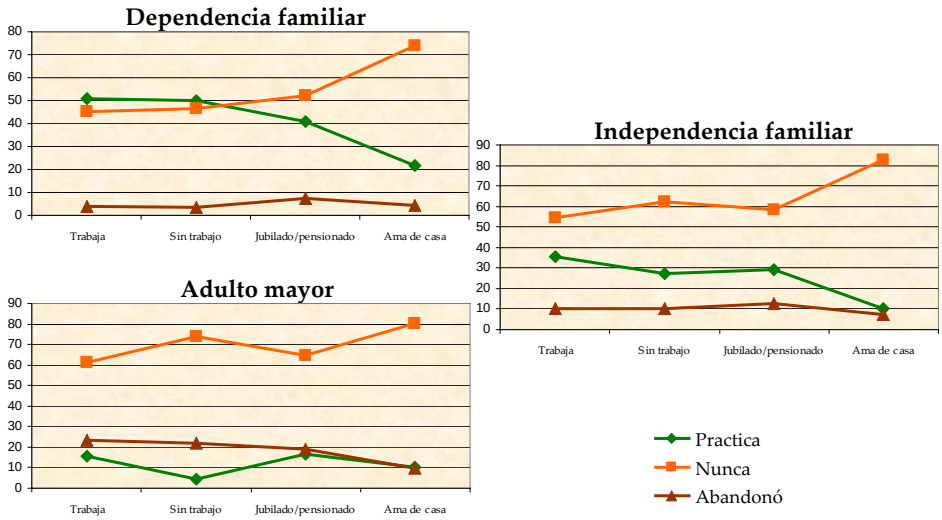

Figura 5.4.- Comportamiento ante la práctica físico-deportiva de la población de Tapachula mayor de 60 años en la etapa de dependencia familiar, independencia familiar y en la etapa de adulto mayor de 60 años por situación laboral.

Centrándonos ahora en el conjunto de adultos mayores que practican actividad físico-deportiva, según la situación laboral, llama la atención que las cifras de práctica de los que trabajan y jubilados son inferiores a las tasas de práctica que muestra Ruiz Juan et al. (2005b) en la población cubana, Elizondo et al. (2005) en la población de Pamplona y Gómez et al. (2005) en la población colombiana de Bogotá.

Sin embargo, coinciden con las apreciaciones de García Ferrando (1990 y 2001) y Ruiz Juan y García Montes (2005a), son los estudiantes los que tienen mayores posibilidades de práctica que los adultos mayores principalmente las amas de casa.

Por otro lado, las tasas de nunca haber practicado actividad físico-deportiva son diferentes a otras poblaciones, principalmente amas de casa y jubilados (CDC/OMS, 2004; Matsudo et al., 2000; Mazzeo et al., 1998; Moreno González, 2005) que señalan tasas de inactividad son inferior a las nuestras, coincidiendo con las afirmaciones de la OMS, (2003) quien refieren que las amas de casa, los jubilados y pensionados no realizan suficiente actividad físico-deportiva para beneficio de su salud.

Nuestros datos permiten afirmar que los sujetos que trabajan y los jubilados, son los que más practican actividad físico-deportiva, pero son los que principalmente la abandonan. En el lado opuesto, se localizan las amas de casa quienes son las más inactivas, es decir, las que por diversas circunstancias nunca han practicado actividades físico-deportivas.

Con respecto a las cifras de abandono de la práctica físico-deportiva que hemos obtenido, según la situación laboral, tienden a incrementar con el paso de los años, sucediendo de igual manera en otras poblaciones (García Ferrando, 2001; Otero, 2004;

García Ferrando, 2001; Figueiredo y Rebollo, 2003), sin embargo, se debe considerar las particularidades y características de cada población.

Para finalizar, podemos argumentar que resulta complicado hacer estimaciones y discutir nuestras tasas de este comportamiento con otros estudios, debido a que son escasos los estudios que tratan las diferentes situaciones laborales. Resultando necesario hacer más investigaciones que profundicen sobre la situación laboral de la población mayor y la incidencia en la práctica físico-deportiva.

Sin embargo, podemos decir que, en la etapa de adulto mayor, los que trabajan y los jubilados son los que principalmente practican actividad físico-deportiva, siendo los más inactivos las amas de casa y los que no trabajan, particularmente en este estudio.

5.3.2. Características de la actividad físico-deportiva de tiempo libre.

5.3.2.1. Modalidades de práctica físico-deportiva.

Debido a la diversificación y surgimiento de nuevas actividades en el ámbito de la práctica de actividad físico-deportiva, en una sociedad que busca más de lo estético, que la socialización y el disfrute, surgen nuevos estereotipos de práctica con una preferencia hacia los deportes individuales (García Ferrando, 2001; Vander Boroek, 2002; Otero, 2004), como la natación, el tenis, la gimnasia de mantenimiento, el montañismo, el senderismo, el excursionismo, el aeróbic, la gimnasia rítmica, el atletismo y otros más como el caminar, los bailes y la danza.

Algunos investigadores españoles (García Ferrando y Mestre, 2000; Ruiz Juan, 2001, García Montes, 2001; Hellín, 2003; Otero, 2004; Ruiz Juan y García Montes 2005a) coinciden en que se están produciendo algunos cambios en las preferencias que tienen los sujetos hacia algunas modalidades deportivas, principalmente, en los países desarrollados. En cambio, en América Latina el fútbol, en sus distintas modalidades, el baloncesto y el voleibol a pesar del transcurso de los años siguen manteniéndose en la preferencia de los sujetos.

Para nuestro estudio se han utilizado veintidós diferentes modalidades de actividades físico-deportivas, que nos permitirá conocer las preferencias de los adultos mayores de 60 años del municipio de Tapachula (Chiapas-México), para observar si, en el transcurso de las tres etapas, se producen variaciones en las preferencias por algunas modalidades deportivas previendo las consideraciones expuestas por la ACSM (1998), quien destaca que la disciplina seleccionada por el individuo surge a partir de una preferencia personal que, con el transcurrir de los años, puede modificarse.

Debido a que la dispersión de los valores porcentuales entre las disciplinas deportivas es alta, nos centraremos particularmente en las primeras cuatro modalidades que muestran mayor porcentaje o preferencia por los sujetos, en cada una de las tres etapas de la vida. Observamos que, en la etapa de dependencia familiar, el fútbol (42,2%) es la modalidad preferida por los tapachultecos, seguido del baloncesto (21,2%), el voleibol (8,2%) y trotar o correr (7,4%) (tabla 5.6 y figura 5.5).

Con respecto a la etapa de independencia familiar, tal y como ocurre en la etapa anterior, las modalidades deportivas más practicadas son el fútbol (44,4%), el baloncesto (21,9%), voleibol (7,7%), el trotar/correr (5,7%) y caminar (5,7%). Es decir, la tendencia es que prefieren la práctica de deportes de conjunto.

Sin embargo, en la etapa de adulto mayor, las preferencias se modifican con respecto a las etapas previas, los sujetos muestran mayores preferencias por el caminar (55,2%) y con menores por el fútbol (9.6%), trotar/correr (6,7%), baloncesto (5.9%) y voleibol (5.2%). Es decir, en las dos primeras etapas existe mayor preferencia por los deportes de conjunto y en la tercera etapa éstos pasan a segundo término decantándose por los individuales, siendo caminar la práctica mayormente realizada.

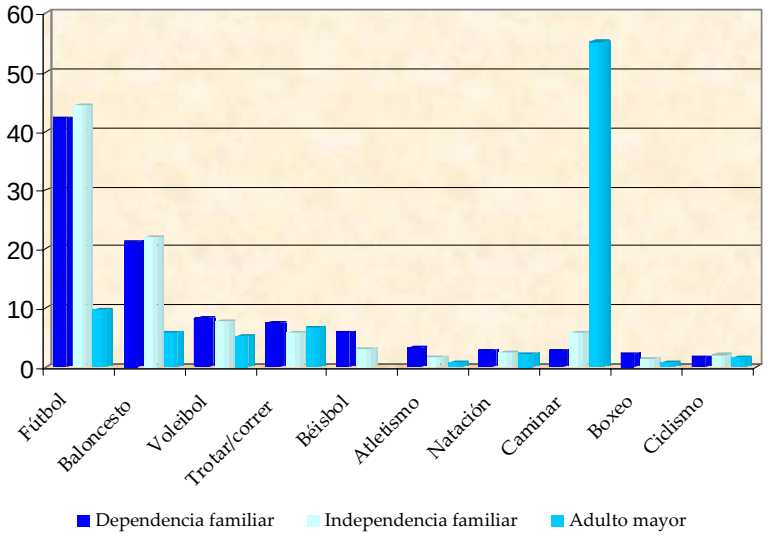

Figura 5.5.- Modalidades de actividad físico-deportiva realizadas por la población de Tapachula mayor de 60 años en la etapa de dependencia familiar, independencia familiar y en la etapa de adulto mayor de 60 años.

Podemos afirmar que durante la juventud y la adultez, los sujetos activos prefieren la práctica de deportes de conjunto, probablemente por la necesidad de encontrarse con amigos, socializarse y convivir, siendo los de mayor práctica en dichas etapas. Nuestros resultados tienen la tendencia de coincidir con otro estudio de Keating et al. (2005), quienes refieren que la diversidad de los grupos de edad que se localizan previos a los 60 años, tienen la tendencia de no modificar la modalidad de práctica físico-deportiva.

Llama la atención que, en la etapa de adulto mayor, la modalidad de práctica no sea una disciplina deportiva de conjunto, sino que existe una preferencia muy elevada por el caminar. Probablemente por las condiciones morfofuncionales propias de esta edad y por otras circunstancias que limitan la práctica, al igual que porque probablemente el caminar sea considerada una actividad que presenta menor riesgo y dificultad en su realización. Pero esto podría producir un aislamiento acelerando en su envejecimiento.

Estas modalidades deportivas que registran mayores preferencias en los sujetos, son coincidentes con las encontradas en los estudios de García Ferrando (2001), García Ferrando y Mestre (2000), Ruiz Juan (2001), García Montes (2001), Seclen y Jacoby (2003), Hellín (2003), Otero (2004), Cabañas et al. (2004) y Ruiz Juan y García Montes (2005a), particularmente en la etapa de juventud.

Por otro lado, observamos que el caminar presentó mayor preferencia en el adulto mayor, datos que coincide con los estudios de Vuori y Fentem (1996), Martos Martínez (2000), Barnes y Schonborn (2003), Monteiro et al. (2003), Moreno Torres et al. (2003) y Cabañas et al. (2004), cuyos resultados de sus investigaciones muestran cifras estadísticamente similares a las encontradas en nuestra investigación. Tendencia similar a los estudios de Leslie et al. (2001), Li et al. (2005) y CDC (2003), quienes encuentran que los adultos mayores de 60 años prefieren la actividad física de caminar. Probablemente por las condiciones morfofuncionales que estos sujetos presentan, procuran realizar actividades con menor riesgo. En contraste con otros estudios, nuestros datos son superiores a los encontrados por Arribas y Arruza. (2001).

Es sobresaliente que el resto de disciplinas deportivas presentan menores porcentajes de práctica en nuestra población, probablemente por la carencia de infraestructura adecuada para su realización, debido a que en otros estudios encontramos que la gimnasia de mantenimiento, gimnasia rítmica, balonmano y aeróbic en otras poblaciones tienen mayor representatividad (Otero, 2003; Sánchez Barrera et al., 2003; Cabañas et al., 2004; Moreno Torres et al., 2003). Situación que ocurre, probablemente, por las carencias de instalaciones, de material, de oferta de estas modalidades y otras alternativas de la actividad físico-deportiva y quizá así como propia cultura existente en el lugar.

En definitiva, se observa un cambio de mentalidad en los estereotipos asociados a la práctica físico-deportiva, aunque se mantienen las mismas modalidades. Se aprecia una actitud de mayor tolerancia por actividades físico-deportivas cuya ejecución no represente un riesgo.

Cabe señalar que, después de haber analizado las preferencias de las modalidades deportivas, en la actualidad los sujetos muestran menor preferencia por la práctica de los deportes que predominan al resto de la población (fútbol, baloncesto y voleibol), inclinándose por el caminar. Razón por el cual esta actividad deba ser más difundida y promocionada para que se convierta en la principal actividad físico-deportiva en la etapa de adulto mayor.

5.3.2.1.1. Modalidades de práctica físico-deportiva según el sexo.

Con respecto a la modalidad de práctica de actividad físico-deportiva según el sexo, se encuentran diferencias estadísticas significativas en las etapas de dependencia e independencia familiar, no ocurriendo así, en el adulto mayor.

Destaca que el baloncesto ha sido la disciplina deportiva practicada, principalmente, por las mujeres activas en las tres etapas (35,0%, 43,2% y 8.9%), con respecto a los varones (12,0%, 11,2% y 5%), con una diferencia similar de veintitrés puntos porcentuales en los primeras dos etapas. En cambio, estos últimos (63,5%, 64,0% y 15%)

muestran mayor preferencia que las mujeres por el fútbol, en las tres etapas, con una diferencia de casi cuarenta puntos porcentuales en las dos primeras. En tanto, el caminar es una actividad realizada preferentemente por las mujeres, en las tres etapas de la vida (3,6%, 8,6% y 57.8%), que según observamos las diferencias porcentuales son muy reducidas con respecto a los varones (2.3%, 4.5% y 56.3%) en todas las etapas.

Por último, el correr de manera ligera o trotando es la actividad elegida, principalmente, por las mujeres (12,1% y 6,2%), en las dos primeras etapas con respecto a los varones (3,8% y 4,5%), siendo adverso en la etapa de adulto mayor donde los varones (8,8%) presentan mayor preferencia que éstas (4.4%) (tabla 5.7 y gráfica 5.6).

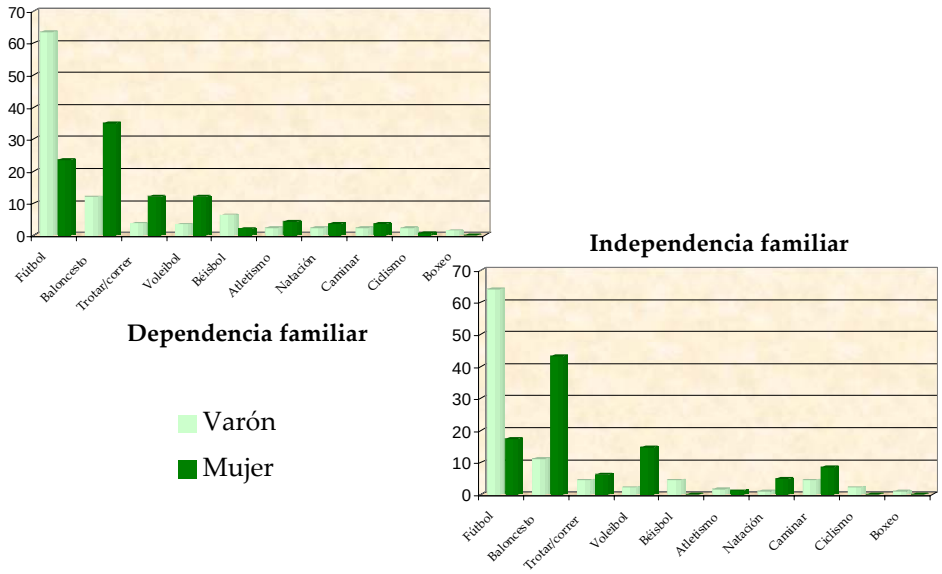

Figura 5.6.- Modalidades de actividad físico-deportiva realizadas por la población de Tapachula mayor de 60 años en la etapa de dependencia familiar, independencia familiar y en la etapa de adulto mayor de 60 años por sexo.

Con relación a la preferencia de la población activa, se observa que las mujeres prefieren baloncesto, caminar y correr, en cambio los hombres prefieren el fútbol y, particularmente, en la tercera etapa de la vida el trotar o correr.

Estos resultados presentan una tendencia similar a poblaciones estudiadas por otros investigadores (Ispizua, 1993 y 1996; Navarro y Mateo, 1993; García Ferrando, 2001; Otero, 2003; Seclén y Jacoby, 2003; Sánchez Barrera et al., 2003; Cañellas y Rovira, 1995), quienes muestran que la modalidad deportiva del fútbol es preferida por los varones en la etapa de la juventud. Se observa que el fútbol es un deporte tradicional practicado, principalmente, por los hombres en casi todas las poblaciones, esto ocurre, probablemente, por que la promoción ha sido dirigida principalmente para los hombres.

Difiriendo a los encontrados por Riera (1996), quien encuentra que el esquí y el ciclismo son las prácticas preferidas de la juventud del Valle de Aran. Y de los resultados de Mussino (2004), quien encuentra que la juventud prefiere los deportes de gimnasio y de piscina. Para Vander Boroek (2002), Aliaga y Winquist (2003) y Eurostad

(2003) estas discrepancias podrían ocurrir por las diferencias estructurales existentes en las poblaciones.

En tanto las mujeres activas, tienen preferencia por el voleibol y la caminata, coincidiendo con los estudios de Ispizua (1993 y 1996), Endorciaín et al. (2000), García Ferrando (2001), Otero (2003), Monteiro et al. (2003), Seclén y Jacoby (2003) y Sánchez Barrera et al. (2003).

Como resumen de este apartado, podemos indicar que en las etapas de la juventud, la modalidad deportiva que prefieren los sujetos activos son los deportes de conjunto, los hombres el fútbol y las mujeres el baloncesto, seguido por caminar y trotar. Sin embargo en la etapa de adulto mayor se muestra una inclinación por el caminar en ambos sexos.

5.3.2.1.2. Modalidades de práctica físico-deportiva según la edad.

En este apartado se analiza la modalidad de práctica físico-deportiva según la edad centrándonos, principalmente, en los que muestran los porcentajes más elevados.

Los resultados muestran que no existen diferencias significativas en las cuatro modalidades de práctica más representativas (fútbol, baloncesto, voleibol y caminar) en ninguna de las tres etapas de la vida que han sido analizadas (tabla 5.8). Los valores porcentuales son bastante similares al promedio central en los seis grupos de edad. Según esto, durante más de cuarenta años (que es el arco de edad de la población estudiada) las modalidades físico-deportivas mayormente realizadas por los tapachultecos, en las tres etapas de la vida analizadas, han sido las mismas, lo que nos viene a indicar que estas modalidades han estado muy arraigadas en las conductas de esta población hasta el punto de no generar cambios en casi medio siglo.

5.3.2.2. Frecuencia, duración e intensidad de la práctica físico-deportiva.

En este apartado, trataremos algunas de las características propias de la actividad física realizada por los individuos de esta población objeto de estudio. Se analizaran la frecuencia, duración e intensidad con la cual los sujetos practican las actividades físico-deportivas. En nuestro estudio la frecuencia fue clasificada en una vez a la semana, dos veces a la semana y más de tres veces a la semana, la duración del esfuerzo se clasificó en menos de 30 minutos, entre 30 y 60 minutos y más de 1 hora y, por último, la intensidad fue clasificada en alta, media y baja.

La combinación de la frecuencia, la duración y la intensidad de la práctica de actividad física, determinan la dosis apropiada del esfuerzo físico, que según Sallis y Owen (1999), Mazzeo et al. (1998), Piéron (2003) y Matsudo (2003), permite a los sujetos lograr algunos beneficios para su salud, reduciendo la aparición de enfermedades. Que, como hemos visto, es necesario destinar al menos 30 minutos diarios de actividad física moderada (Pate et al., 1995; USDHHS, 1996 y 2000).

Con respecto a la frecuencia, encontramos que en la primer etapa (dependencia familiar), los sujetos practican actividades físico-deportivas, principalmente, más de tres veces a la semana (43,7%), seguido por los que hacen dos veces a la semana (38,9%) y, por último, los que lo hacían al menos una vez a la semana (17,4%) (figura 5.7).

En tanto que en la etapa de independencia familiar, los mayores porcentajes se presentan en los que se ejercitaban dos veces a la semana (45,8%), seguido de los que lo hacían más de tres veces (27,9%) y, por último, los que lo hacían al menos una vez (26,3%).

Datos similares se presentan en la etapa de adulto mayor, donde el mayor porcentaje lo presentan los que se ejercitaron dos veces a la semana (44,1%), seguido de quienes lo hacían por más de tres veces (36,8%) y, por último, por quienes lo hacían al menos una vez (19,1%). Es decir, los resultados nos muestran que, con el transcurso de una etapa a otra, la frecuencia de práctica desminuye en los sujetos de nuestra población (tabla 5.9 y figura 5.7).

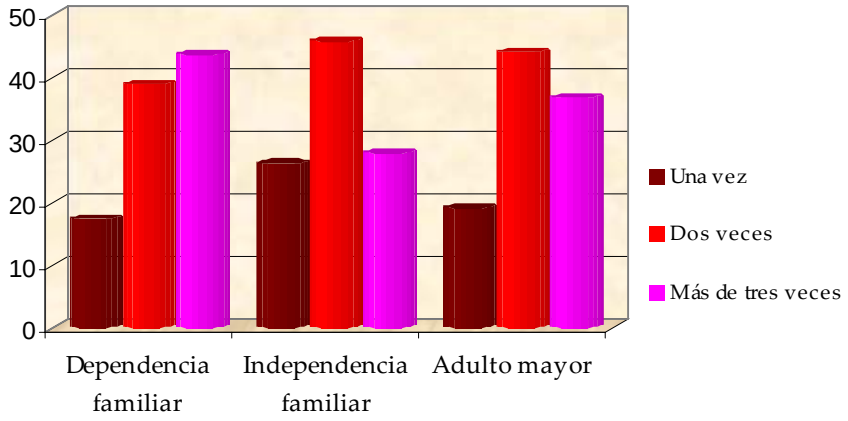

Figura 5.7.- Frecuencia de la práctica de actividad físico-deportiva de la población de Tapachula mayor de 60 años en la etapa de dependencia familiar, independencia familiar y en la etapa de adulto mayor de 60 años.

Como hemos visto, una de las característica de la actividad física, frecuencia, en nuestros sujetos activos muestran que, durante la etapa de la juventud, poco menos de la mitad de la población realizaron durante al menos tres veces a al semana la práctica de actividad física. Es decir, cumplían con las recomendaciones expuestas por los expertos investigadores, pero esta frecuencia disminuye a dos veces a la semana al pasar a la segunda etapa manteniéndose hasta la actualidad (etapa de adulto mayor).

Podríamos suponer que, actualmente, los sujetos activos que han reducido la frecuencia de práctica, podrían estar en riesgo de incrementar la aparición de algunas enfermedades o quizá algunos las estén padeciendo.

Al contrastar nuestros resultados, encontramos que en la etapa de la juventud existen estudios, pero en las siguientes etapas (independencia familiar y adulto mayor) son más escasos. La frecuencia de actividad física de nuestros sujetos en la etapa de la juventud, coincide con las observaciones que presentan otras investigaciones (Ispizua, 1993; Vuori y Fentem 1996; USDHHS, 2002; García Montes, 2001; Pérez et al., 2001; Sánchez Barrera et al., 2003; Seclen y Jacoby 2003; Hellín, 2003; Cabañas et al., 2004)

quienes resaltan que cuando los sujetos son más jóvenes tienen más oportunidades de realizar con mayor frecuencia la práctica de actividad física. Esto podría tener múltiples razones, entre las que podríamos suponer porque los sujetos son más fuertes, más ágiles y, principalmente, disponen de más salud, quizás dispongan de mayor tiempo y menos compromisos familiares.

Centrándonos en la etapa de adulto mayor encontramos que, en un estudio de Monteiro et al. (2003), los brasileños, tienen una frecuencia de práctica semanal inferior a la frecuencia que utilizan los adultos mayores de nuestro estudio. Sin embargo nuestros resultados no son coincidentes con los que muestra Mora et al. (2004) y Molero y Guillen (2007) quienes encuentran que sus poblaciones están practicando actividad físico-deportiva con una frecuencia semanal de 3 veces por semana.

Partiendo de las consideraciones comentadas por algunos investigadores como García Ferrando (2001), García Montes (2001), Hernández Rodríguez (2001), COMPASS, (2002), Piéron 2003, Matsudo (2003), Gyurcsik et al. (2006) y Ruiz Juan (2001), podríamos predecir que nuestra población se encuentra en riesgo de aumentar las posibilidades de padecer algunas enfermedades, debido a que con el paso de una a otra etapa, la frecuencia de práctica de actividad física disminuye. Además, sumariamos que este sector se encuentra de igual manera por debajo de las recomendaciones mínimas sugeridas por Gyurcsik et al. (2006).

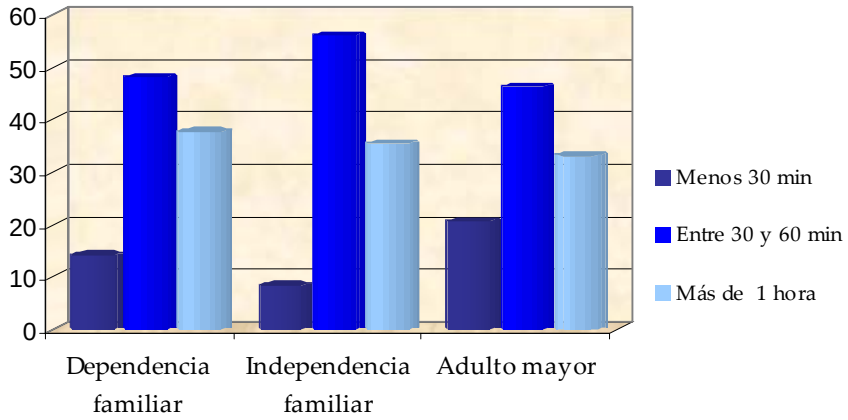

Figura 5.8.- Duración de la práctica de actividad físico-deportiva de la población de Tapachula mayor de 60 años en la etapa de dependencia familiar, independencia familiar y en la etapa de adulto mayor de 60 años.

La duración de la práctica de actividad físico-deportiva de tiempo libre es esencial para conseguir beneficios y reducir la aparición de enfermedades (USDHHS, 1996 y 2000; Mazzeo et al., 1998; Piéron, 2003; Matsudo, 2003; Pate et al., 1995), la cual debe ser realizada entre 20 a 30 minutos en cada sesión de entrenamiento.

Se observa que, en las tres etapas, los mayores porcentajes se localizan entre 30 y 60 minutos. En la primera etapa, cerca de la mitad de la población (48,1%) pero, al

pasar a la segunda, el porcentaje se incrementa (56,1%) y al llegar a la tercera etapa el porcentaje vuelve a disminuir (46,3%), por abajo del cincuenta por ciento. Significa que el tiempo que utilizaron por sesión los sujetos, no se modificó sustancialmente a lo largo de las tres etapas (tabla 5.10 y figura 5.8).

Nuestros sujetos activos muestran que, en las tres etapas, casi la mitad de la población realizó la práctica de actividad física cumpliendo con las recomendaciones mínimas (entre 30 y 60 minutos) que sugieren los investigadores.

Podríamos suponer que un sector de nuestra población cumple con los mínimos recomendables que sugiere la ACSM (1998), USDHHS (1996 y 2000), Dunn et al. (1998), OMS (2002), COMPASS (2002) y Piéron (2003). Aunando a esto vale la pena resaltar los comentarios de Blasco et al. (1996), quienes señalan que debido a la evolución de algunos patrones que se presentan con el transcurso de los años, la duración de la práctica de actividad física disminuye de una a otra etapa.

Al contrastar este comportamiento con otros estudios, encontramos cierta congruencia con los encontrados por Cañelas y Rovira, (1995), Barnes y Schoenborn (2003), Sánchez Barrera et al. (2003), Monteiro et al. (2003) y Frank, et al. (2005), al observar que la mayor proporción de sus poblaciones objeto de estudio destinan entre 30 y 60 minutos a la sesión de entrenamiento, es decir, cumplen con las recomendaciones sugeridas por los expertos.

Nuestros resultados discrepan con los obtenidos por Blasco et al. (1996), Mora et al. (2004), Ruiz Juan et al. (2005a) y Molero y Guillen (2007), los cuales refieren que sus poblaciones dedican más de 60 minutos a la práctica. Ocurriendo lo contrario con Erdociaín et al. (2000) quienes encuentran que los individuos dedican menor tiempo de las recomendaciones sugeridas (debajo de 30 minutos).

Dichos resultados nos permiten concluir que es urgente y necesario difundir, entre la población activa, la necesidad de destinar más de 30 minutos a la sesión de entrenamiento con la finalidad de incrementar las posibilidades de mejorar su salud.

Al analizar la tercera característica de la actividad física, intensidad del esfuerzo con que los sujetos practican la actividad físico-deportiva en su tiempo libre, podemos observar que los tapachultecos solían emplear una intensidad media cuando realizan actividades físico-deportivas, principalmente, en sus tres etapas de la vida. Esto hace suponer que dos de cada tres sujetos de esta población cumplían las recomendaciones sugeridas por los expertos (Pate et al., 1995; Minuchin,; 1996; USDHHS, 1996 y 2000; ACSM, 1998; Sanders et al., 2000; Varo et al., 2003b; Jacoby et al., 2003; Martínez Ros et al., 2003; Otero, 2004).

Por otro lado, los resultados estadísticos revelan que más del sesenta por ciento de la muestra manifestó realizar actividades físicas empleando una intensidad media, de manera similar en tres etapas de la vida (60,4%, 65,4% y 65,4%, respectivamente). En cambio poco más de la tercera parte (32,5%) lo hacia con una intensidad alta, en las dos primeras etapas, disminuyendo de manera considerable (10,3%) al llegar a la tercera etapa de la vida. En tanto, cuando la intensidad del ejercicio fue baja esta fue realizada por un pequeño sector de la población activa (5%) en las dos primeras etapas de la vida

(dependencia e independencia familiar), incrementándose de manera considerable (24,3%) en la tercera etapa (adulto mayor) (figura 5.9).

Estos resultados muestran que la práctica de intensidad media estuvo presente principalmente en las tres etapas de vida, ocurriendo un incremento de la dependencia familiar a la independencia familiar, pero en lugar de aumentar o disminuir al llegar a la etapa de adulto mayor esta se mantuvo. Es decir, esto hace suponer que durante más de 40 años, la intensidad media de la práctica de actividad física no se modificó de manera considerable entre las tres etapas de la vida.

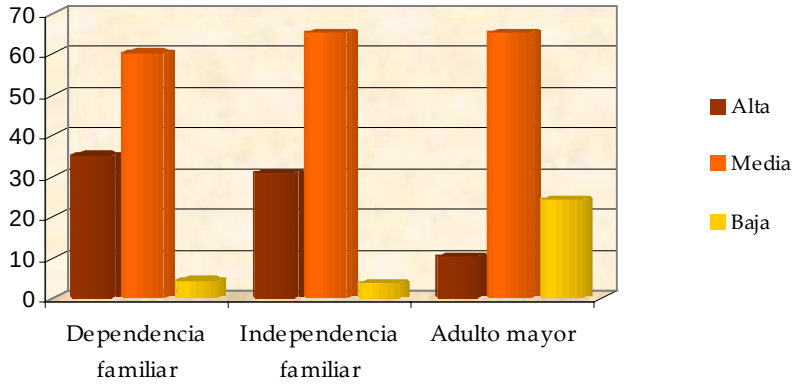

Figura 5.9.- Intensidad de la práctica de actividad físico-deportiva de la población de Tapachula mayor de 60 años en la etapa de dependencia familiar, independencia familiar y en la etapa de adulto mayor de 60 años.

Caso contrario a la anterior ocurre en la actividad física de intensidad alta, donde el paso de una a otra etapa disminuye en pequeños valores porcentuales, entre la etapa de dependencia familiar y la independencia familiar, pero al llegar a la etapa de adulto mayor, esta presenta un declive de hasta veinte unidades porcentuales, produciendo un incremento de la práctica de actividad física de intensidad baja en esta última etapa (tabla 5.11 y figura 5.9).

Como hemos observado cerca de dos terceras partes de nuestra población se mantuvo practicando actividades físicas con una intensidad media, bastante similar en las tres etapas de la vida. Estos resultados son coincidentes con los obtenidos por algunos investigadores (Pate et al., 1995; Vuori y Fentem, 1996; USDHHS; 1996 y 2000; Sanders et al., 2000; Martínez Ros et al., 2003; Comisión Europea, 2003; Otero, 2004) quienes observan que los sujetos de sus estudios suelen realizar una práctica de actividad física con una intensidad media. De igual manera, son coincidentes con los resultados de la población de los jóvenes de los Estados Unidos (Sallis y McKenzie, 1991), quienes practican con intensidad moderada.

Cabe destacar que en algunos investigadores (Piéron, 2003) se aprecia cierta preocupación debido a que la intensidad con la cual la práctica de actividad física en

los jóvenes europeos es realizada, resulta ser insuficiente, poniendo en riesgo su salud. Estos comentarios pueden servir de referencia para observar que en nuestra población en vez de disminuir la intensidad media de la práctica en las etapas de la juventud, se mantuvo durante casi 40 años, pero como hemos comentado la intensidad alta presento disminuciones, incrementando el grupo de quienes lo hacían a intensidad baja, en la última etapa.

Un aspecto a tomar en cuenta es que los datos de estos jóvenes son recientes respecto a los nuestros, que proceden de inicios del siglo pasado, los cuales deben ser tomados con cierta precaución pues, en nuestro caso, para obtener los datos sobre la independencia y dependencia familiar acudimos a la memoria de casi medio siglo, aunado a ello las condiciones sociales, que son bastante diferentes.

Al observar esta variable, particularmente en la etapa de adulto mayor, encontramos que nuestros sujetos suelen emplear principalmente una intensidad media cuando realizan su práctica de actividad física, situación que coincide con los resultados presentados por la Comisión Europea (2003), caso particular de los sujetos holandeses, pero difieren de los adultos estadounidenses presentados por esta misma comisión, los cuales suelen encontrar una intensidad alta en sus actividades físicas.

Como hemos observado los sujetos de nuestra población destinan 3 veces por semana a la práctica de actividad física en el periodo de la juventud, ocurriendo una disminución en la siguiente etapa (independencia familiar) pero manteniéndose (2 veces por semana) en la etapa actual de adulto mayor. Esta población dedica, principalmente, entre 30 y 60 minutos por sesión en la práctica de actividad física en las tres etapas de la vida. Por otro lado, emplean una intensidad media que se ha mantenido por más de cuarenta años, es decir, suele mantenerse con el paso de una a otra etapa.

Se podría decir que, los sujetos de nuestra población, en la etapa de la juventud, ocho de cada diez sujetos practicaban con una intensidad recomendada por los investigadores, aunque este comportamiento tiende a disminuir al llegar a la etapa de adulto mayor, situación que se mantiene actualmente. Esta población ha reducido significativamente la práctica físico-deportiva por lo que podrían incrementar las posibilidades de sufrir algunos de los problemas de la salud, con altas probabilidades de estar padeciendo algunas enfermedades. Por lo tanto, es urgente evitar la reducción de la actividad física promocionando y ofertando actividades físicas que consoliden los beneficios de la salud en esta población.

5.3.2.2.1. Frecuencia, duración e intensidad de la práctica físico-deportiva según el sexo.

En este epígrafe se analiza la frecuencia, la duración y la intensidad con la cual hombres y mujeres realizan la práctica de actividad físico-deportiva de tiempo libre. Según Castillo y Balaguer (1998), los niveles y frecuencia de la práctica de actividad física dependen de algunos patrones y estereotipos generados en la sociedad a lo largo de la socialización, tanto en hombres como en mujeres. Estas consideraciones nos permiten comprender que han existido diferencias entre los sexos, las cuales algunas favorecen más a uno que otro.

Luego de observar el análisis estadístico, encontramos que entre la frecuencia de práctica y el sexo se producen diferencias estadísticamente significativas solamente en la primera etapa de la vida. Los varones (48,9%) son quienes destinan más de 3 días a la semana a la práctica de actividad física, respecto a las mujeres (35%). En tanto, estas últimas suelen destinar preferentemente 2 días y una vez a la semana (figura 5.10).

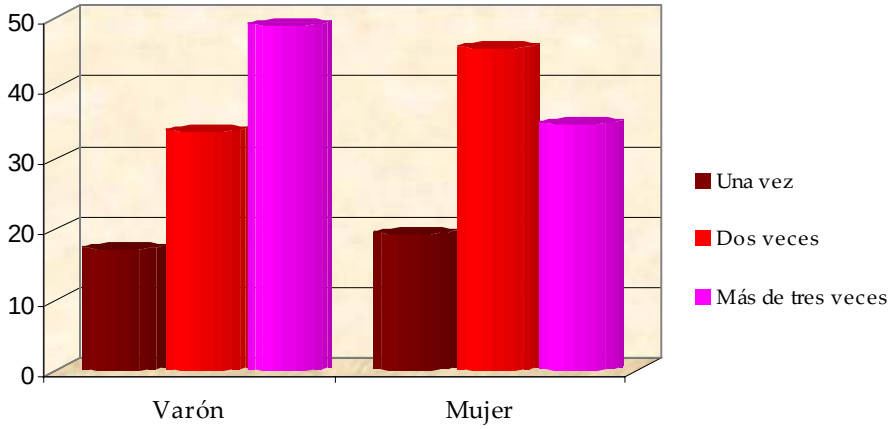

Figura 5.10.- Frecuencia de la práctica de actividad físico-deportiva de la población de Tapachula mayor de 60 años en la etapa de dependencia familiar, independencia familiar y en la etapa de adulto mayor de 60 años por sexo en la etapa de dependencia familiar.

En lo que respecta a las dos etapas siguientes, no se producen diferencias significas, debido a que los valores porcentuales son bastantes similares a la media poblacional. Estos resultados muestran que en la etapa de dependencia familiar se produjeron diferencias entre sexos, no siendo así en el resto (tabla 5.12), teniendo en ellas comportamientos similares hombres y mujeres.

Esta situación es preocupante porque los sujetos, principalmente los varones activos, declinaron en la frecuencia de práctica en el transcurso de una a otra etapa de la vida. Situación que podría incrementar las posibilidades de dejar de recibir algunos beneficios en salud que eran mayores cuando eran más frecuentes en la etapa de dependencia familiar.

La situación de las mujeres parece ser más complicada debido a que, en las tres etapas de la vida, la frecuencia se mantuvo por debajo de las recomendaciones sugeridas por los expertos (Sánchez Pérez et al., 1998, Reig et al., 2001; Gyurcsik et al., 2006). Esto significa que las mujeres activas no lograban ser constantes en la práctica, disminuyendo las posibilidades de incrementar algunos beneficios para su salud.

Esta situación presenta cierta similitud con los datos obtenidos por Pérez et al. (2001) y Cabañas et al. (2004), quienes observan que, con el paso de una a otra etapa de la vida, la frecuencia de práctica comienza a disminuir en ambos sexos, siendo los varones en la etapa de la juventud quienes destinan más de tres veces por semana a la práctica, por encima de las mujeres. Esto podría ocurrir debido a la influencia de algu-

nos factores familiares, laborales y sociales, dónde las mujeres, debido a los compromisos hogareños y maternales y situaciones propias del entorno social (desigualdad), tuvieron y quizá sigan teniendo menos posibilidades de ser más frecuentes en la práctica de actividad física.

Por otro lado y centrándonos particularmente en la etapa de adulto mayor (más de 60 años), nuestros resultados son similares a los que presentan investigadores como Hirvensalo et al. (1998), USDHHS (2002) y Schoenborn y Barnes (2002), quienes encuentran que tanto hombres como mujeres mayores de 65 años suelen realizar la práctica de actividad física entre una y dos veces por semana. Resultando lamentable que al llegar a esta etapa de la vida, la frecuencia de la práctica disminuya en ambos sexos, surgiendo la necesidad de indagar las posibles causas que afecten a estos sujetos.

Al observar la duración de la práctica y alguna posible asociación con el sexo, los resultados muestran diferencias significativas solamente en las dos primeras etapas de la vida.

En la etapa de dependencia familiar los hombres (41,7%) suelen destinar más de una hora a la práctica de actividad física, porcentaje bastante superior al sexo opuesto (27,9%). En tanto, son las mujeres quienes destacan por destinar entre 30 y 60 minutos, y también cuando es realizada por menos de 30 minutos (56,4% y 15,7% frente al 45,5% y 12,8% de los varones, respectivamente) (figura 5.11).

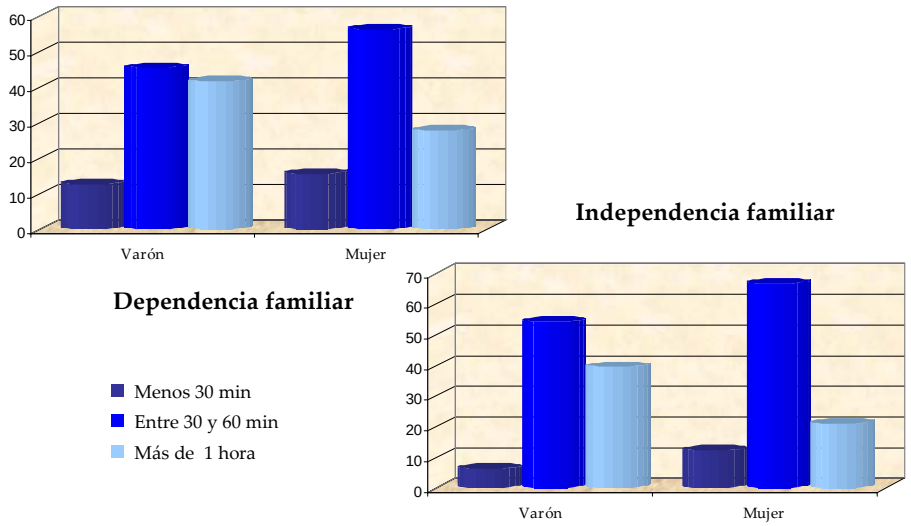

Figura 5.11.- Duración de la práctica de actividad físico-deportiva de la población de Tapachula mayor de 60 años en la etapa de dependencia familiar, independencia familiar y en la etapa de adulto mayor de 60 años por sexo.

Con respecto a la siguiente etapa (independencia familiar) sucede lo mismo que en la etapa anterior. Son los hombres (39,5%) quienes suelen destinar más de una hora a la práctica de actividad física, frente al 21% de las mujeres. Siendo, estas últimas quienes más destinan entre 30 y 60 minutos y cuando es realizada por debajo de 30 minutos (66,7% y 12,3% frente al 54,2% y 6,2% de los varones, respectivamente) (tabla 5.13 y figura 5.11).

Por tanto, podemos observar que durante las etapas de dependencia e independencia familiar, los hombres son quienes destinan más tiempo (por encima de una hora) a la práctica de actividad física, de tal manera que la incidencia de lograr algunos beneficios saludables es menor en mujeres. En consecuencia, se puede decir que el sexo es un factor determinante en la duración con que la población realiza práctica de actividad física durante las primeras etapas de la vida y que, en la actualidad (adulto mayor), esta no influye.

En la etapa de la juventud algunos estudios (Mico et al., 2002; INE 2004; y Comisión Europea 2003), señalan que los varones realizan una práctica de mayor duración que las mujeres, lo que viene a coincidir con nuestros resultados.

Es de destacar que, en las tres etapas, un considerable sector de hombres y mujeres de nuestra población cumpla con las recomendaciones sugeridas por los expertos, coincidiendo con otros estudios (Salis y Mckenzie, 1991; Blasco et al., 1996; Sánchez Pérez et al., 1998; USDHHS, 1999; Sánchez Barrera et al., 2003; INE, 2004; Li et al., 2005).

Por último, nos centraremos en la intensidad, otro componente de la actividad físicas que dosifica y equilibra las ganancias fisiológicas en hombres y mujeres sin necesidad de realizar grandes esfuerzos (Li et al., 2005).

En este estudio se optó por clasificar la intensidad en alta, media y baja. Se observa que la intensidad con la cual los sujetos realizan la actividad físico-deportiva en su tiempo libre, no existen diferencias estadísticas significativas entre sexos en las tres etapas de la vida. Los porcentajes son bastante similares al promedio central de la muestra. Es decir, el sexo no influye en la intensidad con que se practica la actividad físico-deportiva en las tres etapas de la vida, en esta población (tabla 5.14).

Cabe señalar que los estudios que tratan esta variable en la población mayor de 60 años son escasos, pero aún así, encontramos algunos que permiten realizar algunas estimaciones. Nuestros resultados coinciden con las observaciones de otros estudios (Piéron et al., 1998 y 1999), Leslie et al. (2001), Navarro et al. (2003) y Sanders et al. (2000), quienes manifiestan que los hombres, a pesar de los años, son los que mayormente realizan actividades a intensidad moderada. La tendencia en hombres y mujeres de nuestros resultados es similar en el tiempo destinado a la práctica, en las tres etapas de la vida, lo que coincide con las afirmaciones de la USDHHS (1996 y 2002) que exponen que la intensidad no presenta variaciones con el paso del tiempo en ambos sexos.

Situándonos en los adultos mayores, nuestros datos son coincidentes con los resultados que muestra Vuori y Fentem (1996) en Finlandia, y con Anderson et al. (2007) en Canadá, quienes encontraron que estas poblaciones practican actividad físico-deportiva con intensidad moderada.

Como resumen, podemos indicar que nuestros resultados permiten apreciar que, en la etapa de la juventud, los hombres son quienes más realizan la práctica de actividad física por más de tres veces en la primera etapa de vida, respecto a las mujeres. Con respecto a participar en actividades físicas dos veces por semana, los datos son

similares entre sexos. Sin embargo, las mujeres son menos constantes en la práctica, al realizar está al menos una vez por semana en la tres etapas de la vida.

Con respecto a la duración, se observa que, en las dos primeras etapas de la vida, los varones dedican más de una hora a la práctica de actividades fisco-deportiva, respecto al sexo opuesto. Si sumamos la segunda categoría (entre 30 y 60 minutos) y la tercera (más de una hora), observamos que 8 de cada 10 hombres están practicando los mínimos recomendados por los expertos. Es decir, las mujeres están en posibilidades de tener más riesgos en su salud que los hombres. Pero si nos ubicamos en la tercera etapa, observamos que ambos sexos tienen similar comportamiento el cual se mantiene hasta la actualidad.

Al tratar la intensidad empleada en la práctica de actividad físico-deportiva, con respecto al sexo, observamos que entre estas dos variables no existen relaciones significativas en las tres etapas de la vida. Por tanto, el sexo no influye en la intensidad de práctica. Es decir, la intensidad ha permaneciendo sin cambios durante un largo periodo de tiempo. Las mujeres se mantienen en la intensidad media, en las que se observa una regularidad en los porcentajes en las tres etapas y los hombres con alta intensidad, pero tienen la tendencia a disminuir drásticamente al llegar a la tercera etapa ya que tan sólo uno de cada diez lo hace con intensidad alta, pasando a practicar con intensidad media con porcentajes muy similares al de las mujeres, por encima del sesenta por ciento.

5.3.2.2.2. Frecuencia, duración e intensidad de la práctica físico-deportiva según la edad.

Cuando analizamos la frecuencia, la duración y la intensidad con respecto a la variable edad, observamos que no existen diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables analizadas y tampoco en las etapas de la vida (tabla 5.15, tabla 5.16 y tabla 5.17). Es decir, estos comportamientos que han adquirido los tapachultecos han permanecido inalterables en la etapa de juventud, adultez y vejez. Lo que nos lleva a concluir que estas conductas han sido muy fuertes, férreas e inalterables durante casi medio siglo de tiempo, en cada una de las etapas de vida y también nos indica la solidez a estos resultados.

Es importante no confundir esta variable edad en este estudio, que analiza los comportamientos de una misma población de una horquilla de edad de 40 años, cuando es analizada dentro de un estudio transversal en una misma población, por ejemplo, cuando se analizan estas variables en la población general de más de 15 años. En este caso, tal y como se aprecia en estudios realizados por Sánchez Barrera et al. (1995), Sila (1998) y Sanz et al. (2003), conforme aumenta la edad disminuyen los porcentajes. Estos resultados coinciden con nuestra investigación, si analizamos los porcentajes obtenidos descritos en apartados anteriores, de tal manera que a medida que los sujetos pasan de una a otra etapa, se producen importantes cambios en la frecuencia, duración e intensidad de la práctica de las actividades físico-deportivas de los sujetos, pero al llegar la tercera este comportamiento se estabiliza.

Por lo tanto, podríamos indicar que nuestra población tiene altos riesgos de padecer algunos problemas de morbilidad, inhabilidad y mortalidad o, probablemente, se encuentren padeciéndolas. Esta circunstancia puede estar ocurriendo debido a que los sujetos no son consistentes de cuánto y cómo deben realizar las actividades físico-deportivas para que éstas sean saludables, si nos atenemos a los resultados encontrados. Es necesario crear y ofertar actividades agradables, recreativas, de intensidad moderada y de corta duración, especialmente para la población mayor de 60 años, que permanece estable y estancada en una práctica físico-deportiva que no genera los beneficios para la salud esperados de ella y que poseen muchas probabilidades de tener problemas de salud.

Por todo ello, la edad, entendida en un estudio transversal, si que es un factor determinante en la frecuencia, duración e intensidad ya que a medida que la edad aumenta se produce una disminución porcentual importante en estas variables.

Como finalización de este apartado, indicar que esta situación nos lleva a reflexionar que las características de la actividad física (frecuencia, duración e intensidad), en los sujetos activos ha permanecido manteniendo apenas los mínimos aceptables que sugieren los expertos. Preocupante por la tendencia de los sujetos activos a disminuir la actividad físico-deportiva, reduciendo, a su vez, las posibilidades de aumentar el tiempo de práctica para consolidar los beneficios de la salud, que permitan disminuir los riesgos de sufrir algunas enfermedades que probablemente ya están padeciendo.

5.4. Conclusiones.

Estamos frente a una población con bajo índice de práctica de actividades físico-deportivas y, por tanto, con alto índice de inactividad. Es una población con muchas probabilidades de altos porcentajes de morbilidad y mortalidad y con pocas de alcanzar mayores tasas de práctica, mostrando una gran diferencia en el comportamiento ante la práctica con respecto a otros países considerados desarrollados y con mejores condiciones de vida.

Los factores sociales, demográficos, biológicos, físico-ambientales y soporte social, influyen en los comportamientos de esta población, permitiendo a los hombres ser más activos que las mujeres, quedando estas con mayores riesgos de padecer algunas enfermedades y sin la posibilidad de incrementar los índices de práctica.

El alto índice de la población con bajo nivel de estudios, nos indica que es un conglomerado con muchas probabilidades de poseer problemas de salud, tendencia similar en la mayoría de las poblaciones estudiadas.

El comportamiento de los jubilados y los que trabajan en la etapa de adulto mayor, son los más activos frente a las amas de casa que muestran índices altos de inactividad físico-deportiva.

En etapas de la juventud los hombres y mujeres, se inclinan mayormente por los deportes de conjunto como el fútbol y el básquetbol. Sin embargo, en la etapa de adulto mayor las preferencias de práctica se modifican con respecto a las etapas previas, los sujetos muestran mayores preferencias por actividades individuales y al aire

libre, ambos sexos se inclinan por la práctica individual como caminar, cuya ejecución no representa grandes riesgos.

En los tapachultecos las modalidades deportivas han permanecido muy arraigadas, de tal forma que se han practicado los mismos deportes (fútbol y básquetbol) durante largo tiempo, lo que quiere decir que no se han generado cambios significativos en las preferencias de actividades físico-deportivas en los sujetos en casi medio siglo.

En nuestra población, son los hombres los que practican con mayor frecuencia, duración e intensidad, es decir, en las etapas de la juventud 8 de cada 10 están practicando bajo los mínimos recomendables por los expertos. Pero si nos ubicamos en la etapa de adulto mayor, ambos sexos reducen significativamente este comportamiento quedándose en la posibilidad de sufrir algunos problemas de salud.

Los comportamientos ante la práctica físico-deportiva pueden ser transferibles a la siguiente etapa de la vida, de tal forma que el estilo de vida que actualmente tiene el adulto mayor es producto de los hábitos adquiridos en las etapas anteriores, de tal manera que los patrones de conducta vividos en etapas de la juventud vienen a determinar los comportamientos ante la práctica física en la etapa de adulto mayor.

La práctica física disminuye con el paso de los años, de tal forma que al llegar a la etapa de adulto mayor, el porcentaje de activos se reduce a casi una décima parte de los que practicaron cuando fueron jóvenes

Esta situación nos lleva a reflexionar sobre que las características de la actividad física (frecuencia, duración e intensidad), en nuestros sujetos activos, ha permanecido estable, manteniéndose apenas bajos los mínimos aceptables que sugieren los expertos. Sin embargo, existe la tendencia en los sujetos activos a disminuir la frecuencia de la actividad físico-deportiva reduciendo, a su vez, las posibilidades de aumentar el tiempo de práctica para consolidar los beneficios de la salud.

5.5. Bibliografía.

Aarnio, M. (2002). A Cohort Study of Stability, Correlates and Familial Aggregation in Twin Boys and Girls. *Journal of Sports Sciencie and Medicine, 2, 2*-41.

Abu-Omar, K.; Rütten, A. y Robine, J. M. (2004). Self-rated health and physical activity in the European Union. *Soz.-Präventivmed, 49*, 239-242.

ACSM (1998). The recommende quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory and muscular fitness, and flexibility in healthy adultus. *Medicine Science Sports Exercise, 30 (6)*, 1-34.

Aliaga, C. y Winquist, K. (2003). How women and men spend their time. *Results from 13 European countries. Statistic in Focus Theme* [en línea], *3*. Disponible en: Http:// www. europa. eu.int/comm./eurostad [Consulta: 2007, 2 de febrero].

Anderson, G. S.; Snodgrass, J.; y Brynne, E. (2007). Determining Physical Activity Patterns of Suburban British Columbia Residents. *Canadian Journal of Public Health, 98*, 1-98.

Arribas Galárraga, A. y Arruza Gabilondo, J. A. (2001). Estudio sobre los hábitos deportivos de la población de Gipuzkoa (País Vasco). *Universidad del País Vasco*.

Asociación Canadiense para el Avance de las Mujeres el Deporte y la Actividad Física ACAMD (2002) Grupo de trabajo internacional sobre la mujer y el deporte. *Journal of Sports Science and medicin*e, *2 (2)*, 1-13.

Ávila Funes, J. A. y García Mayo, J. (2004). Beneficios de la práctica del ejercicio en los ancianos. *Gaceta Médica de México, 140,* 431-436.

Bagur Calofat, C. (2005). Orientaciones básicas para programas de ejercicio físico de ámbito no competitivo. En R. Serra Grima y C. Bagur Calafat (Eds.), *Prescripción de ejercicio físico para la salud* (pp. 41-58). Barcelona: Secretaría General del Deporte.

Balaguer Solá, I.; Pastor Ruiz, Y. y Moreno Sigüenza, Y. (1999). Algunas características de los estilos de vida de los adolescentes de la Comunidad Valenciana. *Revista Valenciana d´Estudis Autonómics*, *26*, 33-56.

Barnes, P. y Schoenborn, C. (2003). Leisure-time physical activity among adults: United States 1887-98. *Public Health, 325*, 289-292.

Barrios, D. R.; Borges, M. R.; y Cardoso, P. L. (2003). Beneficios percibidos por adultos mayores incorporados al ejercicio. *Medicina General Integral, 19 (2),* 1-8

Bastos, A.; González, R.; Molinero, O.; y Salguero del Valle, A. (2005). Obesidad, nutrición y actividad física. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y Deporte* [En línea]: http://cdeporte.rediris.es/revista/revista18/artobesidad11.htm

Bauman, A. E.; Sallis, J. F.; Dzewaltowski, D. A. y Owen, N. (2002). Toward/a better understanding of the influences on physical activity: the role of determinants, correlates, causal variables, mediators, moderators, and confounders. *American Journal of Preventive Medicine, 23*, 5-14.

Benaziza, H. (1998). Creación de asociaciones: una clave para promover la actividad física para la salud. En *Actas del VII Congreso Mundial de Deporte para Todos. El deporte para todos y los retos educativos a nivel mundial* (Sesión: Promoción del bienestar a través del Deporte para Todos) [CD ROM]. Barcelona: COI.

BHFNC (2000). *Physical Activity and Health- an important focus. British Heart Foundation (BHF)* [en línea]. Disponible en: http://www.bhfactive.org.uk [Consulta: 2007, 3 de abril].

Biddle, S. (1993). Physical benefits of exercise and physical activity. *Revista de Psicología del Deporte, 3*, 99-107.

Biddle, S.; Gorel, T. y Stensel, D. J. (2004). Health-enhancing physical activity and sedentary behaviour in children and adolescents. *Journal of Sports Sciences, 22*, 679-701.

Blair, S. N. (1995). Exercise within a healthy lifestyle. (Ed.) *En Ques Exercise Within a Healthy Lifestyle* (pp. 75-89) (47a ed.) USA

Blair, S. N.; Clark, D.; Cureton, K. y Powell, K. (1989). Exercise and fitness in childhood: implications for a lifetime health. In: *Youth exercise and sport*. Benchmark, p 401–430.

Blasco, T.; Capdevila, L.; Pintanel, M.; Valiente, L. y Cruz, J. (1996). Evolución de los patrones de actividad física en estudiantes universitarios. *Revista de Psicología del Deporte, 9-10,* 51-63.

Bouchard, C. y Shepard, R. J. (1994). Physical activity, fitness and health: The model and key concepts. En C. Bouchard, R. Shephard y T. Stephens (Eds). *Physical Activity, Fitness and Health: International Proceedings and Consensus statement*. Champaign IL: Human Kinetics.

Brown, J. D. y Siegel, J. M. (1988). Exercise as a buffer of life stress: a prospective study of adolescent health. *Health psychology, 7 (4),* 341-353.

Buckworth, J. (2001). Exercise adherence in College students: issues and preliminary results. *Quest, 53,* 335-345.

Cabañas González, R.; Martínez Campillo, P.; y Del Riego Gordón, M. L. (2004). Análisis de la motivación de las mujeres para la práctica de actividades físicas según la edad. *Lecturas Educación Física y Deportes, Revista Digital, 72* [en línea]. Buenos Aires. Disponible en: http://www.efdeportes.com.

Cañellas, A. y Rovira, J. (1995). Los hábitos deportivos de la población adulta barcelonesa (15 a 59 años). *Apunts: Educación Física y Deportes, 42,* 75-79.

Cantón, C. E. (2000). Motivación en la actividad física y deportiva. España: *Revista Electrónica de Motivación y Emoción, 3,* 5-6. [En línea]. Disponible en: http:// reme.uji.es/articulos/acante1372212100/texto.html [Consulta: 2005, 18 de junio]

Carron, A.; Hausenblas, H. A. y Mack, D. (1996). Social influence and exercise: A meta-analysis. Journal of Sport and Exercise Psychology. *Journal of Sport and Exercise Psychology, 18,* 1-16.

Caspersen, C. J.; Pereira, M. A.; y Curran, K. M. (2000). Changes in physical activity patterns in the United States, by sex and cross-sectional age. *Medicine y Science in Sport y Exercise* [En línea]. Disponible en: http://www.ms-se.com/pt/re/msse /abstract.0000576...eaLkKuCeOUKMwOzcnX!2000813083!-949856031!9001!-1

Castillo Fernández, I. y Balaguer, I. (1998). Patrones de actividades físicas en niños y adolescentes. *Apunts. Educación física y Deportes, 54*, 22-29.

Castro, A. (2005). Políticas municipales para la promoción de la actividad física. *Cuadernos de Promoción de la Salud, 14,* 3-69.

Cauley, J. A.; Stone, K.; Thompson, T. J.; Bauer, D. C.; Cummings, S. R.; Ensrud, K. E. (2003). Relationship of Changes in Physical Activity and Mortality Among Older Women. *JAMA, 289,* 2379-2386.

CDC (2003*). Prevalence of Physical Activity, Including Lifestyle Activities Among Adults, 52,* (32) 764-769. [En línea] Disponible en: http://www.cdc.gov/mmwr/ preview/mmwrhtml/mm5232a2.htm#tab2 [Consulta: 2006, 12 agosto]

CDC/ACSM (1999). Special focus: healthy aging. Chronic Disease Notes and Reports. *Centers for Disease Control and Prevention* [en línea], 12, 10-11. Disponible en: http://www.cdc.gov/ [Consulta: 2007, 5 de abril].

CDC/OMS (2004). *Resultados y recomendaciones del Panel de Expertos* [en línea]. Disponible en: http://www.medco.encolombia.com/deportes [Consulta: 2007, 4 de abril]

CDC50 (2004). *Physical Activity and Health Older Adults* USA: USA Departament of health and human services.

Comisión Europea (2003). *Physical activity*. Bruselas: European Opinión Research Group EEIG.

Compass (2002). A project seeking the co-ordinated monitoring of participation in sport in Europe. COMPASS [En línea]. Disponible en: http://w3.uniroma1.it/COMPASS

Cuevas Zubizarreta, M. J. (1994). Los andaluces y el deporte: Hábitos de la práctica deportiva en Andalucía en el medio urbano. En *II Convocatoria de ayudas para la Investigación Deportiva*. UNISPORT.

De Andrés, B. y Aznar, P. (1996). Actividad física, deporte y salud: factores motivacionales y axiológicos. *Apunts: Educación Física y Deportes, 46*, 12-18.

Dechavanne, N. (1998). El bienestar físico y psíquico en las prácticas físicas. En *Actas del VII Congreso Mundial de Deporte para Todos. El deporte para todos y los retos educativos a nivel mundial* (Sesión: Promoción del bienestar a través del Deporte para Todos) (p. 121) [CD ROM]. Barcelona: COI.

Delgado, F. M. y Latiesa, R. M. (2002) Hábitos de vida relacionados con la práctica de actividades físico-deportiva. En Consejo Superior del Deporte (Eds.), *Deporte y calidad de vida en la población adulta* (pp. 57-65). Madrid: Ministerio de Educación.

Denton, M. y Walters, V. (1999). Gender differences in structural and behavioral determinants of health: an analysis of the social production of health. *Pergamon, 48*, 1221-1235.

Díez, M. D. y Quesada, S. (1999). *El binomio deporte-sociedad en la ciudad de Alicante* [en línea]. Disponible en: http://www.judobrasil.com.br [Consulta: 2006, 18 octubre]

Dishman, R. K. y Sallis, J. F. (1994). Determinants and interventions for physical activity and exercise. En C. Bouchard, R. J. Shephard, y T. Stephens (Eds.), *Physical activity, fitness, and health: International proceeding and consensus statement* (pp. 214-238). Champaign, IL: Human Kinetics.

Dunn, A. L.; Andersen, R. E. y Jakicic, J. M. (1998). Lifestyles physical activity interventions. History, short - and long- term effects, and recommendations. *American Journal of Preventive Medicine, 15*, 398-412

Elizondo Armendáriz, J. J.; Guillén Grima, F. y Aguinaga Ontoso, I. (2005). Prevalencia de actividad física y su relación con variables sociodemográficas y estilos de vida en la población de 18 a 65 años de Pamplona. *Revista Española de Salud Pública, 79*, 559-567.

Erdociaín, L.; Solís, D. e Isa, R. (2000). Deporte y Género: Hábitos deportivos de los argentinos. *Sportsalud,* 210-297.

Eurostad (2003). *Time use at different stages of life. Results from 13 European countries July 2003.* Luxembourg: Pamphlet

Eyler, A. A. (2002). Correlates of physical activity: Who's active and who's not?. *Arthritis Care and Research*, *49 (1)*, 136–140.

Figueiredo Gomes, M. J. y Rebollo, S. (2003). La actividad física y los hábitos de vida sano: un estudio en la Enseñanza Técnica del CEFET de Paraíba-Brasil. En A. Oña Sicilia, y A. Bilbao Guerrero, *II Congreso Mundial de Ciencias de la actividad física y el deporte. Deporte y calidad de vida* (pp. 147-153) [CD ROM]. Granada: Facultad de Ciencias de la Actividad Física y Deporte de Granada.

Frank, L. D., Schmid, T. L., Sallis, J. F., Chapman, J. y Saelens, B. E. (2005). Linking Objectively Measured Physical Activity with Objectively Measured Urban Form Findings from SMARTRAQ . *Elsevier Inc.*

García Bengochea, E. y Spence, J. C. (2002). *Alberta Survey on Physical Activity*. Edmonton: Centre for Active Living.

García Ferrando, M. (1990). *Aspectos sociales del deporte. Una reflexión sociológico*. Madrid.

García Ferrando, M. (1992). *Uso del tiempo libre y actividades deportivas de los jóvenes españoles: resultados de una encuesta*. Madrid: Consejo Superior de Deportes.

García Ferrando, M. (1993). *Tiempo libre y actividades deportivas de la juventud en España*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales. Instituto de la Juventud.

García Ferrando, M. (1996). Cambios en los hábitos deportivos de los españoles. *Temas para el debate*, 23, 43-46.

García Ferrando, M. (1997). *Los españoles y el deporte (1980-1995): un análisis sociológico sobre comportamientos, actitudes y valores*. Madrid: Consejo Superior de Deportes.

García Ferrando, M. (2001). *Los españoles y el deporte: prácticas y comportamientos en la última década del siglo XX. Encuesta sobre hábitos deportivos de españoles, 2000*. Madrid: Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. Consejo Superior Deportes.

García Ferrando, M. y Mestre Sancho, J. A. (2000). *Los hábitos deportivos de la población de Valencia (2000).* Valencia: Ayuntamiento de Valencia.

García Ferrando, M.; Lagartera Otero, F. y Puig Barata, N. (2002). Cultura deportiva y socialización. En M. García Ferrando, F. Lagartera Otero y N. Puig Barata (Comps.), *Sociología del deporte* (pp. 69-98) (2ª ed.). Madrid: Alianza Editorial.

García Montes, M. E. (2001). *Actitudes y Comportamientos de la mujer granadina ante la práctica física de tiempo libre*. Tesis Doctoral. Granada: Servicio de publicaciones de la Universidad de Granada.

García Montes, M. E.; Hernández Rodríguez, A. I.; Oña Sicilia, A.; Godoy García, J. F. y Rebollo Rico, S. (2001). La práctica física de tiempo libre en la mujer. *Motricidad. Revista de la Asociación Española de Ciencias del Deporte, 7,* 145-186.

García Montes, M. E.; Ruiz Juan, F.; Gómez López, M. y Piéron, M. (2005). Relationships between physical activity and self-perception in senior high school students. En *Activite lifestyles: the impact of education and sport. Abstracts book* (comp.) (pp. 38). Lisboa: Facultade de Motricidade Humana – Lisboa. AIESEP.

Generelo, L. E.; Serrano, O. E. y Zaragoza Casterad, J. (2002). Importancia del conocimiento de los niveles de actividad física habitual de la población adulta. *En II Congreso Mundial de Ciencias de la Actividad Física y del Deporte y Calidad de Vida* (p.163). Zaragoza: Universidad de Zaragoza.

Gómez López, Valero Valenzuela, A.; Ruiz Juan. F.; y García Montes, M. (2007). Análisis de la actividad físico-deportiva realizada por los adultos mayores durante su tiempo libre. En P. Montiel, A. Merino, A. Sánchez y A. Heredia (Coords.) *Actas del II Congreso Internacional de Actividad Físico Deportiva para Personas Mayores. Un estilo de vida* (pp. 77-103) [CD-Rom]. Málaga: Consejería de Turismo, Comercio y Deporte. Instituto Andaluz del Deporte.

Gómez, F.; Duperly, J.; Lucumí, I.; Gámez, R. y Venegas, S. (2005). Nivel de actividad física global en la población adulta. *Gaceta Sanitaria, 19 (3)*, 206-213.

Guillén García, F.; Castro Sánchez, J. J. y Guillén García, M. A. (1997). Calidad de vida, salud y ejercicio: una aproximación al tema desde una perspectiva psicosocial. *Revista de Psicología del Deporte, 12*, 91-107.

Gutiérrez Sanmartín, M. (2000). Actividad física, estilos de vida y calidad de vida. *Revista de Educación Física, 77*, 5-14.

Gyurcsik, N. C.; Spink, K. S.; Bray, S. R.; Chad, K. y Kwan, M. (2006). An ecologically based examination of barriers to physical activity in students from grade seven through first-year university. *Journal of Adolescent Health, 38*, 704-711.

Hellín, P. (2003). *Hábitos físico-deportivos en la región de Murcia: implicaciones para la elaboración del currículum en el ciclo formativo de Actividades Físico-Deportivas.* Tesis doctoral, Universidad de Murcia.

Hernández Rodríguez, A. I. (2001). *Análisis de la demanda de la comunidad universitaria almeriense en actividades físico-deportivas. Estudio de adecuación de la oferta*. Tesis Doctoral, Universidad de Almería, Almería.

HFC, Loughborough (2002). *A Physically Active Lifestyle Information Pack*. Pamphlet: Autor.

Hirvensalo, M.; Lampinen, P. y Rantanen, T. (1998). Physical Exercise in old Age: an Eigth-year follow-up study on involvement, motives, and osbtacles amon persons age 65-84. *Journal of Agin and Physical Activity, 6*, 157-168.

Instituto Nacional de Estadística. (2004). *Encuesta de empleo del tiempo en la población española 2002-2003. Resultados definitivos*. Madrid: Autor.

Ispizua Uribarri, M. (1993). *Hábitos deportivos de la población de la margen izquierda. Barakaldo, Portugalete, Santurtzi y Sestao. (1992).* Bilbao: Ayuntamientos de Barakaldo,

Portugalete, Santurtzi y Sestao. Eusko Jaurlaritza. Gobierno Vasco. Birkaiko Foru Aldundia. Diputación Foral de Bizkaia. EUDEL y KAIT

Ispizua Uribarri, M. (1996). *Prácticas y aspiraciones de tiempo libre de una población en declive: el caso de la margen izquierda del Nervión - Vizcaya.* En M. García Ferrando y J. R. Martínez Morales (Coords.) *Ocio y Deporte en España* (pp. 101-118). Valencia: Tirant lo Blanch.

Jacoby, E.; Bull, F. y Neiman, A. (2003). Cambios acelerados del estilo de vida obligan a fomentar la actividad física como prioridad en la Región de las Américas. *Rev.Panam.Salud Pública, 14,* 223-225.

Jansson, M. A. (2001). El costo social de la pérdida de funcionalidad motora y cognitiva en el adulto mayor. *Fharos, 8,* 69-93.

Junta de Castilla y León. Consejería de Cultura y Turismo (1994). *La juventud de los 90. Estudio sociológico de la juventud de Castilla y León.* León: Junta de Castilla y León.

Katch, F. I. & Katch, V. L.(1991). Physical Activity, Health and Aging. En M. Sangold & G. Mirkin (Eds.), *Exercise Physiology and Sports* (pp. 698-737).Philadelphia.

Keating, X.; Guan, J.; Castro, J. y Bridges, D. (2005). A meta-analysis of college students physical activity behaviors. *Journal of American College Health [*En línea]. Disponible: http://proquest.umi.com/pqdweb?index=0&did=911011721&SrchMode=1&sid=1&Fmt=3&VInst=PROD&VType=PQD&RQT=309&VName=PQD&TS=1150112535&clientId=23354

King, A. C. (2001). Interventions to promote physical activity by older adults. *Journals of Gerontology, 56,* 36-46.

Leslie, E.; Sparling, P. B. y Owen, N. (2001). University campus settings and the promotion of physical activity in young adults: lessons from research in Australia and the USA. *Health education, 3,* 116-125.

Li, F.; John Fisher.; Adrian Bauman, Marcia, G. Ory, Wojtek Chodzko-Zajko, Peter Harmer et al. (2005). Neighborhood Influences on Physical Activity in Middle-Aged and Older Adults: A Multilevel Perspective. *Journal of Aging and Physical Activity, 13,* 8-114.

López Crespo, C. (2001). La cuestión del género en los valores asociados al deporte. *Tandem*, 2, 39-50.

López, D. J. y Latiesa, R. M. (2002). Población adulta y calidad de vida. In Consejo Superior de Deportes (Ed.), *Deporte y calidad de vida en la población adulta* (pp. 41-56). Madrid: Consejo Superior de Deportes.

Malina, R. M. (2001) Tracking of physical activity across the lifespan. *President's council on physical fitness and sports. Research Digest, 3 (14),* 1–8.

Marivoet, S. (2007). Prácticas desportivas na sociedade portuguesa (1988-1998). En *IV Congresso Português de Sociologia*. Universidade Técnica de Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana.

Martínez López, E. (2003). La salud como motivación para la práctica de actividad física en personas adultas. *La Treia, 16*, 32-43.

Martínez Ros, M. T.; Tormo, J. J.; y Perez Flores, D y Navarro, C. (2003). Actividad física deportiva en una muestra representativa de la población de la Región de Murcia. *Gaceta Sanitaria, 17*, 11-19.

Martos Martínez. M. (2000). Actividad física y salud en personas mayores 2000. En *Actas 2º Congreso Internacional de Educación Física 2000* (pp. 683-688). Cádiz: Federación de trabajadores de la enseñanza Universidad de Cádiz.

Matsudo, S. M. (2003). Actividad física y salud para el adulto mayor. *Revista Diagnóstico y Tratamiento*, *5 (2)*, 10-17.

Matsudo, S. M.; Matsudo, V. y Neto, T. (2000). Efeitos Benéficos da Atividade Física na Aptidão Física e Saúde Mental Durante o Processo de Envelhecimento. *Revista Brasileira de Atividade Física y Saúde*, *5 (2)*, 60-76.

Matsudo, S. M.; Matsudo, V.; Araujo, T. L.; Andrade, D. R.; Andrade, E. L.; Oliveira, L. C. (2003). The Agita São Paulo Program as a model for using physical activity to promote health. *Rev Panam Salud Pública*, *14 (4)*, 265–272.

Mazzeo, R. S.; Cavanagh, P.; Evans, W. J.; Fiatarone, M.; Hagberg, J. y McAuley, E. (1998). Exercise and Physical Activity for Older Adults. *Medicine y Science in Sports y Exercise, 30* (6), 1-34.

Micó, J.; Orona, L. y Piéron, M. (2002). La participación de los adolescentes andorranos en las actividades físicas y deportivas extraescolares. En M. A. González, J. A. Sánchez y J. Gómez, *Educación Física, ocio y recreación. Una demanda social, un yacimiento de empleo. II Congreso Internacional de la AIESEP* (pp. 575-582). A Coruña: Universidad Da Coruña.

Minuchin, P. (1996). Actividad física y salud. *Nutrinfo.*

Molero, J. J. y Guillén, M. (2007). La actividad física y patologías del aparato locomotor en las personas mayores: estudio de una población de entre 65 y 85 años. En P. Montiel, A. Merino, A. Sánchez y A. Heredia (Coords.) *Actas del II Congreso Internacional de Actividad Físico Deportiva para Personas Mayores. Un estilo de vida* (pp. 366-373) [CD-Rom]. Málaga: Consejería de Turismo, Comercio y Deporte. Instituto Andaluz del Deporte.

Monteiro, C.; Conde, W.; Matsudo, S.; Matsudo, V.; Bonseñor, I. y Lotufo, P. (2003). Epidemiología descriptiva de la actividad física en horas libres en el Brasil. *Rev Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health*, *14 (4)*, 246-254.

Mora, M.; Villalobos, D.; Araya, G. y Ozols, A. (2004). Perspectiva de la calidad de vida del adulto mayor, diferencias ligadas al género y la práctica de la actividad físico recreativa. *Medicina Humana Salud, 1* (1), 1-11.

Moreno González, A. (2005). Incidencia de la actividad física en el adulto mayor. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte, 20*.

Moreno Murcia, J. A. y Gutiérrez Sanmartín, M. (1998). Motivos de práctica en los programas de actividades acuáticas. *Áskesis, 2,* 1-16.

Moreno Torres, R.; Ruiz López, M. D.; Reyes, A. y López, C. (2003). Influencia de la actividad física en el estado nutricional y salud percibida en población mayor institucionalizada. En A. Oña Sicilia y A. Bilbao Guerrero (Eds.), *Actas del II Congreso Mundial de Ciencias de la Actividad Física y del Deporte* [CD ROM]. Granada: Universidad de Granada. Facultad de Ciencias de la Actividad Física y el Deporte.

Morgan, W. P. (2001). Prescription of Physical Activity: a paradigm shift. *Quest,* 53, 366-382.

Mussino, A. (2004). Aspectos metodológicos de las encuestas territoriales sobre participación deportiva: el caso de la provincia de Prato. *Jornadas Deportivas del Instituto Andaluz del Deporte*. Málaga (Inédito)

Navarro, C.; Pastor, R. y Ramírez, A. (2003). *Subcultura deportiva de género y espacio público en el ámbito local (El caso del Municipio de Córdoba).* Cádiz: Centro de Sociología Política de la Universidad Pablo de Olavide.

Navarro, M. y Mateo, M. J. (1993). *Juventud en cifras 1992*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer.

Nuviala Nuviala, A., García Montes, M. E. y Ruiz Juan, F. (2007). Expectativas de los usuarios directos e indirectos de los servicios deportivos en edad escolar en una comarca aragonesa. *Apunts. Educación Física y Deportes, 87*, 93-98.

OMS (2002). *The World Health Report 2002. Reducing Risks, Promoting Healthy Life*. Ginebra: World Health Organization.

OMS (2003). Por tu salud, muévete. Documento de exposición de conceptos. Move for health [En línea]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/2003/WHONMHNPHPAH

OMS (2004). *México (Comparado con otros países en Región para las Américas de la OMS). Estadísticas OMS* [en línea]. Disponible en: http://www3.who.int/whosis/ country/compare.cfm?country [Consulta: 2007, 22 de abril]

ONU (2001). *Población: Informe ONU. Un occidente envejecido. USA: Zenit* [en línea] Disponible en: http://apologetica.org/onu-poblacion.htm [Consulta: 2007, 24 de abril]

OPS (2002). *Promoción de la Salud: Cómo construir una vida saludable*. Washington: OPS. (Serie PALTEX nº 3).

Otero, J. M. (2003). *El deporte andaluz en cifras 2002.* Sevilla: Consejería de Turismo y Deporte. Observatorio del Deporte Andaluz.

Otero, J. M. (2004). *Hábitos y actitudes de los andaluces ante el deporte (2002).* Cádiz: Consejería de Turismo y Deporte. Observatorio del Deporte Andaluz.

Paffenbarger, R. S.; Hyde, R. T.; Wing, A. L. y Hsieh, C. C. (1986). Physical activity, all-cause mortality, and longevity of college alumni. N. Engl. *Journal Medicine, 314,* 605-613.

Parks, S. E, Housemann, R. A, y Brownson, R. C. (2003). Backgrounds in the United States and rural adults of various socioeconomic Differential. *Journal Epidemiology Community Health, 57,* 29-35.

Pate, R.; Pratt, M.; Blair, S. N.; Haskell, W. L.; Macera, C. A.; Bouchard, C.; Buchner, D.; Ettinger, W.; Heath, G. W. y King, A. C. (1995). Physical activity and public health. A recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. *Journal of the American Medical Association*, *273 (5)*, 402-407.

Pérez Samaniego, V. (1998). Criterios de práctica física orientados a la salud. En *Actas del VII Congreso Mundial de Deporte para Todos. El deporte para todos y los retos educativos a nivel mundial* (Sesión: Promoción del bienestar a través del Deporte para Todos) (p. 134) [CD ROM]. Barcelona: COI.

Pérez Samaniego, V. y Devís Devís, J. (2003). La promoción de la actividad física relacionada con la salud y la perspectiva de proceso y de resultado. En *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte,* 10, 1-4. http://cdeporte.rediris.es/revista/ revista10/artpromoci%f3n.html

Pérez Samaniego, V. y Sánchez Gómez, R. (2001). Las concepciones del cuerpo y su influencia en el currículum de la Educación Física. *Lecturas Educación Física y Deportes, Revista Digital, 33* [en línea]. Buenos Aires. Disponible en: http://www.efdeportes.com.

Piéron, M. (2003). Estilo de vida, práctica de actividades físicas y deportivas. Calidad de vida. En A. Oña Sicilia y A. Bilbao Guerrero (Eds.), *Libro ponencias del II Congreso Mundial de Ciencias de la Actividad Física y del Deporte. Deporte y Calidad de Vida* (pp. 328-342). Granada: Facultad de Ciencias de la Actividad Física y el Deporte.

Piéron, M., García Montes, M. E. y Ruiz Juan, F. (2007). Algunos correlatos de la actividad físico-deportiva en una perspectiva de salud. *Tándem. Didáctica de la Educación Física, 24*, 9-24.

Piéron, M.; Telama, R.; Almond, L. y Carreiro da Costa (1999). Estilo de vida de jóvenes europeos: un estudio comparativo. *Revista de Educación Física, 76*, 5-13.

Piéron, M.; Telama, R.; Almond, L. y Carreiro da Costa, F. (1997). Lifestyle of young europeans: comparative study. In, J. Walkuski, S. Wright y S. Tan Kwang San Proceedings, *AIESEP International Congress Singapore 1997. World conference on Teaching, Coaching and Fitness Needs in Physical Education and the Sport Sciences* (pp. 403-415). Singapore: School of Physical Education. National Institute of Education. Nanyang Technological University.

Piéron, M.; Telama, R.; Ledent, M. y Almond, L. (1998). Participación de los jóvenes europeos en las actividades físicas y deportivas. En *Actas del VII Congreso Mun-*

dial de Deporte para Todos. El deporte para todos y los retos educativos a nivel mundial (Sesión: Promoción del bienestar a través del Deporte para Todos) [CD ROM]. Barcelona: COI.

Ponseti, F. X.; Gili, M.; Palou, P. y Borrás, P. A. (1998). Intereses, motivos actitudes hacia el deporte en adolescentes: diferentes en función del nivel de práctica. *Revista de Psicología del Deporte, 7,* 259-274.

Prochaska, J. O.; DiClemente, C. C. y Norcross, J. C. (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, *47, 9,* 1102-1114.

Ramírez Hoffmann, H. (2002). Acondicionamiento físico y estilos de vida saludable. *Colombia Médica, 33,* 3-5.

Rebollo Rico, S. y García Montes, M. E. (1996). Análisis de las tendencias deportivo-turísticas en el entorno rural. En M. García Ferrando y J. R. Martínez Morales (Coords.), *Ocio y deporte en España. Ensayos Sociológicos sobre el cambio* (pp. 179-205). Valencia: Tirant lo Blanch.

Reig, A.; Cabrero, J.; Ferrer, R. y Richart, M. (2001). La calidad de vida y el estado de salud de los estudiantes universitarios. *Edición digital basada en la edición de Alicante*, Universidad 2001. 1. Alicante.

Riera Ferrán. A. (1996). Hábitos deportivos de los aragoneses. En Sánchez Martín (Ed.), *La actividad física y deporte en un contexto democrático (1976-1996). Investigación social y deporte, 3* (pp. 335-344). Pamplona: AEISAD.

Rodríguez Hernández, M. L.; Jiménez Beaty, J. E.; Graupera Sanz, J. L. y Martínez del Castillo, J. (2005). Los espacios para la actividad física de las personas mayores. *Lecturas Educación Física y Deportes, Revista Digital, 80* [en línea]. Buenos Aires. Disponible en: http://www.efdeportes.com.

Romero García, A. (2004). La intensidad del esfuerzo y la curva de recuperación en actividades aeróbicas beneficiosas para la salud. *Lecturas Educación Física y Deportes, Revista Digita, 71* [en línea]. Buenos Aires. Disponible en: http://www.efdeportes.com.

Romero Granados, S. (2007). La actividad físico-deportiva para mayores: consumo o hábito. En P. Montiel, A. Merino, A. Sánchez y A. Heredia (Coords.) *Actas del II Congreso Internacional de Actividad Físico Deportiva para Personas Mayores. Un estilo de vida* (pp. 77-103) [CD-Rom]. Málaga: Consejería de Turismo, Comercio y Deporte. Instituto Andaluz del Deporte.

Ruiz Juan, F. (2001). *Análisis diferencial de los comportamientos, motivaciones y demanda de actividades físico-deportivas del alumnado almeriense de Enseñanza Secundaria Post-obligatoria y de la Universidad de Almería.* Tesis Doctoral, Universidad de Almería, Almería.

Ruiz Juan, F. y García Montes, M. E. (2002). Práctica de actividades físico-deportivas de tiempo libre y motivos para realizarla. Estudio comparativo entre el alumnado

de Enseñanza Secundaria Postobligatoria y de segundo ciclo de la Universidad de Almería. *Lecturas: Educación Física y Deportes. Revista Digital, 53* [en línea]. Buenos Aires. Disponible en: http://www.efdeportes.com.

Ruiz Juan, F. y García Montes, M. E. (2003). Estudio comparativo de los hábitos deportivos y estilos de vida de la provincia Ciudad de la Habana en Cuba y la provincia de Almería. En *Andalucía tierra del deporte. Congreso Internacional* (com.) (pp. 369-400). Sevilla: Consejería de Turismo y Deporte. Junta de Andalucía.

Ruiz Juan, F. y García Montes, M. E. (2004). Interés por la práctica de actividades físico-deportivas de tiempo libre. Estudio comparativo entre el alumnado de Enseñanza Secundaria Postobligatoria y de segundo ciclo de la Universidad de Almería. *Revista de Educación Física. Renovar la teoría y la práctica, 95*, 5-12.

Ruiz Juan, F. y García Montes, M. E. (2005). Modalidades de práctica de actividades físico-deportivas de tiempo libre. Estudio comparativo entre el alumnado de Enseñanza Secundaria Postobligatoria y de segundo ciclo de la Universidad de Almería. *Tandem Didáctica de la Educación Física,* 17, 79-91.

Ruiz Juan, F. y García Montes, M. E. (2005a). *Hábitos físico-deportivos de los almerienses en su tiempo libre*. Almería: Servicio de publicaciones Universidad de Almería.

Ruiz Juan, F. y García Montes, M. E. (2005b). *Hábitos saludables y estilos de vida de los almerienses*. Almería: Servicio de publicaciones Universidad de Almería.

Ruiz Juan, F. y Gómez López, M. (2005). La práctica deportiva en los universitarios. En M. L. Zagalaz Sánchez, E. J. Martínez López y P. A. Latorre Román (Eds.), *Respuestas a la demanda social de actividad física* (pp. 143 a 163). Madrid: Gymnos.

Ruiz Juan, F., García Montes, M. E. y Gavala González, J. (2004). El interés de la población almeriense por la actividad físico-deportiva y la actitud de sus padres con respecto a la misma. En *XXII Congreso Nacional de Educación Física. La formación inicial de profesorado de Educación Física ante el reto europeo*, [CD-ROM]. A Coruña: Universidad Da Coruña.

Ruiz Juan, F., García Montes, M. E. y Gómez López, M. (2005). *Hábitos físico-deportivos en centros escolares y universitarios*. Madrid: Gymnos.

Ruiz Juan, F., García Montes, M. E. y Hernández A. I. (2001a). Comportamientos de actividades físico deportiva de tiempo libre del alumnado almeriense de enseñanza secundaria post obligatoria. *Motricidad. Revista euro-americana de ciencias de la actividad física y del deporte, 7*, 113-143.

Ruiz Juan, F., García Montes, M. E. y Hernández A. I. (2001b). El interés por la práctica de actividades físico-deportivas de tiempo libre del alumnado de la Universidad de Almería. Un estudio longitudinal. *Apunts. Educación Física y Deportes, 63*, 85-92.

Ruiz Juan, F., García Montes, M. E. y Hernández A. I. (2001c). La práctica de actividad físico-deportiva de tiempo libre del alumnado de la universidad de Almería. Un

estudio longitudinal. *Revista de Educación Física. Renovar la teoría y la práctica*, *82*, 5-9.

Ruiz Juan, F., García Montes, M. E. y Hernández A. I., García López, A., Casado, C. y Rodríguez, D. (2000). La práctica físico-deportiva del alumnado almeriense de enseñanza secundaria post obligatoria según la frecuencia de práctica. En *Actas del I Congreso Nacional de Deporte en Edad Escolar* (comp.) (pp. 481-490). Dos Hermanas: Excmo. Ayuntamiento de Dos Hermanas. Patronato Municipal de Deportes.

Ruiz Juan, F., García Montes, M. E. y Pérez Sánchez (2005b). *Estilos de vida en Ciudad de La Habana – Cuba. Hábitos físico-deportivos y de salud*. Madrid: Gymnos.

Ruiz Juan, F., García Montes, M. E. y Valero Valenzuela, A. (2005). Percepción de la condición y aptitud física de los almerienses. En F. Ruiz Juan y M. E. García Montes (Eds). *Hábitos saludables y estilos de vida de los almerienses* (pp. 53-62). Almería: Servicio de publicaciones Universidad de Almería.

Ruiz Juan, F., García Montes, M. E., Díaz Suárez, A. y Piéron, M. (2007). Hábitos físico-deportivos y de salud. Estilos de vida en jóvenes y adultos. En F. Ruiz Juan, J. P. Venero Valenzuela, Q. Méndez Guzmán, J. M. Reverendo Rodríguez, G. Alvés Barrero, R. Camacho Bravo, R. Ortiz Revert, A. Ortega Fernández, F. L. Bobadilla Gómez, E. Albarrán Viejo y A. Núñez Reina (Eds.), *VII Congreso Internacional sobre la enseñanza de la educación física y el deporte escolar. Viejos hitos y nuevos retos ante la LOE. Respuestas educativas a los problemas sociales del deporte escolar y de la obesidad infantil* (pp. 167-201). Badajoz: FEADEF, AMEFEX.

Ruiz Juan, F., García Montes, M. E., Hernández A. I., García López, A., Casado, C. y Rodríguez, D. (2000). La práctica físico-deportiva del alumnado almeriense de Enseñanza Secundaria Post Obligatoria en los diferentes periodos temporales. *Espacio y Tiempo*, 29/30, 39-45.

Ruiz Juan, F.; García Montes, M. E. y Gavala, J. (2005). Actitudes y comportamientos de los almerienses ante la actividad físico-deportiva de tiempo libre. En En F. Ruiz Juan y M. E. García Montes (Eds). *Hábitos físico-deportivos de los almerienses en su tiempo libre* (pp. 61-120). Almería: Servicio de publicaciones Universidad de Almería.

Ruiz Juan, F.; García Montes, M. E. y Pérez Sánchez, A. (2005a). Actitudes de los habaneros ante la actividad físico-deportiva de tiempo libre. En F. Ruiz Juan, M. E. García Montes y Pérez Sánchez A. (Eds.), *Estilos de Vida en la Ciudad de la Habana Cuba. Hábitos Físico-deportivos y de Salud* (pp. 67-79). Madrid: Gymnos.

Ruiz Juan, F.; García Montes, M. E. y Pérez Sánchez, A. (2005b). Practica de actividad físico-deportiva realizada por los habaneros durante su tiempo libre. En En F. Ruiz Juan, M. E. García Montes y Pérez Sánchez A. (Eds.), *Estilos de vida en ciudad de la Habana-Cuba. Hábitos físico-deportivos y de salud* (pp. 89-105). Almería: Gymnos.

Ruiz Juan, F.; García Montes, M. E. y Pérez, A. (2005c). Disponibilidad del tiempo libre y actividades realizadas. En En F. Ruiz Juan, M. E. García Montes y Pérez Sánchez A. (Eds.), *Estilos de vida en Ciudad de la Habana - Cuba* (pp. 51-66). Almería: Gymnos.

Ruiz Juan, F.; García Montes, M. E.; Gavala González, J. y Gómez López, M. (2005). Comportamientos de los almerienses ante la actividad físico-deportiva de tiempo libre. En F. Ruiz Juan y M. E. García Montes (Eds.), *Hábitos físico-deportivos de los Almerienses en su tiempo libre* (pp. 101-112). Almería: Universidad de Almería.

Ruiz Juan, F.; García Montes, M. E.; Gómez López, M. y Piéron, M. (2006). Relations between the physical activity and the personal experience in senior high school students. En J. Alves Diniz; F. Carreiro da Costa y M. Onofre *AIESEP 2005 World Congress. Activite lifestyles: the impact of education and sport. Proceedings (pp.* 335-344 *)* Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana. Ediçoes FMH.

Rütten, A.; Abel, T.; Kannas, L.; Von Lengerke, T.; Luschen G, Díaz, J. A. (2001). Self reported physical activity, public health, and environment: results from a comparative European study. *Journal of Epidemiology and Community Health, 55*, 139–146.

Salinas, J. y Vio, F. (2003). Promotion health and physical activity in Chile: a policy priority. *Pan. Am. J. Public. Health*, *14 (4)*, 281-288.

Sallis, J. F. (1999). Influences on Physical Activity of Children, Adolescents, and Adults. President's Council on Physical Fitness and Sport. *Research Digest, 1 (7),* 1-4.

Sallis, J. F. y Owen, N. (1999). Predictors of Physical Activity Behavior. People Science Health [En línea]. Disponible en: http://www.nhlbi.nih.gov/meetings/ workshops/predictors/abstracts/trost.htm

Sallis, J.F.; Simons-Morton, B.; Stone, E.; Corbin, C.; Epstein, L.H.; Faucette, N.; Iannotti, R.; Killen, J.; Klesges, R.; Petray, C.; Rowland, T.; y Taylor, W. (1992). Determinants of physical activity and interventions in youth. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, *24* (Suppl.), S248-S257.

Sallis, S. F. y McKenzie, T. L. (1991). Physical education´s role in public health. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 62, 124-137.

Sánchez Barrera, M. B.; Muela Martínez, J. A.; Pérez García, M.; López Sánchez-Huete, J. R.; García Montes, M. E. y Godoy García, J. F. (2003). Perfil de actividad física-mujeres. En *II Congreso Mundial de Ciencias de la Actividad Física y el Deporte* (Área 3, Sociología) (pp. 835-846) [CD ROM). Granada: Facultad de Ciencias de la Actividad Física y el deporte.

Sánchez Barrera, M.; Pérez, M. y Godoy, J. (1995). Patrones de actividad física de una muestra española. *Revista de Psicología del Deporte, 7-8,* 51-71.

Sánchez Pérez, A.; García Domínguez, F.; Landabaso, V. y Nicolás Martínez, L. D. (1998). Participación en actividad física de una muestra universitaria a partir del

modelo de las etapas de cambio en el ejercicio físico: un estudio piloto. *Revista de Psicología del Deporte, 7*, 233-245.

Sanders, C.; Field, T.; Diego, M. yKaplan, M. (2000). Moderate involvement in sport ins related to lower depression levels among adolescents. Adolescence [En línea]. Disponible: http://proquest.umi.com/pqdweb?index=3&did=68445105&SrchMde=1&sid=1&Fmt=6&VInst=PROD&VType=PQD&RQT=309&VName=PQD&TS=1149605762&clientId=23354

Sanz Arazuri, E.; San Martín, B.; Ponce, A.; Lapresa, D.; Egüén, R.; Alonso, F. y Navaridas, F. (2003). Perfil sociodemográfico del practicante de actividades físico-deportivas organizadas. El caso de la CA de La Rioja. En, *IX Congreso Nacional de Psicología de la Actividad Física y el Deporte* (pp. 459-468). León: Federación Española de Psicología del Deporte. Facultad de Ciencias de la Actividad Física y el Deporte de León.

Schoenborn, C. A. y Barnes, P. M. (2002). Leisure-time physical activity among adults. *Advance Data Division of Health Interview Statistics*, *325*, 1-24.

Seclén-Palacín, J. A. y Jacoby, E. R. (2003). Sociodemographic and environmental factors associated with sports physical activity in the urban population of Peru. *Pan. Am. J. Public Health, 14 (4),* 255-264.

SEP (1999). *Informe de labores*. México: Secretaría de Educación Pública.

Sila, B. (1998). Actividad deportiva de los habitantes de Ljubljana, capital de Eslovenia. En *Actas del VII Congreso Mundial de Deporte para Todos. El deporte para todos y los retos educativos a nivel mundial* (Sesión: Viejos y nuevos métodos de la práctica del Deporte para Todos) (p. 277) [CD ROM]. Barcelona: COI.

Sport England (1997). *Best value through sport. The value of sport to the health of the nation* London: Local Government Association. Sport England.

Sport England (2000). *Young people and sport: National Survey 1999.* London: Local Government Association. Sport England.

Steptoe, A.; Doherty, S.; Rink, E.; Kerry, S.; Kendrick, T. y Hilton, S. (1999). Behavioral counseling in general practice for the promotion of healthy behavior among adults at increased risk of coronary heart disease: randomized trial. *Medical Journal, 319* (7215), 943-948.

Taylor, W. C.; Baranowski, T. y Sallis, J. F. (1994). Family determinants of childhood physical activity: a social-cognitive model. En C. Bouchard, R. Shephard y T. Stephens (Eds.), *Physical Activity, Fitness and Health: International Proceedings and Consensus statement* (pp. 319-342). Champaign IL: Human Kinetics.

Telama, R.; Leskinen, E. y Yang, X. (1996). Stability of habitual physical activity and sport participation: a longitudinal tracking study. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sport, 6 (6)*, 371-378.

Trudeau, F. y Shephard, R. (2005). Contribution of School Programmes to Physical Activity Levels and Attitudes in Children and Adults. Current Opinions. *Sport Medicine, 89*, 105-205

Tuija, T. (2003) *Physical activity from adolescence to adulthood and health-related fitness at age 31: Cross-sectional and longitudinal analyses of the Northern Finland birth cohort of 1966* [en Línea] Disponible en: http://herkules.oulu.fi/isbn9514272331/isbn9514272331.pdf [Consulta: 2007, 25 de abril].

USDHHS (1996). *Physical Activity and Health: A Report of the Surgeon General*. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention and Health Promotion (USCDCDHH).

USDHHS (1999). *Physical Activity and Health* [en línea]. Disponible en: http://www. vichealth.vic.gov. [Consulta: 2007, 5 de abril].

USDHHS (1999). *Promoting better health: a report to the president*. Pamphlet.

USDHHS (2002). *Risk Behavior Surveillance-United States, 2001*. Atlanta: U. S. Departament of Health and Human Services and Centers for Disease Control and Prevention.

USDHHS (2004). *Physical Activity and Health Older Adults.* A report of the Surgeon General U.S. Centers for Disease Control and Prevention. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. The President's Council on Physical Fitness and Sports.

USDHHS, Office of Disease Prevention and Health Promotion (2000). *Healthy People 2010. [On-Line] http://web.health.gov /healthypeople/*

Varo Cenarruzabeitiaa, J.J.; Martínez González, M.A., Martínez Hernández, J.A. (2002). Obesity prevalence in Europe. *An. Sist. Sanit. Navar.;* 25, Suppl. 1, 103-108.

Varo Cenarruzabeitiaa, J. J.; Martínez González, M. A. y Martínez Hernández, J. A. (2003a). Beneficios de la actividad física y riesgos del sedentarismo. *Medicina Clínica, 121*, 665-672.

Varo Cenarruzabeitiaa, J. J.; Martínez González, M. A.; De Irala, E J.; Kearney, J.; Gibney, M. y Martínez Hernández. J. (2003b). Distribution and determinants of sedentary lifestyles in the European Union. *Internacional Journal of Epidemiology, 32*, 138-146.

Vuori, I. y Fentem, P. (1996). Salud. En *La función del deporte en la sociedad.* Madrid: Consejo Superior de Deportes.

Weiss, M. R. (2000). Motivating Kids in Physical Activity. *President's Council on Physical Fitness and Sport.Research Digest,* series 3, 11.

Wilcox, S.; Castro, C.; King, A.; Housemann, R. y Brownson, R C. (2000) Determinants of leisure time physical activity in rural compared with urban older and ethnically diverse women in the United States. *Epidemiol Community Health* [en línea], 54, Disponible en: http://jech.bmj.com/cgi/content/full/54/9/667 [Consulta: 2007, 26 de abril].

CAPÍTULO 6

MOTIVOS DE LOS COMPORTAMIENTOS DE LA ACTIVIDAD FÍSICO-DEPORTIVA DE TIEMPO LIBRE

MOTIVOS DE LOS COMPORTAMIENTOS DE LA ACTIVIDAD FÍSICO-DEPORTIVA DE TIEMPO LIBRE

Como hemos visto en epígrafes anteriores, la práctica de actividad físico-deportiva suele no ser la misma en todos los sujetos, varía en función de algunos factores biológicos, demográficos, sociales y físico-ambientes entre otros (Sallis, 1999). Influencias bastante elevadas que inducen a los sujetos a la adherencia, inicio, mantenimiento o abandono de la práctica de actividad física, pudiendo presentar variaciones con el paso del tiempo y conforme avanza en cada una de la etapas de la vida (Gonzálvez, 1992; De Andrés y Aznar, 1996; Ruiz Juan et al., 2007), tanto en hombres como en mujeres, entre quienes tienen diferentes ocupaciones, nivel de estudios, obligaciones familiares y laborales.

Es conocido la variación del tiempo libre para la práctica, la cuál puede facilitar u obstaculizar la adherencia a la actividad físico-deportiva. Resultando necesario indagar cuales coaccionan o promueven la participación y no participación. Refieren que los algunos factores psicológicos son capaces de modificar la adherencia, inicio, mantenimiento o abandono a la práctica de actividad física. Whitehead (1993) encuentra que las motivaciones son importantes en el comportamiento de los sujetos, porque esta es capaz de determinar la intensidad con que estos, se comprometen con la práctica de la actividad y la dirección que se marque para llegar al éxito.

A este respecto, han surgido algunas teorías que tratan de explicar los cambios de la conducta que se producen en los sujetos. Estudios considerados pioneros Dosil (2004, citando a Murray, 1938 y Skubic, 1956), relacionan la práctica de actividad física con las necesidades biológicas y psicológicas, es decir, la actividad física debe ser integrada como una necesidad más de la vida diaria de los individuos.

6.1. Teorías motivacionales.

Las teorías de la motivación pueden agruparse en tres categorías (Dosil, 2004). Algunos dan importancia a la motivación de base *biológica*, otras acentúan la importancia del aprendizaje y otras, se concentran en los factores cognitivos. La categoría biológica, tiene que ver con la conducta humana y la herencia de los instintos, pero no pudo explicar las diferencias individuales, conduciendo a la pérdida del interés, por no considerar los nuevos conocimientos sobre los procesos cognitivos subyacentes en el comportamiento humano debido a que, en la actualidad, no existe un consenso generalizado sobre la existencia de impulsos, tanto aprendidos como no aprendidos.

En esta categoría (biológica) encontramos la teoría de Maslow (1975) quien jerarquiza las necesidades humanas en forma piramidal. Colocando en primera instancia, las necesidades fisiológicas como el hambre, el sueño, la sed, la actividad sexual, las necesidades de seguridad, que tienen que ver con la protección personal y la supervivencia. Seguido de las necesidades sociales, como la adhesión, asociación, comunicación, pertenencia y amor, así como la autonomía o independencia. Por último, las necesidades de realización personal (triunfo, prestigio, saber, expansión personal, confianza

en sí mismo). Es decir, a medida que vamos consiguiendo cubrir con éxito cada uno de estos escalones, nos sentimos motivados para considerar las necesidades del peldaño siguiente, hasta llegar a la cumbre de la auto-realización, considerada como la realización completa de nuestro verdadero potencial. Esta teoría permite entender los comportamientos de los sujetos hacia la práctica de la actividad físico-deportiva.

En la categoría del aprendizaje se argumenta que, aunque las necesidades biológicas pueden desempeñar cierto papel en el comportamiento de los sujetos, ésta, desempeña una función mucho más importante a la hora de dirigir la conducta animal y humana. Otros investigadores como Bandura (1989, 1998 y 2001) y Bussey y Bandura (1999), ampliaron las ideas de Skinner, argumentando que la recompensa más poderosa para el ser humano, es el refuerzo social como el elogio. Gracias a la capacidad humana para procesar la información simbólica, también podemos aprender a través de la observación.

Según se aprecia la categoría cognitiva, trata de explicar las conductas basándose en los procesos del pensamiento humano. Los psicólogos cognitivos hacen hincapié sobre la manera en que reaccionamos ante los acontecimientos, los cuales dependen del modo de interpretarlos. La conducta que se dirige hacia la obtención de una meta determinada, dependerá de cómo se evalúen ciertos factores. Las expectativas también son importantes, como la del carácter realista o no de una meta, o si se tiene la capacidad de alcanzarla y cuánto tiempo se tardará en lograrla.

Después de los estudios de Murray (1938), Skinner (1953), Skubic (1956) y Maslow (1975), citados por Dosil (2004), han surgido otras teorías que abordan sobre el cómo y porqué, se modifican las conductas de los sujetos a lo largo de la vida. Algunas teorías mencionan que los sujetos tienen necesidad de modificar sus conductas, porque desean demostrar sus capacidades a sí mismos y a los demás, o porque buscan destacar y tener reconocimiento en su entorno social.

Continuando con los referentes teóricos de las motivaciones, Whitehead (1993) diseña un modelo teórico (escalera motivacional) para interpretar la motivación *intrínseca* que, según este autor, puede ser la llave elemental para promover estilos de vida saludables en los sujetos, que estructura en seis escalones:

- Primer escalón. *Regulación externa*, tengo este comportamiento por recibir recompensa o porque me fuerzan a ella.
- Segundo escalón. *Regulación e introyección*, tengo este comportamiento porque siento una tensión dentro de mi (por ejemplo culpabilidad) y me presiona hacerlo.
- Tercer escalón. *Regulación identificada*, comportamiento que elijo con un propósito y al final lo valoro.
- Cuarto escalón. *Regulación integrada,* tengo este comportamiento porque simboliza lo que soy y lo que quiero.
- Quinto escalón. La *motivación intrínseca*, el sujeto dice tengo este comportamiento porque quiero, deseo el éxito y si lo logro lo disfruto.

- Sexto y último escalón. *Amotivacion* cuando el individuo no intenta mejorar su comportamiento, porque no ve alguna oportunidad de éxito y prefiere permanecer inactivo. Existe una carencia del propósito y de la intencionalidad en su acción, es decir, la ausencia relativa de la motivación.

Woolfolk (1996) hace sus comentarios tomando como base las teorías de Deci y Ryan (1985). Describe brevemente las diversas perspectivas teóricas más empleadas en el ámbito de las ciencias de la actividad físico-deportiva, divide la motivación a partir de cuatro perspectivas:

- *Perspectiva conductual,* cuya fuente de motivación es el refuerzo extrínseco y está influenciada por refuerzos, recompensas, incentivos y castigos. Su principal representante es Skinner.
- *Perspectiva humanista,* en contra de la anterior, su fuente de motivación es el refuerzo intrínseco y las influencias importantes son la necesidad de autoestima, autorrealización y autodeterminación. Sus analistas más destacados son Maslow y Deci.
- *Perspectiva cognoscitiva,* al igual que la anterior, su fuente de motivación es el refuerzo intrínseco. Sus influencias más importantes son las creencias, atribuciones de éxito-fracaso y las expectativas. Sus defensores son Weiner y Covington.
- *Perspectiva del aprendizaje social*, la cual tiene sus fuentes de motivación en el refuerzo intrínseco y extrínseco. Sus principales influencias son el valor de las metas y las expectativas de alcanzarlas. Su principal representante es Bandura.

Vallerand (2004), señala que los psicólogos reconocen la existencia de diversos tipos de motivaciones en los sujetos que practican actividad físico-deportiva. Sin embargo, dos han sido estudiados extensivamente: las motivaciones intrínsecas y las motivaciones extrínsecas. Sin embargo, desde 1992 ya existían por lo menos tres tipos diferentes de motivaciones intrínsecas.

- Motivación intrínseca *hacia el conocimiento,* donde el sujeto explora, curiosea, conoce y lo entiende, se engancha a la actividad por el placer de aprender, lo hace voluntariamente, sin esperar recompensa alguna.
- Motivación intrínseca *hacia el logro*, el sujeto se enganchan a la actividad buscando dominar una técnica o movimiento con eficiencia, mediante tareas definidas con la que se compromete, debido a que encuentra placer y satisfacción.
- Motivación para experimentar *el estimulo,* el sujeto se engancha a la actividad no por placer o estética, si no para tener sensación de triunfo o éxito, por ejemplo, los atletas.

En tanto que las motivaciones extrínsecas, según Vallerand (2004 citando a Deci y Ryan 1985), en su libro titulado "*Motivación intrínseca y autodeterminación del comportamiento humano"*, muestran la existencia de numerosos tipos de motivación extrínseca,

las cuales varía en términos de los niveles inherentes a la auto determinación de los sujetos, en este caso muestran cuatro clasificaciones que son:

A) *Regulación externa*, donde el comportamiento es regulado por medios externos positivos o negativos, como son la recompensa y la imposición.

B) *Regulación introyectada*, en la cual el sujeto tiene la presión externa de estar en forma, busca la estética corporal por presiones del entorno.

C) *Regulación identificada*, el sujeto valora y juzga un comportamiento importante, se identifica con él y lo elige para crecer y desarrollarse.

D) *Regulación integrada.* Cuando el atleta está integrado puede decidir quedarse en casa o salir el sábado con los amigos, pero el domingo esta listo para el juego de fútbol.

En la revisión bibliográfica encontramos que, con el paso del tiempo, las teorías de las motivaciones en el campo de la psicología del deporte y se basan en la conducta que adoptan los sujetos ante la práctica son, entre otras:

1. Teoría de la atribución (Harter, 1958).
2. Teoría de las necesidades del logro (McClelland, 1961).
3. Teoría de la autoeficacia (Harter, 1978).
4. Teoría de la competencia percibida (Harter, 1978).
5. Teoría de las competencias motivacionales (Harter, 1981)
6. Teoría de la orientación de metas (ego tarea) (Nicholls, 1984)
7. Teoría de la autodeterminación (Ryan y Deci, 2000).
8. Teoría Flow (Balaguer, 2001).

Luego de realizar un análisis teórico, consideramos que los siguientes referentes, servirán para tratar de comprender las diferentes motivaciones de la población objeto de estudio en su adherencia y no adherencia a la práctica físico-deportiva.

1. *La teoría de la competencia motivacional* (Harter, 1981), se relaciona con el deseo (*intrínseco*) del sujeto por mostrar competencia a través del dominio de experiencias, es decir, el éxito le motiva.
2. L*a teoría de la autodeterminación* (Ryan y Deci, 2000), hace alusión a que cuando el sujeto percibe tener la capacidad de hacerlo disfruta la acción, produciendo una gran motivación para continuar realizándolo (*intrínseca*).
3. Y por último, *la teoría de orientación de meta,* (ego-tarea) (Maehr y Nicholls, 1980; Nicholls, 1984). Trata sobre la obtención de logros a través del esfuerzo en la competencia. La orientación de meta tiene dos vertientes, hacia el *ego* y hacia la *tarea.* Es decir, los sujetos que realizan actividades que producen satisfacción por el esfuerzo realizado, se comparan con sí mismos (orientación a la tarea) y cuando ese esfuerzo es realizado para demostrar superioridad o ser mejor que otros, se emplea más por ego.

Vallerand (2004), propone que la *teoría de la amotivación*, describe la carencia de un propósito y de intencionalidad para actuar. Cuando el sujeto está amotivado, percibe incompetencia para realizar alguna actividad, no percibe eventualidades entre lo que hace y los resultados de sus acciones, son aquellos sujetos pasivos, incompetentes, conformistas e inútiles. No pueden controlar sus propios comportamientos, es decir, serían los abandonados, los cuales dejan la actividad para después.

Estas teorías permiten entender que la motivación (en la actividad físico-deportiva) es una de las características psicológicas que se encuentra fuertemente relacionada por aspectos internos (preferencias, deseos, temores) y externos (los grupos de amigos y aceptación social, entre otros) proporcionan los conocimientos suficientes que definen la motivación como la fuerza que actúa en el sujeto por influencias internas y externas (Phillips et al., 2004), del cual se han desarrollado algunos modelos que son utilizados en la promoción de la práctica físico-deportiva.

Se dice que en la práctica físico-deportiva, la capacidad y el control personal resultan esenciales en el disfrute de la autonomía, debido a las ventajas en la salud, la diversión, el entusiasmo y las emociones que pueden resultar de la participación en ellas.

Según apreciaciones de Whitehead (1993), cuando los sujetos perciben mayor autonomía, satisfacción y emoción la que más resalta en este comportamiento es la intrínseca, la cuál como hemos citado es la más adecuada en la promoción de estilos de vida saludable y activa. De ahí que la obtención de resultados positivos, serán importantes en la continuidad de la práctica. Estas conductas pueden modificar el comportamiento de manera positiva o negativa. Si el individuo se inclina hacia lo negativo, puede convertirse en un problema para su desempeño, abandonando la práctica y resistiéndose a la persistencia. Por el contrario, si tiene comportamiento positivo, buscará el éxito con emoción.

Como hemos visto, los motivos pueden ser evolutivos (De Andrés y Aznar, 1996), es decir, cambian se modifican con paso del tiempo y las circunstancias, incluyen varias razones y tópicos susceptibles de valorarse individualmente.

La persistencia y permanencia en la práctica, dependen de la energía que el sujeto imponga a su comportamiento activo, el cuál está determinado por necesidades biológicas, cognitivas, afectivas y sociales. Por tanto, las actitudes del ser humano son desarrolladas en las esferas físicas, biológicas, psicológicas, sociales y familiares, que condicionan, regulan y norman la modificación de los comportamientos.

Nos centraremos en aquellos referentes teóricos de los motivos por los que los sujetos activos practican, abandonan o nunca han practicado actividad físico-deportiva. Recordando que la motivación explica el por qué los sujetos tienen determinada conducta, o por qué estaban en disposición de realizarla (Balaguer y Pastor, 2001).

El mantenimiento de la práctica de actividad físico-deportiva, suele tener relación con la orientación de la misma, en la que están presentes tanto motivos externos como la competición y motivos internos como la recreación (Dosil, 2004). Es decir, las causas o motivos de inicio y mantenimiento, tienen una relación común. Aunque otros

autores como Masachs et al. (1994), no coinciden con estas apreciaciones, ya que los motivos de inicio de un programa deportivo, no tienen por qué ser los mismos que determinan su mantenimiento.

El estudio de las motivaciones lleva a los investigadores a comentar que ningún fenómeno podría reflejar el potencial de la naturaleza humana, como lo hace la motivación intrínseca o extrínseca (Ryan y Deci, 2000), situación que se irá describiendo en los estudios analizados en poblaciones de diferentes regiones geográficas y diferentes etapas de la vida.

6.2. Motivos de práctica de actividad físico-deportiva.

En este apartado se analizan los principales motivos de inicio y mantenimiento de la práctica físico-deportiva de las diferentes poblaciones relacionadas a este estudio.

García Ferrando (2003), pone de manifiesto que los jóvenes, hacen ejercicio físico principalmente por diversión, por pasar el tiempo y porque les gusta. Es decir, el comportamiento tiene relación con motivos intrínsecos como los aspectos lúdicos y recreativos. Por su parte Cantón (2000), señala que los estudiantes de la Universidad de Valencia practican por diversión y por placer. En tanto que Ruiz Juan y García Montes (2002) en estudiantes universitarios y no universitarios, por el gusto del ejercicio físico, por estar en forma y divertirse.

En un estudio realizado en población universitaria, Ruiz Juan et al. (2005a), muestran que la mayoría práctica por estar en forma o gustan del ejercicio físico y en menor proporción, por mejorar o mantener la salud. Es decir, aún cuando están pasando por una etapa crítica debido a las exigencias de los estudios, también existe la motivación extrínseca por aparentar buena imagen personal, coincidiendo con las afirmaciones de Pavón et al. (2003). Motivos diferentes son citados por los ciudadanos de Guipúzcoa. Arribas y Arruza (2004) muestran que practican principalmente, por mantener la salud, por divertirse y por competir y relacionarse con amigos.

En la población de Almería, según Ruiz Juan y García Montes (2005), los sujetos practican actividad física porque les gusta y divierte, estar en forma, mantener y mejorar la salud y en menor medida, por evasión y relajarse. Es decir, lo hacen por disfrute y a la vez por sentirse liberados de la cotidianeidad de la vida, sobre todo, esperando recibir los beneficios en su salud. En Sevilla, Porras (2006) señala que la población práctica actividad física por ocio, salud y estética, mostrando preferencias similares a los almerienses.

Se aprecia que los motivos pueden variar de un país a otro, ocurriendo de igual manera en una misma nación, independientemente de las características socioculturales. Al observar las preferencias de los países latinos, caso particular de los cubanos, Ruiz Juan et al. (2005b), indican que los habaneros práctica actividad física por gusto al ejerció, diversión, salud y estética. Es decir, supone un compromiso por motivos intrínsecos, como el disfrute y el placer que perciben por la práctica.

En tanto entre los colombianos, Martínez (2003), cita que en Medellín se realiza práctica por estética corporal, búsqueda de la forma física, relajación, cuidar la salud, placer y ser activos. Mostrando que los motivos que impulsa a la práctica son aquellos

enfocados al embellecimiento corporal, pasando a segundo término los que proporcionan salud y disfrute.

Situándonos en los adultos mayores (más de 60 años), podemos observar que la práctica de actividad física es realizada por diversas razones. López y Rebollo (2002) señalan que, en Huetor Vega, los sujetos pertenecientes a la asociación de pensionistas "La Nava", practicaban por salud, diversión, relacionarse y porque gustan del deporte.

Se observa que la salud es citada con mucha frecuencia. Vallejo et al. (2002) refieren que los motivos por los que se inscribieron los adultos al programa de deporte terapéutico en el Ayuntamiento de Granada, fueron en primer lugar, por mejorar la salud, recomendación médica y relacionarse con otras personas.

Tiempo después Romero (2007), investigó la población mayor en dos escenarios diferentes. Uno de ellos dónde se realiza actividad físico-deportiva de manera no organizada, pero con gran afluencia de personas y el otro en un macrogimnasio. Indica que en ambos realizan actividad físico-deportiva, principalmente, por mantenerse en forma y perder peso, por diversión y pasar el tiempo. Es decir, se señalan los mismos motivos, indistintamente del lugar y el espacio para practicar la actividad física.

Suele ocurrir que cuando los sujetos se encuentran en la etapa adulta, la práctica puede ser realizada como hemos visto por recomendación médica, citada con frecuencia entre los malagueños (Campos y Castro, 2007). Para esta población la práctica permite sentirse mejor, resulta el conducto para cuidarse de la aparición y reducción de algunas lesiones o enfermedades, permite encontrarse con amigos y en menores casos, por exigencia de los hijos. Evidenciando una mayor adherencia a la práctica por motivos intrínsecos y el cuidado de la salud.

Molero y Guillen (2007), resaltan que los cordobeses adscritos al centro Fernán Núñez practican, por sentirse mejor, porque reducen algunas dolencias y enfermedades, siendo pocos quienes realizan por recomendación médica.

Aún cuando existen diferencias culturales, económicas y políticas, la práctica para la salud suele ser la principal causa para participar en actividades físico-deportivas. Según se observa en Irlanda del Norte (Campbell et al., 2001) y Estados Unidos (CDC, 2003), resulta la razón más importante para ejercitarse, seguido por que es divertida y porque promueve sensaciones de placer

A modo de síntesis observamos que los motivos de práctica varían con el paso del tiempo. Los estudiantes, practican por motivos intrínsecos como la diversión y el placer. Sin embargo, estos motivos cambian en poblaciones adultas, donde existe mayor preocupación por la salud, pasando a segundo término la práctica por deporte y mayor interés por el ejercicio físico.

Es importante analizar los motivos que los sujetos señalan para practicar actividad físico-deportiva, puesto que podrían servir para estructurar programas de intervención en un amplio espectro social, a fin que los sujetos puedan adherirse a dichos programas y obtener múltiples beneficios que la actividad física regular aporta, principalmente, el bienestar físico y mental. Recordando que la permanencia y perseverancia, serán promotores de un estilo de vida saludable.

6.2.1. Según el sexo.

En la revisión bibliográfica observamos que los motivos de práctica varían en función del sexo. Por ejemplo, Ispizua (1996), cita que los hombres de Margen Izquierda del Nervión (País Vasco), realizan práctica principalmente por diversión, en tanto las mujeres que resultan ser más heterogéneas, señalan que la búsqueda por mantener la línea resulta la causa principal, además de ser regulados por otras personas, como la prescripción facultativa para obtener salud.

Según Ruiz Juan et al. (2005a) los hombres universitarios marcan, en mayor proporción porque gusta o divierte la práctica, la cuál permite estar en forma. Las mujeres consideran que la práctica es el conducto para cuidar la salud, mantener la forma física y es divertida. Mostrando, desde la perspectiva de la auto-determinación, una inclinación de los chicos por motivos intrínsecos y las chicas, extrínsecos.

Canales y Perich (2003), refieren que los hombres aragoneses practican actividad física, principalmente, por encontrarse con amigos y las mujeres por salud y estética. Es decir, los hombres en etapas de la juventud, dirigen su practica hacia las relaciones sociales (Pavón y et al., 2003). En tanto que las mujeres para mejorar su apariencia (Weinberg y Could 2000).

Observamos que entre los Almerienses, como exponen Ruiz Juan y García Montes (2005), los hombres practican porque gusta y divierte la práctica, es el conducto adecuado para relajarse y para mejorar o mantener la salud. Este último suele figurar como la principal causa entre las mujeres, seguido porque la práctica permite relajarse, divierte y resulta placentero.

Diferentes motivos muestran los sevillanos, pues según Porras (2006), refiere que practican actividad física en mayor medida por ocio o salud, restando importancia a relaciones sociales. En tanto, las sevillanas lo hacen prioritariamente por salud, por ocio y estética.

En algunos países de América Latina como en Cuba, con diferente condición social y política, las diferencias de sexos son bastante evidentes. Ruiz Juan et al. (2005b), citan que los habaneros suelen participar en actividades físicas y en deportivas por diversión, estar con los amigos y por mantener y mejorar la salud. En cambio las habaneras eligen por evasión, relajarse, estética y mejorar su autoestima y, en menor participación, por mantener y mejorar la salud (Ruiz Juan et al., 2007).

En Medellín (Colombia), Martínez (2003) indica que son las mujeres quienes practican en mayor proporción por razones de estética corporal (59,5%), frente a los hombres (29,4%) o por la forma física, (hombres 28,9%, mujeres 21,6%), por relajación, (mujeres 24,5%, hombres 21,1%), por salud, (hombres 25,3%, mujeres 17,6%), por placer (las mujeres (20,3%) y los hombres 16,5%) y, por último, por activación (mujeres 12,7% y hombres 11,4%). Es decir, en las mujeres la estética corporal es el motivo claramente preferido, dejando en segundo lugar la salud y la forma física. Por el contrario, los hombres practican principalmente por salud, parecen tener mayor conocimiento que a través del ejercicio físico pueden prevenir enfermedades degenerativas y mantener su organismo en mejores condiciones funcionales.

En cambio, en la población mayor, los motivos de práctica, tienen a ser, especialmente, por mantener la salud. Como lo muestran Cabañas et al. (2004), en un estudio en mujeres mayores 45 años de la ciudad Castilla y León, señalan que las mujeres practican esencialmente por su salud. Es decir, la mayor preocupación de las mujeres es mantenerse saludables.

Sin embargo, cuando la actividad se practica dentro o fuera de instalaciones deportivas, los motivos no cambian. Romero (2007) señala que los mayores sevillanos fueron agrupados en dos escenario, uno de ellos dónde se realiza actividad físico-deportiva de manera no organizada, pero con gran afluencia de personas y el otro en un macrogimnasio. Pues bien, tanto los hombres como las mujeres señalan, esencialmente, por mantenerse en forma y por diversión y pasar el tiempo. Es decir, ambos sexos confiesan las mismas razones pero, con diferentes valores porcentuales.

En países desarrollados como los Estados Unidos, los motivos de práctica son bastante similares como podemos observar en los estudios de Barnes y Schoenborn (2003), quienes encuentran que entre los adultos mayores, ambos sexos, practican actividad físico-deportiva por salud y estética corporal, principalmente las mujeres. Es decir, éstas dan mayor importancia a la salud, pero también desean ser aceptadas socialmente.

Sucede lo contrario en Argentina. Impollino (2001) señala que en el Gran Buenos Aires, los sujetos confiesan que la salud es el motivo principal, (las mujeres el 10,4% y los hombres el 4,6%). Se puede apreciar que las mujeres están más dispuestas a realizar actividad físico-deportiva por salud.

Entre los costarricenses tanto hombres como mujeres, señalan una latente preocupación por la salud, pues según Mora et al. (2004), ambos sexos confesaron estar practicando, por motivos de salud, refiriendo que los beneficios fueron sentirse reanimados, aliviados más alegres y con energía.

Podemos apreciar que existe una tendencia hacia un cambio de mentalidad en los estereotipos deportivos asociados al género. Sin embargo, la segregación de género aún sigue vigente en la sociedad, pero comienzan a observarse actitudes de mayor tolerancia en la práctica de la actividad físico-deportiva indistintamente del género. Se constata que el sexo, es un factor que influye en el acceso a la práctica deportiva. La construcción social del sexo afecta directamente a la forma de entender al deporte.

Se observa que las mujeres suelen tener metas de control de peso, refieren practicar actividad físico-deportiva por motivos extrínsecos como mejorar la apariencia y presentar ante la sociedad una imagen aceptable.

En tanto que los hombres, en etapas de la juventud, buscan de preferencia la competencia y el estatus social, sin embargo esta conducto de modifica con el transcurso de los años. Es decir, al llegar a la etapa de adulto mayor, cambian de motivaciones extrínsecas a intrínsecas, mostrando preocupación por la salud, la diversión y sentirse alegres. Confirmando los comentarios de Weinberg y Could (2000), al señalar que los motivos de participación en la etapa de adultos mayor suelen relacionarse, principalmente con la salud y donde salir de casa es considerada una prioridad (Campbell et al.,

2001). El motivo de salud, en la etapa de adulto mayor, es señalado por ambos sexos en los distintos países, sin importar situación geográfica, política, cultura o situación económica.

6.2.2. Según la edad.

Los motivos en etapas de la juventud están más dirigidos a la orientación de las metas, como se puede observar en un estudio que realizó Ispizua (1996), que señala que los sujetos de 20 y 24 años de edad, practican por diversión, por hacer ejercicio físico, por encontrarse bien consigo mismo, tanto física como psicológicamente.

Según Ruiz Juan y García Montes (2005), en los sujetos entre 15 y 29 años, practican actividad porque les gusta, aunque también lo hacen por evadirse y relajarse y por último, refieren que por mantener la salud.

Continuando con Ruiz Juan et al. (2005a), exponen que el grupo de universitarios entre 18 y 20 años, realiza porque gustan del ejercicio físico el cual permite estar en forma y porque es un conducto para divertirse. Es decir, a pesar de los compromisos con el estudio tienen tiempo para disfrutar la práctica de las actividades y a su vez mostrar buena apariencia socialmente.

Porras (2006) indica que los sujetos de Sevilla que se encuentran entre los 15 y 24 años de edad practican con mayor proporción por ocio y por salud y por último, por estética. Estos sujetos colocan como segunda importancia la salud.

También Campbell et al. (2001) manifiestan que la práctica de actividad física se hace por diferentes motivos. Los grupos más jóvenes del norte de Irlanda, tienen principalmente motivos intrínsecos de práctica como la diversión, pero este comportamiento tienen la tendencia de modificarse con el paso de los años.

Según Ruiz Juan y García Montes (2005) indican que los almerienses, que se localizan entre los 30 y 44 años, lo hacen, principalmente, por evadirse y relajarse, pero también lo hacen por mantener o mejorar la salud y, por último, porque les gusta y se divierten.

En otra investigación Ruiz Juan et al. (2005b), los cubanos de 16 a 29 años practican actividad físico-deportiva, prioritariamente, por gusto y diversión o estética y mejorar la autoestima y con menor participación, porque los amigos lo realizan.

En otra franja de edad, fue también analizada la población habanera que se encuentran en el rango de 30 a 44 años, señalan en mayor proporción por estética, o porque les gusta y divierte y, por último, por estar con los amigos. Sin embargo, en los sevillanos según Porras (2006) los sujetos que se localizan en el grupo de 25 a 59 años lo hacen primeramente por salud, por ocio y, por último, por estética. Es decir en esta población la salud es su mayor preocupación.

Sin embargo, este comportamiento en los adultos mayores se produce un cambio significativo, operan potencialmente los motivos extrínsecos. Weinberg y Could (2000) manifiestan que buscan la recompensa como la salud y convivencia con los amigos, otros por prescripción médica y por mantenerse en forma, es decir, por influencia externa, como lo señala la teoría de la autodeterminación de Deci y Ryan (1985).

Ruiz Juan y García Montes (2005) señalan que los almerienses, que se encuentran después de los 45 años practican por mantener o mejorar la salud, por evasión y relajarse y, por último, porque le gusta la actividad y le divierte. Es decir, a paso de los años, los motivos pueden cambiar, coincidiendo con las afirmaciones de Gonzálvez (1992) y De Andrés y Aznar (1996).

En cambio los habaneros mayores 45 años, señalan de manera importante por mantener o mejorar la salud o por evasión y relajarse y finalmente, porque lo hacen los amigos. Se puede apreciar que en la medida que la edad se incrementa los sujetos valoran su salud (Ruiz Juan et al., 2005b).

Como podemos apreciar en los estudios de Porras (2006), los sujetos entre 60 a 74 años la práctica resulta el conducto adecuado para cuidar su salud, pasar el tiempo y relacionarse. Observamos que la salud es una latente preocupación en todos los grupos de edad, el cual mantiene a pesar del transcurso del tiempo.

Campbell et al. (2001) encontraron que los adultos mayores del norte de Irlanda practican principalmente por mejorar o mantener la salud, confirmándose que, con el paso de los años, los motivos de salud tienen mayor relevancia. Como hemos visto, los motivos de práctica físico-deportiva son multifactoriales. Con el paso de una etapa a otra cambian por diversas circunstancias (Gonzálvez, 1992; De Andrés y Aznar, 1996), aunque esta situación no sucede en todas las poblaciones. Por tanto, los motivos varían con la edad, de tal manera que los sujetos activos más jóvenes, pueden ser diferentes a los que señalan los más viejos.

En las etapas de juventud (Longhurst y Spink, 1987), los sujetos dan mayor importancia a la orientación del logro, estatus, competición y liberación de energía, con una marcada tendencia hacia las metas orientadas al ego. En estas etapas se muestra una mayor inclinación por los motivos intrínsecos como la diversión respecto a los extrínsecos (como la estética). Ocurriendo de igual manera entre los más viejos quienes se inclinan por motivos intrínsecos (como la salud) seguido de los extrínsecos (impuestos por otras personas como los médicos o familiares). En estas edades, la salud es una prioridad en todos los países, sin importar situación geográfica, diferencias culturales, económicas y sociales, tanto en países desarrollados como vías de desarrollo.

6.2.3. Según el nivel de estudios.

Otro correlato que se correlaciona con la práctica de actividad físico-deportiva es el nivel de estudios. Así lo demuestran Ruiz Juan y García Montes (2005), en un estudio realizado en los almerienses, quienes fueron clasificados en mayor y menor nivel de estudios. Según este estudio podemos apreciar que ambos grupos poseen los mismos motivos de práctica. Los de mayor nivel, lo hacen por mantener o mejorar la salud, por evasión y relajarse y al final, porque les gusta y divierte. Los que poseen menor nivel, muestran también en primer lugar, por mantener o mejorar la salud y en segundo lugar porque les gusta y se divierten y, por último, por evasión y relajarse. Es decir, el nivel de estudios no influye en los motivos de práctica en esta población.

Diferentes resultados encuentran Porras (2006), quienes indican que, los sevillanos que poseen mayor nivel, practican máximamente por salud o por ocio y, al final,

por estética. En cambio los que poseen menor nivel de estudios lo hacen por ocio, por salud y por último, por relaciones sociales. Es decir, señalan principalmente motivos intrínsecos y, al último, motivos intrínseco.

En países latinoamericanos como Cuba, se aprecia que los sujetos señalan diferentes motivos de práctica (Ruiz Juan et al., 2005b). Los que poseen mayor nivel de estudios practican esencialmente, por relajarse o por mantener y mejorar la salud y, por último, por estética. En cambio los que poseen menor nivel de estudios lo hacen por aspecto social, porque lo realizan los amigos o por mantener y mejorar la salud y, en menor proporción, por estética. Se observa que en esta población los motivos son similares pero, en diferente orden de prioridad.

Se puede observar que los sujetos activos que poseen mayor y menor nivel de estudios practican actividad físico-deportiva, principalmente, por motivos extrínsecos. Sin embargo, es destacable comentar que quienes poseen mayor nivel su conducta está más enfocada hacia la salud, en tanto que los de menor nivel, su comportamiento es más heterogéneo. Probablemente, porque los sujetos con mayor nivel de estudios, poseen mayor conocimiento sobre la práctica, sus beneficios y consecuencias, en tanto que los que poseen menor nivel de estudios tienen menor valoración de la salud.

6.2.4. Según la situación laboral.

Con respecto a esta variable, se aprecia que los motivos por los que practican actividad físico-deportiva, están orientados hacia los motivos extrínsecos. En la población de Almería, Ruiz Juan y García Montes (2005) encontraron que las amas de casa practican actividad física por mantener o mejorar la salud, por evasión, relajarse de las actividades diarias y el gusto de divertirse practicando su actividad favorita. Mismos motivos fueron señalados por los sujetos que trabajan, pero en orden diferente, por evasión y relajarse, porque les gusta y se divierten y, por último, por mantener o mejorar la salud. Sin embargo, los jubilados, tienen como prioridad la salud, la evasión y relajación y, por último, porque les gusta y se divierten practicando actividad física. Se aprecia que en las amas de casa y los jubilados la salud, es la mayor preocupación (Ruiz Juan et al., 2006).

En estudios de Porras (2006), se observa que en Sevilla los sujetos que trabajan y jubilados practican actividad física especialmente por salud y ocio y, en menor medida, por estética, en tanto las amas de casa ponen como prioritaria la salud, la estética y, al final, el ocio.

El motivo de salud tiende a estar presente también entre los habaneros como exponen Ruiz Juan et al. (2005b), quienes indican que las amas de casa practican actividad física por mantener o mejorar la salud, evasión, relajarse, estética y mejorar la autoestima. Similar comportamiento poseen los que trabajan (por evasión y relajarse, o por mantener la salud y, en menor medida, por estética y mejorar la autoestima). En tanto que los jubilados, lo hacen porque los amigos lo realizan, así como por mantener la salud o mejorarla y, en menor proporción, porque les gusta y se divierten. Es decir, los jubilados buscan más los motivos intrínsecos y extrínsecos como son los amigos y el

aspecto social, en cambio las amas de casa y en los que trabajan, el comportamiento está mayormente enfocado hacia motivos intrínsecos como la salud.

Se puede apreciar que los motivos de práctica en etapas de la juventud, los hombres señalan esencialmente, motivos intrínsecos como la diversión y relajación, en tanto que las mujeres lo hacen principalmente, por motivos extrínsecos como la estética. Sin embargo, en etapas de adulto mayor, ambos sexos practican la actividad física, por motivos intrínsecos como la salud.

La tendencia es que ambos niveles de estudios, practican actividad física por motivos intrínsecos como la salud, aunque en países latinoamericanos como Cuba, existe la tendencia que los que poseen menor nivel de estudios, lo hacen tanto por motivos intrínsecos como por motivos extrínsecos, como la estética. Las amas de casa, los que trabajan y los jubilados, lo hacen por motivos intrínsecos como mantener la salud, divertirse y relajarse.

6.3. Motivos de abandono de la práctica de actividad físico-deportiva.

El abandono se produce, esencialmente, cuando el sujeto no se compromete con la actividad y no considera la frecuencia, intensidad y duración necesaria. Es probable que pierda la sensación de disfrute y abandone dicha práctica (Whitehead, 1993).

Dosil (2004) por su parte indica que, los motivos que inducen a los sujetos al abandonar la actividad físico-deportiva guardan una relación directa con los motivos de práctica. Los sujetos señalan, con frecuencia, la falta de tiempo como el principal motivo que induce al abandono de la práctica físico-deportiva. Para Sallis (1999) esta percepción no corresponde a la realidad, porque esta circunstancia puede estar ocultando otros motivos causantes de dicho abandono.

Independientemente que una sociedad desarrollada o en vías de desarrollo, la posibilidad de abandonar la práctica ocurre debido a que, en las sociedades siempre habrá sujetos con actitudes pasivas y conformistas (Vallerand, 2004).

En los estudiantes universitarios de Almería, según Ruiz Juan et al. (2005a), destaca la carencia de tiempo como el motivo de abandono proporcionalmente más señalado o la incompatibilidad con el horario y, en menor proporción, la pereza o desgana. Es decir, la situación de los universitarios es bastante delicada, porque deben combinar los estudios y la práctica de actividad física, lo que muchas veces no coincide con los horarios, y se ven precisados al abandono de dicha práctica. Similares motivos son aludidos por los sevillanos (Porras, 2006), quienes citan que la incompatibilidad con los horarios de estudios o de trabajo limitan la posibilidad de continuar participando, otros citan que los problemas de salud coacciona la práctica y otros pocos ponen como pretexto la edad.

Como podemos observar, el abandono, al igual que la práctica, es provocado por una diversidad de motivos como se puede apreciar en los estudios de algunos investigadores que son analizados en este apartado. Sin embargo, los motivos extrínsecos de abandono tienen una influencia poderosa sobre los motivos intrínsecos. Cantón (2000) encuentra que, los sujetos en la población valenciana, afirman que la falta de tiempo, la salud y el trabajo son los motivos señalados más frecuentes por esto sujetos.

Coincidiendo con esta distribución, Arribas y Arruza (2004), señalan de igual manera la falta de tiempo, la edad y la salud. Por su parte, Otero (2004), en estudio realizado en la Comunidad Autónoma de Andalucía, corrobora lo expresado anteriormente, cuando decía que los sujetos señalan como primer motivo la falta de tiempo y en segundo lugar, el cansancio y lesiones.

En algunas poblaciones, los motivos no cambian después de un periodo de tiempo. García Ferrando (2005), en su reporte nacional de la población española, refiere que los motivos de abandono de los sujetos en el año 2000 fueron los mismos cinco años después, estos motivos fueron: por salir muy cansado o muy tarde del trabajo, por pereza o desgana, por salud y por último, por la edad. Es decir, en esta población los motivos no se modificaron con el paso del tiempo.

Similares motivos son señalados por la población de Almería (Ruiz Juan y García Montes, 2005), la cual señala la falta de tiempo, tener pereza y desgana para ejercitarse y por problemas de salud. Situación bastante similar se puede observar en estudios de Porras (2006), quien refiere que los sevillanos activos de seis distritos (Casco Antiguo, Macarena, Nervión-San Pablo, Este, Sur y Triana-Los Remedios) abandonan la actividad física por incompatibilidad con los estudios y el trabajo y por salud. Es decir, probablemente las obligaciones laborales limitan la continuidad de la práctica obligando al abandono.

Refiriéndonos específicamente al adulto mayor, se observa que la falta de tiempo sigue siendo de forma insistente causa de abandonado de la práctica, tal y como ocurre entre los ciudadano sevillanos, pues según comenta Romero (2007), la falta de tiempo, la pereza y por que no les gusta las actividades físicas.

En otras zonas geográficas, como los países latinoamericanos, con diferente política económica y social, los motivos de abandono de la actividad física, son diferentes. Por ejemplo, en Argentina y Perú, según estudios realizados por Erdociaín et al. (2000) y Seclen y Jacoby (2003), el abandono se produce, inicialmente, por la ausencia o escasa existencia de instalaciones o no están en condiciones de uso. Es decir, en estas poblaciones la falta de infraestructura, carencia de espacios adecuados, instalaciones en condiciones, seguridad y acceso, limita que los sujetos practiquen actividad física durante su tiempo libre.

En tanto entre los cubanos, como comentan Ruiz Juan et al. (2005b), los habaneros mayores de 16 años citan que la carencia de tiempo, problemas de salud y la falta de instalaciones resultan motivos potentes para abandonar la práctica. Mostrando que el abandono se produce por influencias externas.

6.3.1. Según el sexo.

Como hemos citado la variable sexo es una variable que se asocia con el aumento o disminución de la práctica, ocurriendo de igual manera cuando se deja de participar en actividades físicas y deportivas. Entre hombre y mujeres la pérdida de interés por la práctica puede estar asociada con múltiples factores y circunstancias como los sociales, culturales, compromisos familiares y laborales, lesiones, experiencias pasadas entre otras.

Los motivos de abandono de la actividad física en hombres y mujeres, según Weinberg y Could (1996), son diferentes en algunas poblaciones, como se puede observar en estudios realizados por Ruiz Juan y García Montes (2005), quienes indican que los hombres abandonan primordialmente por salud, falta de tiempo y pereza y desgana. En tanto las mujeres por pereza y desgana, falta de tiempo o problemas de salud. Mostrando que en ambos sexos sse presentan similares motivos.

Entre los jóvenes (Ruiz Juan et al., 2005a), los varones aluden que entre las causas de abandono el gusto o existencia por otras actividades, la incompatibilidad de los estudios y la falta de tiempo limitan la continuidad de la práctica. En cambio las mujeres universitarias, citan que la pereza o desgana no permite practicar, aludiendo también la escasez de tiempo y la incompatibilidad del horario con los estudios.

Para Porras (2006), los sevillanos abandonan la práctica por la incompatibilidad con los estudios o el trabajo, la edad y otros carecen de motivación. En tanto que las sevillanas confiesan, igualmente, como motivo principal la incompatibilidad con los estudios o el trabajo, y la salud y, finalmente, la edad.

Al observar las causas que inducen al abandono en otras partes del mundo, caso particular en países latinos, sorprende que la carencia de tiempo sigue siendo el motivo más aludido por los sujetos, tal y como ocurre entre los habaneros (Ruiz Juan et al., 2005b), quienes a su vez prefiere realizar otras cosas o porque simplemente les causa pereza o desgana continuar con la práctica.

El abandono de la práctica-físico-deportiva tiende a ser similar entre sexos, como falta de tiempo y la incompatibilidad con el horario de trabajo o de estudios. Esta situación pudiera explicarse a partir de la percepción personal del fracaso del logro de las metas, llevan a los sujetos de ambos sexos al abandono de dicha práctica.

6.3.2. Según la edad.

Se dice que con el incremento de la edad la probabilidad de abandono de la práctica aumenta. Para Bagur (2005), esto ocurre a pesar de la etapa de vida en la cual se encuentre el sujeto. Llama la atención que en grupos tan jóvenes (15 a 29) la pereza y desgana resulte la principal causa para dejar de participar en actividades físicas, siendo comprensible como hemos visto y citado que mencionen la carencia de tiempo o problemas de salud (Ruiz Juan y García Montes, 2005). Para estos mismos investigadores (Ruiz Juan et al., 2005a), lo mismo sucede entre quienes tienen 18 y 20 años quienes además de citar la pereza o desgana como la causa principal, muestran otras preferencias para dejar la práctica aunque la falta de tiempo también es citada.

Continuando con los jóvenes, observamos que los sevillanos de 15 a 39 (Porras, 2006), aluden al igual que en datos previos, la falta de tiempo por la incompatibilidad con los horarios de estudios o el trabajo resulte la principal causa de abandono, además de citar que no se sienten motivados para continuar y porque tienen problemas de salud. Motivos similares son citados por los jóvenes habaneros (Ruiz Juan et al., 2005b),

Entre los almerienses de 30 y 44 años (Ruiz Juan y García Montes, 2005), los motivos de abandono son similares a los citados por los jóvenes, pues citan que la falta de salud, tiempo y la pereza o desgana restringen la continuidad de la práctica. Por su

parte Porras (2006) y Ruiz Juan et al. (2005b) muestran que los sevillanos entre 40 y 59 años y los habaneros de 30 a 44 años señalan también la incompatibilidad con los estudios o trabajo, falta de salud, avance en la edad y escasez de instalaciones.

Centrándonos en la población mayor podemos ver que con el paso de los años el comportamiento de los sujetos, tiende a cambiar, según investigadores (Porras, 2006; Ruiz Juan y García Montes 2005) en estos grupos la falta de salud, enfermedades o lesiones resultan la principal causa para dejar de participar en actividades físicas, seguido de la pereza o tener desgana para continuar. Mostrando que a medida que se incrementan los años, la falta de salud, resulta la razón principal de abandono.

Motivos similares son citados por los habaneros (Ruiz Juan et al., 2005b) mayores de 45 años quienes aluden los problemas de salud, falta de tiempo y la pereza o desgana como motivos de abandono.

Podemos concluir que durante la juventud, el abandono, se debe esencialmente a motivos intrínsecos y al interés por otras cosas, en tanto en la etapa de adulto resultan más por motivos tanto intrínsecos como extrínsecos.

6.3.3. Según el nivel de estudios.

Se puede observar que los sujetos que tienen mayor nivel de estudios tienen mayor pereza y desgana para no continuar con la práctica, además de carecer de tiempo y problemas de salud (Ruiz Juan y García Montes, 2005). En cambio, quienes poseen menor nivel de estudios atribuyen a los problemas de salud como la causa principal de abandono, seguido de carecer de tiempo y no tener ganas y tener pereza.

Motivos similares muestran los estudios de Porras (2006), donde los sevillanos con mayor nivel de estudios, señalan como prioritario la incompatibilidad con los estudios o el trabajo o por salud y, en menor medida, la edad. Por su parte quienes tienen menor nivel de estudios, indican que la edad es la principal causa, seguido de carencia de salud para continuar y la incompatibilidad el trabajo y estudio.

Entre los habaneros con mayor nivel de estudios Ruiz Juan et al. (2005b), señalan que la pereza y desgana son citados con frecuencia seguido de la escasez de tiempo y por problemas de salud, mostrando que los aspectos relacionados al interés por la actividad son resultan la principal excusa para dejar de participar. En tanto entre quienes disponen de menor nivel de estudios la aparición de enfermedades derivando problemas de salud resulta la causa primaria.

Mostrando que a mayor nivel de estudio las ocupaciones limitan el interés por la práctica en cambio entre quienes menos nivel los problemas de salud son potenciales indicadores del abandono.

6.3.4. Según la situación laboral.

Las condiciones laborales pueden ejercen cierta influencia en las causas que conduce a los sujetos que luego de haber sido activos durante algún tiempo al abandono de la práctica.

Para Ruiz Juan y García Montes (2005), este comentario resulta negativo entre los almerienses quienes al cabo del estudio observan que los motivos de abandono entre todas las ocupaciones laborales son similares, es decir, no se producen diferencias significativas. Estos autores encuentran que entre las amas de casa, jubilados y quienes desempeñan actividad alguna citan los mimos motivos variando en el orden de mención, pero citan que los problemas de salud, no disponer de tiempo, pereza o desgana y las obligaciones laborales han obligado al abandono de la práctica físico-deportiva.

Motivos similares se presentan entre los sevillanos (Porras, 2006), pues las amas de casa citan que los problemas de salud, el avance de la edad y las ocupaciones y obligaciones familiares limitan la continuidad. Por su parte para los trabajadores la incompatibilidad con las labores, los problemas de salud y la edad son otros motivos de abandono. En tanto, para los jubilados por problemas de salud que afrontan son las principales causas y la incompatibilidad de horarios.

En el caso de los habaneros, como citan Ruiz Juan et al. (2005b), la carencia de salud, el gusto por otras actividad y no contar con instalaciones resultan las principales causas de abandono entre las amas de casa. Ocurriendo de igual manera entre quienes trabajan y los jubilados.

Podríamos decir que los motivos de abandono de práctica físico-deportiva son similares en las poblaciones, surgiendo aspectos tanto internos como externos.

El motivo de abandono más aludido por la población de tercera edad en la mayoría de países desarrollados es la falta de tiempo. Sin embargo, otros países latinoamericanos como Perú y Argentina señalan además, la falta de instalaciones y las que existentes, no están en condiciones de uso.

Entre hombres y mujeres ocurre lo mismo, ambos citan que la falta de tiempo, incompatibilidad con el horario y la falta de salud, como los motivos de abandono de la actividad físico-deportiva de tiempo libre.

Entre la juventud el motivo más citado es la falta de tiempo, seguido por la incompatibilidad con horarios ocasionados por los estudios o trabajo y la salud. Este comportamiento se podría justificar si consideramos que en las etapas de la juventud y adultez, el sujeto se encuentra en etapas de productividad, compromisos sociales y familiares, dando mayor importancia a estudios y trabajo, orillando quizá al abandono de la práctica de tiempo libre.

Respecto a los adultos mayores, la falta de tiempo, también resulta la causa principal, ocurriendo de igual manera con el avance de edad, problema de salud y desgana, este presente asociaciones con las condiciones morfofuncionales del sujeto, los problemas de salud en esta etapa se incrementan, reduciendo a posible continuidad de la práctica. Se aprecia que en algunas poblaciones, tanto los que poseen mayor nivel como menor nivel, la razón más frecuente de abandono son debido a motivos intrínsecos, como la pereza y desgana, la salud y la edad.

Sucede lo mismo con las amas de casa, los que trabajan y los jubilados, abandonan la práctica físico-deportiva, principalmente, por motivos intrínsecos como la salud,

pereza y desgana y por la edad, además de los motivos extrínsecos como la falta de tiempo y los problemas familiares.

Parece que el comportamiento de abandono de la práctica físico-deportiva de tiempo libre, tiene relación con la perdida de la motivación por diferentes circunstancias y factores, como los económicos, ambientales y culturales y probablemente, la falta de una promoción de actividad físico-deportiva considerando las posibilidades de los sujetos.

6.4. Motivos por los que nunca realiza actividad físico-deportiva.

Debemos suponer que no es posible encontrar sujetos que nunca hayan realizado actividad físico-deportiva principalmente en etapas de la infancia, sin embargo, con el incremento de la edad este comportamiento es más acusado (Balaguer et al., 1999; Gálvez, 2004).

En la revisión de la literatura este comportamiento, encontramos que los motivos por los que nunca practican actividad física de tiempo libre son variados. Como se puede apreciar en los resultados de Ruiz Juan (2001) en alumnos de ESPO y del segundo ciclo de la Universidad de Almería la carencia de tiempo y porque en los estudios o el trabajo exigen demasiado, han sido las principales razones.

Similares resultados se observan en la población universitaria de Almería, según Hernández et al. (2001) y Hernández et al. (2002) encontraron que el motivo principal fue la falta de tiempo, seguido de pereza y desgana y salir muy cansado del trabajo o de los estudios.

Las aportaciones de Sánchez et al. (2003), muestran que los estudiantes granadinos nunca practican actividad físico-deportiva primordialmente, por escasez de tiempo y porque exigen esfuerzo.

En los adolescentes murcianos de 14 a 17 años, Gálvez (2004) muestra que las responsabilidades de los estudios han limitado la posible práctica de tiempo libre, señalando principalmente, la falta de tiempo, porque no tienen instalaciones cerca y finalmente, porque no se les da bien.

Esto coincide con los resultados de Ruiz Juan et al. (2005a) quienes muestran que los universitarios de Almería nunca han practicado actividad física por la carencia de tiempo, pereza o desgana y por problemas de salud. Es decir, la escasez del tiempo sigue estando presente en la mayoría de las poblaciones como la razón para no haber participado. El cuál como según podemos observar viene sucediendo desde hace algunos años (Ispizua, 1993; Rebollo y García Montes, 1996 y Riera, 1996), junto a otros como la falta o complejidad de la organización y el costo de la actividad deportiva.

En una encuesta realizada en la población española (García Ferrando, 2003) y en particular en la andaluza (Otero, 2004), se muestra que nunca han practicado actividad física por falta de tiempo, porque no le gusta y por pereza y desgana.

Según estudios de García Ferrando (2005), quien en la encuesta nacional española en mayores de 15 años, analiza este comportamiento en dos momentos temporales, observa que los motivos por los que nunca practicaron actividad física en el año

2000, fueron señalados los mismos motivos, cinco años después (2005), en orden prioritario fueron: por que no tienen tiempo, por que no le gusta, por la edad y por que sale muy cansado del trabajo o el estudio. Es decir, en cinco años, este comportamiento no se modificó.

Estudios transversales como el llevado a cabo por Ruiz Juan y García Montes (2005), ponen de manifiesto que los almerienses no practican actividades físicas porque la falta de tiempo ha sido la principal causa, mostrado ser una población con alto índices de pereza y desgana.

Al observar los motivos de no práctica en el adulto mayor, Cuevas (1994) encuentra que en la Comunidad Autónoma Andaluza los sujetos nunca ha participado en actividades física y deportivas por la falta de tiempo, además del avance en la edad, no gustan de la actividad, problemas de salud y la aparición de lesiones.

López y Rebollo (2002) indican que los sujetos nunca practican actividad física por falta de tiempo, porque no les gusta el deporte, la edad y pereza o desgana. Mostrando quizá que esta población desconozca la importancia de actividad físico-deportiva, prefiriendo permanecer pasivos y conformistas, formando parte del grupo de los sedentarios (Vallerand, 2004). En tanto Jiménez, Martínez et al. (2002) muestran que en la población de tercera edad de Alcalá, porque son mayores, por algún impedimento físico, no se consideran hábiles y carecen de tiempo.

Similar comportamiento se observan entre los granadinos quienes indican que la escasez de tiempo ha limitado la práctica y además porque está requiere demasiado esfuerzo (Sánchez et al., 2003). Recientes estudios, como los llevados a cabo por Valero et al. (2007), encuentran la población mayor de 59 años de la provincia de Almería alude de la falta de tiempo, como la principal causa, seguido de carecer de una buena salud o por pereza o desgana. Ocurriendo de igual forman entre los sevillanos (Romero (2007).

Motivos diferentes descubren Molero y Guillen (2007), indican que los adultos de Córdova pertenecientes al Centro del Ayuntamiento de Fernán Núñez, confiesan que nunca practican actividad física porque después les duele el cuerpo, porque se cansan demasiado y porque no obtienen ningún beneficio para sus enfermedades. Es decir, aún cuando pertenecen a un centro con actividades físicas debidamente programadas, muestran resistencia a ésta.

En otros países europeos la falta de tiempo también tiene fuerte presencia. Vuori y Fentem (1996) reporta que en Finlandia, esta población nunca practica por falta de tiempo, fatiga, desinterés y por último, por falta de sitios adecuados.

Hirvensalo et al. (1998) realizaron un estudio longitudinal (1988 a 1996) en Finlandia, reunidos en dos grupos (65 a 74 y 75 a 84 años). Encontraron que los sujetos de 65 años, nunca practicaron por carecer de salud y cuando tenían 74 años, ocurría lo mismo, además de falta de interés. Los sujetos que tenían 75 años indicaron también como primer motivo la salud pobre y cuando tenían 84 años indicaron el mismo motivo, por falta de interés pero en mayor porcentaje. Es decir, en esta población los motivos no cambiaron, mostrando que aunque pase el tiempo los motivos siguieron siendo los mismos.

En Inglaterra (Loughborough, 2002) muestran que además de la falta de tiempo ya comentada, nunca practican actividad física por falta de energía y motivación, por enfermedades a largo plazo o discapacidad, por los costos, por sentirse incomodo y, por último, por falta de destreza o miedo a lesionarse.

Esta situación se repite en otras poblaciones desarrolladas como se pueden observar en Norteamérica (Brownson et al., 2001; García y Spence, 2002; CDC, 2003; Parks, et al.2003) especifican que las cuatro barreras personales son la carencia de tiempo, por sentirse cansados, estar trabajando y falta de motivación al ejercicio.

En poblaciones latinoamericanas como Cuba, Ruiz Juan et al. (2005b), refieren que los habaneros nunca han realizado actividad físico-deportiva, porque carecen de gusto por la actividad física, problemas de salud y escasez de tiempo. Es decir, en estas edades suelen presentarse más motivos intrínsecos que extrínsecos.

6.4.1. Según el sexo.

Corresponde en este apartado hacer una revisión bibliografía sobre los motivos por los cuales hombres y mujeres de las distintas poblaciones nunca han practicado actividad físico-deportiva. Como podemos observar en estudios realizados por Ispizua (1993), las mujeres citan más que los hombres, nunca practicar actividad por falta de tiempo, el avance de la edad, carencia de salud y falta de práctica en etapas previas.

Similares resultados encuentra García Montes et al. (2001), en las mujeres granadinas quienes indican la falta de tiempo como la principal causa, haber dejado el centro escolar, por impedimentos por parte de algunos miembros de la familia y las responsabilidades en la familia y el hogar.

Diferentes motivos encontraron Ruiz Juan et al. (2005a), en el alumnado universitario almeriense quienes relataron no práctica nunca porque no gustan de la actividad física, carecen de tiempo o porque sus amigos no realizaban ninguna actividad. En tanto, las alumnas universitarias porque no tienen instalaciones cercas, salen cansadas de los estudios o trabajos o simplemente por pereza o desgana. Sin embargo en esta misma investigación pero en la población general los mismos investigadores (Ruiz Juan y García Montes, 2005), encontraron que los hombres nunca practican porque no le gusta el tipo de actividad, pereza o desgana y carencia de tiempo. Por su parte, las mujeres suelen poner más la excusa la falta de salud, carencia tiempo, pereza y desgana.

Centramos en la población de adultos mayores, éstos señalan diferentes motivos, en Almería según estudios de Valero et al. (2007), los hombres señalan porque no les gusta la actividad físico-deportiva, pereza, falta de tiempo y por falta de salud. En cambio las mujeres, carecen de salud, no tener tiempo, pereza o porque no les gusta la actividad. Llama poderosamente la atención que la salud en las mujeres es el motivo más importante, siendo esta la tercera en los hombres. Es decir, el motivo por salud es la limitante más poderosa en las mujeres frente a los hombres.

Al observar las causas en países de América Latina, en concreto entre los habaneros los motivos son similares a los citados por los sujetos de países europeos. Es decir, la falta de salud, la falta de tiempo y no mostrar interés por la práctica son las cau-

sas mas citadas por los hombres (Ruiz Juan et al., 2005b), ocurriendo de igual manera con las mujeres.

En cambio, para las mujeres costarricenses (Garita, 2006), refieren principalmente la pérdida de la feminidad y por discriminación, en tanto los hombres señalan tener problemas de salud. Al observar lo que sucede entre los argentinos, Erdociaín et al. (2000) refieren que los hombres citan la falta de tiempo, salud e interés. En tanto las mujeres disponen de poco tiempo, no cuentan con recursos financieros y problemas de salud.

Estos datos nos permiten observar que, en ambos sexos, la falta de tiempo y buena salud resulta la principal causa para no haber realizado nunca práctica físico-deportiva.

6.4.2. Según la edad.

La edad es una variable que se asocia con el comportamiento de los sujetos en la no práctica físico-deportiva de tiempo libre. Como podemos observar el estudio de Cabañas et al. (2004), la población española de León mayor de 25 años, los más jóvenes (menores de 45 años) nunca practican actividad física, porque se lesionan y se cansan.

Motivos diferentes fueron reportados años anteriores por Hernández, et al. (2002) quienes refieren que los miembros de la comunidad universitaria de Almería entre 21 y 30 años, nunca practicaron actividad física por falta de tiempo, pereza o desgana y porque salen muy cansados del trabajo.

Ruiz Juan y García Montes (2005), al analizar la población almeriense con relación a la edad, encontraron que los sujetos de 15 a 29 años señalan, en mayor porcentaje, porque no les gusta o porque no tienen ganas de practicar alguna actividad y carecer de tiempo para la práctica.

En otro estudio realizado en la población universitaria (Ruiz Juan et al., 2005a), encontraron que el grupo de universitarios con mayor porcentaje de no practica de actividad física, se localiza entre los 18 y 20 años, señalando la falta de tiempo, salir cansados del trabajo o estudio, siendo poco probables en estos grupos tener pereza y desgana como sucede en otros grupos de edad.

Ahora bien, dichos motivos resultan ser similares entre los habaneros de 16 a 29 años, quienes como apuntan Ruiz Juan et al. (2005b), la pereza o desgana es la principal causa, seguido de un bajo interés y porque no disponen del tiempo adecuado para la práctica, ocurriendo de igual manera entre quienes tienen 30 a 44 años.

Vale la pena resaltar que para Cabañas et al. (2004), en los leones mayores de 40 años los problemas de salud es la causa principal que ha limitado su participación.

En cambio, Ruiz Juan y García Montes (2005), encontraron que, en los sujetos de entre los 30 y 59 años, la causa principal ha sido la falta de tiempo, no tienen ganas de practicar alguna actividad física o porque no gustan de realizar actividad física.

Al realizar un análisis en la población adulta, Hernández et al. (2002), se muestran preocupados porque la falta de tiempo resulta la principal causa de no práctica

nunca de los almerienses, además porque tienen pereza o desgana y han salido cansados del trabajo. Años más tarde, Ruiz Juan y García Montes (2005), muestran que los sujetos mayores de 60 años dicen no practicar, principalmente, por carecer de salud, no gustan de la práctica o por bajo interés derivado de la pereza o desgana. Ocurriendo de igual manera entre los habaneros mayores de 45 años (Ruiz Juan et al., 2005b).

Por tanto, observamos que en los adultos mayores, las enfermedades resulta la principal causa que ha limitando la posibilidad de practicar actividades físicas, con el cual suponemos habrán surgido algunos padecimientos que están afectando a estas poblaciones, producto del sedentarismo e inactividad física.

6.4.3. Según el nivel de estudios.

El nivel de estudios es otro correlato que está fuertemente relacionado con la ausencia de la práctica físico-deportiva en los sujetos. En estudios realizados en los granadinos, Rebollo y García Montes (1996), encontró que los sujetos con menor nivel de estudios, no practican ninguna actividad físico-deportiva, principalmente, por no tener tiempo y por la edad.

Similar comportamiento refieren los almerienses, donde Ruiz Juan y García Montes (2005), exponen que quienes tienen mayor nivel de estudios la falta de tiempo ha sido la principal causa de no práctica derivado a las múltiples ocupaciones, a esto agregar que algunos muestran bajo interés porque manifiestan no gustarles la práctica y la actividad les causa pereza o apatía. En tanto entre quienes muestran menor nivel de estudios los problemas de salud, carencia de tiempo y desinterés por la misma.

Esta situación se presenta en los Estados Unidos de Norte América, donde también los que poseen menor nivel de estudios (MMWR, 2000), aluden la falta de tiempo y la salud. Coincidiendo con los resultados encontrados en la misma población por King (2001) quien señala que los adultos mayores con menor nivel de estudios, también presentan menores niveles de práctica de actividad física. Estos motivos aludidos también por los sujetos de países latinoamericanos como Cuba (Ruiz Juan et al., 2005b).

Significando un grave problema en los sujetos con bajo o alto nivel de estudios, es decir, observamos que los motivos por el cual, los sujetos nunca han participado en actividades físico-deportivas de tiempo libre afectan por igual a los sujetos.

6.4.4. Según la situación laboral.

Los comportamientos de los sujetos están definidos por los patrones de conducta, los cuales pueden ser positivos o negativos (Dosil 2004). En la práctica de actividad física podemos apreciar la existencia de diferentes variables ante las cuales el sujeto tiene determinado comportamiento. En este contexto, se observa que la situación laboral, es una variable que se correlaciona con la práctica físico-deportiva.

Atendiendo esta variable, se puede apreciar en estudios de Otero (2003), los sujetos que aún laboran en esta etapa de la vida, señalan que la práctica de actividad física, les quita mucho tiempo debido a las múltiples ocupaciones y además luego de concluida las actividades terminan cansados razón por el cual no participan. Gálvez (2004), considera que la falta de tiempo es debido a las actividades escolare o labora-

bles resultan las principales causas de no práctica, además que no haber realizado nunca práctica es causa de un bajo interés. Sin embargo, estos argumentos puede estar ocultando las verdaderas no practicar actividad físico-deportiva.

Ruiz Juan y García Montes (2005), encontraron en la población almeriense que las amas de casa, quienes trabajan y jubilados la causa más común para no haber participado nunca en actividades físico-deportivas se derivan de problema de salud, carencia de tiempo o desinterés por la misma. Motivos similares son citados por los habaneros (Ruiz Juan et al., 2005b). Evidenciando que no gozar de una buena salud resulta la principal barrera que obstaculiza la práctica (Schutzer y Graves, 2004).

A modo de conclusión del apartado, se aprecia que los motivos por los que nunca practican actividad son multifactoriales, existen muchas cuestiones que deberían abordarse para alcanzar un conocimiento más completo sobre los motivos que llevan a los sujetos a no practicar ninguna actividad.

Se puede anticipar la noción de que la relación que mantiene cada individuo con la práctica físico-deportiva, reviste un carácter muy personal, dado que los motivos que conducen a la población a nunca practicar actividad físico-deportiva en su tiempo libre, está sujeto a diversos motivos tanto intrínsicos como extrínsecos.

Entre hombres y mujeres lo motivos son similares falta de tiempo, salud, pereza o desgana y porque no les gusta. Ocurriendo a su vez entre los más jóvenes, respecto a los adultos. Respeto al nivel de estudios los motivos suelen ser los mismos entre quienes tienen un alto o bajo nivel. No produciéndose grandes diferencias entre realizar una u otra actividad profesional, obrera, casa o jubilado.

Por tanto, la inactividad es propia de aquellos sujetos que no perciben las eventualidades entre lo que hacen y dejan de hacer, cayendo en una pasividad e incompetencia, volviéndose conformistas (Dosil, 2004). Por tal no se comprometen con ninguna actividad física, anteponiendo y justificándose con múltiples motivos.

6.5. Análisis y discusión de los resultados.

En epígrafes anteriores hemos comentando que la práctica físico-deportiva en los sujetos activos es multifactorial (Sallis y Owen, 1999). En este apartado, nos centraremos, en contrastar los datos obtenidos en otras investigaciones respecto a la nuestra, en las causas o motivos que han conducido a la población objeto de estudio a iniciar, mantener, abandonar práctica físico-deportiva de tiempo libre o nunca haberla realizado.

Analizaremos en primera instancia aquellos motivos que incitaron a los adultos mayores a realizar práctica físico-deportiva y la evolución de éstos a través de las diferentes etapas de vida.

6.5.1. Motivos de práctica de actividad físico-deportiva de tiempo libre de los adultos mayores de 60 años del municipio de Tapachula (México).

Recordando la pregunta ¿Cuál diría usted que fueron los motivos por los que practicaba actividades físico-deportivas en el tiempo libre?, ofrecimos nueve ítems que

según la literatura son citados con frecuencia por estas poblaciones, y su vez, con opción a indicar alguna que se encontrara en dichas causas.

Hemos observado como la práctica físico-deportiva es considerada un elemento esencial en la promoción de la salud y calidad de vida para todos los sectores de la población. Por ello consideramos necesario comprender como se ha citado las causas que indujeron a la población objeto de estudio a realizar práctica, abandonar o no practicar nunca en las diferentes etapas de la vida (dependencia familiar, independencia familiar y actualidad).

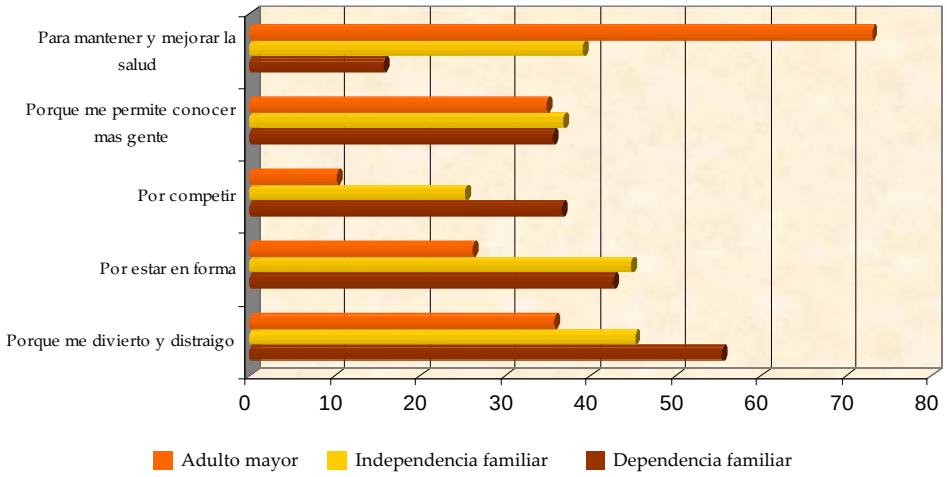

Figura 6.1.- Motivos de práctica físico-deportiva de la población de Tapachula mayor de 60 años en la etapa de dependencia familiar, independencia familiar y en la etapa de adulto mayor de 60 años.

Según los resultados obtenidos se aprecia que los motivos de práctica han sido diferentes en cada una de las etapas de vida (tabla 6.1 y figura 6.1). Cuando los sujetos eran dependientes de la familia elegían realizar práctica porque consideraban que esta era el conducto para divertirse y resultaba ser una distracción (55,4%), permitía estar en forma (42,6%), podrían competir (36,6%), permitía conocer nuevas personas (5,6%) o buscaban mantener y mejorar su salud (15,7%). Al encontrarse en la independencia familia, los motivos resultan similares respecto a la primera etapa, solo que el orden presenta variaciones. Citan que participaban en actividades física y deportivas porque se divertían y distraen (45,2%), buscaban estar en forma (44.8%), mantener y mejorar su salud (39,1%), conocer más personas (36,8%) y competir (25,3%). Resulta sorprendente que al encontrarse en la etapa actual (adulto mayor), la práctica se realiza principalmente por salud (73%), es decir siete de cada diez cita esta razón como la principal causa para ejercitarse, mostrando una latente preocupación por el cuidado y prevención de enfermedades, seguido porque la actividad divierte y distrae (35,7%), permite conocer nuevas personas (34,9%), estar en forma (26,2%) y es un conducto para relajarse (15,1%).

La elección de realizar práctica por salud, confirma los resultados del apartado de sentimiento de soledad (tabla 6.1) donde el 76,6% manifestó que en este momento lo que más le preocupa es la salud, confirmando las conclusiones de Pavón et al. (2003), quienes señalan que una de las principales preocupaciones de los sujetos al superar los sesenta años, tener y mantener un óptimo estado de salud es una preocupación constante.

También valdría la pena destacar que durante las etapas previas, principalmente la juventud los sujetos realizaban práctica por divertirse, estar en forma y competir, motivos que presentan altos valores porcentuales los cuales disminuyen al pasar a la siguiente etapa, siendo poco citadas en la actualidad (etapa de adulto). Evidenciando como hemos citado previamente un incremento por salud conforme avanza la etapa de vida.

Estos resultados muestran cierta homogeneidad con otras poblaciones, pues al contrastarles con otros, particularmente con los estudios españoles, observamos que Arribas y Arruza (2004), Cantón (2000), García Ferrando (2003), Porras (2006), Ruiz Juan y García Montes (2002) y Ruiz Juan et al. (2005a), manifestaban que los sujetos de las diversas poblaciones observadas manifestaban tener similares motivos de práctica en la juventud, lo cual hace suponer que las inquietudes de las poblaciones eran similares, a pesar de la diversidad de las épocas en la cuál se encontraban las poblaciones. Es decir, luego transcurrir aproximadamente sesenta años, los motivos de épocas anteriores presentan cierta coincidencia con citados por los jóvenes españoles de los últimos 20 años, mostrado que las preferencias resultan similares. Resaltando que los motivos por estética y ocio no figuraban tiempo atrás como sucede en la actualidad. Ocurriendo de igual manera entre los jóvenes colombianos (Martínez, 2003) y cubanos (Ruiz Juan, et al., 2005b).

Respecto a la etapa de adulto, podemos apreciar una preferencia de práctica por salud, coincidiendo con otras poblaciones que manifiestan realizar actividades físicas y deportivas principalmente por esta razón (López y Rebollo, 2002; Vallejo et al., 2002). Difiriendo de los encontrados por Campos y Castro (2007), Porras (2006) y Romero (2007), cuyas poblaciones muestran que la práctica es realizada por recomendación médica o familiar y reducción de peso, evidenciando una fuerte inclinación por aspectos extrínsecos. Es decir, estos sujetos no se comprometen con la actividad física por voluntad propia, lo hacen por obtener alguna recompensa, coincidiendo con las afirmaciones de (Phillips et al., 2004).

Según recordamos los adultos mayores de nuestra población mencionan realizar práctica físico-deportiva por diversión y disfrute al igual como sucede entre los irlandeses del norte (Campbell et al., 2001) y los estadounidenses (CDC, 2003). Destacando que para estas poblaciones la práctica por estar en forma no resulta una prioridad como sucede en la nuestra. Mostrando una preocupación por la apariencia corporal, debido a los estereotipos que hoy en día marca la sociedad.

En etapas de la juventud nuestros sujetos practicaron actividades físicas por motivos intrínsecos, principalmente por distraerse y divertirse. Sin embargo al llegar a la etapa de adulto mayor este comportamiento se modifica y los motivos cambian, de

tal forma que siete de cada diez sujetos practican por motivos de salud, coincidiendo con otras poblaciones particularmente con los estudios españoles.

6.5.1.1. Según el sexo.

Los datos estadísticos de Chi cuadrado, indican que, solamente en la primera etapa (dependencia familiar), existe diferencia estadísticamente significativa entre esta variable y los motivos de práctica. Se puede apreciar que el motivo estar en forma, es claramente elegido por los hombres (70,5%), respecto a las mujeres (29,5%). Éstos están más de cinco puntos porcentuales por encima del promedio general de la muestra y cuarenta unidades porcentuales de diferencia entre ambos sexos (tabla 6.2). Los demás motivos muestran porcentajes similares al promedio central de la muestra.

Respecto a las etapas de independencia familiar y adulto mayor, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas, mostrando que hombres como mujeres, tienen similares motivos para realizar práctica físico-deportiva de tiempo libre.

Podemos apreciar que durante la juventud, la preocupación por estar en forma es evidente entre los varones, quienes se muestran más preocupados por los aspectos personales que las mujeres, coincidiendo con los comentarios de (Campbell et al., 2001; Mico et al., 2002; Pavón et al., 2003).

Sin embargo, estos motivos pueden ser modificados con el paso de una etapa a otra (como sucede en nuestros sujetos), de tal forma, que al llegar a la tercera etapa, los motivos de práctica son valorados similarmente por varones y mujeres.

Recordando que hemos recurrido a la memoria y que nuestros resultados proceden de hace aproximadamente medio siglo, podemos observar que las presencias de nuestra población respecto a algunos estudios resultan similares, cuando la práctica es realizada por estar en forma, coincidiendo con los datos obtenidos por Ispizua (1996), Ruiz Juan et al. (2005a) y Weinberg y Could (2000). Difiriendo de las aportaciones de Canales y Perich (2003) y Pavón et al. (2003), quienes refieren que los hombres practican por diversión, placer y disfrute y las mujeres, por motivos extrínsecos como la estética. Confirmando los comentarios de Ruiz Juan y García Montes (2005) y Porras (2006) quienes manifiestan que, en estas etapas, los hombres practican por motivos intrínsecos y las mujeres por los extrínsecos.

Nuestros resultados difieren de los datos obtenidos por Ruiz Juan et al. (2005b) en los habaneros y Martínez (2003), con los colombianos quienes encuentran diferencias en los motivos de práctica entre hombres y mujeres.

En la etapa de adulto mayor, los hombres y las mujeres de nuestro estudio, aluden similares motivos de práctica entre ellos, pero no coinciden con los resultados de Barnes y Schoenborn (2003), Impollino (2001), Mora et al. (2004), quienes refieren que en esta etapa, ambos sexos muestran preferencia por su salud.

En etapas de la juventud, la preocupación por estar en forma es evidente entre los varones más que en las mujeres, quienes se muestran más preocupadas por los aspectos personales. Sin embargo, al llegar a la tercera etapa, nuestros datos indican que

los motivos de práctica de la población tapachulteca son valorados similarmente por varones y mujeres.

6.5.1.2. Según la edad.

Los datos indican que no existe diferencia estadísticamente significativa entre edad y los motivos de práctica físico-deportiva en el tiempo libre en las tres etapas de la vida. Tanto los más jóvenes (60-69 años) como los más viejos (80-85 y más años), aluden motivos similares de práctica (tabla 6.3). Es decir, durante más de 40 años, el comportamiento de práctica de actividad física de tiempo libre, se ha mantenido estable e inalterable. Teniendo similares motivos cuando eran jóvenes, adultos y en la actualidad.

Habrá que resaltar que, en este estudio, hemos acudido a la estimulación del recuerdo en las etapas de la vida durante medio siglo y que ha transcurrido bastante tiempo. Por lo tanto, los datos fueron referidos mucho tiempo después de haber sucedido. Por este motivo, debemos ser cautelosos con los resultados.

Sin embargo, al contrastar nuestros resultados con reciente estudios, podemos observar que estos difieren de los obtenidos por Campbell y et al. (2001), Ispizua, (1996), Porras (2006), Ruiz Juan y García Montes (2005), Ruiz Juan et al. (2005a), Ruiz Juan et al. (2005b), quienes destacan que cuando los sujetos son jóvenes la práctica es influenciada por motivos intrínsecos, los cuales modifican al paso del tiempo.

Weinberg y Could (2000), resaltaba que en los adultos mayores resulta más probable la práctica por aspectos extrínsecos dadas las múltiples influencias que se ejercen sobre estos para realizar práctica, siendo totalmente contradictorio a nuestra población.

Los adultos mayores tapachultecos, los más jóvenes (60-69 años) y los más viejos (80-85 y más años), tienen motivos similares de práctica. Es decir, durante casi medio siglo, el comportamiento de práctica de actividad física de tiempo libre, se ha mantenido inalterable practicando por los mismos motivos en cada una de las tres etapas de la vida.

6.5.1.3. Según el nivel de estudios.

En relación a esta variable, se observa que sólo en las dos últimas etapas (independencia familiar y adulto mayor), existen diferencias estadísticas significativas (tabla 6.4). En la etapa de dependencia familiar, podemos apreciar como, el nivel de estudios no se asocia en la selección de motivos de práctica. Mostrando que tener alto o bajo nivel de estudios no influyo en la decisión de los jóvenes por tener unos u otros motivos de práctica.

En tanto la diferencia se que produce en la etapa de independencia familiar se debe a que, a mayor nivel de estudios, existe mayor interés por mantener y cuidar la salud, lo cual nos hace suponer que probablemente tengan un mayor conocimiento sobre los beneficios saludables que otorga realizar actividades físicas y deportivas. Esto obliga a poner mayor atención en sectores cuyas posibilidades de acceder a los estudios son limitadas y por otro, difundir los beneficios de la práctica.

En la etapa de adulto mayor, encontramos diferencias estadísticamente significativas en los motivos por diversión y estar en forma. Los que tienen bajo nivel de estudios, muestran menor interés por estos motivos, respecto a quiénes tienen mayor nivel de estudios.

Por tanto, podemos deducir que cuando los sujetos tienen mayor aprendizaje existe más conocimiento sobre los beneficios de la práctica físico-deportiva, pues así nos lo hacen ver nuestros resultados, los cuales presentan similitud con los datos encontrados por Porras (2006), Ruiz Juan y García Montes (2005) y Ruiz Juan et al. (2005b), quienes resaltan que a mayor nivel de estudios, mayor preocupación por el cuidado de la salud, gusto por la práctica y diversión por la misma.

Podemos decir que los sujetos que poseen mayor nivel de aprendizaje coinciden en señalar que los motivos por los que practican actividad física son por estar en forma, por que les permite conocer más gente y por mejorar la salud. Probablemente por tener mayores conocimientos de los beneficios de la práctica sobre la salud.

6.5.1.4. Según la situación laboral.

Los datos indican diferencias estadísticamente significativas solamente en la segunda etapa (independencia familiar), en los motivos estar en forma y por mantener y mejorar la salud (tabla 6.5). Es en esta etapa donde quienes trabajan (47,9%), son quienes más señalan que realizan práctica de actividad física porque esta permite estar en forma, seguido por quienes se encuentran jubilados (32,5%) y las amas de casa (10,8%). Respecto al segundo motivo más citado, por salud, resulta que este es una prioridad para los jubilados (35,3%), mientras que para quienes trabajan y las amas de casa las cifras son bajas.

Podemos apreciar como durante la etapa de dependencia familiar, la situación laboral, no varía en la selección de los motivos que eligen los sujetos para participar en actividades físicas y deportivas de tiempo libre. Esto podría deberse, como citan varios autores (Porras, 2006; Ruiz Juan y García Montes, 2005 y Ruiz Juan et al., 2005b), a que en estas etapas la ocupación no es una variable que defina la elección de los motivos de práctica.

Estos resultados presentan similitud con los datos observados por algunos investigadores (Porras, 2006; Ruiz Juan y García Montes, 2005; Ruiz Juan et al., 2005b), al resaltar que quienes trabaja, han jubilado o son amas de casa, muestran preferencias similares a los que hemos encontrado.

Es sobresaliente que en la actualidad (adulto mayor), los que trabajan, jubilados y las amas de casa muestran similares motivos de práctica. Pero al contrastarlos observamos una discrepancia con los obtenidos por Porras (2006), Ruiz Juan y García Montes, (2005) y Ruiz Juan et al., (2005b), quienes exponen que en esta etapas muestran mayores preferencias por motivos extrínsecos.

En etapas de la juventud los que trabajan y los jubilados son practicantes porque quieren mantener una imagen corporal adecuada. Sin embargo, los jubilados y pensionados también fijan su atención en el mantenimiento de la salud. Pero en la ter-

cera etapa tienen similares motivaciones de práctica en las diferentes categorías de la situación laboral.

6.5.2. Motivos de abandono de la práctica de actividad físico-deportiva de tiempo libre de los adultos mayores de 60 años del municipio de Tapachula (México)

En este apartado se analizarán los motivos de abandono de la práctica de actividad física en su tiempo libre y su evolución en tres etapas de vida de esta población. Se ofrecieron nueve ítems, los cuales fueron agrupados en individuales y sociales, permitiendo entender, explicar y comprender las causas que conducen al abandono de la práctica. Para facilitar el análisis estadístico, se señalan los tres motivos que mayor porcentaje presentan en cada etapa.

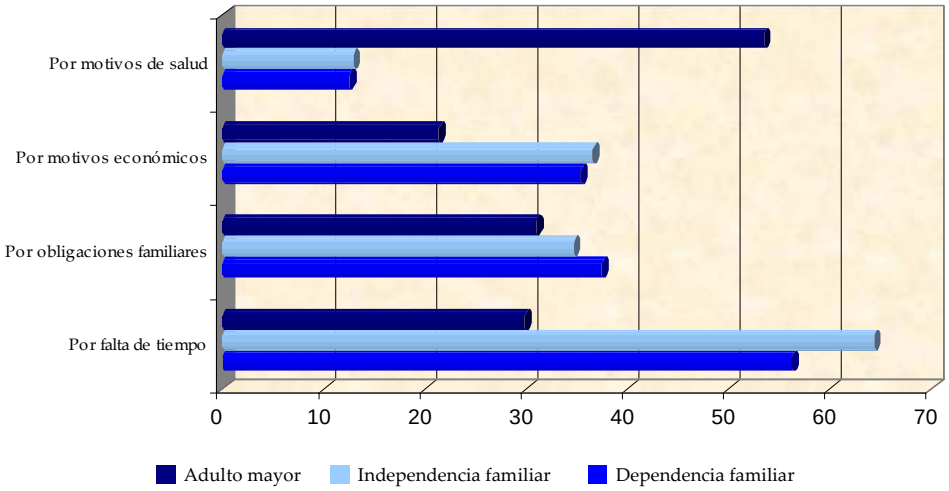

Figura 6.2.- Motivos de abandono de la práctica físico-deportiva de la población de Tapachula mayor de 60 años en la etapa de dependencia familiar, independencia familiar y en la etapa de adulto mayor de 60 años.

En la primera poco más de la mitad de la población (56,3%), cita que ha dejado de participar porque carece de tiempo, seguido de las obligaciones familiares (37,5%) y por cuestiones económicas por último, por motivos económicos (35,4%).

Motivos similares son mencionan al encontrarse en la segunda etapa, con diferentes valores porcentuales. Sin embargo, en la etapa de adulto mayor, los problemas de salud (53,5%), resulta la causa principal para dejar de realizar actividades físicas, además de las obligaciones familiares (31%) y no contar con tiempo necesario (29,9%). Evidenciando que la falta de tiempo ha estado presente en a lo largo de la vida, es decir en las tres etapas (tabla 6.6 y figura 6.2).

Desde la perspectiva de la autodeterminación, parece que en las primeras etapas los factores extrínsecos influyen más en el abandono de la práctica, siendo en las siguientes los intrínsecos. Confirmando los comentarios de varios investigadores al señalar que el abandono de la práctica es multifactorial, debido a existencia de motivos intrínsecos y extrínsecos. Respecto a este último destaca la carencia de tiempo citada

con frecuencia en todas las etapas, como sucede en países desarrollados y vías de desarrollados, a lo cual Sallis (1999), señala que la falta de tiempo no corresponde a la realidad.

Nuestros resultados de las etapas de la juventud, coinciden con los resultados de Arribas y Arruza (2004), Cantón (2000), Otero (2004), Porras (2006), Ruiz Juan et al. (2005a), Ruiz Juan y García Montes (2005). Siendo diferentes a los obtenidos por García Ferrando (2005).

En lo que respecta a los adultos mayores, encontramos motivos diferentes a los que señalan Erdorciaín et al. (2000), Porras (2006), Romero (2007), Ruiz Juan et al. (2005b), Seclen y Jacoby (2003).

Se puede observar que nuestra población en etapas de la juventud, abandonó la práctica por falta de tiempo, probablemente esta relacionado con las múltiples responsabilidades propias de la etapa como la familia, el trabajo y el estudio. Pero los adultos mayores tapachultecos abandonan la práctica principalmente por motivos de salud, en tanto que, en otros por falta de tiempo.

El trabajo, el estudio y las obligaciones familiares en etapas de la juventud, son los principales motivos de abandono de la práctica física, destacando la carencia de tiempo. En la etapa de adulto mayor, además de este motivo, los sujetos lo hacen por problemas de salud.

6.5.2.1. Según el sexo.

Los datos indican que en la primera etapa no existen diferencias estadísticamente significativas entre los motivos de abandono y el sexo. Los porcentajes se localizan en torno al promedio general de la muestra. Es decir, ambos sexos citan motivos similares que han conducido al abandono de la práctica físico-deportiva de tiempo libre. En la segunda etapa se producen algunas diferencias, caso particular en problemas económicos que afectan más a los hombres (62,2%) que mujeres (37,8%). Respecto al resto, no existen diferencias significativas. Y en adulto mayor solo se producen diferencias cuando el abandono se produce por cuestiones de salud, siendo las mujeres (49%) las más afectadas, con más de siete puntos porcentuales por encima del promedio general (tabla 6.7). Por tanto, el sexo es un correlato que esta relacionado con el abandono de la práctica de actividad físico-deportiva de tiempo libre.

En nuestros resultados podemos observar, que los motivos de abandono son coincidentes con las afirmaciones de Weinberg y Could (1996), quienes señalan que en algunas poblaciones, los motivos de abandono, son diferentes entre los hombres y las mujeres. Sin embargo, no son coincidentes con los obtenidos por Porras (2006), Ruiz Juan y García Montes (2005), Ruiz Juan et al. (2005a) y Ruiz Juan et al. (2005b), al referir que tanto hombres y mujeres dejan de participar por la incompatibilidad de los horarios, tener pereza y desgana y la falta de tiempo.

De igual manera nuestros resultados no coinciden con las afirmaciones de Weinberg y Could (2000), quienes resaltan que las mujeres abandonan la práctica de tiempo libre, por motivos extrínsecos, sin embargo, en nuestro estudio parece que los intrínsecos resultan la principal causa.

Los motivos de abandono son diferentes en cada una de las etapas de la vida en hombres y mujeres. En etapas de la juventud, los hombres lo hacen por motivos extrínsecos como los motivos económicos. Pero en la etapa de adulto mayor, las mujeres más que los hombres lo hacen por motivos intrínsecos como la salud. Es decir, las necesidades de los hombres de destinar largas jornadas de trabajo, se ven limitados para continuar con la práctica. Por otro lado, las mujeres cuando llegan a esta etapa de la vida, lo hacen por problemas de salud.

6.5.2.2. Según la edad.

Recordamos que con la edad las posibilidades de abandonar la práctica son altas, debido a la influencia y correlación de que se produce entre variables. En nuestros datos, los resultados muestran que no existen diferencias estadísticas significativas entre los seis grupos de edad y los motivos de abandono, debido a que los valores porcentuales dejan ver la similitud entre los menos viejos (60 años) y más viejos (96 años) en las tres etapas. Es decir, en este momento de la vida esta población alude motivos similares de abandono de práctica (tabla 6.8). Evidenciando que la edad no es una variable que influya en el abandono de la práctica. Sin embargo, se debe precisar que los datos, pueden tener sesgos significativos, porque hemos acudido al recuerdo de más de 40 años.

Tras el análisis apreciamos que estos resultados no coinciden con los comentarios de (Bagur, 2005), quien afirma que con el incremento de la edad, aumentan los índices de abandono. En cambio, existen estudios (Porras, 2006; Ruiz Juan y García Montes, 2005; Ruiz Juan et al., 2005; Ruiz Juan et al., 2005b) que confirman las palabras de Bagur.

En este estudio la edad no es un correlato que influya en el abandono de la práctica, pero debemos precisar que los datos pueden tener sesgos significativos debido a que hemos acudido al recuerdo de más de sesenta años y este puede ser impreciso.

6.5.2.3. Según el nivel de estudios.

Respecto a esta variable, nos percatamos que no se producen diferencias estadísticas significativas con los motivos de abandono de práctica físico-deportiva en las tres etapas. Pues los resultados presentan valores porcentuales muy similares entre quienes alto y bajo nivel de estudios (tabla 6.9). Mostrando que el nivel de preparación académica no es una variable que influya en las causas que han inducido a los sujetos al abandono de la práctica en ninguna de las tres etapas de la vida, al menos en esta población.

Es conveniente mencionar que existen pocas investigaciones que señalan que el nivel de estudios sea una variable relevante, en relación al abandono de la práctica físico-deportiva.

Al contrastar nuestros resultados, encontramos que no coinciden con los datos obtenidos por Porras (2006), Ruiz Juan y García Montes, (2005) y Ruiz Juan et al. (2005b), quienes exponen que cuando los sujetos muestran mayor nivel de estudios los motivos abandonan la práctica porque carecen de tiempo por la incompatibilidad con

el trabajo o estudios, y entre quienes tienen menor nivel es debido a que tienen pereza o desgana, así como el avance de la edad.

En nuestro estudio, el nivel de estudios no es un determinante de abandono de la práctica físico-deportiva de tiempo libre, los que poseen bajo nivel y los que poseen alto nivel de estudios, tienen similar comportamiento para abandonar dicha actividad, en las tres etapas de la vida

6.5.2.4. Según la situación laboral.

El tratamiento estadístico indica que en la etapa de dependencia familiar e independencia familiar, no existen diferencias estadísticas significativas entre las diferentes categorías laborales y las causas que han inducido al abandono de la práctica, dado que los valores porcentajes se localizan en torno a la media general de la muestra. Mostrando que, tanto quienes trabajan o no, están jubilados o pensionados y las amas de casa, tienen similares motivos de abandono.

Sin embargo, en la actualidad (adulto mayor) existen diferencias estadísticas significativas con los jubilados y pensionados quienes manifiestan haber abandonado la práctica por problemas de salud (30,0%). En el resto, los porcentajes son parecidos al promedio central (tabla 6.10). Mostrando que, el abandono de la práctica, en la tercera edad, se encuentra relacionado con los problemas de salud.

En contraste con otras investigaciones, encontramos similitud con los datos obtenidos por Porras (2006), Ruiz Juan y García Montes (2005) y Ruiz Juan et al. (2005b), particularmente con los jubilados, quienes han dejado la práctica por motivos de salud. No siendo así en otras categorías.

En etapas de la juventud los motivos de abandono de la práctica física son similares entre las diferentes categorías de la situación laboral. Podemos decir que en la en las dos primeras etapas la situación laboral no es un determinante que condicione el abandono de dicha práctica. Sin embargo, en la etapa de adulto mayor, el abandono se encuentra relacionado con las enfermedades, principalmente en los jubilados y pensionados.

6.5.3. Motivos por los que nunca han realizado actividad físico-deportiva de tiempo libre los adultos mayores de 60 años del municipio de Tapachula (México).

No realizar práctica de tiempo libre resulta preocupante debido a las múltiples situaciones negativas que genera la inactividad física. Es por ello que en este apartado analizaremos que causas han llevando a los sujetos a no realizar práctica físico-deportiva en las diferentes etapas de vida.

A la pregunta ¿Cuál diría usted que fueron los motivos por los que nunca practicó actividades físico-deportivas?, se dieron siete opciones de respuesta (Porque estaba muy cansado, no me daban permiso, no tenía tiempo, no me gustaba, por enfermedad, por pereza y otros). Para facilitar el análisis, hemos considerado los primeros.

Observamos que durante la primera etapa (dependencia familiar), los sujetos dicen no haber practicado nunca porque no les daban permiso (64,8%), falta de tiempo (60,2%) y porque no gustan de la actividad física (23.8%). Motivos similares fueron

citados en la segunda etapa (independencia familiar), mostrando una variación en el orden, pues citan que la carencia o falta de tiempo (75%), limitaba la posibilidad de practicar, seguido porque se encontraban cansados (40,9%) y no gusta la actividad física (23,7%). Mostrando que debido a los compromisos familiares y laborables la posibilidad de adherencia a la práctica de tiempo libre resultaba complicada, además que la posible actividad física realizada en el trabajo o vida cotidiana la consideraban bastante.

Al llegar a la etapa de adulto (actualidad) los motivos presentan variaciones. Son las enfermedades (40,4%) el principal obstáculo para realizar práctica o no haber realizado nunca, además de señalar la falta de tiempo (40,1%) y tener pereza (37,8%). Resulta llamativo que la falta de tiempo es citada en las tres etapas y figura como una potente razón para no realizar práctica, en cambio las enfermedades surgen principalmente en la última etapa, no siendo así en las dos previas (tabla 6.11 y figura 6.3)

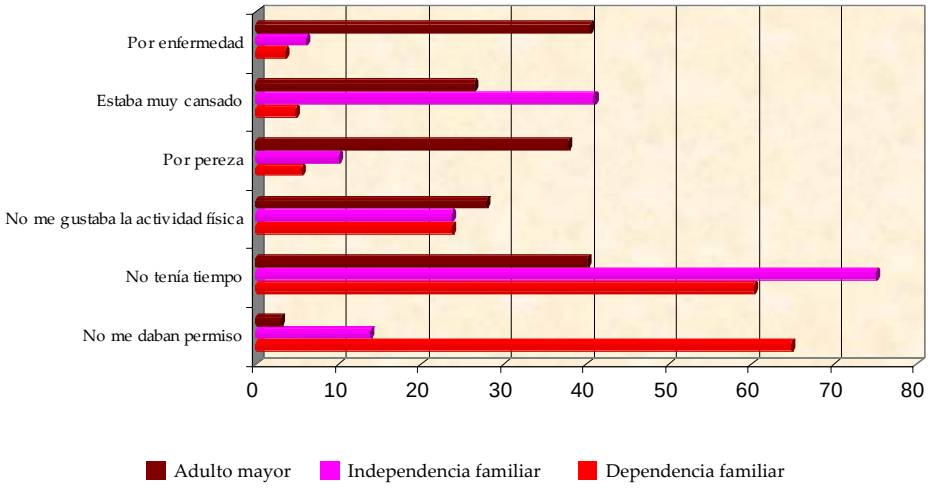

Figura 6.3.- Motivos por los que nunca realiza actividad físico-deportiva la población de Tapachula mayor de 60 años en la etapa de dependencia familiar, independencia familiar y en la etapa de adulto mayor de 60 años.

Al contrastar nuestros resultados con otras investigaciones para comprender este comportamiento, percatamos coincidencias con los datos aportados por Gálvez (2004), Hernández, et al. (2002), Ispizua (1993), Riera, (1996), Rebollo y García Montes (1996), Ruiz Juan, (2001), Ruiz Juan et al. (2005b) y Sánchez, et al. (2003), en la población joven. Esto permite entender que la falta de tiempo es un problema que afecta a la población desde hace muchos años atrás, resultando urgente analizar más detalladamente esta variable.

Ocurriendo lo mismo en la etapa de adulto mayor (CDC, 2003; Cuevas, 1994; Brownson et al., 2001; García Ferrando, 2003; García y Spence, 2002; López y Rebollo, 2002; Loughborough, 2002; Otero, 2004; Parks et al., 2003; Romero, 2007; Ruiz Juan y García Montes, 2005; Ruiz Juan et al., 2005b; Sánchez et al., 2003; Valero et al., 2007), respecto a la falta de tiempo como la principal barrera. Difiriendo de los obtenidos por

Jiménez, et al. (2002), Molero y Guillen (2007) y Vuori y Fentem (1996), al encontrar que los sujetos dicen no haber practicado nunca por falta de interés, salud y no ser hábiles.

En nuestro estudio, las obligaciones laborales, la familia y los estudios, son los motivos por los que nunca practicaron actividad física, mostrando una tendencia similar en las dos primeras etapas de la vida. Sin embargo, en la etapa de adulto mayor los motivos son diferentes, las enfermedades y la pereza tienen mayor influencia en la decisión de no practicar ninguna actividad.

6.5.3.1. Según el sexo.

El tratamiento estadístico realizado, indica que existen diferencias significativas entre el sexo y los motivos de no práctica. Al observar los datos de la primera etapa, encontramos que los hombres citan como principal obstáculo con similares valores porcentuales no contar con permiso (42,7%) y por escasez de tiempo (42,4%). En tanto, las mujeres señalan no realizar porque no gustan de la actividad física (76,3%), carecer de tiempo (57,6%) o no contaban con permiso para realizarla (57,3%).

En la segunda etapa, podemos observar que los hombres nunca practicaron, porque estaban muy cansados (46,6%), no tenían tiempo (43,6%) y porque no le gustaba la actividad física (26,6%). Similares motivos indican las mujeres pero, en diferente orden, primeramente señalan porque no les gustaba la actividad física (73,4%), por escasez de tiempo (56,4%) y porque estaban muy cansadas (53,8%).

En lo que respecta al adulto mayor ambos sexos relatan que la carencia de tiempo (mujeres 51,9%, hombres 48,1%) se mantiene como el principal obstáculo.

Mostrando que la falta de tiempo ha sido y mantenido la principal barrera que ha afectado a lo largo de la vida tanto a hombres como mujeres (tabla 6.12). Por lo tanto, el sexo es un correlato que se asocia con las diferentes causas que han inducido a no haber practicado nunca actividades físicas y deportivas de tiempo libre.

Al contrastar nuestros resultados con otras investigaciones más recientes, encontramos que en etapas de la juventud son coincidentes con los datos que muestran Erdociaín et al. (2000), Gálvez (2004), García Montes et al. (2001), Ispizua (1993), Ruiz Juan y García Montes (2005), Ruiz Juan et al. (2005a) y Ruiz Juan et al. (2005b).

Sin embargo, en la etapa de adulto mayor nuestros resultados de hombres y mujeres no coinciden con Garita (2006), Hirvensalo et al. (1998) y Valero et al. (2007). Quienes aluden falta de interés, falta de salud, perdida de feminidad y discriminación como los motivos fundamentales por los que nunca realizan actividad físico-deportiva.

En etapas de la juventud, los hombres tienen como barrera principal la negación de la autorización y escasez de tiempo para la realización de actividad física y las mujeres porque no desarrollaron el gusto por la práctica física. Pero en la etapa de adulto mayor, las mujeres son las que reclaman tiempo para realizar la práctica física.

6.5.3.2. Según la edad.

En cuanto a los grupos de edad, los datos indican que, en las dos primeras etapas (dependencia familiar e independencia familiar), no existen diferencias significati-

vas, los porcentajes de los motivos por los que nunca hicieron actividad, en cada uno de los grupos de edad son similares, pero con una clara tendencia a disminuir de una etapa a otra. Mostrando que durante la etapa de juventud, los sujetos mantuvieron los mismos motivos.

En cambio en la etapa actual (adulto mayor), se producen diferencias significativas, mostrando que entre los sujetos de menor edad no participar nunca en actividades físicas son debido a dolencias y enfermedades (30,4%) y por que causa pereza, con dos puntos porcentuales por encima del promedio general (tabla 6.13). Siendo similar en el resto de grupos de edad, mostrando que la edad es una variable que se asocia con la no participación de práctica físico-deportiva.

Al contrastar nuestros resultados, encontramos las causas de no práctica durante la juventud (dependencia e independencia familiar) difieren de los resultados observador por (Cabañas et al., 2004; Hernández et al., 2002; Ruiz Juan y García Montes, 2005; Ruiz Juan et al., 2005a y Ruiz Juan et al., 2005b).

Respecto a la etapa de adulto encontramos que nuestra población presenta similitud en las causas de no práctica que citan los sujetos inactivos de Almería (Hernández et al., 2002; Ruiz Juan y García Montes, 2005) y Habaneros (Ruiz Juan et al., 2005b). Es decir, en la etapa de adultos mayores la mayoría de las poblaciones muestran no practicar actividad físico-deportiva por los problemas de salud.

En las etapas de la juventud los sujetos de los diferentes grupos quinquenales mantuvieron los mismos motivos para nunca practicar actividad física. Sin embargo, en la etapa de adulto mayores dolencias y enfermedades producen una flojera asociada con la no participación en la práctica física desde los primeros años de esta etapa.

6.5.3.3. Según el nivel de estudios.

Podemos observar que en las dos primeras etapas (dependencia familiar e independencia familiar), no existen diferencias estadísticamente significativas, los datos presentan valores muy similares al promedio general de la muestra. Pero, en la etapa de adulto mayor, se aprecian diferencias en aquellos que poseen bajo nivel de estudios, particularmente cuando citan ser inactivos porque participar causa pereza (11,8%), siendo similares entre el resto (tabla 6.14). En cambio, entre quienes tienen altos niveles de estudio parece no producirse diferencias en cuanto a las causas de inactividad.

Contrastados con otras investigaciones, observamos que nuestros datos difieren de los proporcionados por Rebollo y García Montes (1996), el MMWR (2000), King (2001), y Ruiz Juan et al. (2005b). En cambio, estos son los datos de Ruiz Juan y García Montes, 2005), quienes refieren que los almerienses nunca han practicado actividades físicas por pereza y desgana, aunque las cifras son menores que la nuestra. Es decir, señalan con mayor frecuencia la falta de tiempo y los problemas de salud entre quienes tienen menor nivel de estudios. Son pocas las investigaciones que consideran al nivel de estudios como una variable importante en los comportamientos, fundamentalmente, en la población de adulto mayor, por esta razón merece la pena profundizar.

En esta población, los sujetos con alto y bajo nivel de estudios tienen similares motivaciones en etapas de la juventud para nunca practicar actividad física. Pero en la

etapa de adulto mayor, los sujetos con menor nivel de estudios nunca practican actividad física, por falta de ganas y por flojera. Es decir, a menor conocimiento, menor conciencia de los beneficios de la práctica física

6.5.3.4. Según la situación laboral.

El análisis estadístico indica que en las tres etapas existen diferencias estadísticas significativas entre la situación laboral y los motivos por el cuál nunca han practicado actividad física.

Durante la primer etapa (dependencia familiar), los sujetos que trabajan son quieres respecto al resto de ocupaciones quienes muestran ser quienes nunca han práctica porque no les permitían o no daban permiso par ello (32,1%) con cinco puntos porcentuales por encima del promedio general. Por su parte las amas de casa, porque no les gustaba la actividad física (46,7%) con más de siete puntos porcentuales por encima del promedio central.

Al observar la etapa de independencia familiar, observamos que al igual como en la primera etapa, los sujetos que manifiestan trabajar citan no haber participado nunca en actividades físicas y deportivas por la falta de tiempo (30,6%). Mostrando que en el resto de ocupaciones (las amas de casa, jubilados, pensionados y parados), no se producen diferencias.

En la etapa de adulto mayor, los que no están trabajando son quienes aluden por enfermedad (24,9%) y por pereza (26,9%), las principales causas por el cual nunca han participado en actividades físico-deportiva de tiempo libre (tabla 6.15). Probablemente con el paso del tiempo y tras haber realizado múltiples ocupaciones laborables, en los sujetos que nunca han practicado actividad las actividades físicas de tiempo libre, estas podrían ser consideradas como imposibles por este grupo de personas. Siendo necesario valorar que otras variables han afectando la adherencia a la práctica.

Respecto a otros estudios, nuestros resultados son similares a los obtenidos por Otero (2003) y Gálvez (2004). Difiriendo en el caso de las amas de casa Ruiz Juan y García Montes (2005) y Ruiz Juan et al. (2005b), pues estos investigadores señalan que tanto para las amas de casa y jubilados la falta de tiempo y no disponer de una buena salud han sido los motivos para no haber realizado nunca práctica físico-deportiva de tiempo libre.

En este estudio, la situación laboral es un correlato que influye para que los sujetos, en las tres etapas de la vida, nunca practiquen actividad físico-deportiva. En las etapas de la juventud, los que trabajan, nunca practicaron por carecer de permiso y tiempo y las amas de casa porque no desarrollaron el gusto de la práctica de actividad física. Pero, en la etapa de adulto mayor, los motivos son diferentes, nunca practican por deterioro de la salud y la falta de ganas para practicar alguna actividad.

6.6. Conclusiones del capítulo.

6.6.1. Motivos de práctica.

Las conductas que presentan los tapachultecos practicantes de actividades físicas, en etapas de la juventud, están influenciadas por motivos intrínsecos, es decir, se

centran en el gusto y la diversión. En esta etapa son los hombres más que las mujeres, quienes practican por tener una imagen corporal adecuada.

Los hombres que trabajan, los jubilados y los pensionados fijaron su práctica física en el mantenimiento de la salud y en su imagen corporal, cuando vivieron la etapa de independencia familiar.

Cuando nuestros sujetos llegaron a la etapa de adulto mayor, cambiaron los motivos de práctica física, de tal forma que siete de cada diez sujetos practicaron actividad preocupados por su salud. Sin embargo, en esta etapa los hombres y las mujeres tienen similar motivación la práctica física.

Los adultos mayores tapachultecos más jóvenes (60-69 años) y los más viejos (80-85 y más años) tuvieron similares motivaciones de práctica. Significa que durante casi medio siglo, el comportamiento de práctica de actividad física de tiempo libre se ha mantenido inalterable en cada una de las tres etapas de la vida.

En nuestro estudio los hombres que actualmente trabajan, los jubilados y pensionados con mayor nivel de estudios refieren que, cuando estuvieron en la etapa de independencia familiar, practicaron actividad físico-deportiva de tiempo libre por motivos extrínsecos como mejorar la imagen corporal. Pero es sobresaliente que los jubilados indiquen que, en esa etapa de la vida, también lo hicieron por motivos de salud, es decir, a mayor conocimiento mayor es la preocupación por adquirir beneficios de la práctica física para la salud.

6.6.2. Motivos de abandono.

Los motivos de abandono de la práctica física en la etapa de la juventud, están vinculados con los distintos roles que juegan los sujetos como ser estudiante, trabajador y padre de familia, reduciendo significativamente las posibilidades de practicar alguna actividad física, obligándolos al abandono de dicha práctica. Es decir, nuestros sujetos abandonaron la práctica física por escasez de tiempo que utilizan, mayormente, en obtener beneficios económicos para llevar el sustento a la familia.

Son los hombres los que mayormente abandonan la práctica por motivos extrínsecos como llevar el sustento a la familia. Pero, en la etapa de adulto mayor, las mujeres lo hacen por motivos intrínsecos como la salud. Es decir, las necesidades de los hombres de destinar largas jornadas de trabajo se ven limitados para continuar con la práctica. Por otro lado, el abandono en las mujeres se debe, principalmente, por el deterioro de la salud al llegar a esta etapa de la vida.

En este estudio, la edad junto con el nivel de estudios, no son un factor determinante del abandono de la práctica físico-deportiva en las tres etapas de la vida, pero debemos precisar que los datos pueden tener sesgos significativos debido a que hemos acudido al recuerdo de más de sesenta años y este puede ser impreciso.

La situación laboral no es un determinante que condicione el abandono de la práctica física en las dos primeras etapas de la vida, los motivos de abandono son similares entre las diferentes categorías. Sin embargo, en la etapa de adulto mayor, los mo-

tivos de abandono se encuentran relacionados con las enfermedades, principalmente, en los jubilados y pensionados.

6.6.3. Motivos para nunca practicar.

En las etapas de dependencia e independencia familiar, las obligaciones laborales, la familia y los estudios, son los motivos por los que los sujetos nunca practicaron actividad física. En estas etapas, los hombres nunca practican actividad física por falta de autorización y escasez de tiempo para poder realizarla y las mujeres porque no desarrollaron el gusto por la práctica física. Sin embargo, en la etapa de adulto mayor los motivos son diferentes, la aparición de algunas enfermedades y la falta de ganas, condicionan la decisión de no practicar ninguna actividad física y son las mujeres las que reclaman tiempo para realizarla.

En este estudio, la edad no es condicionante en los motivos que tienen los sujetos para no practicar nunca actividad física. En las etapas de la juventud los sujetos de los diferentes grupos quinquenales mantuvieron los mismos motivos para nunca practicar actividad física. Sin embargo, en la etapa de adulto mayor las dolencias y las enfermedades les producen una flojera que se asocia con la no participación en la práctica física, a partir de los setenta años.

El nivel de estudios no es un factor determinante en los motivos para nunca practicar actividad física en las dos primeras etapas de la vida. Pero, en la última etapa de la vida, los que tienen menor nivel de estudios nunca practican por no tener ganas, ni deseos de practicar alguna actividad.

En este estudio la situación laboral, es un correlato que influye en los motivos para que los sujetos, en las tres etapas de la vida, nunca practiquen actividad físico-deportiva. En las etapas de la juventud, los que trabajan dicen nunca practicar porque no disponen del permiso en el trabajo, ni de tiempo y las amas de casa porque nunca desarrollaron el gusto por la práctica física. En la etapa de adulto mayor, los motivos son diferentes, ya que nunca practican por deterioro de la salud y por falta de ganas para practicar alguna actividad.

6.7. Bibliografía.

Arribas, S. y Arruza, J. (2004). El abandono de la práctica de la actividad física y el deporte en jóvenes escolares de Guipúzcoa (Coord.) En *III Congreso Nacional de Deporte en Edad Escolar. Deporte y Educación* (pp. 365-380). Sevilla: Excmo. Ayuntamiento de Dos Hermanas. Patronato Municipal de Deportes.

Bagur Calofat, C. (2005). Orientaciones básicas para programas de ejercicio físico de ámbito no competitivo. En R. Serra Grima y C. Bagur Calafat (Eds.), *Prescripción de ejercicio físico para la salud* (pp. 41-58). Barcelona: Secretaría General del Deporte.

Balaguer Solá, I.; Pastor Ruiz, Y. y Moreno Sigüenza, Y. (1999). Algunas características de los estilos de vida de los adolescentes de la Comunidad Valenciana. *Revista Valenciana d´Estudis Autonómics, 26,* 33-56.

Balaguer, I. y Pastor, Y. (2001). *Un estudio acerca de la relación entre el autoconcepto y los estilos de vida en la adolescencia media* [En línea]. Disponible en: http://www. psicologia-online.com/ciopa2001/actividades/56/index.html [Consulta 2007, 2 de abril].

Bandura, A. (1989). Human agency in social cognitive theory. *American Psychologist Association, 44 (9),* 1175-1184.

Bandura, A. (1998). Health promotion from the perspective of Social Cognitive Theory. *Psychology and Health, 13,* 623-649.

Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: An Agentic Perspective. *Annual Reviw Psychol*, *52,* 1-26.

Barnes, P. y Schoenborn, C. (2003). Informe sobre la actividad física en horas libres y en horas de trabajo en la población estadounidense. *U.S. Department of health and Human Services, 333*, 1-23.

Brownson, R. C.; Baker, E. A.; Housemann, R. A.; Brennan, L. K. y Bacak, S. J. (2001) Environmental and Policy Determinants of Physical Activity in the United States. *American Journal of Public Health, 91, (*12), 1995-2003.

Bussey, K. y Bandura, A. (1999) Social cognitive theory of gender development and differentiation. *Phychology Review, 106*, 676-713.

Cabañas González, R.; Martínez Campillo, P. y Del Riego Gordón, M. L. (2004). Análisis de la motivación de las mujeres para la práctica de actividades físicas según la edad. *Lecturas Educación Física y Deportes, Revista Digital, 72* [en línea]. Buenos Aires. Disponible en: http://www.efdeportes.com.

Campbell, P. G.; MacAuley, D.; McCrum, E. y Evans, A. (2001). Age differences in the motivating factors for exercise. *Journal of Sport and Exercise Psychology, 23,* 191-199.

Campos, C. M. y Castro, N. L. (2007) Nivel de motivación al inicio y durante la actividad Físico-deportiva con mayores. En P. Montiel, A. Merino, A. Sánchez y A. Heredia. (Coords.) *Actas del II Congreso Internacional de Actividad Físico Deportiva para Personas Mayores. Un estilo de vida* (pp. 407-408) [CD-Rom]. Málaga: Consejería de Turismo, Comercio y Deporte. Instituto Andaluz del Deporte.

Canales, I. y Perich, M. J. (2003). La práctica de la actividad física de la mujer aragonesa: un estudio sociológico. En A. Oña Sicilia, y A. Bilbao Guerrero, *II Congreso Mundial de Ciencias de la actividad física y el deporte. Deporte y calidad de vida* ([CD ROM]. Granada: Facultad de Ciencias de la Actividad Física y Deporte de Granada.

Cantón, C. E. (2000). Motivación en la actividad física y deportiva. España: *Revista Electrónica de Motivación y Emoción, 3,* 5-6. [En línea]. Disponible en: http:// reme.uji.es/articulos/acante1372212100/texto.html [Consulta: 2005, 18 de junio]

CDC (2003*). Prevalence of Physical Activity, Including Lifestyle Activities Among Adults, 52,* (32) 764-769. [En línea] Disponible en: http://www.cdc.gov/mmwr/ preview/mmwrhtml/mm5232a2.htm#tab2 [Consulta: 2006, 12 agosto].

Cuevas, M. J. (1994). Los andaluces y el deporte: Hábitos de la práctica deportiva en Andalucía en el medio urbano. En *II Convocatoria de ayudas para la Investigación Deportiva*. UNISPORT.

De Andrés, B.; y Aznar, P. (1996). Actividad física, deporte y salud: factores motivacionales y axiológicos. *Apunts, Educación Física y Deportes, 46*, 12-18.

Dosil, J. (2004). *Psicología de la Actividad Física y del Deporte.* Madrid: McGraw-Hill.

Erdociaín, L.; Solís, D. e Isa, R. (2000). Deporte y Género: Hábitos deportivos de los argentinos. *Sportsalud,* 210-297.

Gálvez Casas, A. (2004). *Actividad física habitual de los adolescentes de la región de Murcia. Análisis de los motivos de práctica y abandono de la actividad físico-deportiva*. Tesis Doctoral, Universidad de Murcia.

García Bengochea, E. y Spence, J. C. (2002). *Alberta Survey on Physical Activity*. Edmonton: Centre for Active Living.

García Ferrando, M. (2003). Uso del tiempo libre y actividades deportivas de los jóvenes españoles: resultados de una encuesta. En A. Oña Sicilia, y A. Bilbao Guerrero, *II Congreso Mundial de Ciencias de la actividad física y el deporte. Deporte y calidad de vida* [CD ROM]. Granada: Facultad de Ciencias de la Actividad Física y Deporte de Granada.

García Ferrando, M. (2005). *Encuesta sobre hábitos deportivos de los españoles avance de resultados*. Madrid: Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. Consejo Superior Deportes.

García Montes, M. E.; Hernández Rodríguez, A. I.; Oña Sicilia, A.; Godoy García, J. F. y Rebollo Rico, S. (2001). La práctica física de tiempo libre en la mujer. *Motricidad. Revista de la Asociación Española de Ciencias del Deporte, 7*, 145-186.

Garita, A. E. (2006). Motivos de participación y satisfacción en la actividad física, el ejercicio físico y el deporte. *Revista Medicina Humana Salud, 3, (1)*, 1-16.

Gonzálvez, C. (1992). La práctica deportiva de los niños y jóvenes. (Coords.) En *Actas del Congreso Científico Olímpico 1992*. Sevilla: Instituto Andaluz del Deporte.

Hernández Rodríguez, A. I.; García Montes, M. E. y Oña, A. (2002). Las demandas de actividad físico-deportiva de los jóvenes universitarios almerienses. *Motricidad. Revista de la Asociación Española de Ciencias del deporte, 8*, 111-139.

Hernández Rodríguez, A. I.; Salas, G. I.; Sánchez, J. A. M.; Padilla, M. C. y Ventura, P. I. (2001). *Las actividades físico-deportivas de tiempo libre en una residencia escolar.* (Coords.) En *XIX Congreso Nacional de Educación Física*. Universidad de Murcia.

Hirvensalo, M.; Lampinen, P. y Rantanen, T. (1998). Physical exercise in older age: an eight-year follow-up study on involvement, motives, and obstacles among persons 65-84. *Journal of Aging and Physical Activity, 6,* 157-168.

Impollino, V. (2001). *Los adultos mayores, el tiempo libre y la práctica de deportes y/o actividad física*. [En línea]. Argentina Revista Digital. Disponible en: http://www. redadultosmayores.com.ar/buscador/files/CALID002 [Consulta: 2006, 11 de diciembre].

Ispizua Uribarri, M. (1993). *Hábitos deportivos de la población de la margen izquierda. Barakaldo, Portugalete, Santurtzi y Sestao. (1992).* Bilbao: Ayuntamientos de Barakaldo, Portugalete, Santurtzi y Sestao. Eusko Jaurlaritza. Gobierno Vasco. Birkaiko Foru Aldundia. Diputación Foral de Bizkaia. EUDEL y KAIT.

Ispizua Uribarri, M. (1996). Prácticas y aspiraciones de tiempo libre de una población en declive: el caso de la margen izquierda del Nervión - Vizcaya. En M. García Ferrando y J. R. Martínez Morales (Coords.), *Ocio y Deporte en España* (pp. 101-118). Valencia: Tirant lo Blanch.

Jiménez, J. E.; Martínez, C. J.; Graupera, J. L. y Pouso, J. F. (2002). La dirección de programas de actividad física ante las barreras en la incorporación de la tercera edad. (Coords.) En *I Congreso Internacional de actividad física y deportiva para personas mayores de Málaga.* [CD ROM] Málaga: Instituto Andaluz del Deporte.

King, A. C. (2001). Interventions to promote physical activity by older adults. *Journals of Gerontology, 56,* 36-46.

Longhurst, K. y Spink, K.S. (1987) Participation motivation of Australian children involved in organized sport. *Canadian Journal applied Sport Sciences, 12, (1)*, 24-30.

López Cózar. M. y Rebollo Rico, S. (2002). *La práctica deportiva en personas mayores: análisis de la calidad de vida y la práctica deportiva realizada*. *Lecturas Educación Física y Deportes, Revista Digital* [en línea], *53.* Buenos Aires. Disponible en: http://www.efdeportes.com.

Loughborough (2002). A physically active lifestyle information pack. Physical Activity y Health Alliance [En línea]. Disponible en: http://www.paha.org.uk/paha/2126 .html [Consulta: 2007, 9 de julio].

Maehr, M. L. y Nicholls, J. G. (1980) Culture and achievement motivation: A seconda look. En N. Warren (Ed.), *Studies in cross-cultural psychology*, 2, pp. 221-267. New York: Academic Press.

Martínez López, E. (2003). La salud como motivación para la práctica de actividad física en personas adultas. *La Treia, 16,* 32-43.

Masachs, M.; Puente, M. y Blasco, T. (1994). Evolución de los motivos para participar en programas de ejercicio físico. *Revista de Psicología del Deporte, 5*, 71-80.

Maslow, A. (1975). *La jerarquía de necesidades de Abraham Maslow.* [En línea]. España: Disponible en: http://www.gestiopolis.com/canales/gerencial/articulos/18/ jerarquia.htm [Consulta: 2007, 5 de abril].

McClelland, D. (1961). *The Achieving Society*. New York: The Free Press.

Micó, J.; Orona, L. y Piéron, M. (2002). La participación de los adolescentes andorranos en las actividades físicas y deportivas extraescolares. En M. A. González, J. A. Sánchez y J. Gómez, *Educación Física, ocio y recreación. Una demanda social, un yacimiento de empleo. II Congreso Internacional de la AIESEP* (pp. 575-582). A Coruña: Universidad Da Coruña.

Molero, J. J. y Guillén, M. (2007). La actividad física y patologías del aparato locomotor en las personas mayores: estudio de una población de entre 65 y 85 años. En P. Montiel, A. Merino, A. Sánchez y A. Heredia (Coords.) *Actas del II Congreso Internacional de Actividad Físico Deportiva para Personas Mayores. Un estilo de vida* (pp. 366-373) [CD-Rom]. Málaga: Consejería de Turismo, Comercio y Deporte. Instituto Andaluz del Deporte.

Mora, M.; Villalobos, D.; Araya, G. y Ozols, A. (2004). Perspectiva de la calidad de vida del adulto mayor, diferencias ligadas al género y la práctica de la actividad físico recreativa. *Medicina Humana Salud, 1* (1), 1-11.

Morbidity and Mortality Weekly Report, M. (2000). *Prevalence of leisure-time and occupational physical activity among employed* Report, *49* (19), 420-424.

Nicholls, J. G. (1984). Achievement motivation: Conceptions of ability, subjective experience, task choice, and performance . *American Psychological Association, Incorporation, 91* (3), 328-346.

Nuviala Nuviala, A, Ruiz Juan, F., García Montes, M. E, Díaz Suárez, A. (2006). Motivos de práctica y tasa de participación en actividades físico-deportivas organizadas entre adolescentes que viven en dos entornos rurales. *Cuadernos de Psicología del Deporte, 6*, 69-80

Nuviala Nuviala, A., García Montes, M. E., Ruiz Juan, F. y Jaenes Sánchez, J. C. (2006). El peso de los agentes sociales en la motivación para realizar prácticas físicas organizadas entre el alumnado de 10 a 16 años. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte, 2*, 53-67 .

Otero, J. M. (2003). *El deporte andaluz en cifras 2002.* Sevilla: Consejería de Turismo y Deporte. Observatorio del Deporte Andaluz.

Otero, J. M. (2004). *Hábitos y actitudes de los andaluces ante el deporte (2002).* Cádiz: Consejería de Turismo y Deporte. Observatorio del Deporte Andaluz.

Parks, S. E, Housemann, R. A, y Brownson, R. C. (2003). Backgrounds in the United States and rural adults of various socioeconomic Differential. *Journal Epidemiology Community Health, 57*, 29-35.

Pavón Lores, A.; Moreno Murcia, J. A.; Gutiérrez Sanmartín, M. y Sicilia Camacho, A. (2003). Motivos de práctica físico-deportiva según la edad y el género en una muestra de universitarios. *Apunts. Educación física y Deportes, 76*, 13-21.

Phillips, E. M.; Schneider, J. C. y Mercer, G. R. (2004). Motivating elders to initiate and maintain exercise. *American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation 85* (3), 53-57.

Piéron, M., García Montes, M. E. y Ruiz Juan, F. (2007). Algunos correlatos de la actividad físico-deportiva en una perspectiva de salud. *Tándem. Didáctica de la Educación Física, 24*, 9-24.

Porras, S. M. (2006). *Hábitos y actitudes de los sevillanos ante el deporte*. España: Instituto Municipal de Deportes Ayuntamiento de Sevilla.

Rebollo Rico, S. y García Montes, M. E. (1996). Análisis de las tendencias deportivo-turísticas en el entorno rural. En M. García Ferrando y J. R. Martínez Morales (Coords.), *Ocio y deporte en España. Ensayos Sociológicos sobre el cambio* (pp. 179-205). Valencia: Tirant lo Blanch.

Riera Ferrán. A. (1996). Hábitos deportivos de los aragoneses. En Sánchez Martín (Ed.), *La actividad física y deporte en un contexto democrático (1976-1996). Investigación social y deporte, 3* (pp. 335-344). Pamplona: AEISAD.

Romero Granados, S. (2007). La actividad físico-deportiva para mayores: consumo o hábito. En P. Montiel, A. Merino, A. Sánchez y A. Heredia (Coords.) *Actas del II Congreso Internacional de Actividad Físico Deportiva para Personas Mayores. Un estilo de vida* (pp. 77-103) [CD-Rom]. Málaga: Consejería de Turismo, Comercio y Deporte. Instituto Andaluz del Deporte.

Ruiz Juan, F. (2001). Análisis diferencial de los comportamientos, motivaciones y demanda de actividades físico-deportivas del alumnado almeriense de Enseñanza Secundaria Postobligatoria y de la Universidad de Almería. Tesis Doctoral, Universidad de Almería, Almería.

Ruiz Juan, F. y García Montes, M. E. (2002). El abandono y la ausencia de práctica de actividad físico-deportiva de tiempo libre del alumnado de la universidad de Almería. Un estudio longitudinal. *Lecturas: Educación Física y Deportes. Revista Digital, 47* [en línea]. Buenos Aires. Disponible en: http://www.efdeportes.com.

Ruiz Juan, F. y García Montes, M. E. (2002). Práctica de actividades físico-deportivas de tiempo libre y motivos para realizarla. Estudio comparativo entre el alumnado de Enseñanza Secundaria Postobligatoria y de segundo ciclo de la Universidad de Almería. *Lecturas Educación Física y Deportes, Revista Digital, 53* [en línea]. Buenos Aires. Disponible en: http://www.efdeportes.com.

Ruiz Juan, F. y García Montes, M. E. (2005). *Hábitos físico-deportivos de los almerienses en su tiempo libre*. Almería: Servicio de publicaciones Universidad de Almería.

Ruiz Juan, F., García Montes, M. E., Díaz Suárez, A. y Piéron, M. (2007). Hábitos físico-deportivos y de salud. Estilos de vida en jóvenes y adultos. En F. Ruiz Juan, J. P. Venero Valenzuela, Q. Méndez Guzmán, J. M. Reverendo Rodríguez, G. Alvés Barrero, R. Camacho Bravo, R. Ortiz Revert, A. Ortega Fernández, F. L. Bobadilla Gómez, E. Albarrán Viejo y A. Núñez Reina (Eds.), *VII Congreso Internacional sobre la enseñanza de la educación física y el deporte escolar. Viejos hitos y nuevos retos*

ante la LOE. Respuestas educativas a los problemas sociales del deporte escolar y de la obesidad infantil (pp. 167-201). Badajoz: FEADEF, AMEFEX.

Ruiz Juan, F., García Montes, M. E., Gavala González, J y Valero Valenzuela, A. (2006). Análisis de los motivos de práctica de actividad físico-deportiva de los almerienses durante su tiempo libre. En A. Díaz Suárez, *VI Congreso Internacional Educación Física e Interculturalidad: "La integración a través del deporte"*. Murcia: Instituto de Ciencias del deporte. Universidad de Murcia

Ruiz Juan, F., García Montes, M. E., Valero Valenzuela, A., Gómez López, M. y Gavala González, J. (2007). Análisis de los motivos aludidos por los almerienses para no haber realizado nunca actividad físico-deportiva durante su tiempo libre. En *II Congreso Internacional y XXIV Nacional de Educación Física: Educación Física en el siglo XXI. Nuevas perspectivas, nuevos retos*. Palma de Mallorca: Universitat de les Illes Balears. Vicerectorat de Projecció Cultural. Área d'activitat fisicoesportiva

Ruiz Juan, F.; García Montes, M. E. y Díaz Suárez, A. (2007). Análisis de las motivaciones de práctica física y abandono deportivo en la Ciudad de la Habana (Cuba). *Anales de Psicología, 23,* 152-166.

Ruiz Juan, F.; García Montes, M. E.; Gavala González, J.; y Gómez López, M. (2005a). Comportamientos de los almerienses ante la actividad físico-deportiva de tiempo libre. En F. Ruiz Juan, M. E. García Montes y M. Gómez López (Eds.), *Hábitos fisico-deportivos de los Almerienses en su tiempo libre*. Almería: Universidad de Almería.

Ruiz Juan, F.; García Montes, M. E.; y Pérez Sánchez, A. (2005b). Práctica de actividad físico-deportiva realizada por los habaneros durante su tiempo libre. En F. Ruiz Juan, M. E. García Montes y A. Pérez Sánchez (Eds.), *Estilos de vida en ciudad de la Habana-Cuba. Hábitos físico-deportivos y de salud*. Almería: Gymnos.

Ryan, R. M. y Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psichologist Association, Incorporation, 55, (1)* 68-78.

Sallis, J. F. (1999). Influences on Physical Activity of Children, Adolescents, and Adults. President's Council on Physical Fitness and Sport. *Research Digest, 1 (7),* 1-4.

Sallis, J. F. y Owen, N. (1999). Predictors of Physical Activity Behavior. People Science Health [En línea]. Disponible en: http://www.nhlbi.nih.gov/meetings/ workshops/predictors/abstracts/trost.htm

Sánchez, B. M. Muela, M. J. Pérez, G. M.; López, S. J. García Montes, M. E. y Godoy, G. J. (2003). Perfil de actividad física-mujeres. En A. Oña Sicilia, y A. Bilbao Guerrero, *II Congreso Mundial de Ciencias de la actividad física y el deporte. Deporte y calidad de vida* (pp. 835-846) [CD ROM]. Granada: Facultad de Ciencias de la Actividad Física y Deporte de Granada

Schutzer, K. A. y Graves, B. S. (2004). Barriers and motivations to exercise in older adults. *Preventive Medicine, 39,* 1056-1061.

Seclén-Palacín, J. A. y Jacoby, E. R. (2003). Sociodemographic and environmental factors associated with sports physical activity in the urban population of Peru. *Pan. Am. J. Public Health*, *14 (4),* 255-264.

Valero, A.; Gómez, M.; Ruiz Juan, F. y García Montes, M. E. (2007). Análisis de los motivos aludidos por los adultos mayores para no haber realizado nunca actividad físico-deportiva durante su tiempo libre. (Coords.) En *II Congreso Internacional de Actividad Físico Deportiva para Mayores* (pp. 566-573) [CD ROM]. Málaga. Consejería de Turismo, Comercio y Deporte. Instituto Andaluz del Deporte.

Vallejo, M. A.; Galán, R. M.; Plata, C. J. y García, L. J. (2002). Programa de actividades médico-deportivas para los mayores. (Coords.) En *I Congreso Internacional de actividad física y deportiva para personas mayores de Málaga* [CD ROM]. Málaga: Instituto Andaluz del Deporte.

Vallerand, R. J. (2004) Intrinsic and Extrinsic Motivation in Sport. *Encyclopedia of Applied Psychology, 2,* 427-435.

Vuori, I. y Fentem, P. (1996). Salud. En *La función del deporte en la sociedad.* Madrid: Consejo Superior de Deportes.

Weinberg, R. y Could, D. (2000). *Fundations of sport y exercise Psichology* (3a. ed.). Human Kinetics.

Weinberg, R. y Gould, D. (1996). *Fundamentos de psicología del deporte y el ejercicio físico.* Barcelona: Ariel.

Whitehead, J. R. (1993). Physical activity and intrinsic motivation. *Physical Activity and Fitness Research Digest, 1(2),* 1–6.

Woolfolk, A. E. (1996). *Psicología educativa*. México: Prentice-Hall.

CAPÍTULO 7

AUTOPERCEPCIÓN DE PRÁCTICA, CONDICIÓN FÍSICA Y SALUD

AUTOPERCEPCIÓN DE PRÁCTICA, CONDICIÓN FÍSICA Y SALUD

7.1. Conceptualización.

En este apartado abordaremos la autopercepción de los sujetos en tres variables: autopercepción de su práctica, de su condición física y de su salud. La autopercepción de la práctica será analizada desde un enfoque biológico a partir de dos connotaciones: la *sensación* y la *percepción*. Los fisiólogos coinciden en señalar que el cerebro es el órgano responsable de las experiencias concientes vividas por el sujeto, las que emergen de la percepción de los órganos de los sentidos como la vista, olfato, tacto, oído, etc. Gran parte del conocimiento del sujeto no es producto sólo de dichos órganos de los sentidos, sino también de diferentes instrumentos científicos complejos como el telescopio, el sonar, el espectrofotógrafo, que complementan un conocimiento que no sería posible tener si no existieran dichos aparatos.

Sin embargo, el sujeto requiere estar convencido y creer que la información que recibe de los diferentes órganos de los sentidos y de otros medios, además forman parte importante de la existencia. Estos datos están integrados en el tejido de la vida misma, permitiéndole al sujeto, por ejemplo, medir la trayectoria de un vehículo y apartarse a tiempo. Es decir, los sentidos aportan información de peligro de todo lo que está en movimiento o estático y que pueda representar un riesgo.

La percepción es una actividad cerebral con un refinamiento extremo, para lo cual recurre a los depósitos de información de la memoria, requiere, por lo tanto, de una muy fina clasificación para hacer comparaciones e interpretaciones donde los referentes y experiencias son básicas.

Las conductas de los sujetos están estrechamente vinculadas con la percepción, es el producto final de muchos procesos (Stanley et al., 2001), sin embargo, una percepción puede ser errónea, los datos sensoriales no siempre son confiables, la percepción puede ser muy convincente, pero podría no corresponder a la realidad. Un ejemplo lo tenemos en la construcción del Partenón, esta construido totalmente distorsionado, a fin de compensar una ilusión visual errónea, otro ejemplo está en la percepción de una espiral y realmente ser una serie de círculos concéntricos. Es decir, en la percepción de la realidad pueden existir discrepancias muy importantes.

La percepción ha sido estudiada desde hace mucho tiempo por filósofos griegos, estudiosos árabes, académicos latinos, empiristas británicos, físicos y médicos alemanes. Todos ellos coinciden en señalar que las sensaciones y percepción son fundamentales, además, que muchas escuelas de pensamiento también han influido en la importancia de la sensación y la percepción, aunque cada una de ellas posee su propio punto de vista teórico.

Así existen psicofísicos, conductistas, teóricos sensoriotónicos, fisiólogos sensoriales, teóricos eferentes, expertos en inteligencia artificial y psicólogos computaciona-

les. A pesar de esto, existen varias teorías que niegan la existencia del hecho conciente de la percepción, aunque este coro de voces mencionadas reconocen ampliamente el estudio de la percepción.

El desarrollo del ser humano depende, en gran medida, de cómo se considera la naturaleza. A lo cual varios pensadores, según Papalia y Wendkos (1998), han planteado distintas explicaciones y teorías, entre otras, tenemos las siguientes:

- **Teoría evolucionista.**

Esta teoría explica los procesos de cambios psicológicos que ocurren en la vida humana. La psicología evolutiva es la parte de la psicología que se encarga de los procesos de cambios psicológicos que ocurren en la vida humana. Es necesario tomar en cuenta que la percepción del individuo siempre cambia a partir de todo su desarrollo, sabemos que no es igual el procesamiento de información de un niño de tres años que se encuentra en una etapa preoperatorio, al proceso mental de un joven o de un adulto mayor. Con esto se demuestra cuanto pueden variar las ideas acerca de un sólo tema en relación a la edad y etapa de desarrollo a la que nos enfrentamos (Mecee, 2000, citando a Piaget, 1954).

- **Teoría de desarrollo psicosexual.**

Según Sigmon Freud (1856-1939), la personalidad se forma en los primeros años de vida, cuando el niño enfrenta conflictos entre sus necesidades básicas biológicas innatas, relacionadas con la necesidad y las exigencias de la sociedad. Estos conflictos se suceden en etapas invariables, dónde el placer pasa de una zona corporal a otra (oral, anal, fálica, latencia y genital), por ejemplo, de la boca al ano y luego a los genitales.

- **Teoría de desarrollo psicosocial.**

Otros teóricos han puesto de manifiesto sus conocimientos de la percepción, a partir de sus teorías enfocadas en el desarrollo del individuo, teoría de desarrollo psicosocial de Eriksson (1953-1963). Para este autor, lo más importante en el sujeto es la búsqueda de la identidad, desde su nacimiento hasta la vejez, transitando por una serie de situaciones emocionales (confianza básica frente a la desconfianza, autonomía frente a la vergüenza y duda, iniciativa, industriosidad frente a la inferioridad, identidad frente a la confusión de la identidad, interioridad frente al aislamiento, productividad frente al estancamiento e integridad frente a la desesperanza). Definida a esta identidad como la confianza básica con una continuidad interior dirigida hacia el cambio, transitando por la vida hacia la vejez. Por su parte Vigotzky (1930) plantea que el comportamiento y la percepción del niño se forma con base al entorno y que se modifica según la tendencia que el mismo elije para enfrentase a su comunicación social.

- **Teoría cognoscitiva.**

Jean Piaget (1896-1980), considera a los sujetos como elementos activos y no reactivos, hace énfasis en el cambio cualitativo antes que cuantitativo, es decir, se interesa en el desarrollo del proceso del pensamiento, se interesan en estudiar la manera cómo los cambios del comportamiento, se reflejan en el cambio del pensamiento, o sea, toda

la persona desde la infancia, es el constructor de su propio mundo (Meece, 2000). Esta teoría supone que el desarrollo es resultado de los niños que interactúan en forma propositiva en su ambiente. Estos estudios nos llevan a pensar que el concepto de si mismo es el punto principal de la percepción del individuo.

7.2. Autopercepción.

Específicamente en el estudio de la sensación y percepción, se distinguen diferencias muy definidas. Según Schiffman (1997), se entiende por *sensación* ciertas experiencias cualitativas inmediatas y directas de los objetos, tales como la dureza, calidez, color, etc., las cuales son producidas por estímulos físicos aislados simples, está relacionada, principalmente, con la estructura fisiológica y actividad sensorioreceptora en general. Para este autor, existen varias teorías de la percepción, entre las más utilizada tenemos:

- *Teoría del reduccionismo*, se basa en supuestos que, para cualquier aspecto de la sensación del observador, hay un hecho fisiológico correspondiente, es común la búsqueda de unidades, rutas o procesos neurológicos específicos, que corresponden a experiencias determinadas.
- *Teoría de la percepción directa,* reúne un conjunto de teorías que parten de la premisa de que, la información necesaria para formar la percepción conciente, está en los estímulos que llegan a nuestros ojos, los cuales cambian de forma continua. Estos estímulos ayudan a predecir el tamaño, la forma, la distancia a la que se encuentran los objetos.
- *Teorías computacionales,* abordan cálculos matemáticos muy difíciles, entre ellos la geometría no euclidiana, transformaciones de puntajes de Fourier y otras.
- *Teoría constructivista*, una percepción visual puede comprender a otras fuentes de información, algunas de naturaleza no visual, otras que surgen de nuestras vivencias y de nuestras estrategias de pensamiento cognitivo. Es decir, utiliza la combinación de varios factores para construir la percepción final.

La *percepción* se refiere, por lo general, a los procesos psicológicos, en los cuales intervienen experiencias previas o la memoria y el juicio. Las percepciones requieren integrar atributos sensoriales, más bien de objetos y eventos que simples atributos o características.

En términos generales, podemos decir que la *sensación* y la *percepción* estudian una secuencia de actividad biológica, que consiste en una estimulación del medio ambiente externo, que afecta a los receptores sensoriales, los cuales generan actividad neural que determina una conducta. Es decir, la conducta está sujeta a la percepción que del medio ambiente tenga el sujeto.

Es indudable que el estudio de las percepciones tiene relevancia en los diferentes estudios, existiendo una infinidad de razones por las que se debe estudiar, entre las que podemos resaltar tres fundamentales:

1. Los temas de la percepción, ocupan un lugar esencial y primordial en la historia de la ciencia, en lo general, y en la psicología, en lo particular.

2. La facilidad con que la persona percibe su mundo externo en realidad, plantea un problema científico de trascendencia que debe ser examinado.
3. Por sí misma es interesante, busca responder a preguntas básicas relacionadas con la existencia cotidiana de los sujetos, por ejemplo: ¿cómo ve? ¿cómo escucha?, etc.

La definición tomada del diccionario de la Real Academia Española (2007), dice que la percepción "*es un componente del conocimiento, en donde el sujeto aplica el interactuar con el mundo objetivo al percibirlo. Por lo que la percepción está ligada al lenguaje, es entonces un elemento básico en el desarrollo cognitivo*". Esta definición es la que más se apega a nuestra línea de investigación en adultos mayores, la hemos tomado como referencia.

En realidad, cada sujeto tiene un concepto de sí mismo y, a partir de éste, organiza y procesa la información que le llega del exterior, la cual es recibida a través de los órganos de los sentidos, información importante, útil y necesaria para actuar en todos los actos de la vida. De esta manera, mantiene y desarrolla la autopercepción, es decir, el ¿cómo soy y cómo actúo? en la interacción con los demás en mi entorno. Esta descripción de si mismo se desarrolla y mantiene desde la juventud hasta la jubilación (Meléndez, 1996).

La autopercepción se puede tomar como un predictor de cambios en el sujeto, necesario al llegar a la tercera edad, aunque los acontecimientos lo obligan a modular sus decisiones ante diferentes situaciones, pero avanza en la misma dirección desarrollada a lo largo del ciclo vital.

Podemos distinguir dos tipos de autopercepción, una negativa y otra positiva. Un claro ejemplo de autopercepción negativa se presenta en aquellos sujetos que no han llegado a la jubilación. Algunos de estos, no aceptan los cambios biológicos y psicológicos que consigo trae el incremento de la edad, como cambios en la piel, en el cabello, vista, en la estructura corporal, algunos cambios en la memoria, como el olvido. Es decir, cambios significativos que normalmente acompañan al sujeto en su evolución hacia la tercera edad, aunque en muchas ocasiones es difícil de aceptar, sobre todo en etapas de la adultez. Pero, cuando arriban a la tercera edad, estos sujetos pueden tener autopercepción de ser viejos y actúan como más viejos de lo que realmente son, inclusive estas profecías algunas veces se cumplen.

La autopercepción de ser viejo tiene expectativas esteriotipadas de las posibilidades y capacidades del sujeto, que con frecuencia son sobreestimadas. La experiencia le dice al sujeto que, cuándo es viejo, primero lo percibe a través de otros y después de sí mismo. De la calidad de esta experiencia, depende el mantenimiento de un aspecto vital y saludable, sin embargo, algunos sujetos ponen como pretexto la edad para abandonar algunas actitudes, como la actividad física mental y social, no preguntemos qué hace la edad en los sujetos, sino qué hacen los sujetos con la edad.

7.2.1. Autopercepción de la práctica.

Como hemos visto en epígrafes anteriores, la autopercepción es producto de la experiencia del sujeto a lo largo de la vida, la cual depende de patrones de conducta

que define el comportamiento ante una situación determinada, como sucede cuando necesita determinar la práctica físico-deportiva.

Esta evaluación subjetiva de la autopercepción de la práctica nos dará la posibilidad de conocer el estado físico percibido, sin olvidar que esta percepción es producto de la organización y procesamiento de la información que recibe del exterior y es una apreciación subjetiva del sujeto, la cual está asociada a la autoconstrucción de su imagen corporal, la que puede o no coincidir con la realidad.

La autopercepción de la práctica física no es la misma en todos los sujetos. Los deportistas, lógicamente, presentan mejor percepción sobre su práctica, frente a las percepciones más débiles de los no practicantes (Piéron, 2002).

En la revisión bibliográfica realizada, encontramos pocos estudios científicos que aborden esta variable. Los datos encontrados que señalan la percepción de los sujetos de su práctica físico-deportiva, son muy escasos, lo que significa que requiere y urge indagar si la información acumulada a lo largo de la evolución hacia la ancianidad, es suficiente para determinar la buena, regular, mala percepción de su práctica físico-deportiva en diferentes poblaciones, considerando que las conductas de los sujetos están estrechamente relacionadas con la percepción, producto final de muchos procesos, como lo afirman Stanley et al. (2001).

7.2.1.1. Autopercepción de la práctica según el sexo.

Los científicos coinciden en señalar que la percepción de la práctica física es diferente entre hombres y mujeres. A través de los tiempos, en todos los países del mundo, hay una larga tradición sobre que los hombres realizan mayor práctica físico-deportiva que las mujeres, donde se unen algunos valores tradicionalmente atribuidos al deporte.

La diversidad de instrumentos utilizados en la evaluación de la percepción nos lleva a un estudio realizado, en Valencia, por Balaguer y Pastor (2001), quienes establecieron índices para medir la autopercepción, con valores entre 1 y 6. Estas investigadoras encontraron que los hombres adolescentes valencianos tienen un índice de alta percepción de su práctica física de 2,96%, frente al 2,81% de las mujeres, dónde 1 es baja y 6 es alta percepción.

Es común que los sujetos activos tengan percepción de su práctica diferente a los sujetos inactivos, en ambos sexos. En un estudio llevado a cabo en el Principado de Andorra, Piéron (2003) encontró que los hombres activos tienen alta percepción de su práctica fisco-deportiva. Sin embargo, en las mujeres no ocurre lo mismo, ya que después de un aumento de más del quince por ciento entre 14 y 15 años, la proporción de las mujeres activas con buena percepción de su práctica se reduce regularmente, en cambio, la proporción de percepciones altas se estabiliza durante la adolescencia en las chicas pasivas.

Estos resultados se confirman con el estudio realizado por Porras (2006), quien señala que los jóvenes de 14 a 17 años, en ambos sexos, perciben tener buena práctica física. Los hombres (20,22%) mayor que las mujeres (15,35%), lo cual refleja la tenden-

cia que tienen los adolescentes en relación con los estereotipos sociales masculinos y femeninos referidos al ámbito físico-deportivo.

7.2.1.2. Autopercepción de la práctica según la edad.

Muchos investigadores coinciden en señalar que, con el incremento de la edad, la percepción de la práctica física se modifica. Por ejemplo, en etapas de la juventud, el mundo de la cosmética (incluyendo la cirugía) tiene una gran parcela dedicada a ocultar el envejecimiento (Piñón, 1999) y, con ello, pueden tener una percepción equivocada de la vida. Los científicos Monteiro y Mancussi (2006) señalan que, con la práctica física se obtienen algunos beneficios, pero que son temporarios y que pueden ser mantenidos, sólo si la actividad del individuo es constante y regular durante la transición de una etapa a otra de la vida.

Lo que se comprueba con la percepción que tienen los niños de primaria, sin embargo, es diferente cuando cursan la secundaria, lo mismo sucede en los sujetos inactivos y activos, incluso en aquellos activos que se encuentran practicando diferente tipo de actividad física. Como se puede apreciar en el estudio realizado por Gracia y Marcó (2000) quienes estudiaron a los adultos mayores de Girona, con edades comprendidas entre 61 y 77 años, desarrollando dos programas, uno aeróbico y otro anaeróbico. Estos investigadores encontraron que los que practicaron actividad física aeróbica, el 91,94% tuvo una percepción positiva de su práctica, frente al 88,03% de los que practicaron actividad física anaeróbica, lo que significa que los dos tipos de práctica pueden inducir a cambios positivos en los sujetos, pero es mayor en aquellos practicantes de actividad aeróbica.

Los beneficios percibidos por los adultos mayores, confirman que la práctica físico-deportiva contribuye a la salud física y mental. Según Duarte et al. (2003), los sujetos menores de 70 años tienen una percepción más positiva que aquellos que tienen 70 años o más, principalmente si poseen mayor nivel cultural.

7.2.2. Autopercepción de la condición física.

La condición física es otra variable que el sujeto puede evaluar desde su propia percepción. Según Cuevas (1994), los andaluces tienen una percepción de poseer buena condición física (19%), pero tienen mayor porcentaje (44%) los que perciben tenerla aceptable. Si embargo, más de la tercera parte de los encuestados tienen mala percepción de su condición física.

Años más tarde, los resultados del análisis discriminante de Atienza et al. (1999) refieren que la autopercepción de la condición física es positiva, sobre todo en aquellos jóvenes activos que mantienen una relación más fuerte con la práctica de ejercicio físico.

En esta línea encontramos el estudio realizado en el medio rural aragonés del servicio comarcal de deportes "Corredor del Ebro" y el municipio Fuentes del Ebro (Nuviala, 2003), se observa que el 42.6% de la población estudiantil opina que su condición física es normal, seguida de un 14% que dice que es muy buena, un 30% que afirma que es buena, el 10,6% tiene una percepción de su condición física que es un

poco mala y sólo un 2.8% afirma que es mala. Es decir, la percepción es elevada en etapas de la juventud, pero con el paso de los años disminuye significativamente.

Muy parecidos son los resultados de los andaluces, Otero (2004) encontró que la mayoría tienen una percepción buena o aceptable (38,4%) de su condición física, en el extremo opuesto se localizan los declaran tener condición física francamente mala 2.4% y un 11.5% que dicen tenerla deficiente. Señala, además, que los practicantes de algún deporte perciben tener mejor condición física que los no practicantes.

En los avances de resultados de la encuesta de hábitos deportivos de los españoles de 15 a 74 años, según García Ferrando (2005), el 45% de los encuestados perciben tener buena condición física, el 45% percibe tenerla aceptable y un 2% percibe tener mala condición física.

Ruiz Juan y García Montes (2005) encontraron que, los almerienses, el 58,4% tienen una percepción positiva de su condición física, otra parte de esta población (31,6%) percibe una regular condición física, frente al 9,9% que dice tener condición física negativa. Sobresale el hecho que esta percepción la tienen aquellas localidades que poseen menos de dos mil habitantes.

La población sevillana, según Porras (2006), afirma tener condición física normal (47.3%), en el extremo opuesto se localizan los que perciben tener mala condición física (8.3%) y menos del cinco por ciento (4,4%) de los encuestados perciben tener excelente condición física. Con estas cifras podemos decir, en términos generales, que los sevillanos autoevalúan su forma física como muy satisfactoria.

La población cubana tiene una percepción de su condición física bastante elevado, como podemos apreciar en un estudio realizado en los habaneros mayores de 16, según Ruiz Juan et al. (2005), tienen una percepción buena de su condición física por arriba del cincuenta y cinco por ciento (55,9%) de los encuestados, un 30,9% perciben tener regular condición física y un poco más de una décima parte (13,1%) dicen tener mala condición física.

7.2.2.1. Autopercepción de la condición física según el sexo.

En varias investigaciones se observa que los hombres son más practicantes que las mujeres, (ENED, 2002; Nuviala, 2003; Otero, 2004; Porras, 2006). En este estudio nos interesa conocer la percepción de ambos sexos con respecto a su condición física. Podemos apreciar, en un estudio realizado en hombres y mujeres andaluces por Cuevas (1994), que los hombres dicen percibir buena condición física más que las mujeres, en tanto que las mujeres (40,7%) tiene una percepción desfavorable de su condición física, ya que sólo el 11.4% de ellas dice percibir una condición física positiva.

Igualmente, en etapas de la adolescencia, esta percepción favorece a los hombres, como se puede apreciar en los resultados de un estudio realizado en alumnos de 11 a 17 años de la comunidad de Valencia (Castillo et al., 1997), determinaron que los chicos consideran tener buena condición física (65,5%), frente al 33,5% de las mujeres.

Por su parte Piéron et al. (2001), refieren que, aunque los hombres tienen mejor percepción de su condición física frente a las mujeres, los porcentajes de las percepción

atléticas está por debajo del 40%, siendo estos más bajos de los presentados por Catillo et al. (1997).

Pastor y Balaguer (2001) revelan que aquellos adolescentes que practican regularmente deportes, presentan una autopercepción positiva de su condición física al mismo tiempo que se sienten más satisfechos con su apariencia física.

Los principales resultados de la encuesta de hábitos y actitudes de los andaluces ante el deporte, realizada en el 2002 por el Observatorio del Deporte Andaluz (ODA), según Otero (2003), muestran que los hombres (40,6%) consideran tener mejor condición física que las mujeres (10,9%). Esta percepción está vinculada con la práctica de actividades físicas, en la que los hombres tienen mayor participación, por lo que podemos intuir que serán estos los que tienen una percepción más positiva frente a las mujeres.

Según Nuviala (2003), la población estudiantil del Corredor del Ebro y el Municipio Fuentes del Ebro, refieren que los hombres tienen una percepción positiva de su condición física como muy buena (22,4%), frente al 6,1% de las mujeres.

Atendiendo al género, Otero (2004) indica que los hombres tienen una percepción más positiva de su condición física que las mujeres, siendo hasta cierto punto normal porque frecuentemente los hombres son más practicantes que las mujeres.

Sin embargo, en algunas poblaciones la percepción de la condición física es similar en los hombres y las mujeres, como se puede observar en un estudio de la población de jóvenes de 14 a 17 años de Murcia, según Gálvez (2004), ambos sexos señalan tener buena condición física.

Pero los almerienses muestran diferentes resultados, la percepción de la condición física es más positiva en los hombres. Según Ruiz Juan y García Montes (2005), éstos en mayor porcentaje (62%) dicen tener una percepción positiva de su condición física frente al 55% de las mujeres.

Centrándonos en la población de adultos mayores de 60 años, encontramos estudios como el realizado por Moreno et al. (2003) en los adultos mayores institucionalizados de Granada, dónde los hombres dicen percibir una condición física normal para su edad, contrario de las mujeres ya que éstas no se sienten limitadas en su movilidad.

Los hombres sevillanos, según Porras (2006), consideran tener una condición física normal en general, destacando que sólo un bajo porcentaje (7%) dice tener una condición física mala. En el extremo opuesto se localiza un 10% de los sujetos que opinan percibir una condición física excelente y casi uno de cada cuatro percibe tener buena condición física. En el caso de las mujeres, encontramos que los resultados varían de forma importante al registrarse datos bastante significativos. Estas son más críticas con su estado físico. El mayor porcentaje de mujeres sevillanas percibe tener una condición física normal llegando a más del 34% del total. Por otro lado, en comparación con los hombres, las mujeres perciben su condición física muy mala, el doble que los hombres, alcanzando más del 12% de las respuestas. Del mismo modo, sólo 17 de cada 100 mujeres sevillanas percibe que su condición física es buena, contrastando con los casi 24 de cada 100 hombres.

Altos porcentajes de buena condición física perciben los hombres y mujeres de La Habana (Cuba). Se puede apreciar, en un estudio realizado por Ruiz Juan et al. (2005), que el 61,8% de los hombres tienen una percepción buena de su condición física, regular el 28,8% y solamente el 9,4% percibe tener mala, frente a las mujeres que perciben tener buena condición física el 50,8%, las que la perciben regular un 32,8%, un poco superior a la de los hombres, sin embargo, casi el doble (16,4%) percibe tener mala condición física.

7.2.2.2. Autopercepción de la condición física según la edad.

En estudios realizados en adolescentes murcianos, según Gálvez (2004), podemos observar que estos perciben una condición física bastante competente (38%), el 55,2% la percibe regular y sólo el 6,9% percibe mala condición física.

El estudio de Hellín (2003) nos muestra que, en la región de Murcia, las personas entre 41 y 64 años son los que mayormente perciben tener una condición física más negativa, pero en la franja de edad más joven sucede lo contrario, tienen una percepción más positiva.

Otero (2004) señala que la percepción de la condición física empeora conforme aumenta la edad, percibiéndose las mejores tasas de excelente condición física (15,8%) en los más jóvenes y de una forma física francamente mala (8,3%) en los mayores de 65 años. De esta manera, este investigador concluye que la edad influye fuertemente en la percepción que tienen los sujetos de la condición física y que tiene la tendencia a empeorar con el incremento de la edad.

Esta condición se puede observar en los estudios realizados en Almería por Ruiz Juan y García Montes (2005) quien refiere que los almerienses que se localizan entre los 15 y 44 años tienen buena percepción de su condición física. En el extremo opuesto se encuentran los mayores de 60 años que tienen una peor percepción de su condición física. Los sujetos, que se localizan entre las franjas de edad de 15 a 59 años, por encima del 60% tienen una percepción positiva de su condición física, sin embargo, al pasar los sesenta años, el porcentaje de los que dicen tener positiva percepción de su condición física disminuye hasta el 37,4%. Por otro lado en esta franja de edad (15-59 años) tienen una percepción negativa menos del ocho por ciento (7,7%), sin embargo, en los sujetos mayores de 60 años el porcentaje de los que dicen tener una condición física negativa esta por encima de una quinta parte de la población (22,7%). Significa que la percepción positiva disminuye en la medida que la edad incrementa.

Diferentes porcentajes se pueden observar en los resultados de un estudio realizado en sujetos de la población sevillana de 5 a 74 años de edad. En el grupo de edad de 5 a 14 años, la percepción de su condición física es positiva para un 37,58%, solamente un porcentaje inferior (2,1%) dice tener mala condición física. Sucede al contrario con el grupo de edad de 60 a 74 años, refieren tener una condición física muy mala el 14,87% y solamente el 5,13% perciben una condición física positiva (Porras, 2006). Los datos muestran la tendencia que, en la etapa de la adolescencia, el sujeto tiene una percepción positiva mayor que cuando pasa de los 60 años, observándose que el mayor descenso de la autopercepción sucede en la franja de edad de 15-24 años.

En países latinoamericanos, como La Habana (Cuba), podemos observar en un estudio en sujetos mayores de 16 años realizado por Ruiz Juan et al. (2005), que en las franjas de edad de 16 a 44 años los porcentajes de los que perciben tener buena condición física está cerca de las tres cuartas partes (70%), casi una cuarta parte (24%) percibe tener regular condición física y menos del ocho por ciento (7,1%) percibe tener mala condición física en las mismas franjas de edad. Sucede lo contrario en la franja de edad de los mayores de 65 años, un porcentaje menor a una cuarta parte (20,8%) percibe tener buena condición física, el 44,5% percibe tenerla regular y un porcentaje bastante alto (34,7%) percibe tener mala condición física.

7.2.3. Autopercepción de su salud.

Es evidente que la percepción del estado de salud del sujeto está íntimamente relacionada con sus hábitos de vida. Como podemos apreciar, en diferentes partes del mundo, los sujetos tienen una percepción de su estado de salud que no siempre es coincidente con la percepción que tienen aquellos sujetos de países menos desarrollados. Según estudios realizados por EUROSTAD (1997), los daneses, griegos e irlandeses, consideran tener muy buen estado de salud, misma valoración le dan los portugueses, alemanes, franceses, sin embargo, los españoles, que presentan además parecidos niveles de desarrollo económico, tienen una percepción más negativa de su salud

En este orden de ideas, podemos observar que la percepción de la salud esta íntimamente relacionada con el nivel de práctica de actividad físico-deportiva de los sujetos, como lo demuestra un estudio realizado en tres comunidades del sur de Australia (McDougall et al., 1999). Encontraron que los sujetos moderadamente activos tuvieron una percepción buena o muy buena salud, con un porcentaje superior al cincuenta por ciento (57,6%), un porcentaje menor (45,5%) perciben tener regular salud y en menor porcentaje dijeron tener salud pobre o muy pobre. Estos últimos están relacionados con aquellos que señalaron tener poca actividad física.

Se puede decir que la percepción de la salud es un indicador subjetivo que puede ser utilizado como predictor de futuras situaciones y necesidades de los sujetos. De esta manera, el estado de salud es uno de los principales determinantes de la calidad de vida (Aspiazu et al., 2002).

Los resultados de la investigación en los adultos mayores de 65 años no institucionalizados de la comunidad de Madrid, según Aspiazu et al. (2002), indican que más de la mitad de la población (52,1%) percibe tener muy buena o buena salud, frente a los que perciben tenerla regular, mala o muy mala salud (47,9%), correspondiendo a las mujeres el mayor porcentaje de salud negativa.

Valores porcentuales superiores se puede apreciar en los resultados de un estudio realizado sobre las personas mayores españolas, por el Instituto de Mayores y Servicios Social (IMSERSO, 2004), que indica que en esta población el 71% tuvo una percepción positiva de la salud, sin embargo, en la medida que la edad se incrementa, la percepción positiva de la salud disminuye significativamente.

Sin embargo, esta percepción de la salud, según Bertollo et al. (2003) puede ser modificada principalmente en aquellos jóvenes que son practicantes de actividad físico-deportiva.

En los adultos mayores parece que la salud se percibe a partir de tres aspectos importantes: capacidad para desenvolverse en la vida cotidiana, grado de independencia y satisfacción con la vida, más que de las condiciones materiales como el nivel de ingreso o de estudios, en un estudio transversal realizado en la Universidad de Huelva, en población mayor de 65 años. Mendoza et al. (2004), señalan que el 31% de la población percibe tener buena salud general y un porcentaje mayor (43%) percibe tener salud regular.

Porcentajes mayores muestran los almerienses, como se puede apreciar en los resultados del estudio realizado por Ruiz Juan y García Montes (2005) que encontraron que más de las dos terceras partes de la población (69,5%) percibe tener buena salud, un poco más de una cuarta parte (26,2%) dicen tener salud regular, frente al 4,4% de los que afirman tener mala salud.

Datos del Centro de Investigación Sociológica, refiere que los españoles jubilados que vivieron épocas de escasez (Bazo, 2007) tienen una percepción buena o muy buena de su salud (42%), frente a un porcentaje bastante similar (40%) que percibe poseer salud regular, pero menos de una quinta parte de los jubilados (18%) percibe tener mala o muy mala salud.

En otras áreas geográficas europeas, como podemos apreciar en algunas poblaciones desarrolladas (Dinamarca, Reino Unido, Estados Unidos, Italia y Holanda) presentan percepciones inferiores a países con grandes poblaciones y con serios problemas económicos como Indonesia, Paraguay, Nepal, Perú, Bangladesh y Cuba. Por otro lado, países asiáticos, como China (Sadana et al., 2000), y norteamericanos, como Canadá (PAMS, 2002), que cuentan con alto desarrollo económico y con políticas sanitarias populares muy desarrolladas, tienen alta percepción de su salud.

En países Latinoamericanos, como México, las condiciones de salud todavía son medidas a través de indicadores de mortalidad o de reportes de demanda de atención de algunas enfermedades Actualmente ya se está utilizando la encuesta como instrumento de recolección de datos, con preguntas sobre su percepción de la salud actual, reflejando el estado de bienestar integral y social y no solamente fisiológico o clínico. Así lo demuestra un estudio realizado en mayores de 18 años por la ENED (2002), que reporta que, en los mexicanos, el 66% tienen una percepción positiva de su salud.

En un estudio transversal realizado en las áreas urbanas y rurales del estado de Morelos (México), para conocer la percepción de la salud general de los adultos mayores de 60 años, Gallegos et al. (2003) señalan que el 88% de los encuestados perciben tener excelente, buena y regular salud, pero es sobresaliente que el 68% percibe tener mala o muy mala salud, siendo las mujeres las que poseen los más altos porcentajes de salud negativa.

Porcentajes diferentes se puede observar en los resultados de un estudio en adultos mayores residentes de la población activa de Bogotá (Colombia). Según Gómez

et al. (2005), tienen buena o muy buena autopercepción de su salud un 47,8%, sin embargo, más de una cuarta parte de la población (27,9%) perciben tener mala salud.

Porcentajes superiores se han encontrado en la población habanera, según Ruiz Juan et al. (2005). El 68% de los cubanos perciben tener buena salud, el 25% regular y un bajo porcentaje (7%) percibe tener mala salud.

Porcentajes más altos fueron encontrados en siete ciudades latinoamericanas y del Caribe (Buenos Aires, Bridgetown, México, Ciudad de la Habana, Montevideo, Santiago de Chile y Saupaulo) según Wong et al. (2005), indican que en un estudio de la salud general en adultos mayores de 60 años, en Buenos Aires y Montevideo, perciben tener mayor porcentaje de su salud (60%), Bridgetown y Saupaulo el 50%, Ciudad de la Habana, Santiago y México, entre el 30% y el 40%. Así mismo, señalan que, en todas las ciudades estudiadas, los sujetos presentan una autopercepción de salud excelente (6%) con un porcentaje muy bajo. La proporción de la población de tener mala salud fue del 5% al 7% en Buenos Aires, Montevideo y Bridgetown, seguido por La Habana con el 13%, Santiago de Chile con el 18% y México DF con el 19%.

Muy similar son los resultados de otro estudio realizado en mexicanos en adultos de 60 años (Gallegos et al., 2006), el adulto mayor mexicano percibe tener buena o regular salud y solamente el 19,8% percibe tener mala o muy mala salud.

7.2.3.1. Autopercepción de su salud según el sexo.

Estudios de la percepción de la salud muestran que no siempre los hombres tienen mayor porcentaje de buena o muy buena salud, tal y como podemos observar en el estudio realizado en adolescentes de 11 a 17 años de Valencia (Castillo et al., 1997), que indica que los chicos tienen una percepción de su salud bastante buena (48,6%) y solamente el 8,9% percibe tener salud poca sana. Sin embargo, cerca de dos terceras partes de las chicas (65,7%), tienen una percepción bastante buena de su salud, sólo el 6% la considera poco sana. Es decir, en etapa de la adolescencia algunos estudios muestran que las mujeres tienen una percepción de su salud bastante mejor que los hombres.

Si nos centramos en los adultos mayores de 60 años podemos observar, en estudios realizados en la Universidad de Huelva (Mendoza et al., 2004), que los hombres tienen una percepción más positiva que las mujeres. Esta tendencia es común ya que las mujeres presentan mayores niveles de morbilidad y hacen mayor uso de los servicios de salud. Similar percepción muestran los españoles, según IMSERSO (2004), los hombres mayores de 65 años perciben tener buena salud (42,7%), frente al 30,9% de las mujeres.

Pero en otras comunidades españolas, como Almería, se encontraron altos porcentajes en ambos sexos. Según Ruiz Juan y García Montes (2005) cerca de las tres cuartas partes de los hombres almerienses, el 73%, percibe tener buena salud, frente al 65,9% de las mujeres. Similares porcentajes muestran hombres (24,2%) y mujeres (28,2%) con respecto a tener salud regular, frente a solamente el 2,8% de los hombres y el 5,9% de las mujeres que perciben tener mala salud.

Indagando sobre la influencia de la actividad físico-deportiva y la salud percibida en los adultos mayores institucionalizados de Granada, Moreno et al. (2006) encontraron que los hombres y las mujeres tienen la percepción de que su salud es adecuada a su edad, solamente entre el 25% y el 30% de los hombres y el 38% el 60% de las mujeres tienen una percepción negativa de su salud, es decir, las mujeres tienen la tendencia de percibir, en mayor porcentaje, salud como negativa.

En países Latinoamericanos como México, la percepción del estado de salud de es mejor entre hombres que entre mujeres. En un estudio realizado en la población mayor de 18 años se aplicó una encuesta a nivel nacional para determinar la percepción de la salud en hombres y mujeres (ENED 2002). Encontraron tanto los hombres como las mujeres tienen buena percepción de su salud, cerca de las dos terceras partes de los hombres encuestados (70%) perciben que su estado de salud es bueno, frente al 62% de las mujeres que tienen la misma opinión, no existiendo importantes variaciones entre los 32 estados que integran la república mexicana.

El servicio sanitario tiene una influencia muy marcada en la percepción de la salud de los sujetos, así lo demuestra un estudio descriptivo de tipo transversal realizado en Teusaquillo de Bogotá (Colombia). Según Mantilla (2006), las mujeres de 40 a 49 años que no están afiliadas a la seguridad social, perciben su estado de salud regular a mala, contrario a los hombres que también no están afiliados a la seguridad social que, sin embargo, dicen tener un estado de salud muy bueno, diferencia puede deberse a los distintos roles de los géneros, según las normas sociales y culturales prevalecientes.

La percepción de la salud es diferente en países de la misma región geográfica, debido probablemente a factores sociales, culturales y económicos, como se puede observar en los resultados de un estudio realizado en adultos mayores de 60 años de siete diferentes regiones geográficas de de Latinoamérica y del Caribe. Según Wong et al. (2005), ambos sexos tienen una percepción de su salud de regular a mala, siendo el porcentaje más alto en las mujeres frente a los hombres en todas las ciudades estudiadas excepto en Sao Paulo, Brasil. En Buenos Aires los hombres muestran un 28,4% frente al 38,4% de las mujeres, en Bridgetown los hombres 38% y las mujeres 50,7%, en Santiago los hombres 54,1% y las mujeres 64,8%, Ciudad de la Habana los hombres con 53,7% frente al 68,1% de las mujeres, México D.F. 66,3% los hombres y 71,3% las mujeres y, por último Montevideo con 30,3% de los hombres frente al 43,7% de las mujeres.

Igualmente, altos porcentajes de la percepción de la salud se puede apreciar en un estudio realizado en la población habanera mayor de 16 años. Según Ruiz Juan et al. (2005), los hombres perciben tener buena salud (74%), menos porcentaje (21,2%) muestran los que perciben tener regular salud y solamente el 4,9% percibe tener mala salud. Porcentajes muy similares presentan las mujeres, estas perciben tener buena salud el 62,8%, las que la perciben tener regular salud es el 28,4% y casi el doble que los hombres (8,9%) percibe tener mala salud.

Porcentajes diferentes se pueden observar en un estudio realizado en Bogotá (Colombia), según Gómez (2005) los hombres adultos mayores activos residentes tienen buena o muy buena autopercepción de su salud, más que el sexo opuesto, esta percepción es similar a poblaciones de otros países. Otro estudio en mexicanos realiza-

do en adultos mayores de 60 años (Gallegos et al., 2006) señalan que las mujeres tienden a percibir su salud más mala que la de los hombres.

7.2.3.2. Autopercepción de su salud según la edad.

Los investigadores coinciden en señalar que con el incremento de la edad la percepción de la salud tiende a disminuir. Así se puede apreciar en un estudio transversal realizado en sujetos mayores de 65 en Huelva, según Mendoza et al. (2004), el grupo de los más jóvenes (65 a 69 años) perciben tener buena salud (32,9%), en tanto que los grupos de edad de 85 años y más el 24,3% tienen una percepción de salud pobre. Lo cual tiene relación con la valoración que hacen de sus habilidades necesarias para su vida cotidiana, que a esta edad son escasas, haciéndolos más independientes.

Similares resultados se pueden apreciar en los españoles mayores de 75 años, según un estudio realizado por IMSERSO (2004), los sujetos de esta edad dijeron tener una percepción buena de su salud (37,9%), frente al l8% que percibe tener mala salud.

Para confirmar los señalamientos anteriores, observamos en un estudio realizado en los almerienses mayores de 15 años. Según Ruiz Juan y García Montes (2005), descubren que en las franjas de edad que se localizan entre los 15 a 59 años, tienen una percepción positiva, por encima del 61,7%. Sin embargo, en los adultos mayores de 60 años, la percepción de buena salud disminuye al 42,9%. Los porcentajes de los que señalan percibir mala salud en la primer franja de edad (15 a 59 años) es solamente del 3,6%, pero los adultos mayores (60 años y más) este porcentaje se incrementa hasta el 12,5%. Lo que demuestra que los porcentajes de percibir salud negativa se incrementa con la edad.

En algunos países de Europa, la percepción de los sujetos difiere con el paso de los años, como podemos observar en los resultados de una investigación realizada por Piéron et al. (2001) que indagaron la percepción de los sujetos en siete países europeos, (Bélgica, Gran Bretaña, Suecia, Estonia, Finlandia, Alemania y Hungría). Encontraron que los niños de 12 años tienen una percepción más positiva con respecto a su estado de salud que los de 15 años. Es decir, la percepción positiva tiene la tendencia a disminuir en su evolución con respecto a la edad.

En algunos países Latinoamericanos, se ha investigado sobre la percepción de la salud. Se observa que la autopercepción, de buena o muy buena salud, se encuentra relacionada con la edad, los más jóvenes frecuentemente tienen esta percepción buena de su salud así como los de mayor ingreso y los más educados. En la población joven, según estudio llevado a cabo por ENED (2002), señala que los mexicanos que se localizan en los grupos de edad de 18 a 44 años tienen una percepción buena de su salud. Sin embargo, hay una tendencia muy marcada a perder esta percepción positiva de su salud con el paso de los años.

Igual que en otros países latinos, los porcentajes de buena salud en los mayores difieren entre los sujetos de otros países. Según Rossi y Triunfo (2004), los adultos mayores de 60 años de Montevideo (Uruguay), el 40,5%, dicen tener buena salud, frente al 30% de los que perciben tener salud regular, dicha percepción está bastante relacionada con haber tenido una excelente salud los primeros 15 años de la vida.

En un estudio transversal realizado en la población activa de Bogotá (Colombia), según Gómez (2005), los grupos más jóvenes (18 a 29 años) perciben tener buena o muy buena salud, contrario a los sujetos que se localizan en los grupos de edad más avanzados (50 a 65 años) confirmando las apreciaciones de algunos investigadores (Aspiazu et al., 2002; Hellín 2003; ENED, 2002).

Altos porcentajes muestran los sujetos en las primeras franjas de edad, como lo podemos observar en un estudio realizado en la población de la habanera mayor de 16 años. Ruiz Juan et al. (2005) encontraron que, en las franjas de edad de 16 a 44 años, por encima del 79,4% percibe tener buena salud, entre el 11 y 16% percibe tener regular salud y menos del 4% percibe tener mala salud. Sin embargo, en la franja de edad de mayores de 65 años, el 68% percibe tener buena salud, una cuarta parte (25%), percibe tener regular salud y solamente el 7% dice tener mala salud. En esta población se observa una tendencia a mantener los porcentajes altos de percepción de buena salud.

Similar percepción presentan los mexicanos, como podemos apreciar en un estudio realizado por Gallegos et al. (2006), muestran que a mayor edad peor estado de salud, con excepción del grupo de mayores de 90 años en quienes el porcentaje de mala percepción general de salud disminuyó a menos del 20%. Esta proporción fue similar a la que se observó en el grupo de 65 a 69 años. La percepción de buena salud se mantiene por encima del 74% en todos los grupos de edad, con excepción del grupo mayor de 90 años que pasa del 82%.

7.3. Análisis y discusión de los resultados.

En este apartado abordaremos otros aspectos psicológicos como la autopercepción de su práctica física, condición física y de su salud de los sujetos. Partiendo de las afirmaciones de Stanley et al. (2001), quienes afirman que la percepción está sujeta a las experiencias concientes vividas por el sujeto. En este estudio hemos acudido a esas experiencias y al recuerdo de más de cuarenta años para estimular la información acumulada en este tiempo y que forma parte importante de la existencia de ser humano.

Centrándonos particularmente en la percepción de los sujetos, servirá para continuar en la integración de nuestra tesis doctoral, abordando primeramente la percepción que posee esta población de su práctica física, seguida de su condición física y, por último, la percepción de su salud.

Contrastar los resultados obtenidos de la autopercepción es bastante complejo, no es frecuente el abordaje de estas variables y la autopercepción en las diferentes etapas de la vida de los sujetos, los datos son escasos, principalmente, de la práctica físico-deportiva de tiempo libre.

Para indagar sobre la percepción que los sujetos tienen, hemos establecido cuatro categorías. Se plantearon las preguntas ¿Diría usted que la práctica de actividad físico-deportiva fue muy alta, alta, baja o muy baja en la etapa de dependencia familiar, independencia familiar y adulto mayor de 60 años? ¿Y su condición física fue muy buena, buena, mala o muy mala? ¿Y su salud?, se pidió que respondieran espontáneamente.

7.3.1. Autopercepción de la práctica.

Para facilitar el análisis estadístico de las cuatro posibles respuestas, se recodificaron en dos categorías, autopercepción positiva y autopercepción negativa. Podemos apreciar que la autopercepción de la práctica de actividad física de tiempo libre de los sujetos en la etapa de dependencia familiar, es positiva con el 97,1%, disminuyendo al 94,1% en la etapa de independencia familiar y un poco más de diecinueve puntos porcentuales (78%) al llegar a la etapa de adulto mayor (tabla 7.1). Lo que significa que los porcentajes de la percepción positiva disminuyen con el paso de los años.

Nuestros resultados son coincidentes con las apreciaciones de Meléndez (1996) y Gracia y Marcó (2000) quienes señalan que la percepción de los sujetos se modifica con el paso de los años. En nuestros datos, la percepción señalada en la primera etapa de la vida, se modifica en las dos etapas siguientes, con la tendencia a ser más negativa en tanto que el sujeto evoluciona hacia el final de la vida.

Este comportamiento es congruente con el comportamiento señalado en la teoría evolucionista de Jean Piaget que refiere que la autopercepción es cambiante durante todo su desarrollo. Es decir, una idea puede ser modificada en momentos distintos de la vida. De igual manera es coherente con la teoría cognoscitiva del mismo autor, quien señala que los comportamientos, se modifican por los cambios del pensamiento, por lo tanto, el conocimiento permite al sujeto modificar la percepción de su comportamiento (Mecee, 2000).

7.3.1.1. Autopercepción de la práctica según el sexo.

La autopercepción que tienen los individuos encuestados de su práctica físico-deportiva fue analizada con respecto al sexo. El análisis estadístico indica que en las etapas de dependencia familiar y adulto mayor, no existen diferencias estadísticas significativas, los porcentajes se localizan en torno al promedio central de la muestra. Sin embargo, existen diferencias estadísticas significativas en la etapa de independencia familiar, las mujeres tienen una autopercepción más negativa frente a los hombres de su práctica física por encima de cinco puntos porcentuales del promedio general. En consecuencia, son los hombres los que poseen una percepción más positiva (96,6%) con ocho puntos porcentuales por encima de las mujeres (88,6%) (tabla 7.2). Es decir, la autopercepción negativa de la práctica física de tiempo libre es mayor en las mujeres. Lo que unido a que son las más inactivas, resultaría que a menor práctica mayor percepción negativa.

En línea general, nuestros resultados coinciden con los datos obtenidos por Balaguer y Pastor (2001), estudio realizado en la población de Valencia, en el que se constata que los hombres tienen mayor percepción positiva que las mujeres quienes, tradicionalmente, son menos practicantes y, por lo tanto, muestran una percepción de su práctica más negativa. Se observa que existe una cierta concordancia con los señalamientos de Piéron (2002), Piéron (2003) y Porras (2006), quienes dicen que la percepción no es la misma en todos los sujetos, los practicantes presentan una mejor percepción frente a los menos practicantes, que poseen una percepción más débil de práctica físico-deportiva.

7.3.1.2. Autopercepción de la práctica según la edad.

Al acudir al recuerdo de casi medio siglo, observamos que los datos estadísticos revelan que, en la etapa de dependencia familiar, existen diferencias estadísticamente significativas en el grupo de 80-84 años. Dicen tener una percepción negativa (20%) de su práctica física de tiempo libre, con más de diecisiete puntos porcentuales por encima del promedio general. Es decir, en el momento actual, los más viejos recuerdan que cuando dependían de la familia, tenían una percepción negativa de su práctica física de tiempo libre. En la etapa de independencia familiar y adulto mayor, los porcentajes se localizan en torno al promedio central (tablas 7.5), lo que indica que los más jóvenes (60-64 años) y los más viejos (85 años y más), en estas etapas de la vida, aluden similar autopercepción de su práctica física en estas dos etapas.

Podemos observar que los sujetos de nuestro estudio tienen un comportamiento estrechamente vinculado con la conducta desarrollada a lo largo de la vida, coincidiendo con los señalamientos de Stanley et al. (2001) quienes dicen que la percepción está bastante relacionada con las conductas que poseen los sujetos y que es el producto final de muchos procesos del tejido de la vida. Sin embargo, la edad es un determinante de estas conductas las cuales pueden ser modificadas con el transcurrir de los años.

Nuestros resultados tienen similitud con los señalamientos de Piñón (1999), quien indica que los beneficios percibidos son temporales, es decir, permite al sujeto tener otra percepción en momentos diferentes, con la tendencia de ser más negativa con el transcurrir del tiempo. Así mismo, son similares con otros estudios (Duarte et al., 2003) quienes confirman que los mayores de 70 años poseen una percepción más negativa, probablemente por los problemas de salud que son más frecuentes y propios en estos grupos de edad.

7.3.2. Autopercepción de su condición física.

Con respecto a la autopercepción de su condición física, podemos apreciar que los sujetos en la etapa de dependencia familiar, casi en su totalidad (99%) tienen una percepción positiva, disminuyendo al 95,7% en la independencia familiar, esta percepción tiene una disminución de un poco más de veintiún puntos porcentuales (77,2%) al llegar a la etapa de adulto mayor (tabla 7.1). Es decir, los porcentajes de la autopercepción positiva de la condición física, permanecen altos en etapas de la juventud, pero esta percepción positiva se pierde al evolucionar hacia la tercera edad.

La percepción de la condición física tiene la tendencia a disminuir con el paso de una etapa a otra de la vida. Nuestros resultados son similares a los andaluces de Cuevas (1994), quien encontró que éstos poseen altos porcentajes de buena y aceptable condición física. Otros estudios ratifican que, en etapas de la juventud, tienen una percepción positiva de su condición física (Atienza et al., 1999; Nuviala, 2003).

Los resultados de nuestra investigación también son bastante parecidos a los que muestran algunas poblaciones generales, como lo indican algunos investigadores (García Ferrando, 2005; Ruiz Juan y García Montes, 2005; Porras, 2006; Ruiz Juan et al., 2005) quienes afirman que los sujetos de sus poblaciones tienen una percepción positiva de su condición física.

7.3.2.1. Autopercepción de su condición física según el sexo.

El análisis estadístico realizado a esta variable, indica que no existen diferencias estadísticas significativas entre la percepción percibida de la condición física y el sexo en ninguna de las tres etapas de la vida. Los valores porcentuales son bastante parecidos en ambos sexos al promedio central, en cada una de las etapas analizadas (tabla 7.3). Lo que significa que los varones y las mujeres, tienen la misma percepción de su condición física en su evolución hacia la vejez, esta variable no determina la autopercepción del sujeto, por lo menos en esta población.

Nuestros resultados no son compatibles con los encontrados por otros investigadores (Cuevas, 1994; Castillo et al., 1997; Piéron et al., 2001; Otero, 2003; Nuviala, 2003 y Ruiz Juan y García Montes, 2005) quienes afirman que los hombres tienen mayor percepción positiva que las mujeres.

No obstante, los datos de nuestro estudio concuerdan con otros, tal es el caso de la investigación llevada a cabo en la población de jóvenes de Murcia. Según Gálvez (2004), ambos sexos tienen similar percepción de la condición física.

La percepción de los adultos mayores de nuestro estudio no son semejantes a los resultados de otros investigadores (Ruiz Juan et al., 2005 y Moreno et al., 2003) quienes manifiestan que los hombres mayores, tienen mayores porcentajes de percepción positiva, frente a las mujeres. Probablemente porque los hombres dedican mayor tiempo a las actividades físicas que las mujeres, que prefieren emplear su tiempo libre en otras actividades que no sean las de carácter físico-deportivo, contribuyendo a tener menor percepción positiva de su condición física.

7.3.2.2. Autopercepción de su condición física según la edad.

Se indagó la autopercepción que tienen los individuos de su condición física en función a la edad, organizada en seis grupos quinquenales en tres etapas de la vida. Los resultados indican que no existen diferencias estadísticas significativas entre la autopercepción de la condición física y los seis grupos de edad en las tres etapas. Los porcentajes son bastante similares al promedio central (tablas 7.6). Nos viene a demostrar que la edad, no influye en la autopercepción los individuos de su condición física, en ninguno de los seis grupos de edad y en las tres etapas.

No obstante a las coincidencias de nuestros resultados de algunas variables con otros investigadores, en esta variable nuestros datos no son coincidentes con los resultados de Gálvez (2004), quien señala que los jóvenes murcianos tienen una percepción competente y regular. Por su parte, Otero (2004) señala que esta percepción se pierde con el paso de los años, que los más jóvenes poseen una percepción más positiva que los adultos.

Igualmente se observa que nuestros resultados tampoco concuerdan con los resultados de Hellín (2003), Ruiz Juan y García Montes (2005), Ruiz Juan et al. (2005) y Porras (2006) quienes encontraron que los diferentes grupos de edad, muestran altos porcentajes de percepción positiva, contrario a los resultados de nuestro estudio, que señalan que en todos los grupos quinquenales y en las tres etapas, tienen similar percepción de su condición física.

7.3.3. Autopercepción de la salud.

Los porcentajes de la autopercepción de la salud positiva tiene una tendencia a modificarse con el paso de los años. Sin embargo, en las etapas de dependencia e independencia familiar, los porcentajes son similares (97,6% y 97,6) pero, disminuyen trece puntos porcentuales (84,6%) al llegar a la etapa de adulto mayor. Es decir, la percepción positiva de la salud de los sujetos, se mantiene casi inalterable en etapas de la juventud, pero se vuelve más negativa al llegar a la etapa de adulto mayor (tabla 7.1), indicando que la percepción de la salud también tiene la tendencia a disminuir con el incremento de la edad.

Estos resultados son coincidentes con los señalamientos que hace el EUROSTAD (1997), que indica que la percepción de países menos desarrollados, como el nuestro, algunas veces tienen similar percepción de la salud, dependiendo, en gran medida, del nivel de práctica que muestra la población (McDougall et al., 1999). Es decir, a menor práctica mayor percepción negativa de la salud.

Nuestros resultados son coincidentes con los datos de algunos investigadores (Aspiazu et al., 2002; IMSERSO, 2004; Bertollo et al., 2003; Ruiz Juan y García Montes, 2005; Bazo, 2007), estos estudios señalan que las poblaciones tienen niveles altos de percepción positiva de la salud.

De la misma manera, nuestros datos son parecidos a los que muestran otros estados de la república mexicana (ENED, 2002; Gallegos et al., 2003; Gallegos et al., 2006), de Colombia (Gómez et al., 2005), población habanera (Ruiz Juan et al., 2005), otras ciudades latinoamericanas y del Caribe (Buenos Aires, Bridgetown, Barbados, México, Ciudad de la Habana, Montevideo, Uruguay, Santiago, Chile y Saupaulo, Brasil) (Wong et al., 2005). En dichos estudios se observa que las poblaciones de jóvenes y adultos mayores, dicen poseer una percepción positiva de la salud. Es decir, los países más desarrollados, que cuentan con alto desarrollo económico y con políticas sanitarias populares muy desarrolladas, tienen también alta percepción de su salud (Sadana et al., 2000; PAMS, 2002).

7.3.3.1. Autopercepción de la salud según el sexo.

La percepción de los sujetos fue analizada según el sexo, los resultados nos muestran que en las tres etapas (dependencia e independencia familiar y adulto mayor) no existen diferencias estadísticas significativas, los porcentajes se mueven en torno a la tendencia central (tabla 7.4). Es decir, ambos sexos tienen similar percepción de su salud en la evolución hacia la tercera edad. Podemos afirmar que el sexo no es un determinante para que los sujetos posean una percepción positiva o negativa de su salud.

Nuestros resultados no son equivalentes a los datos generales que muestran otros investigadores (Castillo et al., 1997; Mantilla, 2006) quienes indican que las mujeres en etapa de la adolescencia, tienen una percepción de su salud bastante mejor que los hombres.

De la misma forma, los resultados de nuestro estudio, en la etapa de adulto mayor, no concuerdan con los resultados de otras investigaciones (Mendoza et al.,

2004; IMSERSO, 2004; Ruiz Juan y García Montes, 2005; Moreno et al., 2006) estos estudios muestran que los hombres tienen una percepción positiva de su salud, más que las mujeres.

Tampoco son compatibles con los resultados de algunas investigaciones realizadas en América Latina como en algunos estados de la república mexicana (ENED, 2002; Gallegos et al. 2006), Brasil, Buenos Aires, Bridgetown, Santiago de Chile, México D.F. y Montevideo (Wong et al., 2005), población habanera (Ruiz Juan et al., 2005) y Colombia (Gómez, 2005), quienes muestran que los hombres mayores tienen mayor percepción positiva que las mujeres.

7.3.3.2. Autopercepción de la salud según la edad.

Los resultados de nuestra investigación señalan que no existen diferencias estadísticas significativas en los seis grupos de edad en cada una de las tres etapas de la vida, los porcentajes son similares al promedio central (tabla 7.7). Es decir, la percepción de la salud en este momento de la vida, tanto los más jóvenes (60-64 años) como los más viejos (85 y más años), es equivalente en las tres etapas. Por lo tanto, se puede afirmar que la edad no es un determinante para que el sujeto tenga una percepción positiva o negativa de su salud, al menos en esta población.

Al contrastar nuestros datos con otras investigaciones, encontramos que no son compatibles con los resultados de Ruiz Juan y García Montes (2005), quienes indican que los almerienses de 15 a 59 años, tienen una percepción positiva.

Así mismo, en la población de adulto mayor, nuestros datos no son compatibles con los referidos por Mendoza, et al. (2004) e IMSERSO (2004) quienes señalan que los mayores de 65 años tienen una percepción buena de su salud.

En esta línea de investigación, encontramos que nuestros resultados no son coincidentes con los datos de algunas poblaciones europeas (Piéron et al., 2001) muestran en un estudio realizado en siete países europeos (Bélgica, Gran Bretaña, Suecia, Estonia, Finlandia, Alemania y Hungría), que los niños de 12 años tienen una percepción más positiva de su salud que los de 15 años, es decir, hay una tendencia que con el incremento de los años, la percepción positiva disminuye significativamente.

Los datos de nuestra investigación, tampoco coincide con los resultados de otros países latinos como Uruguay (Rossi y Triunfo, 2004), Colombia (Gómez, 2005), La Habana Cuba (Ruiz Juan et al., 2005) y un estudio realizado en la encuesta nacional de México (Gallegos et al., 2006), encontraron altos porcentajes de percepción de buena salud, contrario a los resultados que se muestran en este estudio, donde la percepción es bastante parecida en cada uno de los grupos quinquenales y en las tres etapas de la vida.

Es decir, en nuestro estudio no encontramos ninguna asociación significativa de la percepción de la salud en ninguno de los seis grupos quinquenales de edad. Esto evidencia la necesidad de diversificar las investigaciones empíricas de las percepciones y esta variable, principalmente, en la población de adulto mayor.

7.4. Conclusiones.

Debemos señalar que hemos acudido al recuerdo de muchos años, que la percepción es cambiante durante el proceso de desarrollo de los sujetos, que con el incremento de la edad el cerebro pierde progresivamente su eficiencia funcional, hasta caer en demencia y el olvido, pudiendo modificar la información recogida y acumulada a lo largo de la vida. En estas condiciones nuestros sujetos han aportado información útil para analizar el comportamiento actual de su práctica físico-deportiva de tiempo libre, su condición física y su salud. Entre las más relevantes podemos señalar:

- La percepción de la práctica físico-deportiva esta asociada fuertemente con la imagen corporal, que no siempre coincide con la realidad.
- Existe la tendencia de que la percepción de la práctica se modifique en la medida que el sujeto evoluciona hacia el final de la existencia.
- En la etapa de independencia familiar, las mujeres tienen una percepción negativa más que los hombres, es probable que estas tengan menores posibilidades de acceder a la práctica físico-deportiva de tiempo libre por múltiples ocupaciones familiares, laborales y cuidados de los hijos entre otras.
- En los últimos grupos quinquenales la percepción es más negativa. Es probable que esta se encuentre relacionada con la aparición de problemas de salud bastante común en sujetos de avanzada edad.
- Casi en su totalidad nuestros sujetos tienen una percepción positiva de su condición física, sin embargo, existe la tendencia a disminuir de una etapa a otra de la vida, siendo similar a la percepción de otras poblaciones.
- La percepción de su condición física es similar entre los hombres y las mujeres, lo que no coincide con la percepción que señalan otras poblaciones, donde muestran que los hombres poseen mayor percepción que las mujeres.
- En los seis grupos quinquenales nuestros sujetos tienen una percepción muy parecida, lo que no concuerda con la percepción que señalan otras poblaciones.
- La percepción de la salud en los sujetos es similar al comportamiento de la práctica físico-deportiva y la condición física, es decir, la percepción positiva disminuye con el transcurrir de los años de vida, así mismo, está bastante vinculada con el nivel de práctica de los sujetos.
- En la evolución hacia la vejez, los hombres y las mujeres tapachultecas muestran una percepción de su salud bastante similar, lo cual no es coincidente con los resultados de otras investigaciones, donde señalan que los hombres tienen mayor percepción positiva frente a las mujeres.
- La percepción de la salud es parecida en las tres etapas de la vida y en los seis grupos quinquenales, resultados diferentes muestran otros investigadores, quienes han encontrado que los jóvenes tienen una percepción positiva, pero se pierde con el incremento de la edad.

- Para lograr un conocimiento más completo sobre estas percepciones, estos resultados sugieren abordar estas variables en futuras investigaciones en esta población. Sin embargo, estos resultados pueden ser útiles en la búsqueda de conocimientos para diseñar programas de intervención que en este momento son inexistentes, apoyando a si las acciones que las autoridades, institutos de seguridad social y el sector educativo emprendan para que los adultos mayores vivan más, pero con calidad.
- Merece la pena decir que, en general, no existen programas estratégicos de intervención, suficientemente diseñados que motiven a los sujetos a iniciar y permanecer practicando la actividad físico-deportiva.

7.5. Bibliografía.

Aspiazu Garrido, M.; Cruz Jenfoft, A.; Villagrasa Ferrer, J. R.; Abanades Herranz, J. C.; García Marín, N. y Alvear Valero de Bernabé, F. (2002). Factores asociados al mal estado de salud percibido o a mala calidad de vida en personas mayores de 65 años. *Revista Especialista de Salud Pública, 76*, 683-699.

Atienza, F., Balaguer Solá, I., García Merita, M. L. y Moreno Sigüenza, Y. (1999). Análisis de las diferencias individuales entre chicos y chicas adolescentes en la práctica regular de actividad física en función de la autopercepción física. La Psicología del Deporte en España al final del milenio. En *Actas del VI Congreso Nacional de Psicología de la Actividad Física y el Deporte* (pp. 613-621). Las Palmas de Gran Canarias: Ed. Félix Guillén García. Universidad de las Palmas de Gran Canaria.

Balaguer, I. & Pastor, Y. (2001). Un estudio acerca de la relación entre el autoconcepto y los estilos de vida en la adolescencia media. *Psicología, 21,* 14-24. [Disponible en www.psicologia-online.com] [Consulta: 2004, 15 de noviembre]

Bazo Royo, M. T. (2007). Actividad en la jubilación. En P. Montiel, A. Merino, A. Sánchez y A. Heredia. (Coords.) *Actas del II Congreso Internacional de Actividad Físico Deportiva para Personas Mayores. Un estilo de vida* (pp. 242-251) [CD-Rom]. Málaga: Consejería de Turismo, Comercio y Deporte. Instituto Andaluz del Deporte.

Bertollo, M., Nicoletta, U., Ruggiero, P., Dalle Fusine, S. & Carrazo, A. (2003). Perceived health in a simple of north-east italian. En *II Congreso Mundial de Ciencias de la Actividad Física y el Deporte* (Área 1, Salud y Actividad Física) (pp. 65-70) [CD ROM]. Granada: Facultad de Ciencias de la Actividad Física y el deporte.

Castillo, I., Balaguer, I. y Tomás, I. (1997). Predictores de la práctica de actividades físicas en niños y adolescentes. *Anales de psicología, 13*, 189-200.

Cuevas, M. J. (1994). Los andaluces y el deporte: Hábitos de la práctica deportiva en Andalucía en el medio urbano. En *II Convocatoria de ayudas para la Investigación Deportiva*. UNISPORT.

Duarte Barrios, R., Borges Mojaiber, R. y Cardoso Pérez, L. C. (2003). Beneficios percibidos por adultos mayores incorporados al ejercicio. *Revista Cubana de Medicina*

General Integral, 19 (2), [En Línea]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php ?script=sci_arttext&pid=S0864-21252003000200007&lng=es&nrm=iso>

EUROSTAD (1997). *Self-reported health in the European Community. Statistics in Focus, Population and social condition*s. Luxembourg: Pamphlet

Gallegos Carrillo, K.; Duran Arenas, J. L.; López Carrillo, L. y López Cervantes, M. (2003). Factores asociados con los factores de calidad de vida del adulto mayor de Morelos. *Revista de Investigación Clínica, 5,* 260-269.

Gallegos Carrillo, K.; García Peña, C., Duran Muñoz, C., Reyes, H. y Durán Arenas, L. (2006). Autopercepción del estado de salud: una aproximación al los ancianos en México. *Revista Saúde Pública, 40 (5),* 792-801.

Gálvez Casas, A. (2004). *Actividad física habitual de los adolescentes de la región de Murcia. Análisis de los motivos de práctica y abandono de la actividad físico-deportiva*. Tesis Doctoral, Universidad de Murcia.

García Ferrando, M. (2005). *Encuesta sobre hábitos deportivos de los españoles avance de resultados*. Madrid: Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. Consejo Superior Deportes.

Gómez López, M. (2005). *La actividad físico-deportiva en los centros almerienses de educación secundaria, post obligatoria y en la Universidad de Almería. Evolución de los hábitos físico-deportivos de su alumnado.* Tesis Doctoral, Universidad de Almería.

Gómez, F.; Duperly, J.; Lucumí, I.; Gámez, R. y Venegas, S. (2005). Nivel de actividad física global en la población adulta. *Gaceta Sanitaria, 19 (3)*, 206-213.

Gracia, M. y Marcó, M. (2000). Efectos psicológicos de la actividad física en personas mayores. *Psicothema, 12 (2),* 285-292.

Hellín, P. (2003). *Hábitos físico-deportivos en la región de Murcia: implicaciones para la elaboración del currículum en el ciclo formativo de Actividades Físico-Deportivas.* Tesis doctoral, Universidad de Murcia.

IMSERSO (2004). *Las Personas Mayores en España* (Vol. 1). Madrid: Ministerio de Trabajo y Asunto Sociales.

Mantilla Toloza, S. C. (2006). Actividad física en habitantes de 15 a 49 años de una localidad de Bogotá, Colombia. *Revista de Salud Pública, 8 (2)* [En Línea]. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01240064200600 0500006&lng=es&nrm=iso&tlng=esFinal

McDougall, C.; Cooke, R.; Owen, N.; Willson, K. y Buman, A. (1999). Relatin physical activity to health status, social connetions and communities facilities. *Journal of Public Health; 21,* 625-631.

Meece, J. (2000). Perspectivas sobre el desarrollo del niño. En (Ed.), *Desarrollo del niño y del adolescentes* (pp. 16-26). México: McGraw-Hill.

Meléndez Moral, J. C. (1996). La autopercepción negativa y su desarrollo con la edad. *Psicogrontología, 12,* 388-391.

Mendoza, M. I.; Revilla, C.; Feria, A.; Bernal, J. M. y Revilla, T. (2004). La calidad de vida de las personas mayores en una zona de salud de Huelva. *Portularia 4*, 199-208.

Monteiro, C. R. y Mancussi, A. C. (2006). Actividad física según la percepción de estudiantes de enfermería. *Revista Latino-americana Enfermagem 14 (6),* 215-285.

Moreno, T. R., Ruiz, L. M., Reyes, A., & López, C. (2003). *Influencia de la actividad física en el estado nutricional y salud percibida en población mayor institucionalizada.* En A. Oña Sicilia y A. Bilbao Guerrero (Eds.), *Actas del II Congreso Mundial de Ciencias de la Actividad Física y del Deporte* [CD ROM]. Granada: Universidad de Granada. Facultad de Ciencias de la Actividad Física y el Deporte.

Nuviala Nuviala, A. (2003). *Las escuelas deportivas en el entorno rural del servicio comarcal de deportes "Corredor del Ebro" y el municipio Fuentes del Ebro.* Tesis Doctoral, Universidad de Almería.

Otero, J. M. (2003). *El deporte andaluz en cifras 2002.* Sevilla: Consejería de Turismo y Deporte. Observatorio del Deporte Andaluz.

Otero, J. M. (2004). *Hábitos y actitudes de los andaluces ante el deporte (2002).* Cádiz: Consejería de Turismo y Deporte. Observatorio del Deporte Andaluz.

Papalia, D. E. y Wendkos, S. O. (1998). El mundo de un niño teoría, temas de análisis y métodos de estudio. En (Ed.), *Psicología del desarrollo* (pp. 11-51). México: McGraw-Hill.

Pastor, Y. y Balaguer, I. (2001). *Relaciones entre autoconcepto, deporte y competición deportiva en los adolescentes valencianos* [en línea]. Disponible en www. psicologia-online.com] [Consulta: 2004, 10 de diciembre.

Piéron, M. (2002). *Estudi sobre els hàbits esportius dels escolars d´Andorra.* Andorra: Gobern d´Andorra. Ministerio d´Educació Joventut i Esports.

Piéron, M. (2003). Estilo de vida, práctica de actividades físicas y deportivas. Calidad de vida. En A. Oña Sicilia y A. Bilbao Guerrero (Eds.), *Libro ponencias del II Congreso Mundial de Ciencias de la Actividad Física y del Deporte. Deporte y Calidad de Vida* (pp. 328-342). Granada: Facultad de Ciencias de la Actividad Física y el Deporte.

Piéron, M., García Montes, M. E. y Ruiz Juan, F. (2007). Algunos correlatos de la actividad físico-deportiva en una perspectiva de salud. *Tándem. Didáctica de la Educación Física, 24,* 9-24.

Piéron, M.; Almond, L.; Telama, R.; Ledent, M. y Carreiro, F. (2001). Student perception of health, fitness, and perceived physical competente and appearance. Comparative analysis of youth lifestyle in selected European countries. En L. Sena Lino, R. Trinda de Ornelas, F. Carreiro da Costa y M. Piéron (Eds.), *AIESEP International Congress Madeira 2001. Innovation and new technologies in Physical Education, sport, research and/on teacher and coach preparation* (Área de Estilos de Vida) (pp. 1-8). Madeira: AIESEP.

Piñón, P. M. (1999). *Los cambios en la red social y en la percepción de la salud durante la jubilación.* Tesis Doctoral, Universitat Rovira i Virgili.

Porras, S. M. (2006). *Hábitos y actitudes de los sevillanos ante el deporte*. España: Instituto Municipal de Deportes Ayuntamiento de Sevilla.

Rossi, M. y Triunfo, P. (2004). *El estado de salud del adulto mayor en Uruguay* (14/04). Uruguay: Universidad de la República. Facultad de Ciencias Sociales. Departamento de Economía.

Ruiz Juan F., García Montes M. E. y Valero Valenzuela, A. (2005). Autopercepción que tienen los almerienses de su aptitud físico-deportiva. En A. Díaz Suárez, *V Congreso Internacional Educación Física e Interculturalidad: El futuro del deporte escolar*. Murcia: Instituto U.P. de Ciencias del deporte. Universidad de Murcia.

Ruiz Juan, F. y García Montes, M. E. (2005). *Hábitos saludables y estilos de vida de los almerienses*. Almería: Servicio de publicaciones Universidad de Almería.

Ruiz Juan, F., García Montes, M. E. y Pérez Sánchez (2005). *Estilos de vida en Ciudad de La Habana – Cuba. Hábitos físico-deportivos y de salud*. Madrid: Gymnos.

Ruiz Juan, F., García Montes, M. E. y Valero Valenzuela, A. (2005). Percepción de condición física de los almerienses y actuación físico-deportiva para su mejora. *En I Congreso Internacional "Actividad Física y Deporte en la Sociedad del Siglo XXI"*. Madrid: Universidad Europea de Madrid.

Ruiz Juan, F., García Montes, M. E., Díaz Suárez, A. y Piéron, M. (2007). Hábitos físico-deportivos y de salud. Estilos de vida en jóvenes y adultos. En F. Ruiz Juan, J. P. Venero Valenzuela, Q. Méndez Guzmán, J. M. Reverendo Rodríguez, G. Alvés Barrero, R. Camacho Bravo, R. Ortiz Revert, A. Ortega Fernández, F. L. Bobadilla Gómez, E. Albarrán Viejo y A. Núñez Reina (Eds.), *VII Congreso Internacional sobre la enseñanza de la educación física y el deporte escolar. Viejos hitos y nuevos retos ante la LOE. Respuestas educativas a los problemas sociales del deporte escolar y de la obesidad infantil* (pp. 167-201). Badajoz: FEADEF, AMEFEX.

Ruiz Juan, F., García Montes, M. E., Gavala González, J y Valero Valenzuela, A. (2006). Análisis de los motivos de abandono de la práctica de actividad físico-deportiva de los almerienses durante su tiempo libre. En A. Díaz Suárez, *VI Congreso Internacional Educación Física e Interculturalidad: "La integración a través del deporte"*. Murcia: Instituto de Ciencias del deporte. Universidad de Murcia.

Schiffman, H. R. (1997). Introducción. En (Ed.), *La percepción sensorial* (pp. 22-32). México: Grupo Noriega Editores.

Stanley, C.; Ward, L. M. y Enns, J. T. (2001). Sensación y percepción. En (Eds.), *Sensación y percepción* (pp. 1-14). México: McGraw-Hill.

Wong, R.; Peláez, M. y Palloni, A. (2005). Autoinforme de salud general en adultos mayores de América Latina y el Caribe: su utilidad como indicador. *Revista Panamericana de Salud Publica, 17 (5-6),* 323-332.

CAPÍTULO 8

CONCLUSIONES FINALES DE LA TESIS DOCTORAL

CONCLUSIONES GENERALES

Contexto sociodemográfico.

Nos encontramos frente a una población en la que los hombres trabajan fuera de casa y las mujeres hacen labores del hogar, principalmente, aquellos jubilados o pensionados más jóvenes que se encuentran los primeros grupos quinquenales.

Es una población con alta tasa de bajo nivel de estudios, principalmente, las mujeres. Está compuesta por sujetos casados que se encuentran viviendo en familia, con la pareja y los hijos, pero con un alto porcentaje de familias que viven con bajos recursos económicos. Es sobresaliente que una parte de la población vive en condiciones de pobreza extrema. A pesar de estas condiciones, los sujetos cuentan con servicio medico, garantizando la atención de los problemas de salud, siendo atendidos mayormente por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), derecho adquirido por quienes trabajan en empresas públicas o privadas.

Contexto familiar.

Nuestra población está compuesta por sujetos que casi en su totalidad tienen hijos, son familias numerosas, acentuándose principalmente en sujetos que se localizan en los primeros grupos quinquenales, permitiéndoles tener en alta valoración de la familia, pues han permanecido unidos a ésta hasta más allá de los setenta y cinco años de edad. Es sobresaliente que las mujeres, cuando enviudan, pasan a vivir con los hijos, mismo comportamiento presentan los sujetos que se separan o divorcian de la pareja sobre todo las mujeres. Los hijos se preocupan por los padres en mayor proporción cuando estos han alcanzado los ochenta años de edad.

Sentimientos de soledad.

Este sentimiento está presente en la población, siendo más común en los hombres que han alcanzado los ochenta años, que han enviudado o han perdido la pareja y, en menor medida, en los sujetos solteros, separados o divorciados, es decir, este sentimiento esta presente principalmente en aquellos que han roto las relaciones familiares.

En este estudio, dicho sentimiento es referido, principalmente, en los que por diversas circunstancias se han refugiado con otros familiares y, en menor medida, en los que viven solos, sobre todo cuando tienen una percepción económica mensual baja.

Motivos por los que tiene este sentimiento.

Los motivos por los que tienen este sentimiento están relacionados con el aspecto afectivo vinculado con el fallecimiento de un familiar y con la sensación del nido

vacío, común cuando los hijos se van para formar la propia familia o porque se encuentran lejos, siendo más común en los que han enviudado, se han separado y en los divorciados que tienen bajos ingresos mensuales.

La perdida del entorno familiar es otro correlato que esta fuertemente vinculado con este sentimiento, sucediéndole con mayor frecuencia a los viudos, separados y los divorciados, quienes se obligan a vivir solos o se refugian con otros familiares. Igualmente, sucede en aquellos que se atienden solos o son atendidos por otros familiares o amigos, asumen una actitud pasiva, como escuchar la radio y ver televisión o definitivamente resignarse. En menor medida asumen una actitud activa, como hacer alguna labor dentro o fuera del hogar. Este sentimiento se acentúa cuando están enfermos y por las noches. Los que se encuentran solteros o viudos dan una alta valoración, reconociendo que lo más importante en este momento de la vida, es la salud y la compañía, principalmente para las mujeres y, para los hombres, el dinero y el amor. Sin embargo, a pesar de estas preocupaciones, se sienten satisfechos con los familiares y con los amigos de su entorno.

Clase de Educación Física.

Un alto porcentaje no recibió la clase de Educación Física, situación que podríamos justificar debido a que toco a estos vivir el conflicto armado revolucionario de 1910 a 1920, periodo en el cual los más viejos cursaban la primaria y los mas jóvenes fueron a la primaria en la época posrevolucionaria, situación que se prolongó hasta finales de la primera mitad del siglo XX y que le tocó vivir a los adultos mayores de menor edad.

La cultura tiene fuerte influencia en nuestra sociedad, siguiendo un modelo básicamente masculino, permitiéndoles a los varones mayor acceso a la práctica físico-deportiva, por lo que las mujeres, en mayor medida, fueron las que tuvieron menores posibilidades de recibir dicha clase, imposibilitándolas para adquirir hábitos saludables y de práctica de actividad física, con muchas posibilidades de ser más sedentarias que los hombres.

Durante la primera mitad del siglo XX, la estructura del sistema educativo mexicano se mantuvo casi inalterable, en la que las autoridades permanecieron sin prestarle apenas atención alguna a la Educación Física, es decir, la clase de Educación Física fue casi inexistente, toda vez que la formación inicial de los docentes de esta área era inexistente, con carencias de conocimientos metodológicos, permitió que las autoridades educativas utilizaran docentes de otras áreas y muchas veces con sujetos improvisados y con escasos conocimientos para atender la población escolar.

El interés por la práctica físico-deportiva en aquellos que recibieron la clase de Educación Física, principalmente por el maestro de grupo, es mayor en los hombres, sin embargo, tiene la tendencia de perderse con el paso de una etapa a otra. Pero cuando el interés es analizado con relación a los diferentes grupos de edad, resulta ser similar en cada de los grupos quinquenales.

Por lo tanto, no podemos afirmar que la clase de Educación Física influya en la generación del interés y hábitos por la práctica de actividades físico-deportivas. Es decir, la labor del profesional de la Educación Física, por lo menos en esta población, es bastante cuestionable en este momento de la historia de México.

Comportamientos ante la práctica físico-deportiva.

Los sujetos de nuestro estudio componen una población con alto índice de sedentarismo por la escasa práctica de actividad físico-deportiva de tiempo libre, con altos porcentajes de morbilidad y mortalidad y con pocas probabilidades de alcanzar mayores tasas de práctica en un futuro próximo, mostrando una gran diferencia en el comportamiento ante la práctica con relación a otros países considerados desarrollados y con mejores condiciones de vida.

Los comportamientos de esta población están influenciados fuertemente por factores sociales, económicos, biológicos, físico-ambientales y de soporte social, permitiendo que los hombres sean más activos que las mujeres, quedando éstas con desventajas en el acceso a la práctica física, lo que incrementa los riesgos de padecer algunas enfermedades propias de sujetos sedentarios.

Es una población con alto índice de sujetos con bajo nivel de estudios, sin embargo, los jubilados que viven con la pensión producto de muchos años de trabajo en instituciones privadas o de gobierno, así como los que siguen laborando en empresas propias o privadas, son mucho más activos que las mujeres que trabajan en actividades propias del hogar, que muestran altos índices de inactividad físico-deportiva de tiempo libre.

Los deportes de conjunto como el futbol y basquetbol, son los preferidos y practicados mayormente en etapas de la juventud. Sin embargo, en las etapas posteriores las preferencias cambian sustancialmente y se inclinan por actividades individuales y al aire libre, siendo preferidos, por ambos sexos, la práctica individual como caminar, trotar y correr, probablemente porque no representan mayores riesgos en la ejecución.

Los tapachultecos de la tercera edad, han permanecido practicando deportes locales muy arraigados por mucho tiempo como el futbol y basquetbol debido, probablemente, a la falta de oferta de otros deportes y actividades recreativas, lo que no ha permitido generar cambios de comportamientos frente a la práctica físico-deportiva de tiempo libre.

La escasa población activa son hombres, más que las mujeres, los que han practicado con los mimos aceptables por los expertos en relación a la frecuencia, intensidad y duración. Sin embargo, ambos sexos, en la etapa de adulto mayor, reducen significativamente la participación en frecuencia, intensidad y duración, quedando con muchas posibilidades de sufrir algunos problemas de salud, principalmente, las mujeres.

Este comportamiento puede tener explicación en las transferencias de Blair (1995) quien refiere que estos comportamientos pueden ser transferidos a la siguiente etapa de la vida, de tal forma que el estilo de vida actual es producto de los hábitos

adquiridos en las etapas anteriores, es decir, los patrones de conducta vividos en etapas de la juventud, determinan los comportamientos ante la práctica física en la etapa de adulto mayor.

Motivos de práctica.

Los motivos de inicio y mantenimiento de la práctica físico-deportiva varían con el paso de los años. En la juventud principalmente los hombres practicaron por motivos intrínsecos como la diversión, distraerse y estar en forma, pero al llegar a la tercera etapa de la vida, estos motivos se modifican en ambos sexos haciéndolo, principalmente, por motivos de salud. Es decir, en la juventud la preocupación por estar en forma es evidente entre los varones más que en las mujeres, coincidiendo con estudios de otros investigadores.

Durante casi medio siglo, los motivos de práctica de actividad física de tiempo libre se han mantenido estables e inalterables en esta población. Comportamiento que se vincula fuertemente con el nivel de estudios, mayormente al final de la vida, momentos en que los motivos intrínsecos como las relaciones sociales y la salud se hacen evidentes, sobre todo en los que actualmente trabajan, así como los jubilados quienes desean tener una imagen corporal adecuada, pero también fijan su atención en el mantenimiento de la salud.

Motivos de abandono.

Los sujetos abandonan la práctica físico-deportiva de tiempo libre por falta de tiempo, principalmente en etapas de juventud. Este comportamiento está probablemente relacionado con las responsabilidades propias de la etapa, como son las obligaciones familiares, el trabajo y el estudio. Sin embargo, en la etapa de tercera edad lo hacen, además, por problemas de salud.

Los hombres cuando se encuentran en etapas de productividad abandonan la práctica física por motivos extrínsecos, como el económico porque la obtención de ingresos para la familia es prioritario en este momento de la vida. Sin embargo, en la etapa de adulto mayor, las mujeres lo hacen mayormente por falta de salud. Es decir, las necesidades de los hombres de destinar largas jornadas de trabajo o de estudio limita a los sujetos para continuar con la práctica física, pero las mujeresque son más sedentarias que los hombres, tienen la salud más deteriorada y no pueden continuar con la práctica físico-deportiva de tiempo libre, misma situación presentan los jubilados y pensionados, pero la edad y el nivel de estudios no influyen para que los sujetos abandonen dicha practica, al menos en esta investigación.

Motivos por los que nunca realiza práctica.

Las obligaciones que tienen los sujetos en la etapa productiva dedicada a obtener los ingresos para el mantenimiento de la familia o por dedicarse a estudiar para

obtener una carrera, son las causas por la que los sujetos de nuestra población nunca practicaron actividad físico-deportiva de tiempo libre. Sin embargo, en la etapa de adulto mayor, lo hacen por la presencia de enfermedades y la pereza, siendo los motivos que ejercen gran influencia en la decisión de no practicar ninguna actividad.

Los hombres que actualmente trabajan tienen como barrera principal la negación de la autorización y escasez de tiempo para la realización de actividad física, pero las mujeres, principalmente las amas de casa, lo hacen porque no desarrollaron el gusto por la práctica física. Sin embargo, en la etapa de adulto mayor, las mujeres son las que reclaman tiempo para realizar la práctica física, siendo más inactivos los sujetos de bajo nivel frente a los que tienen alto nivel de estudios, quienes lo hacen porque no tienen ganas y por flojera.

Autopercepción.

La autopercepción positiva de la práctica físico-deportiva, condición física y de la salud que tienen los sujetos de nuestro estudio tiene la tendencia a disminuir con el paso de los años, por el deterioro biológico natural que se hace más evidente con el paso de los años. Las pocas posibilidades de acceder a la práctica físico-deportiva de tiempo libre que tienen las mujeres, permite tener una autopercepción negativa, siendo común en los sujetos que se localizan en los grupos de edad más avanzada. Sin embargo, la autopercepción de la condición física, ambos sexos consideran que es similar, es decir, ambos están percibiendo que todavía pueden realizar sus labores cotidianas sin tener ninguna limitante en la ejecución, tanto los más jóvenes como los más viejos. Es decir, la autopercepción que tienen los sujetos esta asociada con la imagen corporal, aunque no siempre corresponde a la realidad.

CAPÍTULO 9

PERSPECTIVAS FUTURAS

PERSPECTIVAS FUTURAS

Una vez expuestos los resultados y conclusiones de este trabajo, entendemos que es fundamental continuar o iniciar futuras investigaciones. A partir del trabajo realizado y de las respuestas halladas surgen nuevos interrogantes, se abren nuevos objetos de estudio para los que es necesario utilizar otra metodología, otros métodos y técnicas de investigación para seguir extrayendo información en esta línea abierta, más aún cuando es preciso considerar que los niveles de práctica de actividad física habitual son muy bajos.

En este estudio nos hemos acercado a una parte de la sociedad para conocer, con mayor precisión, la evolución de los comportamientos, actitudes, sentimientos, percepciones sobre la práctica físico-deportiva, condición física y salud de la población mayor de 60 años del municipio de Tapachula Chiapas, (México), de quienes hemos conocido parte de la situación actual, expectativas y demandas de la población objeto de este estudio.

Los datos recopilados son de indudable valor para los investigadores sociales, pues invitan a la reflexión y a la búsqueda de soluciones de este conglomerado poblacional, que está creciendo aceleradamente en todos los países del mundo, sujetos que pueden aprender a utilizar su tiempo libre para alcanzar niveles de vida con calidad y con mayor independencia durante más tiempo.

Este trabajo no es un trabajo acabado pues, a medida que el trabajo se fue realizando, fueron surgiendo nuevas expectativas factibles para investigar, principalmente, por aquellos que tienen relación con aspectos de calidad de vida y la salud, de manera general, y en la práctica físico-deportiva, en lo particular.

Este trabajo ha sido elaborado bajo la metodología reseñada, como ha quedado expuesto en el capítulo correspondiente. Somos consientes que pudo haberse abordado de otras maneras, por lo tanto, son muchos los resultados que podrán obtenerse en un futuro partiendo de nuestros resultados. Además, conviene reseñar que muchos son los datos que, procedentes del cuestionario, no han sido analizados en esta tesis doctoral por el volumen que hubiera tomado la misma. Por tanto, una de las primeras tareas a realizar será la culminación de estos análisis y su correspondiente interpretación.

Dicho lo anterior, hacemos las siguientes propuestas, que a nuestro juicio son las más relevantes, y que podrían completarlo:

- Estudios longitudinales con periodos más cortos de tiempo en cada una de las tres etapas que hemos estudiado, para analizar la evolución de los comportamientos, hábitos y estilos de vida de las tres poblaciones (jóvenes, adultos y adultos mayores).
- Investigar qué participación tienen los políticos, las secretarias de educación y salud, así como las autoridades de los tres niveles de gobierno en la búsqueda del mejoramiento de la calidad de vida de la sociedad.

- Indagar los motivos por los que la mayoría de los sujetos de la tercera edad refiere que no practican ninguna actividad físico-deportiva por falta de tiempo, probablemente detrás de esta respuesta existan otras causas más importantes y reales.
- Realizar investigaciones enfocadas a buscar datos por los que esta población se preocupan mayormente por la salud.
- Indagar si la segregación de sexos en las otras poblaciones (jóvenes y adultos), sigue existiendo o se ha modificado.
- Realizar estudios sociodemográficos en la población joven para conocer comportamientos frente a la práctica físico-deportiva, hábitos y estilos de vida, utilización de las instalaciones deportivas y recreativas existentes, así como la oferta de las instituciones públicas y privadas sobre dicha práctica.
- Averiguar cuál es la incidencia del profesor de Educación Física en la generación de hábitos saludables y estilos de vida en Educación Básica.

Estas líneas de investigación son sólo algunas de las muchas que se pueden abordar a partir de los resultados obtenidos en nuestro estudio, las cuales deben ser atendidas en colaboración con otros profesionales como psicólogos, médicos, nutriólogos y sociólogos que, a partir del ámbito de cada uno, apoyen y participen para generar nuevos conocimientos que ayuden a que las generaciones actuales y futuras tengan la posibilidad de tener mejor calidad de vida, haciendo buen uso de su tiempo libre.

En este estudio queda demostrado que, los adultos mayores de 60 años objeto de estudio, tienen muchas posibilidades de ser activos con buena disponibilidad para la práctica físico-deportiva de tiempo libre, si pertenecen a un grupo de las mismas características y que pueden aprender nuevos hábitos. Por lo tanto, merece la pena invertir esfuerzos en la organización y planeación de estrategias de intervención para que esta población mejore la calidad de vida y, sobre todo, que puedan vivir más, pero con una mejor calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA DE LA TESIS DOCTORAL

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

Aarnio, M. (2002). A Cohort Study of Stability, Correlates and Familial Aggregation in Twin Boys and Girls. *Journal of Sports Sciencie and Medicine, 2*, 2-41.

Abu-Omar, K.; Rütten, A. y Robine, J. M. (2004). Self-rated health and physical activity in the European Union. *Soz.-Präventivmed, 49,* 239-242.

ACSM (1998). The recommende quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory and muscular fitness, and flexibility in healthy adultus. *Medicine Science Sports Exercise, 30 (6),* 1-34.

Albuixech Gámez, S. (2003). Actas del III Congreso Deporte y Escuela. En Diputación Provincial de Cuenca (Ed.), *Programas de actividad física para mujeres adultas* 137-143. Cuenca: Diputación Provincial de Cuenca.

Aliaga, C. y Winquist, K. (2003). How women and men spend their time. *Results from 13 European countries. Statistic in Focus Theme* [en línea], *3*. Disponible en: Http:// www. europa. eu.int/comm./eurostad [Consulta: 2007, 2 de febrero].

Alonso, A., Cecchini, J. A., Contreras, O., Del Valle, M. y Izquierdo, M. (2003). Asociación de la Condición Física saludable y diferentes indicadores del estado de salud y la calidad de vida. En *II Congreso Mundial de Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*. Área 1, Salud y Actividad Física. 4-11 [CD ROM]. Granada: Facultad de Ciencias de la Actividad Física y el deporte.

Alvira, F. y Ramos, E. (1984). El efecto de los entrevistadores sobre las respuestas de los entrevistados. En F. Alvira y E. Ramos (Eds.), *La Investigación Sociológica* (pp. 219-256). Madrid: Tauros.

Anderson, G. S.; Snodgrass, J.; y Brynne, E. (2007). Determining Physical Activity Patterns of Suburban British Columbia Residents. *Canadian Journal of Public Health, 98*, 1-98.

Arostegui Barandika, I. (1998). *Evaluación de la calidad de vida en personas adultas con retraso mental en la comunidad autónoma del País Vasco.* Salamanca: Universidad de Salamanca.

Arribas Galárraga, A. y Arruza Gabilondo, J. A. (2001). Estudio sobre los hábitos deportivos de la población de Gipuzkoa (País Vasco). *Universidad del País Vasco.*

Arribas Galárraga, A. y Arruza Gabilondo, J. A. (2004). El abandono de la práctica de la actividad física y el deporte en jóvenes escolares de Guipúzcoa (Coord.) En *III Congreso Nacional de Deporte en Edad Escolar. Deporte y Educación* (pp. 365-380). Sevilla: Excmo. Ayuntamiento de Dos Hermanas. Patronato Municipal de Deportes.

Asociación Canadiense para el Avance de las Mujeres el Deporte y la Actividad Física ACAMD (2002) Grupo de trabajo internacional sobre la mujer y el deporte. *Journal of Sports Science and medicin*e, *2 (2)*, 1-13.

Aspiazu Garrido, M.; Cruz Jenfoft, A.; Villagrasa Ferrer, J. R.; Abanades Herranz, J. C.; García Marín, N. y Alvear Valero de Bernabé, F. (2002). Factores asociados al mal estado de salud percibido o a mala calidad de vida en personas mayores de 65 años. *Revista Especialista de Salud Pública, 76,* 683-699.

Atienza, F., Balaguer Solá, I., García Merita, M. L. y Moreno Sigüenza, Y. (1999). Análisis de las diferencias individuales entre chicos y chicas adolescentes en la práctica regular de actividad física en función de la autopercepción física. La Psicología del Deporte en España al final del milenio. En *Actas del VI Congreso Nacional de Psicología de la Actividad Física y el Deporte* (pp. 613-621). Las Palmas de Gran Canarias: Ed. Félix Guillén García. Universidad de las Palmas de Gran Canaria.

Ávila Funes, J. A. y García Mayo, J. (2004). Beneficios de la práctica del ejercicio en los ancianos. *Gaceta Médica de México, 140,* 431-436.

Bagur Calofat, C. (2005). Orientaciones básicas para programas de ejercicio físico de ámbito no competitivo. En R. Serra Grima y C. Bagur Calafat (Eds.), *Prescripción de ejercicio físico para la salud* (pp. 41-58). Barcelona: Secretaría General del Deporte.

Balaguer Solá, I.; Pastor Ruiz, Y. y Moreno Sigüenza, Y. (1999). Algunas características de los estilos de vida de los adolescentes de la Comunidad Valenciana. *Revista Valenciana d´Estudis Autonómics, 26,* 33-56.

Balaguer, I. y Pastor, Y. (2001). *Un estudio acerca de la relación entre el autoconcepto y los estilos de vida en la adolescencia media* [En línea]. Disponible en: http://www. psicologia-online.com/ciopa2001/actividades/56/index.html [Consulta 2007, 2 de abril].

Bandura, A. (1989). Human agency in social cognitive theory. *American Psychologist Association, 44 (9),* 1175-1184.

Bandura, A. (1998). Health promotion from the perspective of Social Cognitive Theory. *Psychology and Health, 13,* 623-649.

Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: An Agentic Perspective. *Annual Reviw Psychol*, *52,* 1-26.

Barnes, P. y Schoenborn, C. (2003). Informe sobre la actividad física en horas libres y en horas de trabajo en la población estadounidense. *U.S. Department of health and Human Services, 333*, 1-23.

Barnes, P. y Schoenborn, C. (2003). Leisure-time physical activity among adults: United States 1887-98. *Public Health, 325*, 289-292.

Barrios, D. R.; Borges, M. R.; y Cardoso, P. L. (2003). Beneficios percibidos por adultos mayores incorporados al ejercicio. *Medicina General Integral, 19 (2),* 1-8

Bastos, A.; González, R.; Molinero, O.; y Salguero del Valle, A. (2005). Obesidad, nutrición y actividad física. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad*

Física y Deporte [En línea]: http://cdeporte.rediris.es/revista/revista18/artobesidad11.htm

Bauman, A. E.; Sallis, J. F.; Dzewaltowski, D. A. y Owen, N. (2002). Toward/a better understanding of the influences on physical activity: the role of determinants, correlates, causal variables, mediators, moderators, and confounders. *American Journal of Preventive Medicine, 23,* 5-14.

Bazo Royo, M. T. (2007). Actividad en la jubilación. En P. Montiel, A. Merino, A. Sánchez y A. Heredia. (Coords.) *Actas del II Congreso Internacional de Actividad Físico Deportiva para Personas Mayores. Un estilo de vida* (pp. 242-251) [CD-Rom]. Málaga: Consejería de Turismo, Comercio y Deporte. Instituto Andaluz del Deporte.

Benaziza, H. (1998). Creación de asociaciones: una clave para promover la actividad física para la salud. En *Actas del VII Congreso Mundial de Deporte para Todos. El deporte para todos y los retos educativos a nivel mundial* (Sesión: Promoción del bienestar a través del Deporte para Todos) [CD ROM]. Barcelona: COI.

Bertollo, M., Nicoletta, U., Ruggiero, P., Dalle Fusine, S. & Carrazo, A. (2003). Perceived health in a simple of north-east italian. En *II Congreso Mundial de Ciencias de la Actividad Física y el Deporte* (Área 1, Salud y Actividad Física) (pp. 65-70) [CD ROM]. Granada: Facultad de Ciencias de la Actividad Física y el deporte.

Bertussi, G. T. (2005). *Anuario educativo mexicano visión retrospectiva*. México: UPN. Porrúa.

BHFNC (2000). *Physical Activity and Health- an important focus. British Heart Foundation (BHF)* [en línea]. Disponible en: http://www.bhfactive.org.uk [Consulta: 2007, 3 de abril].

Biddle, S. (1993). Physical benefits of exercise and physical activity. *Revista de Psicología del Deporte, 3,* 99-107.

Biddle, S.; Gorel, T. y Stensel, D. J. (2004). Health-enhancing physical activity and sedentary behaviour in children and adolescents. *Journal of Sports Sciences, 22,* 679-701.

Blair, S. N. (1995). Exercise within a healthy lifestyle. (Ed.) *En Ques Exercise Within a Healthy Lifestyle* (pp. 75-89) (47a ed.) USA

Blair, S. N.; Clark, D.; Cureton, K. y Powell, K. (1989). Exercise and fitness in childhood: implications for a lifetime health. In: *Youth exercise and sport*. Benchmark, p 401–430.

Blasco, T.; Capdevila, L.; Pintanel, M.; Valiente, L. y Cruz, J. (1996). Evolución de los patrones de actividad física en estudiantes universitarios. *Revista de Psicología del Deporte, 9-10,* 51-63.

Bouchard, C. y Shepard, R. J. (1994). Physical activity, fitness and health: The model and key concepts. En C. Bouchard, R. Shephard y T. Stephens (Eds). *Physical Activity, Fitness and Health: International Proceedings and Consensus statement*. Champaign IL: Human Kinetics.

Brown, J. D. y Siegel, J. M. (1988). Exercise as a buffer of life stress: a prospective study of adolescent health. *Health psychology, 7 (4),* 341-353.

Brownson, R. C.; Baker, E. A.; Housemann, R. A.; Brennan, L. K. y Bacak, S. J. (2001) Environmental and Policy Determinants of Physical Activity in the United States. *American Journal of Public Health, 91, (*12), 1995-2003.

Buckworth, J. (2001). Exercise adherence in College students: issues and preliminary results. *Quest, 53,* 335-345.

Bussey, K. y Bandura, A. (1999) Social cognitive theory of gender development and differentiation. *Phychology Review, 106*, 676-713.

Cabañas González, R.; Martínez Campillo, P. y Del Riego Gordón, M. L. (2004). Análisis de la motivación de las mujeres para la práctica de actividades físicas según la edad. *Lecturas Educación Física y Deportes, Revista Digital, 72* [en línea]. Buenos Aires. Disponible en: http://www.efdeportes.com.

Campbell, P. G.; MacAuley, D.; McCrum, E. y Evans, A. (2001). Age differences in the motivating factors for exercise. *Journal of Sport and Exercise Psychology, 23,* 191-199.

Campos, C. M. y Castro, N. L. (2007) Nivel de motivación al inicio y durante la actividad Físico-deportiva con mayores. En P. Montiel, A. Merino, A. Sánchez y A. Heredia. (Coords.) *Actas del II Congreso Internacional de Actividad Físico Deportiva para Personas Mayores. Un estilo de vida* (pp. 407-408) [CD-Rom]. Málaga: Consejería de Turismo, Comercio y Deporte. Instituto Andaluz del Deporte.

Canales, I. y Perich, M. J. (2003). La práctica de la actividad física de la mujer aragonesa: un estudio sociológico. En A. Oña Sicilia, y A. Bilbao Guerrero, *II Congreso Mundial de Ciencias de la actividad física y el deporte. Deporte y calidad de vida* ([CD ROM]. Granada: Facultad de Ciencias de la Actividad Física y Deporte de Granada.

Cañellas, A. y Rovira, J. (1995). Los hábitos deportivos de la población adulta barcelonesa (15 a 59 años). *Apunts: Educación Física y Deportes, 42,* 75-79.

Cantón, C. E. (2000). Motivación en la actividad física y deportiva. España: *Revista Electrónica de Motivación y Emoción, 3,* 5-6. [En línea]. Disponible en: http:// reme.uji.es/articulos/acante1372212100/texto.html [Consulta: 2005, 18 de junio]

Cantón, E. (2001). Motivación en la actividad física y deportiva. *Revista Española de Motivación y Emoción*, *2*, 31-36.

Carevic, J. M. (2003). Procesos de duelo en el anciano. El Portal del mundo de la psicología. *Psicocentro* [En línea]. Disponible en: http://www.psicologia-online.com/colaboradores/mcarevic/duelo.shtml

Carron, A.; Hausenblas, H. A. y Mack, D. (1996). Social influence and exercise: A meta-analysis. Journal of Sport and Exercise Psychology. *Journal of Sport and Exercise Psychology, 18*, 1-16.

Caspersen, C. J.; Pereira, M. A.; y Curran, K. M. (2000). Changes in physical activity patterns in the United States, by sex and cross-sectional age. *Medicine y Science in Sport y Exercise* [En línea]. Disponible en: http://www.ms-se.com/pt/re/msse /abstract.0000576...eaLkKuCeOUKMwOzcnX!2000813083!-949856031!9001!-1

Castillo Fernández, I. y Balaguer, I. (1998). Patrones de actividades físicas en niños y adolescentes. *Apunts. Educación física y Deportes, 54*, 22-29.

Castillo, I., Balaguer, I. y Tomás, I. (1997). Predictores de la práctica de actividades físicas en niños y adolescentes. *Anales de psicología, 13,* 189-200.

Castro, A. (2005). Políticas municipales para la promoción de la actividad física. *Cuadernos de Promoción de la Salud, 14,* 3-69.

Cauley, J. A.; Stone, K.; Thompson, T. J.; Bauer, D. C.; Cummings, S. R.; Ensrud, K. E. (2003). Relationship of Changes in Physical Activity and Mortality Among Older Women. *JAMA, 289,* 2379-2386.

CDC (2003*). Prevalence of Physical Activity, Including Lifestyle Activities Among Adults, 52,* (32) 764-769. [En línea] Disponible en: http://www.cdc.gov/mmwr/ preview/mmwrhtml/mm5232a2.htm#tab2 [Consulta: 2006, 12 agosto]

CDC/ACSM (1999). Special focus: healthy aging. Chronic Disease Notes and Reports. *Centers for Disease Control and Prevention* [en línea], 12, 10-11. Disponible en: http://www.cdc.gov/ [Consulta: 2007, 5 de abril].

CDC/OMS (2004). *Resultados y recomendaciones del Panel de Expertos* [en línea]. Disponible en: http://www.medco.encolombia.com/deportes [Consulta: 2007, 4 de abril]

CDC50 (2004). *Physical Activity and Health Older Adults* USA: USA Departament of health and human services.

CDFEC. AC (2002). *Adulto mayor, una nueva etapa de vida. Guía de orientación psicológica para atención en la edad avanzada,* 4-43.

CEPAL (2005). Transición demográfica en América latina y el Caribe *Reporte No. 1.* 12-34.

Chirosa Ríos, J. L., Chirosa Ríos, I. J., y Padial Puche, P. (2000). La actividad física en la Tercera Edad. l*ecturas: efdeportes*. [En línea]. Disponible en: http://www.efdeportes.com] [Consulta: 2006, 24 de junio]

Colás Bravo, M. P. (1994). La metodología cualitativa. En M.P. Colás Bravo y L. Buendía Eisman (Eds.), *Investigación Educativa* (pp. 249-288). Sevilla: Alfar.

Comisión Europea (2003). *Physical activity*. Bruselas: European Opinión Research Group EEIG.

Compass (2002). A project seeking the co-ordinated monitoring of participation in sport in Europe. COMPASS [En línea]. Disponible en: http://w3.uniroma1.it/ COMPASS

CONAPO (2001). *Reporte Evolución de la mortalidad y la esperanza de vida en México.* Concejo Nacional de Población, (23-32).

Corbin, C. B., Pangrazi, R. P. y Frank, B. (2000). Definitions: Health, Fitness, and Physical Activity. *President's Council on Physical Fitness and Sport Research Digest, 3*, 9, 1-10.

Corcuera, E. y Villate, R. (1992). *Actitudes ante el deporte en Vitoria-Gasteiz. Estudio cualitativo*. Vitoria-Gasteiz: Neurriak.

Cornejo, J. M. (1998). *Técnicas de investigación social: El análisis de correspondencias (teoría y práctica)*. Barcelona: P.P.U.

Cuevas Zubizarreta, M. J. (1994). Los andaluces y el deporte: Hábitos de la práctica deportiva en Andalucía en el medio urbano. En *II Convocatoria de ayudas para la Investigación Deportiva*. UNISPORT.

De Andrés, B. y Aznar, P. (1996). Actividad física, deporte y salud: factores motivacionales y axiológicos. *Apunts: Educación Física y Deportes, 46,* 12-18.

Dechavanne, N. (1998). El bienestar físico y psíquico en las prácticas físicas. En *Actas del VII Congreso Mundial de Deporte para Todos. El deporte para todos y los retos educativos a nivel mundial* (Sesión: Promoción del bienestar a través del Deporte para Todos) (p. 121) [CD ROM]. Barcelona: COI.

Delgado, F. M. y Latiesa, R. M. (2002) Hábitos de vida relacionados con la práctica de actividades físico-deportiva. En Consejo Superior del Deporte (Eds.), *Deporte y calidad de vida en la población adulta* (pp. 57-65). Madrid: Ministerio de Educación.

Delgado, P. y Salcedo, T. (2003). Aspectos conceptuales sobre los indicadores de calidad de vida. *UNC, 2*, 1-31.

Denton, M. y Walters, V. (1999). Gender differences in structural and behavioral determinants of health: an analysis of the social production of health. *Pergamon, 48*, 1221-1235.

Díez, M. D. y Quesada, S. (1999). *El binomio deporte-sociedad en la ciudad de Alicante* [en línea]. Disponible en: http://www.judobrasil.com.br [Consulta: 2006, 18 octubre]

Dishman, R. K. y Sallis, J. F. (1994). Determinants and interventions for physical activity and exercise. En C. Bouchard, R. J. Shephard, y T. Stephens (Eds.), *Physical activity, fitness, and health: International proceeding and consensus statement* (pp. 214-238). Champaign, IL: Human Kinetics.

Dosil, J. (2004). *Psicología de la Actividad Física y del Deporte.* Madrid: McGraw-Hill.

Duarte Barrios, R., Borges Mojaiber, R. y Cardoso Pérez, L. C. (2003). Beneficios percibidos por adultos mayores incorporados al ejercicio. *Revista Cubana de Medicina General Integral, 19 (2),* [En Línea]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php ?script=sci_arttext&pid=S0864-21252003000200007&lng=es&nrm=iso>

Dunn, A. L.; Andersen, R. E. y Jakicic, J. M. (1998). Lifestyles physical activity interventions. History, short - and long- term effects, and recommendations. *American Journal of Preventive Medicine, 15*, 398-412

Elizondo Armendáriz, J. J.; Guillén Grima, F. y Aguinaga Ontoso, I. (2005). Prevalencia de actividad física y su relación con variables sociodemográficas y estilos de vida en la población de 18 a 65 años de Pamplona. *Revista Española de Salud Pública, 79*, 559-567.

Erdociaín, L.; Solís, D. e Isa, R. (2000). Deporte y Género: Hábitos deportivos de los argentinos. *Sportsalud*, 210-297.

Esteve, M. y Roca, J. (1997). Calidad de vida relacionada con la salud: un nuevo parámetro a tener en cuenta. *Medicina Clínica, 108*, 458-459.

European Center for Diseases Prevention and Control (2005). *European Community Health Indicators, Phase II, ECHI-II.* Comunidad europea.

EUROSTAD (1997). *Self-reported health in the European Community*. *Statistics in Focus, Population and social condition*s. Luxembourg: Pamphlet

Eurostad (2003). *Time use at different stages of life. Results from 13 European countries July 2003.* Luxembourg: Pamphlet

Eyler, A. A. (2002). Correlates of physical activity: Who's active and who's not?. *Arthritis Care and Research*, *49 (1)*, 136–140.

Felce, D. y Perry, J. (1995). Quality of life: It's Definition and Measurement. *Research in Developmental Disabilities*, *16 (1)*, 51-74.

Figueiredo Gomes, M. J. y Rebollo, S. (2003). La actividad física y los hábitos de vida sano: un estudio en la Enseñanza Técnica del CEFET de Paraíba-Brasil. En A. Oña Sicilia, y A. Bilbao Guerrero, *II Congreso Mundial de Ciencias de la actividad física y el deporte. Deporte y calidad de vida* (pp. 147-153) [CD ROM]. Granada: Facultad de Ciencias de la Actividad Física y Deporte de Granada.

Frank, L. D., Schmid, T. L., Sallis, J. F., Chapman, J. y Saelens, B. E. (2005). Linking Objectively Measured Physical Activity with Objectively Measured Urban Form Findings from SMARTRAQ . *Elsevier Inc.*

Fuentes, G. & García, G (2003). Causas sociales que originan sentimientos de abandono en el adulto mayor. *Hopital General la Quebrada, 2*, 25-29.

Gallegos Carrillo, K.; Duran Arenas, J. L.; López Carrillo, L. y López Cervantes, M. (2003). Factores asociados con los factores de calidad de vida del adulto mayor de Morelos. *Revista de Investigación Clínica, 5*, 260-269.

Gallegos Carrillo, K.; García Peña, C., Duran Muñoz, C., Reyes, H. y Durán Arenas, L. (2006). Autopercepción del estado de salud: una aproximación al los ancianos en México. *Revista Saúde Pública, 40 (5)*, 792-801.

Gálvez Casas, A. (2004). *Actividad física habitual de los adolescentes de la región de Murcia. Análisis de los motivos de práctica y abandono de la actividad físico-deportiva*. Tesis Doctoral, Universidad de Murcia.

García Bengochea, E. y Spence, J. C. (2002). *Alberta Survey on Physical Activity*. Edmonton: Centre for Active Living.

García Ferrando, M. (1990). *Aspectos sociales del deporte. Una reflexión sociológica*. Madrid: Alianza Editorial.

García Ferrando, M. (1992). *Uso del tiempo libre y actividades deportivas de los jóvenes españoles: resultados de una encuesta*. Madrid: Consejo Superior de Deportes.

García Ferrando, M. (1993). *Tiempo libre y actividades deportivas de la juventud en España*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales. Instituto de la Juventud.

García Ferrando, M. (1996). Cambios en los hábitos deportivos de los españoles. *Temas para el debate*, 23, 43-46.

García Ferrando, M. (1997). *Los españoles y el deporte (1980-1995): un análisis sociológico sobre comportamientos, actitudes y valores*. Madrid: Consejo Superior de Deportes.

García Ferrando, M. (2000). *El análisis de la realidad social*. Madrid: Alianza.

García Ferrando, M. (2001). *Los españoles y el deporte: prácticas y comportamientos en la última década del siglo XX. Encuesta sobre hábitos deportivos de españoles, 2000*. Madrid: Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. Consejo Superior Deportes.

García Ferrando, M. (2003). Uso del tiempo libre y actividades deportivas de los jóvenes españoles: resultados de una encuesta. En A. Oña Sicilia, y A. Bilbao Guerrero, *II Congreso Mundial de Ciencias de la actividad física y el deporte. Deporte y calidad de vida* [CD ROM]. Granada: Facultad de Ciencias de la Actividad Física y Deporte de Granada.

García Ferrando, M. (2005). *Encuesta sobre hábitos deportivos de los españoles avance de resultados*. Madrid: Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. Consejo Superior Deportes.

García Ferrando, M. (2005). *Encuesta sobre hábitos deportivos de los españoles 2005. Avance de resultados*. Madrid: Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. Consejo Superior Deportes.

García Ferrando, M. y Mestre Sancho, J. A. (2000). *Los hábitos deportivos de la población de Valencia (2000).* Valencia: Ayuntamiento de Valencia.

García Ferrando, M., Ibáñez, J. y Alvira, F. (1996). Introducción al análisis de los datos. En M. García Ferrando, J. Ibáñez y F. Alvira (Eds.), *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación* (pp. 403-436). Madrid: Alianza.

García Ferrando, M.; Lagartera Otero, F. y Puig Barata, N. (2002). Cultura deportiva y socialización. En M. García Ferrando, F. Lagartera Otero y N. Puig Barata (Comps.), *Sociología del deporte* (pp. 69-98) (2ª ed.). Madrid: Alianza Editorial.

García Montes, M. E. (2001). *Actitudes y Comportamientos de la mujer granadina ante la práctica física de tiempo libre*. Tesis Doctoral. Granada: Servicio de publicaciones de la Universidad de Granada.

García Montes, M. E., Rebollo, S, Martínez, M. y Oña, A. (1996). Estudio de hábitos deportivos en la provincia de Granada. *Motricidad. Revista Euro-Americana de Ciencias de la Actividad Física y del Deporte, 2*, 55-74.

García Montes, M. E.; Hernández Rodríguez, A. I.; Oña Sicilia, A.; Godoy García, J. F. y Rebollo Rico, S. (2001). La práctica física de tiempo libre en la mujer. *Motricidad. Revista de la Asociación Española de Ciencias del Deporte, 7*, 145-186.

García Montes, M. E.; Ruiz Juan, F.; Gómez López, M. y Piéron, M. (2005). Relationships between physical activity and self-perception in senior high school students. En *Activite lifestyles: the impact of education and sport. Abstracts book* (comp.) (pp. 38). Lisboa: Facultade de Motricidade Humana – Lisboa. AIESEP.

Garita, A. E. (2006). Motivos de participación y satisfacción en la actividad física, el ejercicio físico y el deporte. *Revista Medicina Humana Salud, 3*, *(1),* 1-16.

Gázquez, I.; Marti, A.; Roura, M.; Blasco, T. y Capdevila, L. (1992). Estilos de vida activos y memoria inmediata en individuos de la tercera edad. *Revista de Psicología del Deporte*, *2,* 15-23.

Generelo, L. E.; Serrano, O. E. y Zaragoza Casterad, J. (2002). Importancia del conocimiento de los niveles de actividad física habitual de la población adulta. *En II Congreso Mundial de Ciencias de la Actividad Física y del Deporte y Calidad de Vida* (p.163). Zaragoza: Universidad de Zaragoza.

Gierveld, J. J. (2004). Cross-national comparisons of social isolation and loneliness: introduction and overview. *La Revue canadienne du Vieillissement, 2,* 109-113.

Gómez López, M. (2005). *La actividad físico-deportiva en los centros almerienses de educación secundaria, post obligatoria y en la Universidad de Almería. Evolución de los hábitos físico-deportivos de su alumnado.* Tesis Doctoral, Universidad de Almería.

Gómez López, Valero Valenzuela, A.; Ruiz Juan. F.; y García Montes, M. (2007). Análisis de la actividad físico-deportiva realizada por los adultos mayores durante su tiempo libre. En P. Montiel, A. Merino, A. Sánchez y A. Heredia (Coords.) *Actas del II Congreso Internacional de Actividad Físico Deportiva para Personas Mayores. Un estilo de vida* (pp. 77-103) [CD-Rom]. Málaga: Consejería de Turismo, Comercio y Deporte. Instituto Andaluz del Deporte.

Gómez Rinessi, J. F.; Saiach, S. y Lecuna, N. (2000). Envejecimiento. *Revista de Posgrado de la Cátedra VIa Medicina, 100,* 21-23. [En línea]. Disponible en: http://med.unne.edu.ar/revista/revista100/envejecimiento.htm [Consulta: 2007, 23 de septiembre].

Gómez Vela, M. y Sabeh, E. N. (2002). *Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica*. Salamanca: Instituto universitario de integración a la sociedad.

Gómez, F.; Duperly, J.; Lucumí, I.; Gámez, R. y Venegas, S. (2005). Nivel de actividad física global en la población adulta. *Gaceta Sanitaria, 19 (3)*, 206-213.

Gonzalez Luna, E. (2005). Tracking diario, mediante entrevistas cara a cara en viviendas. *Berumen* [En línea]. Disponible en: http://www.berumen.com.mx/.

González, G. F. (1999). *Historia de México*. (2a ed.) México: Ediciones Quinto Sol.

González, L. (1977). Presidentes porfiristas. En J. E. Iturriaga (Ed.), *Historia de la educación en México* (pp. 325-340). México: Siglo veintiuno.

Gonzálvez, C. (1992). La práctica deportiva de los niños y jóvenes. (Coords.) En *Actas del Congreso Científico Olímpico 1992*. Sevilla: Instituto Andaluz del Deporte.

Gracia, M. y Marcó, M. (2000). Efectos psicológicos de la actividad física en personas mayores. *Psicothema, 12 (2),* 285-292.

Guillén García, F.; Castro Sánchez, J. J. y Guillén García, M. A. (1997). Calidad de vida, salud y ejercicio: una aproximación al tema desde una perspectiva psicosocial. *Revista de Psicología del Deporte, 12*, 91-107.

Gutiérrez Robledo, L. M. (2004). La salud del anciano en México y la nueva epidemiología del envejecimiento. *La salud del anciano en México: la nueva epidemiología del envejecimiento, 53,* 34-89.

Gutiérrez Sanmartín, M. (2000). Actividad física, estilos de vida y calidad de vida. *Revista de Educación Física, 77,* 5-14.

Gyurcsik, N. C.; Spink, K. S.; Bray, S. R.; Chad, K. y Kwan, M. (2006). An ecologically based examination of barriers to physical activity in students from grade seven through first-year university. *Journal of Adolescent Health, 38*, 704-711.

Hall, M. & Havens, B. (2001). The effect of social isolation and loneliness on the health of older women. *PWHCE. Canada* [[En línea]. Disponible en: www.pwhce.ca/ effectsocialisolation.htm

Hallal, P. C., Victora, C. G., Wells, C. K., & Lima, C. R. (2003). Physical inactivity: Prevalence and associated variables in brazilian adults. *Medicine Sciences Sports Exercise, 35,* 1894-1900.

Ham-Chande, R. (1996). El envejecimiento: una nueva dimensión de la salud en México. *Salud Pública de México, 38*, 409-418.

Hellín, P. (2003). *Hábitos físico-deportivos en la región de Murcia: implicaciones para la elaboración del currículum en el ciclo formativo de Actividades Físico-Deportivas.* Tesis doctoral, Universidad de Murcia.

Hernández Grajales, G. J. (2004). *El normalismo rural en Chiapas.* Doctor social, UNACH, Tuxtla Gutiérrez.

Hernández Rodríguez, A. I. (2001). *Análisis de la demanda de la comunidad universitaria almeriense en actividades físico-deportivas. Estudio de adecuación de la oferta*. Tesis Doctoral, Universidad de Almería, Almería.

Hernández Rodríguez, A. I.; García Montes, M. E. y Oña, A. (2002). Las demandas de actividad físico-deportiva de los jóvenes universitarios almerienses. *Motricidad. Revista de la Asociación Española de Ciencias del deporte, 8,* 111-139.

Hernández Rodríguez, A. I.; Salas, G. I.; Sánchez, J. A. M.; Padilla, M. C. y Ventura, P. I. (2001). *Las actividades físico-deportivas de tiempo libre en una residencia escolar.* (Coords.) En *XIX Congreso Nacional de Educación Física*. Universidad de Murcia.

Hernández Sampieri, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2004). Recolección de datos. En S. Hernández, C. Fernández y P. Baptista (Eds.), *Metodología de la investigación* (pp. 343-490). México: McGrw-Hill.

HFC, Loughborough (2002). *A Physically Active Lifestyle Information Pack*. Pamphlet: Autor.

Hirvensalo, M.; Lampinen, P. y Rantanen, T. (1998). Physical Exercise in old Age: an Eigth-year follow-up study on involvement, motives, and osbtacles amon persons age 65-84. *Journal of Agin and Physical Activity, 6*, 157-168.

Impollino, V. (2001). *Los adultos mayores, el tiempo libre y la práctica de deportes y/o actividad física*. [En línea]. Argentina Revista Digital. Disponible en: http://www. redadultosmayores.com.ar/buscador/files/CALID002 [Consulta: 2006, 11 de diciembre].

IMSERSO (2004). *Las Personas Mayores en España* (Vol. 1). Madrid: Ministerio de Trabajo y Asunto Sociales.

INEGI (2000). Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. *INEGI* [En línea]. Disponible en: http://www.inegi.gob.mx/est/librerias/tabulados.asp? tabulado.

INEGI (2005). Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. *Población total por entidad federativa, sexo y relación hombres-mujeres.* [En línea]. Disponible en: http://www.inegi.gob.mx/est/librerias/tabulados.asp? tabulado. [Consulta: 2007, 22 de julio].

Informe de la Juventud en España (2000). Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Inga Aranda, J. y Vara Horna, A. (2000). Calidad y satisfacción de vida de adultos mayores de 60 años en Lima Perú. Estudio Piloto y análisis psicométrico. *ADM*. Disponible en: http://www.geocities.com/adm_peru/adulto11.htm [Consulta: 2007, 12 de septiembre].

Instituto Nacional de Estadística. (2004). *Encuesta de empleo del tiempo en la población española 2002-2003. Resultados definitivos*. Madrid: Autor.

Ispizua Uribarri, M. (1993). *Hábitos deportivos de la población de la margen izquierda. Barakaldo, Portugalete, Santurtzi y Sestao. (1992).* Bilbao: Ayuntamientos de Barakaldo, Portugalete, Santurtzi y Sestao. Eusko Jaurlaritza. Gobierno Vasco. Birkaiko Foru Aldundia. Diputación Foral de Bizkaia. EUDEL y KAIT

Ispizua Uribarri, M. (1996). *Prácticas y aspiraciones de tiempo libre de una población en declive: el caso de la margen izquierda del Nervión - Vizcaya.* En M. García Ferrando y J. R. Martínez Morales (Coords.) *Ocio y Deporte en España* (pp. 101-118). Valencia: Tirant lo Blanch.

Iturriaga, J. E. (1981). *Historia de México* (vol. 2). México: SEP.

Jacoby, E.; Bull, F. y Neiman, A. (2003). Cambios acelerados del estilo de vida obligan a fomentar la actividad física como prioridad en la Región de las Américas. *Rev.Panam.Salud Pública, 14*, 223-225.

Jansson, M. A. (2001). El costo social de la pérdida de funcionalidad motora y cognitiva en el adulto mayor. *Fharos, 8,* 69-93.

Jiménez, F., López, E., Pérez, J., Barajas, Z., y Pérez, J. (1991). Recogida de datos en la investigación empírica. En F. Jiménez, E. López, Z. Barajas y J. Pérez (Eds.), *La recogida de datos en la investigación empírica* (pp. 153-167). Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.

Jiménez, J. E.; Martínez, C. J.; Graupera, J. L. y Pouso, J. F. (2002). La dirección de programas de actividad física ante las barreras en la incorporación de la tercera edad. (Coords.) En *I Congreso Internacional de actividad física y deportiva para personas mayores de Málaga.* [CD ROM] Málaga: Instituto Andaluz del Deporte.

Junta de Castilla y León. Consejería de Cultura y Turismo (1994). *La juventud de los 90. Estudio sociológico de la juventud de Castilla y León.* León: Junta de Castilla y León.

Kalache A, Lunenfeld B. (2001). Health and the ageing male. *The Aging Male, 3*, 1–36.

Kalache, A. (1999). *How Should We Prepare for Ageing Societies***?** USA.

Katch, F. I. y Katch, V. L. (1991). Physical Activity, Health and Aging. En M. Sangold y G. Mirkin (Eds.), *Exercise Physiology and Sports* (698-737). Philadelphia.

Keating, X.; Guan, J.; Castro, J. y Bridges, D. (2005). A meta-analysis of college students physical activity behaviors. *Journal of American College Health [*En línea]. Disponible: http://proquest.umi.com/pqdweb?index=0&did=911011721&SrchMode=1&sid=1&Fmt=3&VInst=PROD&VType=PQD&RQT=309&VName=PQD&TS=1150112535&clientId=23354

King, A. C. (2001). Interventions to promote physical activity by older adults. *Journals of Gerontology, 56,* 36-46.

Lalonde, OMS. (2005). Determinante de la salud. *GNU/GFDL.* [En línea]. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Determinante_de_la_salud . [Consulta: 2007, 12 de julio].

Latiesa, M. (2000). Validez y fiabilidad de las observaciones sociológicas. En M. García Ferrando, J. Ibáñez y F. Alvira (Eds.), *Métodos y técnicas de investigación* (pp. 409-443). España: Alianza.

Leslie, E.; Sparling, P. B. y Owen, N. (2001). University campus settings and the promotion of physical activity in young adults: lessons from research in Australia and the USA. *Health education, 3,* 116-125.

Li, F.; John Fisher.; Adrian Bauman, Marcia, G. Ory, Wojtek Chodzko-Zajko, Peter Harmer et al. (2005). Neighborhood Influences on Physical Activity in Middle-Aged and Older Adults: A Multilevel Perspective. *Journal of Aging and Physical Activity, 13,* 8-114.

Longhurst, K. y Spink, K.S. (1987) Participation motivation of Australian children involved in organized sport. *Canadian Journal applied Sport Sciences, 12, (1)*, 24-30.

López Cózar. M. y Rebollo Rico, S. (2002). *La práctica deportiva en personas mayores: análisis de la calidad de vida y la práctica deportiva realizada*. *Lecturas Educación Física y Deportes, Revista Digital* [en línea], *53.* Buenos Aires. Disponible en: http://www.efdeportes.com.

López Crespo, C. (2001). La cuestión del género en los valores asociados al deporte. *Tandem*, 2, 39-50.

López González, M. y Amar Rodríguez, J. (2000). Educación Física y Salud. En *Las clases teóricas de Educación Física en primaria* (pp. 553-558). Cádiz: Publicaciones del sur.

López Rodríguez, A. y Moreno Murcia, J. A. (2000). Integridad, variabilidad y diversidad en Educación Física. *Lecturas Educación Física y Deportes, Revista Digital, 19* [en línea]. Buenos Aires. Disponible en: http://www.efdeportes.com.

López, D. J. y Latiesa, R. M. (2002). Población adulta y calidad de vida. In Consejo Superior de Deportes (Ed.), *Deporte y calidad de vida en la población adulta* (pp. 41-56). Madrid: Consejo Superior de Deportes.

López-Cózar, R. & Rebollo, S. (2002). Análisis de la relación entre práctica deportiva y características sociodemográficas en personas mayores. *Revista internacional de medicina y ciencias de la actividad física y del deporte, 5*, 1-38.

Loughborough (2002). A physically active lifestyle information pack. Physical Activity y Health Alliance [En línea]. Disponible en: http://www.paha.org.uk/paha/2126.html [Consulta: 2007, 9 de julio].

Maehr, M. L. y Nicholls, J. G. (1980) Culture and achievement motivation: A seconda look. En N. Warren (Ed.), *Studies in cross-cultural psychology*, 2, pp. 221-267. New York: Academic Press.

Malina, R. M. (2001) Tracking of physical activity across the lifespan. *President's council on physical fitness and sports. Research Digest, 3 (14),* 1–8.

Mantilla Toloza, S. C. (2006). Actividad física en habitantes de 15 a 49 años de una localidad de Bogotá, Colombia. *Revista de Salud Pública, 8 (2)* [En Línea]. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01240064200600500006&lng=es&nrm=iso&tlng=esFinal

Manzano, V. G., Rojas, A. J. y Fernández, J. S. (1996). *Manual para encuestadores*. Barcelona: Ariel Practicum.

Marivoet, S. (2007). Prácticas desportivas na sociedade portuguesa (1988-1998). En *IV Congresso Português de Sociologia*. Universidade Técnica de Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana.

Martín, B. L. (2000). El adulto mayor en la familia. *Psicología y Psicopedagogía, 1.*

Martínez López, E. (2003). La salud como motivación para la práctica de actividad física en personas adultas. *La Treia, 16,* 32-43.

Martínez Ros, M. T.; Tormo, J. J.; y Perez Flores, D y Navarro, C. (2003). Actividad física deportiva en una muestra representativa de la población de la Región de Murcia. *Gaceta Sanitaria, 17,* 11-19.

Martos Martínez. M. (2000). Actividad física y salud en personas mayores 2000. En *Actas 2º Congreso Internacional de Educación Física 2000* (pp. 683-688). Cádiz: Federación de trabajadores de la enseñanza Universidad de Cádiz.

Masachs, M., Puente, M. y Blasco, T. (1994). Evolución de los motivos para participar en programas de ejercicio físico. *Revista de Psicología del Deporte, 5,* 71-80.

Maslow, A. (1975). *La jerarquía de necesidades de Abraham Maslow.* [En línea]. España: Disponible en: http://www.gestiopolis.com/canales/gerencial/articulos/18/ jerarquia.htm [Consulta: 2007, 5 de abril].

Matsudo, S. M. (2003). Actividad física y salud para el adulto mayor. *Revista Diagnóstico y Tratamiento*, *5 (2),* 10-17.

Matsudo, S. M.; Matsudo, V. y Neto, T. (2000). Efeitos Benéficos da Atividade Física na Aptidão Física e Saúde Mental Durante o Processo de Envelhecimento. *Revista Brasileira de Atividade Física y Saúde*, *5 (2)*, 60-76.

Matsudo, S. M.; Matsudo, V.; Araujo, T. L.; Andrade, D. R.; Andrade, E. L.; Oliveira, L. C. (2003). The Agita São Paulo Program as a model for using physical activity to promote health. *Rev Panam Salud Pública*, *14 (4),* 265–272.

Mazzeo, R. S.; Cavanagh, P.; Evans, W. J.; Fiatarone, M.; Hagberg, J. y McAuley, E. (1998). Exercise and Physical Activity for Older Adults. *Medicine y Science in Sports y Exercise, 30* (6), 1-34.

McClelland, D. (1961). *The Achieving Society*. New York: The Free Press.

McDougall, C.; Cooke, R.; Owen, N.; Willson, K. y Buman, A. (1999). Relatin physical activity to health status, social connetions and communities facilities. *Journal of Public Health; 21,* 625-631.

Meece, J. (2000). Perspectivas sobre el desarrollo del niño. En (Ed.), *Desarrollo del niño y del adolescentes* (pp. 16-26). México: McGraw-Hill.

Meléndez Moral, J. C. (1996). La autopercepción negativa y su desarrollo con la edad. *Psicogrontología, 12,* 388-391.

Mella, R.; González, L.; D'Appolonio, J.; Maldonado, I.; Díaz, A. y Fuenzalida, A. (2004). Factores Asociados al Bienestar Subjetivo en el Adulto Mayor. *Psykhe, 13,* 79-89.

Mendoza, M. I.; Revilla, C.; Feria, A.; Bernal, J. M. y Revilla, T. (2004). La calidad de vida de las personas mayores en una zona de salud de Huelva. *Portularia 4*, 199-208.

Meneses, M. E. (1996). *Tendencias Educativas Oficiales en México*. México: Purrúa.

Micó, J.; Orona, L. y Piéron, M. (2002). La participación de los adolescentes andorranos en las actividades físicas y deportivas extraescolares. En M. A. González, J. A. Sánchez y J. Gómez, *Educación Física, ocio y recreación. Una demanda social, un yacimiento de empleo. II Congreso Internacional de la AIESEP* (pp. 575-582). A Coruña: Universidad Da Coruña.

Minuchin, P. (1996). Actividad física y salud. *Nutrinfo.*

Molero, J. J. y Guillén, M. (2007). La actividad física y patologías del aparato locomotor en las personas mayores: estudio de una población de entre 65 y 85 años. En P. Montiel, A. Merino, A. Sánchez y A. Heredia (Coords.) *Actas del II Congreso Internacional de Actividad Físico Deportiva para Personas Mayores. Un estilo de vida* (pp. 366-373) [CD-Rom]. Málaga: Consejería de Turismo, Comercio y Deporte. Instituto Andaluz del Deporte.

Monteiro, C. R. y Mancussi, A. C. (2006). Actividad física según la percepción de estudiantes de enfermería. *Revista Latino-americana Enfermagem 14 (6),* 215-285.

Monteiro, C., Conde, W., Matsudo, S., Matsudo, V., Bonseñor, I. y Lotufo, P. (2003). Epidemiología descriptiva de la actividad física en horas libres en el Brasil. *Rev Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health, 14 (4),* 246-254

Mora, M.; Villalobos, D.; Araya, G. y Ozols, A. (2004). Perspectiva de la calidad de vida del adulto mayor, diferencias ligadas al género y la práctica de la actividad físico recreativa. *Medicina Humana Salud, 1* (1), 1-11.

Morbidity and Mortality Weekly Report, M. (2000). *Prevalence of leisure-time and occupational physical activity among employed* Report, *49* (19), 420-424.

Moreno González, A. (2005). Incidencia de la actividad física en el adulto mayor. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte, 20*.

Moreno Murcia, J. A. y Gutiérrez Sanmartín, M. (1998). Motivos de práctica en los programas de actividades acuáticas. *Áskesis, 2,* 1-16.

Moreno Torres, R.; Ruiz López, M. D.; Reyes, A. y López, C. (2003). Influencia de la actividad física en el estado nutricional y salud percibida en población mayor institucionalizada. En A. Oña Sicilia y A. Bilbao Guerrero (Eds.), *Actas del II Congreso Mundial de Ciencias de la Actividad Física y del Deporte* [CD ROM]. Granada: Universidad de Granada. Facultad de Ciencias de la Actividad Física y el Deporte.

Morgan, W. P. (2001). Prescription of Physical Activity: a paradigm shift. *Quest,* 53, 366-382.

Mussino, A. (2004). Aspectos metodológicos de las encuestas territoriales sobre participación deportiva: el caso de la provincia de Prato. *Jornadas Deportivas del Instituto Andaluz del Deporte*. Málaga (Inédito)

Navarrete, M. C. y Navarrete, M. A. (2002). La coeducación en el área de Educación Física. Intervención Educativa. *Lecturas Educación Física y Deportes, Revista Digital, 53* [en línea]. Buenos Aires. Disponible en: http://www.efdeportes.com.

Navarro, C.; Pastor, R. y Ramírez, A. (2003). *Subcultura deportiva de género y espacio público en el ámbito local (El caso del Municipio de Córdoba).* Cádiz: Centro de Sociología Política de la Universidad Pablo de Olavide.

Navarro, M. y Mateo, M. J. (1993). *Juventud en cifras 1992*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer.

Nicholls, J. G. (1984). Achievement motivation: Conceptions of ability, subjective experience, task choice, and performance . *American Psychological Association, Incorporation, 91* (3), 328-346.

Nuviala Nuviala, A, Ruiz Juan, F., García Montes, M. E, Díaz Suárez, A. (2006). Motivos de práctica y tasa de participación en actividades físico-deportivas organizadas entre adolescentes que viven en dos entornos rurales. *Cuadernos de Psicología del Deporte, 6,* 69-80

Nuviala Nuviala, A. (2003). *Las escuelas deportivas en el entorno rural del servicio comarcal de deportes "Corredor del Ebro" y el municipio Fuentes del Ebro.* Tesis Doctoral, Universidad de Almería.

Nuviala Nuviala, A., García Montes, M. E. y Ruiz Juan, F. (2007). Expectativas de los usuarios directos e indirectos de los servicios deportivos en edad escolar en una comarca aragonesa. *Apunts. Educación Física y Deportes, 87*, 93-98.

Nuviala Nuviala, A., García Montes, M. E., Ruiz Juan, F. y Jaenes Sánchez, J. C. (2006). El peso de los agentes sociales en la motivación para realizar prácticas físicas organizadas entre el alumnado de 10 a 16 años. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte, 2,* 53-67 .

OMS (2002). *The World Health Report 2002. Reducing Risks, Promoting Healthy Life*. Ginebra: World Health Organization.

OMS (2003). Por tu salud, muévete. Documento de exposición de conceptos. Move for health [En línea]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/2003/WHONMHNPHPAH

OMS (2004). *México (Comparado con otros países en Región para las Américas de la OMS). Estadísticas OMS* [en línea]. Disponible en: http://www3.who.int/whosis/ country/compare.cfm?country [Consulta: 2007, 22 de abril]

OMS (2006). Definición de salud. Wikipedia: [En línea]. Disponible en: http://es. wikipedia.org/wiki/Salud [Consulta: 2007, 25 de noviembre].

ONU (2001). *Población: Informe ONU. Un occidente envejecido. USA: Zenit* [en línea] Disponible en: http://apologetica.org/onu-poblacion.htm [Consulta: 2007, 24 de abril]

ONU 1996. *Declaración y Programa de Acción de Copenhague. Cumbre Mundial sobre el desarrollo Social.* New York: Naciones Unidas.

OPS (2001). Salud pública y envejecimiento. Madrid.

OPS (2002). *Promoción de la Salud: Cómo construir una vida saludable*. Washington: OPS. (Serie PALTEX nº 3).

OPS (2005). Por ciento de adultos mayores de 60 años en los países de America latina. *IRDBS/SIS*.

Otero, J. M. (2003). *El deporte andaluz en cifras 2002.* Sevilla: Consejería de Turismo y Deporte. Observatorio del Deporte Andaluz.

Otero, J. M. (2004). *Hábitos y actitudes de los andaluces ante el deporte (2002).* Cádiz: Consejería de Turismo y Deporte. Observatorio del Deporte Andaluz.

Paffenbarger, R. S.; Hyde, R. T.; Wing, A. L. y Hsieh, C. C. (1986). Physical activity, all-cause mortality, and longevity of college alumni. N. Engl. *Journal Medicine, 314,* 605-613.

Paige, R. (2003). Importancia de la educación en América. *FAQs* [en línea]. Disponible en: http://wwweState.gov.

Papalia, D. E. y Wendkos, S. O. (1998). El mundo de un niño teoría, temas de análisis y métodos de estudio. En (Ed.), *Psicología del desarrollo* (pp. 11-51). México: McGraw-Hill.

Parks, S. E, Housemann, R. A, y Brownson, R. C. (2003). Backgrounds in the United States and rural adults of various socioeconomic Differential. *Journal Epidemiology Community Health, 57,* 29-35.

Pastor Pradillo, J. L. (2004). El profesor como indagador de su propia práctica. *Tandem, 15*, 96-109.

Pastor, Y. y Balaguer, I. (2001). *Relaciones entre autoconcepto, deporte y competición deportiva en los adolescentes valencianos* [en línea]. Disponible en www. psicologia-online.com] [Consulta: 2004, 10 de diciembre.

Pate, R.; Pratt, M.; Blair, S. N.; Haskell, W. L.; Macera, C. A.; Bouchard, C.; Buchner, D.; Ettinger, W.; Heath, G. W. y King, A. C. (1995). Physical activity and public health. A recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. *Journal of the American Medical Association*, *273 (5),* 402-407.

Pavón Lores, A.; Moreno Murcia, J. A.; Gutiérrez Sanmartín, M. y Sicilia Camacho, A. (2003). Motivos de práctica físico-deportiva según la edad y el género en una muestra de universitarios. *Apunts. Educación física y Deportes, 76,* 13-21.

Pérez Samaniego, V. (1998). Criterios de práctica física orientados a la salud. En *Actas del VII Congreso Mundial de Deporte para Todos. El deporte para todos y los retos educativos a nivel mundial* (Sesión: Promoción del bienestar a través del Deporte para Todos) (p. 134) [CD ROM]. Barcelona: COI.

Pérez Samaniego, V. y Devís Devís, J. (2003). La promoción de la actividad física relacionada con la salud y la perspectiva de proceso y de resultado. En *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte,* 10, 1-4. http:// cdeporte.rediris.es/revista/ revista10/artpromoci%f3n.html

Pérez Samaniego, V. y Sánchez Gómez, R. (2001). Las concepciones del cuerpo y su influencia en el currículum de la Educación Física. *Lecturas Educación Física y Deportes, Revista Digital, 33* [en línea]. Buenos Aires. Disponible en: http://www.efdeportes.com.

Phillips, E. M.; Schneider, J. C. y Mercer, G. R. (2004). Motivating elders to initiate and maintain exercise. *American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation 85* (3), 53-57.

Piéron, M. (2002). *Estudi sobre els hàbits esportius dels escolars d´Andorra.* Andorra: Gobern d´Andorra. Ministerio d´Educació Joventut i Esports.

Piéron, M. (2003). Estilo de vida, práctica de actividades físicas y deportivas. Calidad de vida. En A. Oña Sicilia y A. Bilbao Guerrero (Eds.), *Libro ponencias del II Congreso Mundial de Ciencias de la Actividad Física y del Deporte. Deporte y Calidad de Vida* (pp. 328-342). Granada: Facultad de Ciencias de la Actividad Física y el Deporte.

Piéron, M., García Montes, M. E. y Ruiz Juan, F. (2007). Algunos correlatos de la actividad físico-deportiva en una perspectiva de salud. *Tándem. Didáctica de la Educación Física, 24*, 9-24.

Piéron, M.; Almond, L.; Telama, R.; Ledent, M. y Carreiro, F. (2001). Student perception of health, fitness, and perceived physical competente and appearance. Comparative analysis of youth lifestyle in selected European countries. En L. Sena Lino, R. Trinda de Ornelas, F. Carreiro da Costa y M. Piéron (Eds.), *AIESEP International Congress Madeira 2001. Innovation and new technologies in Physical Education, sport, research and/on teacher and coach preparation* (Área de Estilos de Vida) (pp. 1-8). Madeira: AIESEP.

Piéron, M.; Telama, R.; Almond, L. y Carreiro da Costa (1999). Estilo de vida de jóvenes europeos: un estudio comparativo. *Revista de Educación Física, 76*, 5-13.

Piéron, M.; Telama, R.; Almond, L. y Carreiro da Costa, F. (1997). Lifestyle of young europeans: comparative study. In, J. Walkuski, S. Wright y S. Tan Kwang San Proceedings, *AIESEP International Congress Singapore 1997. World conference on Teaching, Coaching and Fitness Needs in Physical Education and the Sport Sciences* (pp. 403-415). Singapore: School of Physical Education. National Institute of Education. Nanyang Technological University.

Piéron, M.; Telama, R.; Ledent, M. y Almond, L. (1998). Participación de los jóvenes europeos en las actividades físicas y deportivas. En *Actas del VII Congreso Mundial de Deporte para Todos. El deporte para todos y los retos educativos a nivel mundial* (Sesión: Promoción del bienestar a través del Deporte para Todos) [CD ROM]. Barcelona: COI.

Piñón, P. M. (1999). *Los cambios en la red social y en la percepción de la salud durante la jubilación.* Tesis Doctoral, Universitat Rovira i Virgili.

Ponseti, F. X.; Gili, M.; Palou, P. y Borrás, P. A. (1998). Intereses, motivos actitudes hacia el deporte en adolescentes: diferentes en función del nivel de práctica. *Revista de Psicología del Deporte, 7*, 259-274.

Pont Geis, P. y Carroggio Rubí, M. (2001). *Movimiento creativo con personas mayores*. Barcelona: Paidotribo.

Porras, S. M. (2006). *Hábitos y actitudes de los sevillanos ante el deporte*. España: Instituto Municipal de Deportes Ayuntamiento de Sevilla.

Prochaska, J. O.; DiClemente, C. C. y Norcross, J. C. (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, *47*, *9*, 1102-1114.

Pulido Álvarez, M. E. (2003). Envejecimiento y longevidad. *Revista electrónica salud* [En línea]. Disponible en: http://www.homeopatia.com.mx/memorias2003/EnvejecimientoyLongevidada.htm [Consulta: 2005, 21 de noviembre].

Qu, L. & Weston, R. (2003). Againg, living arrangements and subjective wellbeing. *Familly Matters, 66*, 26-33.

Ramírez Hoffmann, H. (2002). Acondicionamiento físico y estilos de vida saludable. *Colombia Médica, 33*, 3-5.

Rebollo Rico, S. y García Montes, M. E. (1996). Análisis de las tendencias deportivo-turísticas en el entorno rural. En M. García Ferrando y J. R. Martínez Morales (Coords.), *Ocio y deporte en España. Ensayos Sociológicos sobre el cambio* (pp. 179-205). Valencia: Tirant lo Blanch.

Reig, A.; Cabrero, J.; Ferrer, R. y Richart, M. (2001). La calidad de vida y el estado de salud de los estudiantes universitarios. *Edición digital basada en la edición de Alicante*, Universidad 2001. 1. Alicante.

Reyes, S. y Garcés de Los Fayos, E. (1999). ¿Por qué las personas hacen deporte?. Un análisis descriptivo en una población de estudiantes universitarios. En G. Nieto y E. J. Garcés de Los Fayos (Coords.), *Psicología de la Actividad Física y el Deporte*, (Tomo I) (pp. 121-126). Murcia: Sociedad Murciana de Psicología de la Actividad Física y el Deporte.

Riera Ferrán. A. (1996). Hábitos deportivos de los aragoneses. En Sánchez Martín (Ed.), *La actividad física y deporte en un contexto democrático (1976-1996). Investigación social y deporte, 3* (pp. 335-344). Pamplona: AEISAD.

Robine, J. M. ; Romieu, I. y Cambois, E. (1999). *Health expectancy indicators*. Rep. No. 77. USA.

Rodríguez Hernández, M. L.; Jiménez Beaty, J. E.; Graupera Sanz, J. L. y Martínez del Castillo, J. (2005). Los espacios para la actividad física de las personas mayores. *Lecturas Educación Física y Deportes, Revista Digital, 80* [en línea]. Buenos Aires. Disponible en: http://www.efdeportes.com.

Rodríguez, G., Gil, F. J. y García, J. E. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. Málaga: Aljibe.

Rodríguez, O. (2000). La muestra teoría y su aplicación. En M. García Ferrando, J. Ibáñez y F. Alvira (Eds.), *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación* (pp. 445-481). Madrid: Alianza.

Rojas, A. J., Fernández, C. y Pérez, M. (1998). *Investigar mediante encuestas*. Madrid: Síntesis.

Romero García, A. (2004). La intensidad del esfuerzo y la curva de recuperación en actividades aeróbicas beneficiosas para la salud. *Lecturas Educación Física y Deportes, Revista Digita, 71* [en línea]. Buenos Aires. Disponible en: http://www.efdeportes.com.

Romero Granados, S. (2007). La actividad físico-deportiva para mayores: consumo o hábito. En P. Montiel, A. Merino, A. Sánchez y A. Heredia (Coords.) *Actas del II Congreso Internacional de Actividad Físico Deportiva para Personas Mayores. Un estilo de vida* (pp. 77-103) [CD-Rom]. Málaga: Consejería de Turismo, Comercio y Deporte. Instituto Andaluz del Deporte.

Rossi, M. y Triunfo, P. (2004). *El estado de salud del adulto mayor en Uruguay* (14/04). Uruguay: Universidad de la República. Facultad de Ciencias Sociales. Departamento de Economía.

Ruiz Juan, F. (2001). *Análisis diferencial de los comportamientos, motivaciones y demanda de actividades físico-deportivas del alumnado almeriense de Enseñanza Secundaria Postobligatoria y de la Universidad de Almería*. Tesis Doctoral, Universidad de Almería.

Ruiz Juan, F. y García Montes, M. E. (2000). La formación inicial de los maestros especialistas en Educación Física. *Tándem, 1*, 79-91.

Ruiz Juan, F. y García Montes, M. E. (2002). El abandono y la ausencia de práctica de actividad físico-deportiva de tiempo libre del alumnado de la universidad de Almería. Un estudio longitudinal. *Lecturas: Educación Física y Deportes. Revista Digital, 47* [en línea]. Buenos Aires. Disponible en: http://www.efdeportes.com.

Ruiz Juan, F. y García Montes, M. E. (2002). Práctica de actividades físico-deportivas de tiempo libre y motivos para realizarla. Estudio comparativo entre el alumnado de Enseñanza Secundaria Postobligatoria y de segundo ciclo de la Universidad de Almería. *Lecturas Educación Física y Deportes, Revista Digital, 53* [en línea]. Buenos Aires. Disponible en: http://www.efdeportes.com.

Ruiz Juan, F. y García Montes, M. E. (2003). Estudio comparativo de los hábitos deportivos y estilos de vida de la provincia Ciudad de la Habana en Cuba y la provincia de Almería. En *Andalucía tierra del deporte. Congreso Internacional* (com.) (pp. 369-400). Sevilla: Consejería de Turismo y Deporte. Junta de Andalucía.

Ruiz Juan, F. y García Montes, M. E. (2004). Interés por la práctica de actividades físico-deportivas de tiempo libre. Estudio comparativo entre el alumnado de Enseñanza Secundaria Postobligatoria y de segundo ciclo de la Universidad de Almería. *Revista de Educación Física. Renovar la teoría y la práctica, 95*, 5-12.

Ruiz Juan, F. y García Montes, M. E. (2005). *Hábitos físico-deportivos de los almerienses en su tiempo libre*. Almería: Servicio de publicaciones Universidad de Almería.

Ruiz Juan, F. y García Montes, M. E. (2005). *Hábitos saludables y estilos de vida de los almerienses*. Almería: Servicio de publicaciones Universidad de Almería.

Ruiz Juan, F. y García Montes, M. E. (2005). Modalidades de práctica de actividades físico-deportivas de tiempo libre. Estudio comparativo entre el alumnado de Enseñanza Secundaria Postobligatoria y de segundo ciclo de la Universidad de Almería. *Tandem Didáctica de la Educación Física,* 17, 79-91.

Ruiz Juan, F. y Gómez López, M. (2005). La práctica deportiva en los universitarios. En M. L. Zagalaz Sánchez, E. J. Martínez López y P. A. Latorre Román (Eds.), *Respuestas a la demanda social de actividad física* (pp. 143 a 163). Madrid: Gymnos.

Ruiz Juan, F.; García Montes M. E. y Valero Valenzuela, A. (2005). Autopercepción que tienen los almerienses de su aptitud físico-deportiva. En A. Díaz Suárez, *V Congreso Internacional Educación Física e Interculturalidad: El futuro del deporte escolar*. Murcia: Instituto U.P. de Ciencias del deporte. Universidad de Murcia.

Ruiz Juan, F.; García Montes, M. E. y Casado Rodríguez, C. (2002). *Investigación en actividad físico-deportiva, técnicas e instrumentos de recogida de datos.* Granada: Ananda Publishers.

Ruiz Juan, F.; García Montes, M. E. y Díaz Suárez, A. (2007). Análisis de las motivaciones de práctica física y abandono deportivo en la Ciudad de la Habana (Cuba). *Anales de Psicología, 23,* 152-166.

Ruiz Juan, F.; García Montes, M. E. y Gavala González, J. (2004). El interés de la población almeriense por la actividad físico-deportiva y la actitud de sus padres con respecto a la misma. En *XXII Congreso Nacional de Educación Física. La formación inicial de profesorado de Educación Física ante el reto europeo*, [CD-ROM]. A Coruña: Universidad Da Coruña.

Ruiz Juan, F.; García Montes, M. E. y Gavala, J. (2005). Actitudes y comportamientos de los almerienses ante la actividad físico-deportiva de tiempo libre. En En F. Ruiz Juan y M. E. García Montes (Eds). *Hábitos físico-deportivos de los almerienses en su tiempo libre* (pp. 61-120). Almería: Servicio de publicaciones Universidad de Almería.

Ruiz Juan, F.; García Montes, M. E. y Gómez López, M. (2005). *Hábitos físico-deportivos en centros escolares y universitarios*. Madrid: Gymnos.

Ruiz Juan, F.; García Montes, M. E. y Hernández A. I. (2001). Comportamientos de actividades físico deportiva de tiempo libre del alumnado almeriense de enseñanza secundaria post obligatoria. *Motricidad. Revista euro-americana de ciencias de la actividad física y del deporte, 7*, 113-143.

Ruiz Juan, F.; García Montes, M. E. y Hernández A. I. (2001). El interés por la práctica de actividades físico-deportivas de tiempo libre del alumnado de la Universi-

dad de Almería. Un estudio longitudinal. *Apunts. Educación Física y Deportes, 63*, 85-92.

Ruiz Juan, F.; García Montes, M. E. y Hernández A. I. (2001). La práctica de actividad físico-deportiva de tiempo libre del alumnado de la universidad de Almería. Un estudio longitudinal. *Revista de Educación Física. Renovar la teoría y la práctica, 82,* 5-9.

Ruiz Juan, F.; García Montes, M. E. y Hernández A. I., García López, A., Casado, C. y Rodríguez, D. (2000). La práctica físico-deportiva del alumnado almeriense de enseñanza secundaria post obligatoria según la frecuencia de práctica. En *Actas del I Congreso Nacional de Deporte en Edad Escolar* (comp.) (pp. 481-490). Dos Hermanas: Excmo. Ayuntamiento de Dos Hermanas. Patronato Municipal de Deportes.

Ruiz Juan, F.; García Montes, M. E. y Pérez Sánchez (2005). *Estilos de vida en Ciudad de La Habana – Cuba. Hábitos físico-deportivos y de salud*. Madrid: Gymnos.

Ruiz Juan, F.; García Montes, M. E. y Pérez Sánchez, A. (2005). Actitudes de los habaneros ante la actividad físico-deportiva de tiempo libre. En F. Ruiz Juan, M. E. García Montes y Pérez Sánchez A. (Eds.), *Estilos de Vida en la Ciudad de la Habana Cuba. Hábitos Físico-deportivos y de Salud* (pp. 67-79). Madrid: Gymnos.

Ruiz Juan, F.; García Montes, M. E. y Pérez Sánchez, A. (2005). Actitudes de los habaneros ante la actividad físico-deportiva de tiempo libre. En F. Ruiz Juan, M. E. García Montes, y A. Pérez Sánchez (Eds.), *Estilos de Vida en la Ciudad de la Habana Cuba. Hábitos Físico-deportivos y de Salud* (pp. 67-79). Madrid: Gymnos.

Ruiz Juan, F.; García Montes, M. E. y Pérez Sánchez, A. (2005). Practica de actividad físico-deportiva realizada por los habaneros durante su tiempo libre. En En F. Ruiz Juan, M. E. García Montes y Pérez Sánchez A. (Eds.), *Estilos de vida en ciudad de la Habana-Cuba. Hábitos físico-deportivos y de salud* (pp. 89-105). Almería: Gymnos.

Ruiz Juan, F.; García Montes, M. E. y Pérez, A. (2005). Disponibilidad del tiempo libre y actividades realizadas. En En F. Ruiz Juan, M. E. García Montes y Pérez Sánchez A. (Eds.), *Estilos de vida en Ciudad de la Habana - Cuba* (pp. 51-66). Almería: Gymnos.

Ruiz Juan, F.; García Montes, M. E. y Valero Valenzuela, A. (2005). Percepción de la condición y aptitud física de los almerienses. En F. Ruiz Juan y M. E. García Montes (Eds). *Hábitos saludables y estilos de vida de los almerienses* (pp. 53-62). Almería: Servicio de publicaciones Universidad de Almería.

Ruiz Juan, F.; García Montes, M. E. y Valero Valenzuela, A. (2005). Percepción de condición física de los almerienses y actuación físico-deportiva para su mejora. *En I Congreso Internacional "Actividad Física y Deporte en la Sociedad del Siglo XXI"*. Madrid: Universidad Europea de Madrid.

Ruiz Juan, F.; García Montes, M. E.; Díaz Suárez, A. y Piéron, M. (2007). Hábitos físico-deportivos y de salud. Estilos de vida en jóvenes y adultos. En F. Ruiz Juan, J. P.

Venero Valenzuela, Q. Méndez Guzmán, J. M. Reverendo Rodríguez, G. Alvés Barrero, R. Camacho Bravo, R. Ortiz Revert, A. Ortega Fernández, F. L. Bobadilla Gómez, E. Albarrán Viejo y A. Núñez Reina (Eds.), *VII Congreso Internacional sobre la enseñanza de la educación física y el deporte escolar. Viejos hitos y nuevos retos ante la LOE. Respuestas educativas a los problemas sociales del deporte escolar y de la obesidad infantil* (pp. 167-201). Badajoz: FEADEF, AMEFEX.

Ruiz Juan, F.; García Montes, M. E.; Gavala González, J y Valero Valenzuela, A. (2006). Análisis de los motivos de práctica de actividad físico-deportiva de los almerienses durante su tiempo libre. En A. Díaz Suárez, *VI Congreso Internacional Educación Física e Interculturalidad: "La integración a través del deporte"*. Murcia: Instituto de Ciencias del deporte. Universidad de Murcia

Ruiz Juan, F.; García Montes, M. E.; Gavala González, J. y Gómez López, M. (2005). Comportamientos de los almerienses ante la actividad físico-deportiva de tiempo libre. En F. Ruiz Juan y M. E. García Montes (Eds.), *Hábitos físico-deportivos de los Almerienses en su tiempo libre* (pp. 101-112). Almería: Universidad de Almería.

Ruiz Juan, F.; García Montes, M. E.; Gómez López, M. y Piéron, M. (2006). Relations between the physical activity and the personal experience in senior high school students. En J. Alves Diniz; F. Carreiro da Costa y M. Onofre *AIESEP 2005 World Congress. Activite lifestyles: the impact of education and sport. Proceedings (pp.* 335-344*)* Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana. Ediçoes FMH.

Ruiz Juan, F.; García Montes, M. E.; Hernández A. I.; García López, A.: Casado, C. y Rodríguez, D. (2000). La práctica físico-deportiva del alumnado almeriense de Enseñanza Secundaria Post Obligatoria en los diferentes periodos temporales. *Espacio y Tiempo*, 29/30, 39-45.

Ruiz Juan, F.; García Montes, M. E.; Valero Valenzuela, A.; Gómez López, M. y Gavala González, J. (2007). Análisis de los motivos aludidos por los almerienses para no haber realizado nunca actividad físico-deportiva durante su tiempo libre. En *II Congreso Internacional y XXIV Nacional de Educación Física: Educación Física en el siglo XXI. Nuevas perspectivas, nuevos retos*. Palma de Mallorca: Universitat de les Illes Balears. Vicerectorat de Projecció Cultural. Área d'activitat fisicoesportiva

Rütten, A.; Abel, T.; Kannas, L.; Von Lengerke, T.; Luschen G, Díaz, J. A. (2001). Self reported physical activity, public health, and environment: results from a comparative European study. *Journal of Epidemiology and Community Health, 55*, 139–146.

Ryan, R. M. y Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psichologist Association, Incorporation, 55, (1)* 68-78.

Salinas, J. y Vio, F. (2003). Promotion health and physical activity in Chile: a policy priority. *Pan. Am. J. Public. Health, 14 (4)*, 281-288.

Sallis, J. F. (1999). Influences on Physical Activity of Children, Adolescents, and Adults. President's Council on Physical Fitness and Sport. *Research Digest, 1 (7),* 1-4.

Sallis, J. F. y Owen, N. (1999). Predictors of Physical Activity Behavior. People Science Health [En línea]. Disponible en: http://www.nhlbi.nih.gov/meetings/ workshops/predictors/abstracts/trost.htm

Sallis, J.F.; Simons-Morton, B.; Stone, E.; Corbin, C.; Epstein, L.H.; Faucette, N.; Iannotti, R.; Killen, J.; Klesges, R.; Petray, C.; Rowland, T.; y Taylor, W. (1992). Determinants of physical activity and interventions in youth. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, *24* (Suppl.), S248-S257.

Sallis, S. F. y McKenzie, T. L. (1991). Physical education´s role in public health. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 62, 124-137.

Sánchez Bañuelos, F. (1996). *El concepto de salud, su relación con la actividad física y la educación física orientada hacia la salud***.** Universidad de Castilla-La Mancha.

Sánchez Barrera, M. B.; Muela Martínez, J. A.; Pérez García, M.; López Sánchez-Huete, J. R.; García Montes, M. E. y Godoy García, J. F. (2003). Perfil de actividad física-mujeres. En *II Congreso Mundial de Ciencias de la Actividad Física y el Deporte* (Área 3, Sociología) (pp. 835-846) [CD ROM). Granada: Facultad de Ciencias de la Actividad Física y el deporte.

Sánchez Barrera, M.; Pérez, M. y Godoy, J. (1995). Patrones de actividad física de una muestra española. *Revista de Psicología del Deporte, 7-8,* 51-71.

Sánchez Pérez, A.; García Domínguez, F.; Landabaso, V. y Nicolás Martínez, L. D. (1998). Participación en actividad física de una muestra universitaria a partir del modelo de las etapas de cambio en el ejercicio físico: un estudio piloto. *Revista de Psicología del Deporte, 7,* 233-245.

Sánchez, B. M. Muela, M. J. Pérez, G. M.; López, S. J. García Montes, M. E. y Godoy, G. J. (2003). Perfil de actividad física-mujeres. En A. Oña Sicilia, y A. Bilbao Guerrero, *II Congreso Mundial de Ciencias de la actividad física y el deporte. Deporte y calidad de vida* (pp. 835-846) [CD ROM]. Granada: Facultad de Ciencias de la Actividad Física y Deporte de Granada

Sandell, R. (2003). El envejecimiento de la población (II parte): la situación española en relación con la de otros Estados miembros de la UE. *Real Instituto Elcano. De estudios internacionales estratégicos m Área: Europa / Demografía y Población - ARI Nº 75/2003* [En línea]. Disponible en: http://www.realinstitutoelcano.org/analisis /297/ARI-75-2003-E.pdf [Consulta: 2007, 15 de julio].

Sanders, C.; Field, T.; Diego, M. yKaplan, M. (2000). Moderate involvement in sport ins related to lower depression levels among adolescents. Adolescence [En línea]. Disponible: http://proquest.umi.com/pqdweb?index=3&did=68445105&SrchMde=1&sid=1&Fmt=6&VInst=PROD&VType=PQD&RQT=309&VName=PQD&TS=1149605762&clientId=23354

Sanz Arazuri, E.; San Martín, B.; Ponce, A.; Lapresa, D.; Egüén, R.; Alonso, F. y Navaridas, F. (2003). Perfil sociodemográfico del practicante de actividades físico-deportivas organizadas. El caso de la CA de La Rioja. En, *IX Congreso Nacional de Psicología de la Actividad Física y el Deporte* (pp. 459-468). León: Federación Es-

pañola de Psicología del Deporte. Facultad de Ciencias de la Actividad Física y el Deporte de León.

Schiffman, H. R. (1997). Introducción. En (Ed.), *La percepción sensorial* (pp. 22-32). México: Grupo Noriega Editores.

Schoenborn, C. A. y Barnes, P. M. (2002). Leisure-time physical activity among adults. *Advance Data Division of Health Interview Statistics*, *325,* 1-24.

Schutzer, K. A. y Graves, B. S. (2004). Barriers and motivations to exercise in older adults. *Preventive Medicine, 39,* 1056-1061.

Seclén-Palacín, J. A. y Jacoby, E. R. (2003). Sociodemographic and environmental factors associated with sports physical activity in the urban population of Peru. *Pan. Am. J. Public Health*, *14 (4),* 255-264.

SEP (1999). *Informe de labores*. México: Secretaría de Educación Pública.

Shephard, R. J. (1996). Habitual physical activity and quality of life. *Quest*, *48*, 354-365.

Sierra Bravo, R. (2001a). Entrevista noción e importancia. En R. Sierra Bravo (Ed.), *Técnicas de Investigación social. Teoría y ejercicios* (pp. 351-369). Madrid: Paraninfo.

Sierra Bravo, R. (2001b). Cuestionario. En R. Sierra Bravo (Ed.), *Técnicas de investigación. Teoría y ejercicios* (pp. 305-350). Madrid: Paraninfo.

Sila, B. (1998). Actividad deportiva de los habitantes de Ljubljana, capital de Eslovenia. En *Actas del VII Congreso Mundial de Deporte para Todos. El deporte para todos y los retos educativos a nivel mundial* (Sesión: Viejos y nuevos métodos de la práctica del Deporte para Todos) (p. 277) [CD ROM]. Barcelona: COI.

Solana, F., Cardiel, R., y Bolaños, R. (2002). *Historia de la Educación Pública en México*. México: Fondo de Cultura Económica.

Sport England (1997). *Best value through sport. The value of sport to the health of the nation* London: Local Government Association. Sport England.

Sport England (2000). *Young people and sport: National Survey 1999.* London: Local Government Association. Sport England.

Stanley, C.; Ward, L. M. y Enns, J. T. (2001). Sensación y percepción. En (Eds.), *Sensación y percepción* (pp. 1-14). México: McGraw-Hill.

Steptoe, A.; Doherty, S.; Rink, E.; Kerry, S.; Kendrick, T. y Hilton, S. (1999). Behavioral counseling in general practice for the promotion of healthy behavior among adults at increased risk of coronary heart disease: randomized trial. *Medical Journal, 319* (7215), 943-948.

Subirats Martori, M. (1994). Conquistar la igualdad: la coeducación hoy. *Revista Iberoamericana de Educación, 6.*

Taylor, W. C., Baranowski, T. y Sallis, J. F. (1994). Family determinants of childhood physical activity: a social-cognitive model. En C. Bouchard, R. Shephard y T.

Stephens (Eds.), *Physical Activity, Fitness and Health: International Proceedings and Consensus statement* (pp. 319-342). Champaign IL: Human Kinetics.

Telama, R.; Leskinen, E. y Yang, X. (1996). Stability of habitual physical activity and sport participation: a longitudinal tracking study. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sport, 6 (6)*, 371-378.

Tercedor, P., Jiménez, M. J., y López, B. (1998). La promoción de la actividad física orientada hacia la salud. Un camino por hacer. *Revista Motricid, 4*, 203-217.

Trudeau, F. y Shephard, R. (2005). Contribution of School Programmes to Physical Activity Levels and Attitudes in Children and Adults. Current Opinions. *Sport Medicine, 89*, 105-205

Tuija, T. (2003) *Physical activity from adolescence to adulthood and health-related fitness at age 31: Cross-sectional and longitudinal analyses of the Northern Finland birth cohort of 1966* [en Línea] Disponible en: http://herkules.oulu.fi/isbn9514272331/ isbn9514272331.pdf [Consulta: 2007, 25 de abril].

USDHHS (1996). *Physical Activity and Health: A Report of the Surgeon General*. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention and Health Promotion (USCDCDHH).

USDHHS (1999). *Physical Activity and Health* [en línea]. Disponible en: http://www. vichealth.vic.gov. [Consulta: 2007, 5 de abril].

USDHHS (1999). *Promoting better health: a report to the president*. Pamphlet.

USDHHS (2002). *Risk Behavior Surveillance-United States, 2001*. Atlanta: U. S. Departament of Health and Human Services and Centers for Disease Control and Prevention.

USDHHS (2004). *Physical Activity and Health Older Adults.* A report of the Surgeon General U.S. Centers for Disease Control and Prevention. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. The President's Council on Physical Fitness and Sports.

USDHHS, Office of Disease Prevention and Health Promotion (2000). *Healthy People 2010. [On-Line] http://web.health.gov /healthypeople/*

Valenzuela Cervantes, J. (1988). *El Sistema Educativo para Chiapas*. Tuxtla Gutiérrez: UNACH. Subsecretaria de Planeación y Coordinación Educativa.

Valero, A.; Gómez, M.; Ruiz Juan, F. y García Montes, M. E. (2007). Análisis de los motivos aludidos por los adultos mayores para no haber realizado nunca actividad físico-deportiva durante su tiempo libre. (Coords.) En *II Congreso Internacional de Actividad Físico Deportiva para Mayores* (pp. 566-573) [CD ROM]. Málaga. Consejería de Turismo, Comercio y Deporte. Instituto Andaluz del Deporte.

Vallejo, M. A.; Galán, R. M.; Plata, C. J. y García, L. J. (2002). Programa de actividades médico-deportivas para los mayores. (Coords.) En *I Congreso Internacional de actividad física y deportiva para personas mayores de Málaga* [CD ROM]. Málaga: Instituto Andaluz del Deporte.

Vallerand, R. J. (2004) Intrinsic and Extrinsic Motivation in Sport. *Encyclopedia of Applied Psychology, 2,* 427-435.

Varo Cenarruzabeitiaa, J. J.; Martínez González, M. A. y Martínez Hernández, J. A. (2003a). Beneficios de la actividad física y riesgos del sedentarismo. *Medicina Clínica, 121,* 665-672.

Varo Cenarruzabeitiaa, J. J.; Martínez González, M. A.; De Irala, E J.; Kearney, J.; Gibney, M. y Martínez Hernández. J. (2003b). Distribution and determinants of sedentary lifestyles in the European Union. *Internacional Journal of Epidemiology, 32,* 138-146.

Varo Cenarruzabeitiaa, J.J.; Martínez González, M.A., Martínez Hernández, J.A. (2002). Obesity prevalence in Europe. *An. Sist. Sanit. Navar.;* 25, Suppl. 1, 103-108.

Viguera, V. (2006). Educación para el envejecimiento. Los fantasmas del envejecer. Tiempo. *El portal de la Psicogerontología* [En línea]. Disponible en: http://www.psiconet.com/tiempo/educacion/index.htm.

Villanueva, V. J. (2002). Las demencias. *Revista de Posgrado de la Cátedra VIa Medicina, 100,* 7-13.

Vuori, I. y Fentem, P. (1996). Salud. En *La función del deporte en la sociedad.* Madrid: Consejo Superior de Deportes.

Weinberg, R. y Could, D. (2000). *Fundations of sport y exercise Psichology* (3a. ed.). Human Kinetics.

Weinberg, R. y Gould, D. (1996). *Fundamentos de psicología del deporte y el ejercicio físico.* Barcelona: Ariel.

Weiss, M. R. (2000). Motivating Kids in Physical Activity. *President's Council on Physical Fitness and Sport.Research Digest*, series 3, 11.

Whitehead, J. R. (1993). Physical activity and intrinsic motivation. *Physical Activity and Fitness Research Digest, 1(2),* 1–6.

Wilcox, S.; Castro, C.; King, A.; Housemann, R. y Brownson, R C. (2000) Determinants of leisure time physical activity in rural compared with urban older and ethnically diverse women in the United States. *Epidemiol Community Health* [en línea], 54, Disponible en: http://jech.bmj.com/cgi/content/full/54/9/667 [Consulta: 2007, 26 de abril].

Wong, R.; Peláez, M. y Palloni, A. (2005). Autoinforme de salud general en adultos mayores de América Latina y el Caribe: su utilidad como indicador. *Revista Panamericana de Salud Publica, 17 (5-6),* 323-332.

Woolfolk, A. E. (1996). *Psicología educativa*. México: Prentice-Hall.

Zúñiga Mejía, M. (1981). Los conservadores. En J. E. Iturriaga (Ed.), *Historia de México* (pp. 387-399). México: SEP.

ANEXOS

1. POBLACIÓN Y MUESTRA.
2. CUESTIONARIO Y TRABAJO DE CAMPO.
3. SITUACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DEL ADULTO MAYOR DE TAPACHULA.
4. CLASES DE EDUCACIÓN FÍSICA Y EL INTERÉS.
5. COMPORTAMIENTOS ANTE LA PRÁCTICA FÍSICO-DEPORTIVA.
6. MOTIVOS DE LOS COMPORTAMIENTOS DE LA ACTIVIDAD FÍSICO-DEPORTIVA DE TIEMPO LIBRE.
7. AUTOPERCEPCIÓN DE PRÁCTICA, CONDICIÓN FÍSICA Y SALUD.

1

POBLACIÓN Y MUESTRA

1.1. POBLACIÓN DEL MUNICIPIO DE TAPACHULA.

1.2.- MUESTRA: LOCALIDADES DEL ESTRATO 6.

1.3.- MUESTRA: LOCALIDADES DEL ESTRATO 7.

1.4.- MUESTRA DEL MUNICIPIO DE TAPACHULA: ADULTO MAYOR DE 60 AÑOS.

1.1.- POBLACIÓN DEL MUNICIPIO DE TAPACHULA

Localidades	TOTAL	Varones	Mujeres
TAPACHULA DE CORDOVA Y ORDOÐEZ	179839	85062	94777
ACAXMAN	744	355	389
ALVARO OBREGON	4593	2203	2390
ARGOVIA	105	48	57
BENITO JUAREZ	396	216	180
BODEGAS	253	119	134
CARRILLO PUERTO	2542	1242	1300
CAUCHO, EL	310	155	155
CEBADILLA PRIMERA SECCION	969	492	477
CEBADILLA SEGUNDA SECCION	858	426	432
COLONIA, LA	22	10	12
CONCORDIA, LA	254	120	134
CHAPARRON, EL	610	299	
CHAPULTEPEC	43	21	22
NUEVO CHESPAL	690	350	340
CHESPAL VIEJO	203	92	111
CHICHARRAS, LAS	50	27	23
CHIRIPA, LA	160	72	88
EDEN, EL	851	428	423
CONGREGACION EL EDEN	111	57	54
ESPERANZA, LA	48	31	17
ESPERANZA, LA	342	164	178
FRANCISCO I. MADERO (LA BOLSA DE LA BOTELLA)	654	323	331
FRACCION LAS GALERAS EL RETIRO	488	251	237
GENOVA	54	27	27
GUANAJUATO	32	17	15
HAMBURGO	128	68	60
HERMANITOS, LOS	15	*	*
HERMOSILLO	437	237	200
HIDALGO	729	373	356
HORIZONTE	122	57	65
INDEPENDENCIA	443	236	207
JOAQUIN MIGUEL GUTIERREZ (EL MANZANO)	523	270	253
JOYA, LA	378	185	193
LAGUNA DEL CARMEN	42	23	19
LEONCILLO	1078	539	539
MARIO SOUZA	207	105	102
LLANO DE LA LIMA	1724	844	880
LLANOS, LOS	258	127	131
MAGDALENA	46	26	20
MANACAL, EL	666	345	321
MANGA DE CLAVO	468	232	236
MARAVILLAS, LAS	155	76	79
MEXIQUITO	537	271	266
MEXIQUITO II	179	95	84

JOSE MARIA MORELOS	1592	820	772
MURILLO	652	350	302
NARANJO, EL	14	5	9
EDUVIGES	16	9	7
NUEVA GRANADA	792	389	403
PACAYALITO	124	63	61
FRACCION LAS PALMAS	441	210	231
PAVENCUL	848	436	412
PAZ, LA	120	65	55
PERU PARIS	21	10	11
PLAN DE ESPERANZA ALTA	168	87	81
PROGRESO PUMPUAPA	397	195	202
PUERTO MADERO (SAN BENITO)	8904	4454	4450
RAYMUNDO ENRIQUEZ	2165	1082	1083
CONGREGACION REFORMA	1024	506	518
ROSARIO, EL	19	*	*
SAN CRISTOBAL BUENAVISTA	440	230	210
SAN JOSE NEXAPA	62	26	36
SAN JOSE REFORMA	488	244	244
SAN JUAN CHICHARRAS	12	6	6
SAN JUAN NEXAPA	7	*	*
SAN LORENZO	49	21	28
SAN LUIS NEXAPA	17	8	9
SAN NICOLAS LAGARTERO	1012	523	489
SANTA ANITA	49	24	25
SANTA ELENA I	22	8	14
SANTA ISABEL	16	*	*
SANTA RITA	440	225	215
SANTA RITA	19	10	9
TAPACHULITA	21	10	11
TINAJAS PRIMERA SECCION	957	484	473
TINAJAS TERCERA SECCION	536	271	265
TOLUCA	661	320	341
TOQUIAN CHIQUITO	236	128	108
TOQUIAN GRANDE	782	409	373
TOROS, LOS (ESTACION)	290	134	156
UNION MEXICANA	285	137	148
UNION MIRAMAR	699	344	355
VEINTISEIS DE OCTUBRE (EL RETIRO)	880	429	451
VENECIA	32	15	17
VERACRUZ	36	21	15
VICTORIA	593	286	307
VIVA MEXICO	1614	790	824
ZARAGOZA	855	434	421
HACIENDA, LA	4	*	*
JARDIN DE LA BUENA ESPERANZA, EL	5	*	*
SAN JORGE (EL VENCEDOR)	7	*	*
BUENOS AIRES	128	65	63
CRUCES, LAS	368	190	178
EMPORIO NARANJO, EL	205	106	99
BADENIA	5	*	*
FORTUNA BAJA, LA	170	89	81
FRONTERA	7	*	*
QUIEN SABE	104	56	48
SAN JUAN CHICHARRAS	115	59	56

SANTA ELENA	272	128	144
SAN ANTONIO NEXAPA	153	73	80
FLOR EL NARANJO (HONDURAS)	45	23	22
GUADALUPE ZAJU	7	*	*
SANTA ROSALIA	221	106	115
ISLEVEN	439	232	207
TINAJAS SEGUNDA SECCION, LAS	667	313	354
BARRA DE CAHUACAN (LAS GAVIOTAS)	144	72	72
TIGRE, EL	9	*	*
CHAPULTEPEC	332	179	153
GUARUMO	30	19	11
RANCHO ALEGRE	6	*	*
ZARAGOZA II	448	232	216
CIGUEÑA, LA	397	204	193
SAN ANTONIO	6	*	*
CLAUDIA	22	12	10
COLIMA	16	7	9
REFUGIO, EL	1	*	*
REFUGIO, EL	9	*	*
UNION MEXICANA (UNION INDEPENDENCIA)	211	112	99
RINCON, EL	33	17	16
CINCO DE MAYO	740	372	368
QUINCE DE FEBRERO	114	59	55
ALICIA	8	*	*
SAN FELIPE	244	127	117
NUEVO MEXICO	26	13	13
PLAN DE ESPERANZA BAJA	119	63	56
HERMOSILLO	222	126	96
ANDALUCIA	6	*	*
ESMERALDA, LA	6	*	*
SAN CARLITOS	94	49	45
SAN CARLOS	182	101	81
DIEZ DE MARZO	21	10	11
PINOS, LOS	4	*	*
FORTUNA ALTA, LA	125	69	56
ALTAMIRA	197	106	91
SAN FRANCISCO	474	228	246
DOÐA MARIA (MELCHOR OCAMPO)	37	20	17
SAN MIGUEL	18	8	10
ALBION	47	24	23
PORVENIR, EL	637	334	303
SANTA ROSA	108	54	54
YOLANDA	111	66	45
CALMO, EL	3	*	*
ESPERANZA, LA	27	12	15
SANTA FE CHININCE	36	19	17
CHAPARRAL	25	15	10
FINAL, EL	25	10	15
CASCO SAN NICOLAS	25	14	11
BRASIL	21	11	10
SAN ENRIQUE	63	34	29
SAN JUAN	162	90	72
VIOLETAS	7	*	*
CUILCO	30	18	12
TIRO SEGURO	448	225	223

TRIUNFO, EL	353	181	172
LUCHA, LA	54	27	27
VILLAFLOR	791	396	395
TOQUIAN CHIQUITO	276	137	139
BARRANCAS, LAS	8	*	*
SAN LUIS	149	80	69
ESTRELLAS, LAS	10	*	*
LINDAVISTA	1	*	*
SHALON	20	*	*
LIMON, EL	8	5	3
ALTAVISTA	232	123	109
ZARAGOZA	161	86	75
MONTEBELLO	145	69	76
JUAN SABINES GUTIERREZ (POSTE ROJO)	783	402	381
PARAISO	132	73	59
RANCHO ALEGRE	72	41	31
CABAÐAS DE ALBORADAS	27	16	11
ILUSION, LA	5	*	*
MORELIA	67	36	31
PERLA, LA	137	72	65
SAN ANTONIO	66	35	31
VILLAHERMOSA	237	112	125
MEXIQUITO	43	20	23
IRLANDA	68	36	32
ARIZONA	5	*	*
SANTA MARIA	5	*	*
LOMA BONITA (EL GANADERO)	24	14	10
PIEDRITAS, LAS (PENSION)	17	10	7
ROSARIO, EL	8	*	*
PUMPUAPA	22	8	14
CINCO HERMANOS	11	6	5
SANTA MARIA (CANTON)	245	117	128
BUENOS AIRES	20	13	7
SANTA CATARINA	6	*	*
TRINIDAD	25	14	11
LLAVE, LA	5	*	*
SANTA MONICA	12	*	*
DORADO, EL (SAN PEDRO)	4	*	*
SANTA RITA	2	*	*
ENCANTO, EL	759	376	383
HERRADURA, LA	6	*	*
GIRASOL, EL	3	*	*
SAMARIA (SANTIAGO SALINAS)	7	*	*
NANCINAPA	5	*	*
TRES A, LAS	16	10	6
SANTANDER	3	*	*
ANCLAS, LAS	12	*	*
MANGAL, EL (LA VEINTE)	3	*	*
SANTA CLARA	1	*	*
TRES LALOS, LOS	1	*	*
TIERRA SANTA	2	*	*
CEIBA, LA	194	91	103
VEGA DE LOS GATOS LOS CUADRITOS	6	*	*
CHICHARRAS	281	131	150
LIBERTAD, LA	2	*	*

ORIENTE, EL	11	*	*
PARCELAS DE MANACAL	48	26	22
PLAN LAS PALMAS	321	158	163
RETIRO, EL	15	6	9
FRACCION EL RETIRO	568	283	285
SAN ANDRES NEXAPA	62	34	28
SAN CARLOS	4	*	*
SANTA ELENA	260	131	129
SAN JACINTO	9	*	*
SAN JORGE	3	*	*
SANTA TERESA	11	6	5
SIETE RANCHOS	62	34	28
VEGA DE LOS GATOS, LA	7	4	3
ZAPOPAN	211	116	95
GLORIA, LA	25	8	17
CONQUISTA CAMPESINA	424	224	200
SAN FERNANDO	2	*	*
SAN FRANCISCO (PALO BLANCO)	70	41	29
INNOMINADA, LA	16	9	7
DELICIAS VIEJAS, LAS	23	10	13
DELICIAS NUEVAS, LAS	2	*	*
MARAVILLAS, LAS	4	*	*
ESQUIPULAS	7	*	*
NUEVO PORVENIR (YUGUAL)	12	6	6
VERGEL PLATANO, EL	41	21	20
MANGOS, LOS	6	*	*
HATO, EL	78	40	38
CARROCERAS	14	5	9
SAN JOSE	18	11	7
MORA, LA	24	9	15
CONCHAS, LAS	23	7	16
BONDAD, LA	36	16	20
PROGRESO, EL	17	9	8
SAN FRANCISCO	18	5	13
MANZANO, EL	14	*	*
CARRILLO PUERTO NORTE	65	37	28
SAN ANTONIO CINTAGUAYATE	5	*	*
CINTAHUAYATE DOS	10	6	4
BUGAMBILIAS	4	4	0
BRUJAS, LAS	12	*	*
ORO VERDE	6	*	*
POTRERO, EL	23	11	12
SAN ROQUE UNO	4	*	*
SAN ROQUE DOS (AGUACATAL)	66	32	34
NAYAR, EL	16	10	6
SAN IGNACIO	3	*	*
PARAISO, EL (SAN FRANCISCO)	38	15	23
REBOZO, EL	4	*	*
CUERUDO, EL	1	*	*
SAN MIGUEL (LAS LATAS)	20	9	11
RIO FLORIDO	725	364	361
PLAYA GRANDE	2	*	*
SAN JORGE	4	*	*
NUEVA ESPERANZA, LA	34	21	13
MANANTIAL	22	12	10

AVIACION, LA (SAN SIMON)	9	4	5
SAN PEDRO UNO (SAN MIGUEL)	2	*	*
PATRICIA	12	6	6
SAN ANTONIO (EL PARAISO)	33	17	16
SANTA CECILIA	5	*	*
CAJIMITO	1	*	*
TESORO, EL	131	75	56
VEINTIUNO DE MARZO (MANUEL LAZOS)	381	184	197
PLANTA HIDROELECTRICA CECILIO DEL VALLE	21	12	9
SANTA LUCIA	3	*	*
GENOVA	125	64	61
SANTO DOMINGO DOS	12	*	*
VEGA DE LOS MOLINOS	273	134	139
PINAL, EL	628	307	321
BUENAVISTA (TOCHMAY)	153	70	83
VEGA DE MALACATE	310	159	151
CUEVA	560	273	287
BIJAHUAL	683	328	355
BARRIO NUEVO	153	87	66
CARRIZAL	336	157	179
SAN VICENTE	94	48	46
NARANJO, EL	705	371	334
SAN ANTONIO	19	10	9
REFUGIO, EL	201	99	102
ACAPULCO HIDALGO	4	*	*
COVADONGA	4	*	*
PLAN CHANJALE	171	95	76
VALENCIA	5	*	*
CONSEJO AGRARIO MEXICANO	144	81	63
SOLEDAD, LA	230	115	115
SAN CRISTOBAL	121	65	56
VILLA FLOR	235	122	113
NARANJO REFORMA	190	98	92
PATRIA, LA I	31	17	14
PATRIA, LA	236	118	118
SAN CARLOS	24	14	10
GLORIA, LA	7	*	*
CHANJALE Y SALCHIJI	488	243	245
MANGUITO, EL	54	30	24
JOYA, LA	6	*	*
SOLEDAD Y PROGRESO	146	71	75
PROVIDENCIA, LA	10	*	*
SINAI, EL	632	326	306
CHORRO, EL	72	39	33
CABAÐAS DE MIRAMAR	13	*	*
PORVENIR, EL	93	48	45
SAN ANTONIO CHICHARRAS	452	218	234
SAN AGUSTIN JITOTOL	477	242	235
AURORA	7	*	*
CARRILLO PUERTO SUR	173	94	79
CALIFORNIA	25	16	9
SAN GALLEN (SAN RAMON)	29	15	14
ANGELES, LOS	536	259	277
PALESTINA (PRIMERA FRACCION)	15	8	7
PROVIDENCIA, LA	407	204	203

BENEFICIO TORREON	15	8	7
MONTAÐA EL CHAPARRON	7	*	*
TRIUNFO, EL	790	402	388
TOLUQUITA	229	125	104
NUEVA GALICIA	55	29	26
VEINTE DE NOVIEMBRE	1800	914	886
MONTENEGRO	266	136	130
CENTRAL, LA	3	*	*
SAN ANTONIO	140	72	68
BUENAVISTA	18	10	8
RECUERDO, EL	23	10	13
SOLO DIOS	5	*	*
MARGARITAS	33	14	19
GRECIA	1	*	*
LINDAVISTA	24	9	15
ESPERANZA, LA	285	143	142
ASTILLERO	80	49	31
GOTERA, LA	5	*	*
CARMEN, EL	4	*	*
CAMPAMENTO	4	*	*
CHAPERAL	10	*	*
CHISPAS	14	5	9
VENEZUELA	7	*	*
VADENIA	47	27	20
PARAISO, EL	7	*	*
NUEVO PUMPUAPA (CERESO)	1065	914	151
SONORA	27	12	15
SOLEDAD, LA	89	36	53
CAÐADAS, LAS	9	4	5
POLIGONO DE TIRO	6	*	*
FELICIANO RENAULD (SAN FRANCISCO)	310	160	150
MINERVA	9	3	6
PRIMAVERAS, LAS	2	*	*
RANCHO NUEVO	6	*	*
ROBLE, EL	14	6	8
SAN JOSE	5	*	*
SANTA AMALIA	16	8	8
SAUCES, LOS	271	135	136
SOLEDAD, LA	14	*	*
ISLEVEN	20	10	10
PALMERAS, LAS	916	456	460
CARLOS SALINAS DE GORTARI	90	46	44
TEOFILO ACEVO	126	59	67
VILLA LAS ROSAS	293	147	146
ADELITA, LA	2	*	*
ALGODONERA TAPACHULA	1	*	*
SUNSAL, EL	57	27	30
ASAKE	11	4	7
BOJONCITO	71	39	32
BETANZOS	3	*	*
BRASIL	8	*	*
BUENAVISTA	138	69	69
CAMINO VERDE	21	13	8
CASA HOGAR (NIÐOS HUERFANOS)	9	*	*
CIRCULO, EL	4	*	*

CLUB ROTARIO	2	*	*
COQUITO, EL	3	*	*
DELICIAS, LAS	91	44	47
DON ABEL	4	*	*
ESPERANZA, LA (GUARDIANA LA ESPERANZA)	1	*	*
GLORIA, LA	38	17	21
SANTA CECILIA DOS	8	*	*
GUADALUPE	37	24	13
GUADALUPE (NANCINAYAPA)	3	*	*
HERENDIRA (PISTA)	2	*	*
HERRADURA, LA	18	10	8
ISABELES, LAS (SANTA LUCRECIA)	4	*	*
JANITZIO	15	8	7
LIBERTAD, LA	4	*	*
LIMONES, LOS	9	*	*
MALPASO	119	61	58
MERCEDES, LAS	28	14	14
MIURA, LA	6	*	*
NUEVA ROSITA (EL PENSAMIENTO)	8	*	*
OAXAQUITA	1	*	*
PALO SECO (ACAXMAN)	65	27	38
PARAISO, EL	18	12	6
PENSAMIENTO, EL	26	14	12
MARINERO, EL (SANTA FE)	7	*	*
PIRULES, LOS	2	*	*
PLANTA DESPEPITADORA TAPACHULA	6	*	*
PLAYA LINDA	332	178	154
QUEBRADAS, LAS	12	4	8
CHINITO, EL	6	*	*
RECREO, EL	13	8	5
SACRIFICIO, EL	6	*	*
SAN AGUSTIN	40	19	21
SAN ALEJO	13	6	7
SAN ANTONIO NEXAPA Y LAS FLORES	11	6	5
SAN FRANCISCO	17	9	8
SAN FRANCISCO	23	11	12
SAN ISIDRO	6	*	*
SAN JOSE	4	*	*
SAN JUAN	1	*	*
SAN LUIS	12	*	*
SAN MIGUEL	10	*	*
SAN MIGUEL UNO	1	*	*
SAN RAYMUNDO	30	15	15
SANTA ROSA DOS	4	*	*
SANTA TERESA	26	14	12
SAUCES, LOS	6	*	*
SELECCIONADORA DE SEMILLAS IZAPA	5	*	*
S. A. A. S. A.	7	*	*
TAMARINDO, EL	31	16	15
KOALA	8	*	*
PARADA TONITIN	4	*	*
TORITOS, LOS	13	4	9
TREBOL, EL	13	*	*
TRIUNFO, EL	6	*	*
VEGA DEL CARMEN	10	*	*

VERGEL HUERTO, EL	26	16	10
VILLA HIDALGO	40	20	20
ENCANTO, EL	229	115	114
JARDIN, EL	1	*	*
FRACCION MARGARITA	84	45	39
PACAYALITO	182	89	93
PACAYALITO	164	85	79
PARAISO, EL	6	*	*
PRIMAVERA	39	20	19
RANCHO GRANDE	10	*	*
RANCHO NUEVO	14	*	*
SAN AGUSTIN	29	17	12
SAN JOSE	4	*	*
VALLE, EL	3	*	*
AMPLIACION UNION MIRAMAR	59	29	30
BADOW	24	14	10
BRISAS, LAS	1	*	*
BUENAVISTA	48	22	26
CAUCHO, EL	3	*	*
COLORINES	6	*	*
DESIERTO, EL	2	*	*
FLORES, LAS	6	*	*
FRACCION TAPACHULITA	11	*	*
GALERAS, LAS	73	31	42
ILUSION, LA	5	*	*
ISABEL CRISTINA	1	*	*
JUANITA	2	*	*
MARAVILLAS	4	*	*
MI LUPITA	24	13	11
PACAYALITO DOS	131	75	56
PERLA DEL SOCONUSCO	70	44	26
RANCHO GRANDE	4	*	*
SAN CARLOS	27	14	13
SAN GABRIEL	4	*	*
SAN JOSE LA CUCHILLA	33	16	17
SANTA GILDA	5	*	*
SIMON BOLIVAR	52	28	24
TESORO, EL (EL CANTON)	82	44	38
TRANCAS, LAS	41	22	19
UNIDAD Y FUERZA	338	156	182
AGUA FRIA	13	*	*
BANDERAS, LAS	6	*	*
DOS HERMANOS	5	*	*
GUADALUPE DOS	16	9	7
LAZARO CARDENAS (NUEVO MILENIO)	197	102	95
LUIS ESPINOZA	98	60	38
PARADA EL RECUERDO	33	20	13
PRIMAVERA, LA	4	*	*
ROSALES, LOS	5	*	*
SAN FERNANDO UNO	3	*	*
CERRITOS, LOS	17	6	11
CRUCES, LAS	53	26	27
GENARO VAZQUEZ ROJAS	107	55	52
GUADALUPE PALMERAS	58	27	31
MILAGRO, EL	14	10	4

NUEVA ESPERANZA, LA	63	32	31
NUEVA LIBERTAD, LA	121	67	54
PINOS, LOS	112	60	52
RINCON DEL BOSQUE	256	130	126
SANTA CECILIA	39	19	20
SANTA FE	24	13	11
TEOFILO ACEBO DOS	74	40	34
UNIDAD DEMOCRATICA	54	24	30
LOCALIDADES DE UNA VIVIENDA	470	262	208
LOCALIDADES DE DOS VIVIENDAS	431	229	202
TOTAL MUNICIPAL	**271674**	**131653**	**140021**

1.2.- MUESTRA: LOCALIDADES DEL ESTRATO 6

Localidades	TOTAL	Varones	Mujeres
CEBADILLA PRIMERA SECCIÓN	969	492	477
ACAXMAN	744	355	389
CEBADILLA SEGUNDA SECCIÓN	858	426	432
CHAPARRON, EL	610	299	311
NUEVO CHESPAL	690	350	340
EDEN, EL	851	428	423
FRANCISCO I. MADERO (LA BOLSA DE LA BOTELLA)	654	323	331
HIDALGO	729	373	356
JOAQUIN MIGUEL GUTIÉRREZ (EL MANZANO)	523	270	253
MANACAL, EL	666	345	321
MEXIQUITO	537	271	266
MURILLO	652	350	302
NUEVA GRANADA	792	389	403
PAVENCUL	848	436	412
TINAJAS PRIMERA SECCIÓN	957	484	473
TINAJAS TERCERA SECCIÓN	536	271	265
TOLUCA	661	320	341
TOQUIAN GRANDE	782	409	373
UNION MIRAMAR	699	344	355
VEINTISEIS DE OCTUBRE (EL RETIRO)	880	429	451
VICTORIA	593	286	307
ZARAGOZA	855	434	421
TINAJAS SEGUNDA SECCION, LAS	667	313	354
CINCO DE MAYO	740	372	368
PORVENIR, EL	637	334	303
VILLAFLOR	791	396	395
JUAN SABINES GUTIERREZ (POSTE ROJO)	783	402	381
ENCANTO, EL	759	376	383
FRACCION EL RETIRO	568	283	285
ANGELES, LOS	536	259	277
RIO FLORIDO	725	364	361
PINAL, EL	628	307	321
CUEVA	560	273	287
BIJAHUAL	683	328	355
NARANJO, EL	705	371	334
PALMERAS, LAS	916	456	460
TOTAL	**25784**	**12918**	**12866**

1.3.- MUESTRA: LOCALIDADES DEL ESTRATO 7

Localidades	TOTAL	Varones	Mujeres
BENITO JUAREZ	396	216	180
BODEGAS	253	119	134
CONCORDIA, LA	254	120	134
CHAPULTEPEC	43	21	22
CONGREGACION EL EDEN	111	57	54
ESPERANZA, LA	48	31	17
FRACCION LAS GALERAS EL RETIRO	488	251	237
HERMOSILLO	437	237	200
INDEPENDENCIA	443	236	207
JOYA, LA	378	185	193
MARIO SOUZA	207	105	102
LLANOS, LOS	258	127	131
MANGA DE CLAVO	468	232	236
MARAVILLAS, LAS	155	76	79
FRACCION LAS PALMAS	441	210	231
PERU PARIS	21	10	11
SAN CRISTOBAL BUENAVISTA	440	230	210
SAN JOSE REFORMA	488	244	244
SAN JUAN CHICHARRAS	12	6	6
SANTA ELENA I	22	8	14
TOROS, LOS (ESTACION)	290	134	156
UNION MEXICANA	285	137	148
BUENOS AIRES	128	65	63
CRUCES, LAS	368	190	178
EMPORIO NARANJO, EL	205	106	99
QUIEN SABE	104	56	48
SAN JUAN CHICHARRAS	115	59	56
SANTA ELENA	272	128	144
SAN ANTONIO NEXAPA	153	73	80
ISLEVEN	439	232	207
BARRA DE CAHUACAN (LAS GAVIOTAS)	144	72	72
ZARAGOZA II	448	232	216
CIGUEÑA, LA	397	204	193
QUINCE DE FEBRERO	114	59	55
CEIBA, LA	194	91	103
PLAN LAS PALMAS	321	158	163
SOLEDAD Y PROGRESO	146	71	75
SAN AGUSTIN JITOTOL	477	242	235
TOLUQUITA	229	125	104
MONTENEGRO	266	136	130
FELICIANO RENAULD (SAN FRANCISCO)	310	160	150
VILLA LAS ROSAS	293	147	146
MALPASO	119	61	58
PLAYA LINDA	332	178	154
BUENAVISTA	138	69	69
ESPERANZA, LA	285	143	142
TOTAL	**11947**	**5983**	**5964**

1.4.- MUESTRA DEL MUNICIPIO DE TAPACHULA

Estrato 1: Poblaciones de más de 100000 habitantes

AGEP	Total mayores de 60 años	Varones mayores de 60 años	Mujeres mayores de 60 años	Muestra Total	Muestra Varones	Muestra Mujeres
001-3	392	190	202	24	12	12
002-8	267	121	146	16	7	9
003-2	230	100	130	14	6	8
104-7	350	135	215	22	9	13
105-1	366	158	208	23	10	13
106-6	457	189	268	28	11	17
108-5	329	139	190	20	8	12
103-A	268	101	167	16	6	10
010-2	373	138	235	23	9	14
011-7	315	129	186	19	8	11
012-1	293	122	171	18	7	11
013-6	229	110	119	14	6	8
015-5	257	100	157	16	6	10
016-A	467	221	246	28	13	15
046-0	169	74	95	11	5	6
047-5	382	172	210	24	11	13
048-A	77	37	40	5	2	3
044-4	204	86	118	12	5	7
050-7	210	93	117	13	6	7
151-1	274	124	150	18	8	10
052-6	212	115	97	13	7	6
053-0	251	122	129	15	7	8
054-5	95	38	57	6	2	4
055-A	37	16	21	2	1	1
056-4	83	38	45	5	2	3
057-9	121	48	73	7	3	4
058-3	144	56	88	9	3	6
059-0	100	48	52	6	3	3
060-0	135	52	83	8	3	5
061-5	147	62	85	9	4	5
062-A	176	70	106	11	4	7
063-4	109	51	58	7	3	4
064-9	74	41	33	4	2	2
068-7	101	42	59	6	2	4
073-8	55	28	27	3	1	2
075-7	64	29	35	4	2	2
081-2	8	2	6	0	0	0
084-6	121	68	53	7	4	3
085-0	89	40	49	5	2	3
086-5	187	86	101	11	5	6
087-A	176	79	97	11	5	6
088-4	92	49	43	7	3	4
089-9	141	68	73	9	4	5
090-1	159	77	82	10	4	6
091-6	102	42	60	6	2	4
092-0	71	37	34	4	2	2
093-5	57	26	31	3	1	2
094-A	114	55	59	7	3	4
095-4	75	35	40	4	2	2
096-9	27	15	12	2	1	1

097-3	103	50	53	6	2	4
098-8	92	40	52	6	2	4
100-7	134	65	69	8	4	4
101-1	73	36	37	4	2	2
102-6	105	55	50	6	3	3
103-0	136	63	73	8	4	4
105-A	76	27	49	5	2	3
107-9	111	47	64	7	3	4
108-3	30	15	15	2	1	1
109-8	165	75	90	10	4	6
110-0	36	13	23	2	1	1
111-5	20	11	9	2	1	1
112-A	27	13	14	2	1	1
113-4	106	48	58	6	2	4
114-9	76	30	46	5	2	3
117-2	13	3	10	0	0	0
118-7	17	8	9	1	1	0
121-9	32	15	17	2	1	1
122-3	12	4	8	1	0	1
123-8	0	0	0	0	0	0
124-2	61	32	29	4	2	2
125-7	47	26	21	3	1	2
126-1	78	39	39	5	2	3
127-6	95	41	54	6	2	4
128-0	86	41	45	5	2	3
129-5	136	58	78	8	3	5
130-8	25	13	12	0	0	0
131-2	62	26	36	4	1	3
132-7	32	12	20	2	1	1
133-1	14	6	8	0	0	0
134-6	23	10	13	2	1	1
135-0	0	0	0	0	0	0
136-5	6	3	3	0	0	0
137-A	3	0	0	0	0	0
138-4	4	4	0	0	0	0
139-9	0	0	0	0	0	0
140-1	120	61	59	7	3	4
141-6	0	0	0	0	0	0
142-0	0	0	0	0	0	0
143-5	0	0	0	0	0	0
144-A	7	4	3	0	0	0
147-3	5	1	4	0	0	0
Total	**11400**	**5069**	**6328**	**694**	**296**	**398**

Estrato 2: Poblaciones de entre 5.000 y 9.999 habitantes

Localidad	Total mayores de 60 años	Varones mayores de 60 años	Mujeres mayores de 60 años	Muestra Total	Muestra Varones	Muestra Mujeres
Puerto Madero	378	197	181	23	12	11
Total	**378**	**197**	**181**	**23**	**12**	**11**

Estrato 3: Poblaciones de entre 2.500 y 4.999 habitantes

Localidad	Total mayores de 60 años	Varones mayores de 60 años	Mujeres mayores de 60 años	Muestra Total	Muestra Varones	Muestra Mujeres
Alvaro Obregon	327	177	150	20	11	9
Carrillo Puerto	244	128	116	15	8	7
Total	**571**	**305**	**266**	**35**	**19**	**16**

Estrato 4: Poblaciones de entre 2.000 y 2.499 habitantes

Localidad	Total mayores de 60 años	Varones mayores de 60 años	Mujeres mayores de 60 años	Muestra Total	Muestra Varones	Muestra Mujeres
Raymundo Enriquez	120	61	59	7	4	3
Total	**571**	**305**	**266**	**35**	**19**	**16**

Estrato 5: Poblaciones de entre 1.000 y 1.999 habitantes

Localidad	Total mayores de 60 años	Varones mayores de 60 años	Mujeres mayores de 60 años	Muestra Total	Muestra Varones	Muestra Mujeres
Veinte de Noviembre	148	83	65	9	5	4
Llano de la Lima	103	52	51	6	3	3
Viva México	100	52	48	6	3	3
José María Morelos	85	44	41	5	2	3
Leoncillo	61	35	26	4	2	2
Nuevo Pumpuapa (Cereso)	11	8	3	1	0	1
Congregación Reforma	57	30	27	3	1	2
San Nicolás Lagartero	54	28	26	4	2	2
Total	**619**	**332**	**287**	**38**	**18**	**20**

Estrato 6: Poblaciones de entre 500 y 999 habitantes

Localidad	Total mayores de 60 años	Varones mayores de 60 años	Mujeres mayores de 60 años	Muestra Total	Muestra Varones	Muestra Mujeres
Cebadilla segunda Sección	50	29	21	3	2	1
Palmeras Las	30	15	15	2	1	1
Zaragoza	71	40	31	4	2	2
Edén El	79	40	39	20	10	10
Triunfo el	73	35	38	4	2	2
Triunfo El	37	19	18	2	1	1
Acaxman	44	21	23	3	1	2
Hidalgo	58	34	24	4	2	2
Río Florido	32	14	18	10	4	6
Unión Miramar	34	14	20	2	1	1
Francisco I. Mad. (Bolsa)	25	13	12	5	2	3
CHAPARRON, EL	47	15	32	3	1	2
NUEVO CHESPAL	54	27	27	3	2	1
CEBADILLA PRIMERA SECCION	66	41	25	4	3	1
Joaquin Miguel Gutierrez (Manzano)	26	14	18	4	2	2
MANACAL, EL	49	20	29	3	1	2
MEXIQUITO	35	21	14	2	1	1
MURILLO	41	24	17	4	2	2
NUEVA GRANADA	3	2	1	0	0	0
PAVENCUL	32	21	10	2	1	1
TINAJAS PRIMERA SECCION	51	28	23	3	2	1
TINAJAS TERCERA SECCION	54	30	24	3	2	1
TOLUCA	51	28	23	3	2	1
TOQUIAN GRANDE	37	18	19	2	1	1
Veintiséis de octubre (EL RETIRO)	58	36	22	3	2	1
VICTORIA	64	29	35	4	2	2
TINAJAS SEGUNDA SECCION, LAS	47	22	25	3	1	2
PORVENIR, EL	55	32	23	3	2	1
VILLAFLOR	32	15	17	2	1	1
Juan Sabines Gutierez (POSTE ROJO)	46	27	19	6	3	3
ENCANTO, EL	5	3	2	0	0	0
FRACCION EL RETIRO	46	23	23	3	1	2

PINAL, EL	38	22	16	2	1	1
CUEVA	33	17	16	2	1	1
BIJAHUAL	34	18	16	2	1	1
NARANJO, EL	0	0	0	0	0	0
SINAI, EL	20	9	11	1	0	1
ANGELES, LOS	42	25	17	4	2	2
Total	**1599**	**841**	**763**	**130**	**65**	**65**

Estrato 7: Poblaciones de menos de 500 habitantes

Localidad	Total mayores de 60 años	Varones mayores de 60 años	Mujeres mayores de 60 años	Muestra Total	Muestra Varones	Muestra Mujeres
BENITO JUAREZ	27	20	7	2	1	1
BODEGAS	13	7	6	2	1	1
CAUCHO, EL	26	11	15	2	1	1
CONCORDIA, LA	23	13	10	2	1	1
CHAPULTEPEC	6	3	3	2	1	1
NUEVO CHESPAL	54	27	27	2	1	1
EDEN, EL	79	40	39	10	5	5
ESPERANZA, LA	34	17	17	2	1	1
Fracción Las Galeras El Retiro	35	20	15	2	1	1
HERMOSILLO	28	15	13	2	1	1
INDEPENDENCIA	44	26	18	2	1	1
JOYA, LA	20	8	12	2	1	1
MARIO SOUZA	14	9	5	2	1	1
LLANOS, LOS	19	10	9	2	1	1
MANGA DE CLAVO	30	14	16	2	1	1
MARAVILLAS, LAS	18	10	8	2	1	1
MURILLO	41	24	17	2	1	1
FRACCION LAS PALMAS	21	11	10	2	1	1
PERU PARIS	6	3	3	2	1	1
SAN CRISTOBAL BUENAVISTA	30	17	13	2	1	1
SAN JOSE REFORMA	54	33	21	2	1	1
TOROS, LOS (ESTACION)	23	14	9	2	1	1
UNION MEXICANA	23	10	13	2	1	1
BUENOS AIRES	13	7	6	2	1	1
CRUCES, LAS	21	13	8	2	1	1
EMPORIO NARANJO, EL	18	10	8	2	1	1
QUIEN SABE	13	6	7	2	1	1
SAN JUAN CHICHARRAS	7	6	1	2	1	1
SANTA ELENA	20	10	10	2	1	1
SAN ANTONIO NEXAPA	12	6	6	2	1	1
ISLEVEN	23	12	11	4	2	2
Barra de Cahuacan (Las Gaviotas)	10	6	4	3	2	1
ZARAGOZA	37	20	17	4	2	2
CIGÜEÑA, LA	21	10	11	2	1	1
CINCO DE MAYO	52	31	21	7	3	4
ENCANTO, EL	30	19	11	2	1	1
SANTA ELENA	14	7	7	2	1	1
SAN ANTONIO CHICHARRAS	24	12	12	2	1	1
SAN AGUSTIN JITOTOL	31	16	15	2	1	1
PROVIDENCIA, LA	25	12	13	3	2	1
TOLUQUITA	18	11	7	4	2	2
MONTENEGRO	24	14	10	5	3	2
Feliciano Renauld (San Francisco)	17	8	9	2	1	1
VILLA LAS ROSAS	12	3	9	2	1	1
MALPASO	10	4	6	3	2	1
PLAYA LINDA	14	9	5	2	1	1
Total	**1134**	**614**	**520**	**117**	**60**	**57**

2 CUESTIONARIO Y TRABAJO DE CAMPO

2.1. CUESTIONARIO.

2.2. CUADERNO DEL ENCUESTADOR.

2.3. PLANILLAS DE CONTROL TRABAJO DE CAMPO.

HÁBITOS FÍSICO-DEPORTIVOS SALUDABLES Y ESTILOS DE VIDA DEL ADULTO MAYOR DE 60 AÑOS DEL MUNICIPIO DE TAPACHULA (CHIAPAS-MEXICO)

La Escuela Normal de Licenciatura en Educación Física de Tapachula (Chiapas-México) y la Universidad de Almería (España) están realizando una encuesta sobre ***hábitos físico-deportivos saludables y estilos de vida del adulto mayor de 60 años del municipio de Tapachula (Chiapas-México)***. Por esta razón le solicitamos que colabore con nosotros, dedicándonos parte de su tiempo, para contestar a una serie de preguntas relacionadas con el tema que nos ocupa. Le garantizamos el absoluto anonimato de sus respuestas, en el más estricto cumplimiento de las leyes sobre secreto estadístico y protección de datos personales. Le rogamos que conteste con la mayor sinceridad posible este cuestionario.

Nº de encuesta	Estrato	AGEP o localidad	Encuestador	Sexo	Grupo de edad
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)

P. 01. ¿Tiene usted hijos?

Si	1	***Pasar a la pregunta nº 2***
No	2	***Pasar a la pregunta nº 4*** (7)

P. 02. ¿Cuántos?

	(8)

P. 03. ¿Por quién es atendido usted habitualmente?

(9)

_____

P. 04. Todos alguna vez hemos experimentado la sensación de soledad. En el último año, ¿ha experimentado usted este sentimiento de soledad?

Si	1	***Pasar a la pregunta nº 5***
No	2	***Pasar a la pregunta nº 9*** (10)

P. 05. ¿Cuáles son los motivos principales que le hacen tener este sentimiento de soledad? ***(Espontáneo)***

	SI	
Haber perdido a las personas	1	(11)
No tener a nadie a quien acudir	1	(12)
No tener familia o tenerla lejos	1	(13)
No sentirse útil para nadie	1	(14)
Carecer de razones para vivir	1	(15)
Carecer de un grupo estable de amigos	1	(16)
Acabarse el tiempo para hacer proyectos	1	(17)
Otros:_____	1	(18)

P. 06. ¿Habitualmente ¿qué es lo primero que se le ocurre hacer cuando se siente solo? ***(Espontáneo)***

Poner la radio o la Televisión	1	
Salir a pasear	2	
Resignarse	3	
Practica alguna labor	4	
Rezar	5	
Buscar un vecino	6	
Ir de visita	7	
Hablar solo	8	
Otros:_____	9	(19)

P. 07. ¿ En qué momento se siente más solo? ***(Espontáneo)***

Cuando está enfermo	1	
Por la noche	2	
Todo el día	3	
Los fines de semana	4	
Otros:_____	5	(20)

P. 08. La soledad que dice usted sentir, ¿cómo la valora: mucha o poca?

Mucha	1	
Poca	2	(21)

P. 09. En este momento, ¿qué es lo más importante para usted? ***(Leer)***

Su salud	1	
El dinero	2	
El amor	3	
La compañía	4	
Otras:_____	5	(22)

P. 10. A nivel general, ¿se siente satisfecho o poco satisfecho con las relaciones que mantiene con…?***(Leer)***

	Satisfecho	Poco satisfecho	
Familiares	1	2	(23)
Amigos	1	2	(24)
Vecinos	1	2	(25)

QUEREMOS CONOCER AHORA ALGUNOS ASPECTOS RELACIONADOS CON SUS HABITOS DE PRÁCTICA DE ACTIVIDAD FÍSICO-DEPORTIVA, EN CADA UNA DE LAS ETAPAS DE SU VIDA

P. 11. Cuando usted estudió la primaria, ¿tuvo clase de Educación Física? ***(Espontáneo)***

Si	1	***Pasar a la pregunta nº 12***
No	2	***Pasar a la pregunta nº 14*** (26)

P. 12. ¿Quién le impartió las clases de Educación Física? ***(Espontáneo)***

El profesor de Educación Física	1	
El maestro de grupo	2	
El conserje	3	
Una persona ajena a la escuela	4	
La hacíamos solos	5	
Otros:_____	6	(27)

P. 13. ¿Diría que usted se interesó mucho, bastante, poco o nada por la actividad físico-deportiva en la etapa de…***(Leer)***

	Dependencia familiar		Independencia familiar		Adulto mayor (60 años y más)	
Mucho	1		1		1	
Bastante	2		2		2	
Poco	3		3		3	
Nada	4	(28)	4	(29)	4	(30)

P. 14. ¿Ha sido usted practicante de actividad físico-deportiva, de manera regular, durante toda la etapa de…***(leer)***

	Dependencia familiar		Independencia familiar		Adulto mayor (60 años y más)	
Sí	1		1		1	
No	2		2		2	
Abandonó	3	(31)	3	(32)	3	(33)

- ***Para los que contestan que sí han sido practicantes en alguna etapa, continuar en la pregunta nº 15***
- ***Para los que contestan que no han sido practicantes en alguna etapa, pasar a la pregunta nº 16***
- ***Para los que contestan que abandonaron en alguna etapa, pasar a la pregunta nº 17***

P. 15. ¿Cuáles diría usted que fueron los motivos por los que practicaba actividades físico-deportivas? (***Marca todos aquellos que responda el encuestado***) ***(Espontáneo)***

	Dependencia familiar		Independencia familiar		Adulto mayor (60 años y más)	
Por estar en forma	1	(34)	1	(44)	1	(54)
Porque está de moda	1	(35)	1	(45)	1	(55)
Por competir	1	(36)	1	(46)	1	(56)
Para mantener y mejorar la salud	1	(37)	1	(47)	1	(57)
Por relajarme	1	(38)	1	(48)	1	(58)
Porque me permite conocer mas gente	1	(39)	1	(49)	1	(59)
Porque me divierto y distraigo	1	(40)	1	(50)	1	(60)
Porque no tengo otra cosa que hacer	1	(41)	1	(51)	1	(61)
Porque me llevan	1	(42)	1	(52)	1	(62)
Otros_____	1	(43)	1	(53)	1	(63)

PASAR A LA PREGUNTA Nº 18

P. 16. ¿Cuáles diría usted que fueron los motivos por los que nunca practicó actividades físico-deportivas? (***Marca todos aquellos que responda el encuestado***) ***(Espontáneo)***

	Dependencia familiar		Independencia familiar		Adulto mayor (60 años y más)	
Porque estaba muy cansado	1	(64)	1	(71)	1	(78)
Porque no me daban permiso	1	(65)	1	(72)	1	(79)
Porque no tenía tiempo	1	(66)	1	(73)	1	(80)
Porque no me gustaba la actividad física	1	(67)	1	(74)	1	(81)
Por enfermedad	1	(68)	1	(75)	1	(82)
Por pereza	1	(69)	1	(76)	1	(83)
Otros :_____	1	(70)	1	(77)	1	(84)

PASAR A LA PREGUNTA Nº 20

P. 17. ¿Cuáles diría usted que fueron los motivos que influyeron en su decisión de abandonar la practica de actividad físico-deportiva? (***Marca todos aquellos que responda el encuestado***) ***(Espontáneo)***

	Dependencia familiar		Independencia familiar		Adulto mayor (60 años y más)	
Por aburrimiento	1	(85)	1	(94)	1	(103)
Porque se terminó el equipo	1	(86)	1	(95)	1	(104)
Porque me cambié de domicilio	1	(87)	1	(96)	1	(105)
Por obligaciones familiares	1	(88)	1	(97)	1	(106)
Por motivos económicos	1	(89)	1	(98)	1	(107)
Por motivos de salud	1	(90)	1	(99)	1	(108)
Por falta de tiempo	1	(91)	1	(100)	1	(109)
Porque nunca aprendí a jugar	1	(92)	1	(101)	1	(110)
Otros:_____	1	(93)	1	(102)	1	(111)

PASAR A LA PREGUNTA Nº 20

P. 18. ***Esta pregunta debe realizársele a aquellos encuestados que hayan respondido si, en alguna de las etapas, en la pregunta 14.*** ¿Qué actividades físico-deportivas realizó en la etapa de…? ¿Con qué frecuencia semanal? ¿Cuál era su duración media en cada sesión? ¿Y su intensidad? ***(Espontáneo)***

Dependencia familiar

	Modalidades		Frecuencia semanal				Duración por sesión				Intensidad			
			Una vez	Dos veces	Más de tres veces		Menos de 30 minutos	Entre 30 y 60 minutos	Más de 1 hora		Alta	Media	Baja	
1º		(112)	1	2	3	(113)	1	2	3	(114)	1	2	3	(115)
2º		(116)	1	2	3	(117)	1	2	3	(118)	1	2	3	(119)
3º		(120)	1	2	3	(121)	1	2	3	(122)	1	2	3	(123)

Independencia familiar

	Modalidades		Frecuencia semanal				Duración por sesión				Intensidad			
			Una vez	Dos veces	Más de tres veces		Menos de 30 minutos	Entre 30 y 60 minutos	Más de 1 hora		Alta	Media	Baja	
1º		(124)	1	2	3	(125)	1	2	3	(126)	1	2	3	(127)
2º		(128)	1	2	3	(129)	1	2	3	(130)	1	2	3	(131)
3º		(132)	1	2	3	(133)	1	2	3	(134)	1	2	3	(135)

Adulto mayor (60 años y más)

	Modalidades		Frecuencia semanal				Duración por sesión				Intensidad			
			Una vez	Dos veces	Más de tres veces		Menos de 30 minutos	Entre 30 y 60 minutos	Más de 1 hora		Alta	Media	Baja	
1º		(136)	1	2	3	(137)	1	2	3	(138)	1	2	3	(139)
2º		(140)	1	2	3	(141)	1	2	3	(142)	1	2	3	(143)
3º		(144)	1	2	3	(145)	1	2	3	(146)	1	2	3	(147)

P. 19. Diría usted que la práctica de actividad físico-deportiva fue muy alta, alta, baja o muy baja en la etapa de…? ¿Y su condición física fue muy buena, buena, mala o muy mala? ¿Y su salud? ***(Leer)***

	Dependencia familiar					Independencia familiar					Adulto mayor (60 años y más)				
	Muy buena	Buena	Mala	Muy Mala		Muy buena	Buena	Mala	Muy Mala		Muy buena	Buena	Mala	Muy Mala	
Su práctica de actividad física	1	2	3	4	(148)	1	2	3	4	(151)	1	2	3	4	(154)
Su condición física	1	2	3	4	(149)	1	2	3	4	(152)	1	2	3	4	(155)
Su salud	1	2	3	4	(150)	1	2	3	4	(153)	1	2	3	4	(156)

AHORA VAMOS A HABLAR DEL PRESENTE, MÁS CONCRETAMENTE, SOBRE ESTE ÚLTIMO AÑO (Desde OCTUBRE del pasado año 2003)

P. 20. ¿A qué actividades dedica la mayor parte de su tiempo una vez realizadas sus obligaciones…? ***(Espontáneo)***

	ACTIVIDADES DE RELACIÓN SOCIAL Y DIVERSIÓN: Estar con la familia o con amigos/as. Salir a tomar algo. Ir a bailar. Ir al cine, teatro, espectáculos artísticos.	**ACTIVIDADES DE OCIO PASIVO:** Ver T.V. / vídeo. Escribir, Escuchar radio. Leer libros, periódicos, revistas. Manejar el ordenador. Sin hacer nada en particular.	**ACTIVIDADES DE OCIO ACTIVO:** Viajar, hacer turismo. Fotografía. Trabajos manuales. Aficiones artísticas. Ir de tiendas.	**ACTIVIDADES FÍSICO-DEPORTIVAS:** Actividades físicas. Practicar deporte. Pasear. Salir al campo, a la playa.	
Días laborables	1	2	3	4	(157)
Fines de semana	1	2	3	4	(158)
Épocas vacacionales	1	2	3	4	(159)

P. 21. En el último año, ¿ha practicado actividad física?

Si	1	***Pasar a la pregunta nº 22***
No	2	***Pasar a la pregunta nº 30*** (160)

P. 22. ¿Cuántas horas dedica a la semana a la práctica de actividad física y deportiva? ***(Espontáneo)***

Más de 6 horas	4	De 2 a 3 horas	2	
De 4 a 5 horas	3	1 hora o menos	1	(161)

P. 23. ¿A qué hora realiza, habitualmente, la actividad física y deportiva? ***(Espontáneo)***

Hasta las 9 de la mañana	1	
De 9 a 14 horas	2	
De 14 a 20 horas	3	
A partir de las 20 horas	4	(162)

P. 24. ¿Con quién la realiza habitualmente? ***(Espontáneo)***

Solo	1	Con mis familiares	3	
Con mis amigos, compañeros	2	Otros:	4	(163)

P. 25. Las prácticas de actividad físico-deportivas que usted realiza actualmente, ¿quién las oferta? ***(Leer)***

Empresa pública	1	***Pasar a la pregunta nº 26***
Empresa privada	2	
Nadie, lo hago por mi cuenta	3	***Pasar a la pregunta nº 30*** (164)

P. 26. Diga si está de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes afirmaciones que se hacen de las actividades que le ofertan en ese programa la empresa (pública o privada). ***(Leer)***

	Empresa pública			Empresa privada		
	De acuerdo	En desacuerdo		De acuerdo	En desacuerdo	
Es un programa bien organizado	1	2	(165)	1	2	(169)
Son actividades que mejoran mi salud	1	2	(166)	1	2	(170)
Son actividades que me gustan	1	2	(167)	1	2	(171)
Son actividades que mejoran mis relaciones sociales	1	2	(168)	1	2	(172)

P. 27. El programa en que se encuentra actualmente, ¿le hacen alguna evaluación de seguimiento?

Sí	1	***Pasar a la pregunta nº 28***
No	2	***Pasar a la pregunta nº 30*** (173)

P. 28. ¿Con qué frecuencia?

Frecuentemente	1	(174)
A veces	2	

P. 29. ¿Qué evaluación le hacen?

_____

_____

P. 30. ***(Esta pregunta la deben contestar todos)*** Dígame ahora, ¿cree usted que en un futuro próximo practicará actividad físico-deportiva? ***(Espontáneo)***

Si con seguridad	1	***Pasar a la pregunta a 31***	(175)
Probablemente si	2		
Ahora no lo sé	3		
Probablemente no	4		
Seguro que no	5	***Pasar a la pregunta 32***	

P. 31. ¿Qué actividades le gustaría practicar?

1º		(176)
2º		(177)
3º		(178)

AHORA QUEREMOS CONOCER ALGUNOS ASPECTOS RELACIONADOS CON SU SALUD Y ESTILO DE VIDA

P. 32. Piense en usted mismo y compárese con otras personas de su misma edad y sexo. Diga si está de acuerdo, o en desacuerdo con las siguientes afirmaciones ***(Leer)***

	De acuerdo	En desacuerdo	
Tengo buena aptitud deportiva	1	2	(179)
Tengo buena flexibilidad	1	2	(180)
Soy rápido y muy ágil	1	2	(181)
Soy fuerte físicamente	1	2	(182)
Soy coordinado	1	2	(183)
Estoy satisfecho con mi aspecto físico	1	2	(184)
Soy activo	1	2	(185)

P. 33. Podría usted decirnos, actualmente, si puede hacer, si necesita ayuda o si no puede realizar las siguientes actividades cotidianas ***(Leer)***

	Sí	No	Con ayuda	
Utilizar el transporte público	1	2	3	(186)
Usar el teléfono	1	2	3	(187)
Realizar tareas del hogar	1	2	3	(188)
Atención personal	1	2	3	(189)
Salir a la calle	1	2	3	(190)
Otras:	1	2	3	(191)

P. 34. De manera habitual, durante la etapa de dependencia familiar, ¿tiene o ha tenido …? ¿Y durante la etapa de independencia familiar? ¿Y después de haber cumplido los 60 años? ***(Leer)***

	Dependencia familiar		Independencia familiar		Adulto mayor (60 años y más)	
Enfermedades circulatorias	1	(192)	1	(206)	1	(220)
Renales/Prostatitis	1	(193)	1	(207)	1	(221)
Visuales	1	(194)	1	(208)	1	(222)
De la audición	1	(195)	1	(209)	1	(223)
Metabólicas	1	(196)	1	(210)	1	(224)
Digestivas	1	(197)	1	(211)	1	(225)
Respiratorios	1	(198)	1	(212)	1	(226)
Artritis	1	(199)	1	(213)	1	(227)
Cáncer	1	(200)	1	(214)	1	(228)
Caries	1	(201)	1	(215)	1	(229)
Dermatitis	1	(202)	1	(216)	1	(230)
Ansiedad y depresión	1	(203)	1	(217)	1	(231)
Paludismo	1	(204)	1	(218)	1	(232)
Otras:	1	(205)	1	(219)	1	(233)

P. 35. ¿Ha sufrido, durante la etapa de dependencia familiar, una fractura de…? ¿Y durante la etapa de independencia familiar? ¿Y después de haber cumplido 60 años? ***(Leer)***

	Dependencia familiar		Independencia familiar		Adulto mayor (60 años y más)	
Cabeza	1	(234)	1	(240)	1	(246)
Brazos	1	(235)	1	(241)	1	(247)
Costillas	1	(236)	1	(242)	1	(248)
Columna	1	(237)	1	(243)	1	(249)
Cadera	1	(238)	1	(244)	1	(250)
Piernas	1	(239)	1	(245)	1	(251)

P. 36. De manera habitual, durante la etapa de dependencia familiar, **¿tomaba bebidas alcohólicas?** ¿Y durante la etapa de independencia familiar? ¿Y después de haber cumplido 60 años? ***(Leer)***

	Dependencia familiar		Independencia familiar		Adulto mayor (+ 60 años)	
Habitualmente	1		1		1	
Ocasionalmente	2		2		2	
No, nunca o casi nunca	3	(252)	3	(253)	3	(254)

- ***Para los que contestan habitualmente y ocasionalmente, en alguna etapa, continuar en la pregunta 37.***
- ***Para los que contestan que No, nunca o casi nunca, en alguna etapa, pasar a la pregunta 39.***

P. 37. ¿Me puede decir, durante la etapa de dependencia familiar, ¿si **tomaba** habitualmente, ocasionalmente, nunca o casi nunca? ¿Y durante la etapa de independencia familiar? ¿Y después de haber cumplido 60 años? ***(Leer)***

Bebidas alcohólicas	Dependencia familiar				Independencia familiar				Adulto mayor (+ 60 años)			
	Habitual	Ocasional	Nunca, casi nunca		Habitual	Ocasional	Nunca, casi nunca		Habitual	Ocasional	Nunca, casi nunca	
Cerveza	1	2	3	(255)	1	2	3	(262)	1	2	3	(269)
Brandy	1	2	3	(256)	1	2	3	(263)	1	2	3	(270)
Vino/Sidra	1	2	3	(257)	1	2	3	(264)	1	2	3	(271)
Ron/ Ginebra	1	2	3	(258)	1	2	3	(265)	1	2	3	(272)
Whisky	1	2	3	(259)	1	2	3	(266)	1	2	3	(273)
Aguardiente	1	2	3	(260)	1	2	3	(267)	1	2	3	(274)
Tequila	1	2	3	(261)	1	2	3	(268)	1	2	3	(275)

P. 38. ***(Para quienes tomen o hayan tomado)*** ¿A qué edad comenzó a tomar bebidas alcohólicas?. ***(Espontáneo)***

[ ] (276)

P. 39. De manera habitual, durante la etapa de dependencia familiar, ¿fumaba tabaco? ¿Y durante la etapa de independencia familiar? ¿Y después de haber cumplido 60 años? ***(Leer)***

	Dependencia familiar		Independencia familiar		Adulto mayor (+ 60 años)	
Habitualmente	1		1		1	
Ocasionalmente	2		2		2	
No, nunca o casi nunca	3	(277)	3	(278)	3	(279)

P. 40. ***(Para quienes fumen o haya fumado)*** ¿A qué edad comenzó a fumar tabaco?

[ ] (280)

P. 41. De manera habitual, durante la etapa de dependencia familiar, ¿tomaba medicamentos? ¿Y durante la etapa de independencia familiar? ¿Y después de haber cumplido 60 años? ***(Leer)***

	Dependencia familiar		Independencia familiar		Adulto mayor (+ 60 años)	
Habitualmente	1		1		1	
Ocasionalmente	2		2		2	
No, nunca o casi nunca	3	(281)	3	(282)	3	(283)

P. 42. Me puede decir, durante la etapa de dependencia familiar, ¿si tomaba habitualmente, ocasionalmente, nunca o casi nunca…? ¿Y durante la etapa de independencia familiar? ¿Y después de haber cumplido 60 años? ***(Leer)***

Medicamentos	Dependencia familiar				Independencia familiar				Adulto mayor (+ 60 años)			
	Habitual	Ocasional	Nunca, casi nunca		Habitual	Ocasional	Nunca, casi nunca		Habitual	Ocasional	Nunca, casi nunca	
Analgésicos/ Antiinflamatorios	1	2	3	(284)	1	2	3	(290)	1	2	3	(296)
Antidepresivos y tranquilizantes	1	2	3	(285)	1	2	3	(291)	1	2	3	(297)
Antibióticos	1	2	3	(286)	1	2	3	(292)	1	2	3	(298)
Vitaminas	1	2	3	(287)	1	2	3	(293)	1	2	3	(299)
Diuréticos	1	2	3	(288)	1	2	3	(294)	1	2	3	(300)
Drogas	1	2	3	(289)	1	2	3	(295)	1	2	3	(301)

P. 43. ¿Puede decirnos si utiliza, de manera habitual, algún tiempo para dormir durante el día? ***(Espontáneo)***

Sí [1] No [2] (302)

P. 44. En promedio, ¿cuánto tiempo duerme durante el día? ¿Y por las noches? ***(Espontáneo)***

Día		Noche	
	(303)		(304)

P. 45. ¿Cómo cree usted que es su alimentación normalmente? ***(Leer)***

Sana y equilibrada	1	Poco sana y poco equilibrada	3	
Mas o menos sana y equilibrada	2	Nada sana y nada equilibrada	4	(305)

P. 46. Haciendo un promedio, ¿cuántas veces come al día?

[ ] (306)

P. 47. ¿Con qué frecuencia toma .... ? ¿Cómo lo considera de sano?. ***(Leer)***

	Frecuencia				Consideración		
	Habitual	Ocasional	Nunca, casi nunca		Poco Sano	Sano	
Carnes rojas y carnes blancas, quesos	1	2	3	(307)	1	2	(314)
Legumbres, hortalizas, verduras	1	2	3	(308)	1	2	(315)
Pan, galletas, confleakes, pastas, arroz	1	2	3	(309)	1	2	(316)
Refrescos embotellados, café, té, toky, cooley,…	1	2	3	(310)	1	2	(317)
Sabritas, papitas, chicharrines, otros	1	2	3	(311)	1	2	(318)
Leche	1	2	3	(312)	1	2	(319)
Huevos	1	2	3	(313)	1	2	(320)

P. 48. De manera habitual, ¿fuma o ha fumado… Ahora si toma o ha tomado bebidas alcohólicas?..... ***(Leer)***

	Tabaco			Alcohol			Marihuana		
	SI	NO		SI	NO		SI	NO	
Su papá	1	2	(321)	1	2	(326)	1	2	(331)
Su mamá	1	2	(322)	1	2	(327)	1	2	(332)
Su/sus hermano/as	1	2	(323)	1	2	(328)	1	2	(333)
Su esposo/a	1	2	(324)	1	2	(329)	1	2	(334)
Su/sus hijo/as	1	2	(325)	1	2	(330)	1	2	(335)

P. 49. En el último mes, ¿cuantos días ha estado enfermo? [ ] (336)

P. 50. En el último año, ¿cuántas veces ha estado hospitalizado como paciente al menos durante una noche? [ ] (337)

P. 51. Ahora dígame, ¿cuáles son los medios que utiliza para intentar reducir o evitar estos problemas de salud?

No hago nada	1	(338)	Tomo medicamentos	1	(341)
Practico algún deporte	1	(339)	Paseo por la ciudad o por el campo	1	(342)
Utilizo técnicas de relajación (yoga)	1	(340)	Visito al medico	1	(343)

P. 52. ¿Qué edad tiene? [ ] años (344) | P. 53. Leer: Sí [1] No [2] (345) | P. 54 Escribir Sí [1] No [2] (346)

P. 55. ¿Qué estudios tiene usted que haya completado o terminado?

Sin estudios	1	Preparatoria	4	
Primaria	2	Normal/licenciatura	5	
Secundaria	3	Maestría/Doctorado	6	(347)

P. 56. Nos podría decir ¿en qué situación laboral se encuentra actualmente?

Trabaja	1	Jubilado/pensionado	3	
Sin trabajo/Parado	2	Ama de casa	4	(348)

P. 57. Por favor, indíquenos cuál es su estado civil actualmente

Soltero	1	Casado/Vive en pareja	3	
Separado o divorciado	2	Viudo	4	(349)

P. 58. Ahora nos podría decir ¿con quién vive actualmente?

Solo	1	Solamente con sus hijos	4	
Solamente con la esposa o pareja	2	Con otros familiares	5	
Con su esposa o pareja y con sus hijos	3	Otros	6	(350)

P. 59. Aproximadamente, ¿de cuánto dinero dispone usted al mes?

De 500 pesos	1	De 1 501 a 2000 pesos	4	
De 501 a 1 000 pesos	2	De 2001 a 2500 pesos	5	
De 1 001 a 1500 pesos	3	Más de 2.500 pesos	6	(351)

P. 60. Actualmente ¿está afiliado algún Servicio Médico?

Sí [1] No [2] (352)

P. 61. ¿Cuál es el Instituto de Salud que lo atiende actualmente?

Seguro Social	1	SSA	4	
ISSTE	2	Otros	5	(353)
ISSTECH	3			

CARTA DE PRESENTACIÓN

La Escuela Normal de licenciatura en Educación Física de esta ciudad en colaboración con la Universidad de Almería España está realizando la investigación "ESTILO DE VIDA Y HÁBITOS SALUDABLES DEL ADULTO MAYOR DE 60 AÑOS DEL MUNICIPIO DE TAPACHULA CHIAPAS, (MÉXICO)" siendo el responsable el M. Sc. Alfonso Cabrera Ramos Subdirector Administrativo de esta Institución.

C E R T I F I C A

Que el C. _____matrícula No. _____, es encuestador oficial de esta escuela estando sujeto a la ética de la escuela, garantiza que las informaciones recogidas tienen un carácter no política y confidencial y que nunca serán utilizadas individualmente, si no de forma global con otras informaciones

Y SOLICITA:

Que preste usted la máxima colaboración en la realización de esta encuesta, que consideramos de gran interés para toda la población del municipio de Tapachula.

Y para que conste como acreditación oficial el presente escrito, lo firma en Tapachula, Chiapas el 1ro. De noviembre de 2005

M.Sc. Alfonso Cabrera Ramos
Subdirector Administrativo

GUÍA DE ENTREVISTA

1. Si el que abre la puerta es un niño, se le dice que si ¿puedo hablar con alguna persona mayor?, si es una persona mayor, decir BUENOS DÍAS, TARDES O NOCHES, "EN LA ESCUELA NORMAL DE LICENCIATURA EN EDUCACIÓN FÍSICA, ESTAMOS HACIENDO UN ESTUDIO DE CAMPO PARA DETERMINAR EL ESTILO DE VIDA DEL ADULTO MAYOR DE 60 AÑOS DE NUESTRA COMUNIDAD".

2. Selección de un encuestado en la vivienda. ¿PODRÍA DECIRME, CUANTOS HOMBRES O MUJERES Y TIENEN 60 AÑOS O MAS, VIVEN EN ESTE HOGAR?. PODRÍA HABLAR CON ELLA?

3. Si no esta la persona a encuestar: ¿PODRÍA DECIRME CUANDO Y A QUE HORA LA PODRÍA VER? SI DICE MAÑANA: ¡ME PODRÍA DAR SU NOMBRE PARA QUE MAÑANA PREGUNTE DIRECTAMENTE POR ELLA?.

4. Si la persona que buscamos esta adentro: ¿PODRÍA DECIRLE QUE VENGA? y se procede a realizar la encuesta:

5. Proceder con la administración del cuestionario: ANTES QUE NADA ME GUSTARÍA PRESENTARME, AQUÍ ESTA MI IDENTIFICACIÓN QUE ME ACREDITA COMO ENCUESTADOR OFICIAL DE ESTA INVESTIGACIÓN, TIENE ALGUNA DUDA?

6. Despedida: LA ENCUESTA HA TERMINADO, MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN, AQUÍ LE DEJO MI TARJETA DE AGRADECIMIENTO, ESTA ANOTADO EL TELÉFONO POR CUALQUIER DUDA O PREGUNTA QUE DESEE HACER DE LUNES A SÁBADO DE 07 A 14:00 HORAS. GRACIAS.

CARNET DE ENCUESTADOR

ENLEF-TAPACHULA

ENLEF-TAPACHULA
MATRICULA _____
SEMESTRE_____

CARNET DE ENCUESTADOR

C. _____

El portador de la presente esta autorizado para actuar como Encuestador de la Escuela Normal de Licenciatura en Educación Física en la realización del trabajo de campo.

De acuerdo con el Código Ético de la ENLEF-TAPACHULA, que rige los estudios de esta investigación, garantizamos que las informaciones recogidas por los encuestadores tienen un carácter no político y confidencial y que nunca serán utilizados individualmente, sino de forma global con otras informaciones.

Este carnet caduca_____

Alfonso Cabrera Ramos

Subdirector Administrativo

TARJETA DE AGRADECIMIENTO

ESCUELA NORMAL DE LICENCIATURA
EN EDUCACIÓN FÍSICA DE TAPACHULA

LE AGRADECEMOS SU ATENCIÓN Y COLABORACIÓN

Para cualquier tipo de consulta sobre la encuesta que ha respondido, puede contactar con nuestras autoridades educativas llamando a los teléfonos: 62-8-12-67 o al 62- 8 14-40 o bien en nuestras instalaciones ubicadas en carretera a puerto Madero, km. 4.5 Tapachula, Chiapas.

PLANTILLA DE CONTROL DEL TRABAJO DE CAMPO

No. De encuestador_____
Localidad/AGEP_____
Punto de muestreo_____
Resultados.

1. No se pudo acceder a la vivienda seleccionada
2. No abrieron la puerta de la vivienda seleccionada
3. Abrieron, pero no participaron
4. Abrieron pero no había nadie con el perfil
5. Abrieron, había alguien con el perfil pero estaba fuera
6. Entrevista incompleta
7. Entrevista completa

No.	Fecha	Hora	Dirección	Resultado
				1 2 3 4 5 6 7
				1 2 3 4 5 6 7
				1 2 3 4 5 6 7
				1 2 3 4 5 6 7
				1 2 3 4 5 6 7
				1 2 3 4 5 6 7
				1 2 3 4 5 6 7
				1 2 3 4 5 6 7
				1 2 3 4 5 6 7
				1 2 3 4 5 6 7
				1 2 3 4 5 6 7
				1 2 3 4 5 6 7
				1 2 3 4 5 6 7
				1 2 3 4 5 6 7

3 SITUACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DEL ADULTO MAYOR

3.1. DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN OBJETO DE ESTUDIO.

3.2. CONTEXTO FAMILIAR.

3.3. SENTIMIENTO DE SOLEDAD.

3.1.- DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN OBJETO DE ESTUDIO

Tabla 3.1.1. Distribución, por sexo, de la población de Tapachula mayor de 60 años. Frecuencias y porcentajes.

	N	%
Varón	503	48,9
Mujer	526	51,1
Total	1029	100,0

Tabla 3.1.2. Distribución, por grupos de edad, de la población de Tapachula mayor de 60 años. Frecuencias y porcentajes.

	N	%
De 60 a 64 años	454	44,1
De 65 a 69 años	305	29,6
De 70 a 74 años	145	14,1
De 75 a 79 años	77	7,5
De 80 a 84 años	35	3,4
Más de 85 años	13	1,3
Total	1029	100,0

Tabla 3.1.3. Saber leer la población de Tapachula mayor de 60 años. Frecuencias y porcentajes.

	N	%
Si	794	77,2
No	235	22,8
Total	1029	100,0

Tabla 3.1.4. Saber leer la población de Tapachula mayor de 60 años. Porcentaje y distribución por sexo. Nivel de significación.

	Saber leer	
	Si	No
Varón	81,1	18,9
Mujer	73,4	26,6
Total	77,2	22,8
	$\chi 2 = 8{,}717$ N.S. * * * *	

Tabla 3.1.5. Saber escribir la población de Tapachula mayor de 60 años. Frecuencias y porcentajes.

	N	%
Si	741	72,0
No	288	28,0
Total	1029	100,0

Tabla 3.1.6. Saber escribir la población de Tapachula mayor de 60 años. Porcentaje y distribución por sexo. Nivel de significación.

	Saber leer	
	Si	No
Varón	76,3	23,7
Mujer	67,9	32,1
Total	72,0	28,0
	χ 2 = 9,155 N.S. * * * *	

Tabla 3.1.7. Distribución, por nivel de estudios, de la población de Tapachula mayor de 60 años. Frecuencias y porcentajes.

	N	%
Sin estudios	375	36,4
Primaria	425	41,3
Secundaria	99	9,6
Preparatoria	44	4,3
Normal/licenciatura	76	7,4
Maestría/Doctorado	10	1,0
Total	1029	100,0

Tabla 3.1.8. Nivel de estudios de la población de Tapachula mayor de 60 años. Porcentaje y distribución por sexo. Nivel de significación.

	Nivel de estudios					
	Sin estudios	Primaria	Secundaria	Preparatoria	Normal/ licenciatura	Maestría/ Doctorado
Varón	33,8	39,8	11,5	4,4	9,3	1,2
Mujer	39,0	42,8	7,8	4,2	5,5	,8
Total	36,4	41,3	9,6	4,3	7,4	1,0
	χ 2 = 11,811 N.S. *					

Tabla 3.1.9. Distribución, por actividad principal, de la población de Tapachula mayor de 60 años. Frecuencias y porcentajes.

	N	%
Trabaja	341	33,1
Sin trabajo	168	16,3
Jubilado/pensionado	221	21,5
Ama de casa	299	29,1
Total	1029	100,0

Tabla 3.1.10. Actividad principal de la población de Tapachula mayor de 60 años. Porcentaje y distribución por sexo. Nivel de significación.

	Actividad principal			
	Sin estudios	Primaria	Secundaria	Preparatoria
Varón	46,5	22,7	23,1	7,8
Mujer	20,3	10,3	20,0	49,4
Total	33,1	16,3	21,5	29,1
χ 2 = 232,225 N.S. * * * *				

Tabla 3.1.11. Actividad principal de la población de Tapachula mayor de 60 años. Porcentaje y distribución por edad. Nivel de significación.

	Actividad principal			
	Sin estudios	Primaria	Secundaria	Preparatoria
De 60 a 64 años	41,0	13,7	17,6	27,8
De 65 a 69 años	31,8	16,7	19,3	32,1
De 70 a 74 años	22,8	17,2	30,3	29,7
De 75 a 79 años	20,8	27,3	29,9	22,1
De 80 a 84 años	14,3	20,0	34,3	31,4
Más de 85 años	30,8	15,4	23,1	30,8
Total	33,1	16,3	21,5	29,1
χ 2 = 45,597 N.S. * * * *				

Tabla 3.1.12. Distribución, por estado civil, de la población de Tapachula mayor de 60 años. Frecuencias y porcentajes.

	N	%
Soltero	61	5,9
Separado/divorciado	65	6,3
Casado/vive pareja	638	62,0
Viudo	265	25,8
Total	1029	100,0

Tabla 3.1.13. Estado civil de la población de Tapachula mayor de 60 años. Porcentaje y distribución por sexo. Nivel de significación.

	Estado civil			
	Soltero	Separado/ divorciado	Casado/ vive pareja	Viudo
Varón	6,4	6,4	66,8	20,5
Mujer	5,5	6,3	57,4	30,8
Total	5,9	6,3	62,0	25,8
χ 2 = 14,604 N.S. * * *				

Tabla 3.1.14. Distribución, por ingresos mensuales, de la población de Tapachula mayor de 60 años. Frecuencias y porcentajes.

	N	%
Menos 500	206	20,0
501-1000	277	26,9
1001-1500	223	21,7
1501-2000	128	12,4
2001-2500	71	6,9
Más de 2500	124	12,1
Total	1029	100,0

Tabla 3.1.15. Distribución, por servicio médico, de la población de Tapachula mayor de 60 años. Frecuencias y porcentajes.

	N	%
Si	862	83,8
No	167	16,2
Total	1029	100,0

Tabla 3.1.16. Distribución, por filiación médica, de la población de Tapachula mayor de 60 años. Frecuencias y porcentajes.

	N	%
Seguro social	450	52,2
ISSTE	134	15,5
ISSTECH	91	10,6
SSA	63	7,3
Otros	124	14,4
Total	862	100,0

3.2.- CONTEXTO FAMILIAR

Tabla 3.2.1. Tenencia de hijos de la población de Tapachula mayor de 60 años. Frecuencias y porcentajes.

	N	%
Si	936	91,0
No	93	9,0
Total	1029	100,0

Tabla 3.2.2. Tenencia de hijos de la población de Tapachula mayor de 60 años. Porcentaje y distribución por sexo. Nivel de significación.

	Tener hijos	
	Si	No
Varón	91,3	8,7
Mujer	90,7	9,3
Total	91,0	9,0
	χ 2 = ,101 N.S. - - - -	

Tabla 3.2.3. Tenencia de hijos de la población de Tapachula mayor de 60 años. Porcentaje y distribución por edad. Nivel de significación.

	Tener hijos	
	Si	No
De 60 a 64 años	90,7	9,3
De 65 a 69 años	91,1	8,9
De 70 a 74 años	91,7	8,3
De 75 a 79 años	93,5	6,5
De 80 a 84 años	85,7	14,3
Más de 85 años	84,6	15,4
Total	91,0	9,0
	χ 2 = 2,556 N.S. - - - -	

Tabla 3.2.4. Tenencia de hijos de la población de Tapachula mayor de 60 años. Porcentaje y distribución por estado civil. Nivel de significación.

	Tener hijos	
	Si	No
Soltero	34,4	65,6
Separado/divorciado	87,7	12,3
Casado/vive pareja	95,9	4,1
Viudo	92,8	7,2
Total	91,0	9,0
	χ 2 = 258,248 N.S. * * * *	

Tabla 3.2.5. Número de hijos de la población de Tapachula mayor de 60 años. Frecuencias y porcentajes.

	N	%
1	41	4,4
2	99	10,6
3	143	15,3
4	146	15,6
5	134	14,3
6	124	13,2
7	73	7,8
8	84	9,0
9	40	4,3
10	20	2,1
11	13	1,4
12	12	1,3
13	2	,2
14	2	,2
15	2	,2
24	1	,1
Total	936	100,0

Tabla 3.2.6. Con quién vive en la actualidad la población de Tapachula mayor de 60 años. Frecuencias y porcentajes.

	N	%
Solo	103	10,0
Solo con la pareja	287	27,9
Con esposa/pareja e hijos	340	33,0
Solo con sus hijos	234	22,7
Con otros familiares	51	5,0
Otros	14	1,4
Total	1029	100,0

Tabla 3.2.7. Con quién vive en la actualidad la población de Tapachula mayor de 60 años. Porcentaje y distribución por sexo. Nivel de significación.

	Con quién viven en la actualidad					
	Solo	Solo con la pareja	Con esposa pareja e hijos	Solo con sus hijos	Con otros familiares	Otros
Varón	11,3	31,6	34,6	16,7	4,6	1,2
Mujer	8,7	24,3	31,6	28,5	5,3	1,5
Total	10,0	27,9	33,0	22,7	5,0	1,4
χ 2 = 23,600 N.S. * * * *						

Tabla 3.2.8. Con quién vive en la actualidad la población de Tapachula mayor de 60 años. Porcentaje y distribución por edad. Nivel de significación.

	Con quién viven en la actualidad					
	Solo	Solo con la pareja	Con esposa pareja e hijos	Solo con sus hijos	Con otros familiares	Otros
De 60 a 64 años	9,9	28,2	33,7	22,7	4,8	,7
De 65 a 69 años	6,9	28,9	36,1	21,3	5,2	1,6
De 70 a 74 años	13,1	26,2	30,3	23,4	3,4	3,4
De 75 a 79 años	15,6	27,3	24,7	29,9	1,3	1,3
De 80 a 84 años	14,3	31,4	28,6	11,4	14,3	
Más de 85 años	7,7	7,7	30,8	38,5	15,4	
Total	10,0	27,9	33,0	22,7	5,0	1,4
χ 2 = 37,208 N.S. - - - -						

Tabla 3.2.9. Con quién vive en la actualidad la población de Tapachula mayor de 60 años. Porcentaje y distribución por estado civil. Nivel de significación.

	Con quién viven en la actualidad					
	Solo	Solo con la pareja	Con esposa pareja e hijos	Solo con sus hijos	Con otros familiares	Otros
Soltero	47,5		1,6	9,8	34,4	6,6
Separado/divorciado	24,6	6,2	3,1	46,2	15,4	4,6
Casado/vive pareja	1,3	43,9	52,0	2,2		,6
Viudo	18,9	1,1	1,9	69,4	7,5	1,1
Total	10,0	27,9	33,0	22,7	5,0	1,4
χ 2 = 1076,110 N.S. - - - -						

Tabla 3.2.10. Quién atiende a la población de Tapachula mayor de 60 años. Frecuencias y porcentajes.

	N	%
Su pareja	374	36,7
Sus hijos	378	37,1
Sus familiares y amigos	69	6,8
Otros	14	1,4
Total	1020	100,0

Tabla 3.2.11. Quién atiende a la población de Tapachula mayor de 60 años. Porcentaje y distribución por sexo. Nivel de significación.

	Quién los atiende			
	Su pareja	Sus hijos	Sus familiares y amigos	Solo
Varón	45,1	30,5	6,6	17,8
Mujer	28,6	43,4	6,9	21,1
Total	36,7	37,1	6,8	19,5
χ 2 = 31,817 N.S. * * * *				

Tabla 3.2.12. Quién atiende a la población de Tapachula mayor de 60 años. Porcentaje y distribución por sexo. Nivel de significación.

	Quién los atiende			
	Su pareja	Sus hijos	Sus familiares y amigos	Solo
De 60 a 64 años	41,7	32,8	4,7	20,8
De 65 a 69 años	36,5	38,2	8,0	17,3
De 70 a 74 años	33,3	41,7	9,0	16,0
De 75 a 79 años	26,0	41,6	6,5	26,0
De 80 a 84 años	17,6	44,1	11,8	26,5
Más de 85 años	15,4	61,5	15,4	7,7
Total	36,7	37,1	6,8	19,5
	χ 2 = 29,924 N.S. *			

Tabla 3.2.13. Quién atiende a la población de Tapachula mayor de 60 años. Porcentaje y distribución por estado civil. Nivel de significación.

	Quién los atiende			
	Su pareja	Sus hijos	Sus familiares y amigos	Solo
Soltero	8,5	15,3	28,8	47,5
Separado/divorciado	7,7	50,8	10,8	30,8
Casado/vive pareja	56,5	26,2	3,6	13,7
Viudo	2,3	64,9	8,4	24,4
Total	36,7	37,1	6,8	19,5
	χ 2 = 361,920 N.S. * * * *			

3.3.- SENTIMIENTO DE SOLEDAD

Tabla 3.3.1. Sentimiento de soledad de la población de Tapachula mayor de 60 años. Frecuencias y porcentajes.

	N	%
Si	456	44,3
No	573	55,7
Total	1029	100,0

Tabla 3.3.2. Sentimiento de soledad de la población de Tapachula mayor de 60 años. Porcentaje y distribución por sexo. Nivel de significación.

	Sentimiento de soledad	
	Si	No
Varón	42,1	57,9
Mujer	46,4	53,6
Total	44,3	55,7
	χ 2 = 1,874 N.S. - - - -	

Tabla 3.3.3. Sentimiento de soledad de la población de Tapachula mayor de 60 años. Porcentaje y distribución por edad. Nivel de significación.

	Sentimiento de soledad	
	Si	No
De 60 a 64 años	45,2	54,8
De 65 a 69 años	43,0	57,0
De 70 a 74 años	42,1	57,9
De 75 a 79 años	42,9	57,1
De 80 a 84 años	54,3	45,7
Más de 85 años	53,8	46,2
Total	44,3	55,7
	χ 2 = 2,611 N.S. - - - -	

Tabla 3.3.4. Sentimiento de soledad de la población de Tapachula mayor de 60 años. Porcentaje y distribución por estado civil. Nivel de significación.

	Sentimiento de soledad	
	Si	No
Soltero	55,7	44,3
Separado/divorciado	49,2	50,8
Casado/vive pareja	32,8	67,2
Viudo	68,3	31,7
Total	44,3	55,7
	χ 2 = 100,178 N.S. * * * *	

Tabla 3.3.5. Sentimiento de soledad de la población de Tapachula mayor de 60 años. Porcentaje y distribución por con quién vive en la actualidad. Nivel de significación.

	Sentimiento de soledad	
	Si	No
Solo	63,1	36,9
Solo con la pareja	36,2	63,8
Con esposa/pareja e hijos	30,6	69,4
Solo con sus hijos	59,4	40,6
Con otros familiares	72,5	27,5
Otros	50,0	50,0
Total	44,3	55,7
	χ 2 = 86,532 N.S. * * * *	

Tabla 3.3.6. Sentimiento de soledad de la población de Tapachula mayor de 60 años. Porcentaje y distribución por ingresos mensuales. Nivel de significación.

	Sentimiento de soledad	
	Si	No
500	62,1	37,9
501-1000	42,6	57,4
1001-1500	40,4	59,6
1501-2000	39,8	60,2
2001-2500	32,4	67,6
Más de 2500	37,1	62,9
Total	44,3	55,7
	χ 2 = 36,000 N.S. * * * *	

Tabla 3.3.7. Motivos por los que la población de Tapachula mayor de 60 años tiene sentimiento de soledad. Frecuencias y porcentajes.

	SI		NO	
	N	%	N	%
Haber perdido a las personas	234	22,7	795	77,3
No tener familia o tenerla lejos	189	18,4	840	81,6
No tener a nadie a quien acudir	82	8,0	947	92,0
No sentirse útil para nadie	71	6,9	958	93,1
Carecer de un grupo estable de amigos	32	3,1	997	96,9
Carecer de razones para vivir	31	3,0	998	97,0
Acabarse el tiempo para hacer proyectos	29	2,8	1000	97,2
Otros motivos	27	2,6	1002	97,4

Tabla 3.3.8. Motivos por los que la población de Tapachula mayor de 60 años tiene sentimiento de soledad (Haber perdido a las personas). Porcentaje y distribución por sexo.

	Haber perdido a las personas	
	Si	No
Varón	19,5	80,5
Mujer	25,9	74,1
Total	22,7	77,3
	χ 2 = 5,943 N.S. *	

Tabla 3.3.9. Motivos por los que la población de Tapachula mayor de 60 años tiene sentimiento de soledad (Haber perdido a las personas). Porcentaje y distribución por estado civil.

	Haber perdido a las personas	
	Si	No
Soltero	23,0	77,0
Separado/divorciado	24,6	75,4
Casado/vive pareja	12,7	87,3
Viudo	46,4	53,6
Total	22,7	77,3
	χ 2 = 121,309 N.S. * * * *	

Tabla 3.3.10. Motivos por los que la población de Tapachula mayor de 60 años tiene sentimiento de soledad (Haber perdido a las personas). Porcentaje y distribución por ingreso mensual.

	Haber perdido a las personas	
	Si	No
500	34,5	65,5
501-1000	19,9	80,1
1001-1500	23,3	76,7
1501-2000	18,8	81,3
2001-2500	11,3	88,7
Más de 2500	19,4	80,6
Total	22,7	77,3
	χ 2 = 24,764 N.S. * * * *	

Tabla 3.3.11. Motivos por los que la población de Tapachula mayor de 60 años tiene sentimiento de soledad (Haber perdido a las personas). Porcentaje y distribución por quien lo atiende.

	Haber perdido a las personas	
	Si	No
Su pareja	14,2	85,8
Sus hijos	27,5	72,5
Sus familiares y amigos	34,8	65,2
Solo	25,6	74,4
Total	22,7	77,3
	χ 2 = 27,169 N.S. * * * *	

Tabla 3.3.12. Motivos por los que la población de Tapachula mayor de 60 años tiene sentimiento de soledad (No tener familia o tenerla lejos). Porcentaje y distribución por estado civil.

	No tener familia o tenerla lejos	
	Si	No
Soltero	16,4	83,6
Separado/divorciado	24,6	75,4
Casado/vive pareja	15,5	84,5
Viudo	24,2	75,8
Total	18,4	81,6
	χ 2 = 11,219 N.S. *	

Tabla 3.3.13. Motivos por los que la población de Tapachula mayor de 60 años tiene sentimiento de soledad (No tener familia o tenerla lejos). Porcentaje y distribución por con quién vive en la actualidad.

	No tener familia o tenerla lejos	
	Si	No
Solo	28,2	71,8
Solo con la pareja	18,8	81,2
Con esposa/pareja e hijos	12,9	87,1
Solo con sus hijos	19,7	80,3
Con otros familiares	25,5	74,5
Otros	21,4	78,6
Total	18,4	81,6
	χ 2 = 15,370 N.S. * * *	

Tabla 3.3.14. Motivos por los que la población de Tapachula mayor de 60 años tiene sentimiento de soledad (No tener familia o tenerla lejos). Porcentaje y distribución por quien lo atiende.

	No tener familia o tenerla lejos	
	Si	No
Su pareja	17,6	82,4
Sus hijos	14,3	85,7
Sus familiares y amigos	23,2	76,8
Solo	25,6	74,4
Total	18,4	81,6
	χ 2 = 12,413 N.S. * * *	

Tabla 3.3.15. Qué es lo primero que se le ocurre hacer cuando se siente sola la población de Tapachula mayor de 60 años. Frecuencias y porcentajes.

	N	%
Poner la radio o la Televisión	132	29,3
Resignarse	79	17,5
Salir a pasear	67	14,9
Practica alguna labor	59	13,1
Rezar	45	10,0
Buscar un vecino	25	5,5
Ir de visita	20	4,4
Otros	17	3,8
Hablar solo	7	1,6
Total	451	100,0

Tabla 3.3.16. En qué momento se siente más sola la población de Tapachula mayor de 60 años tiene sentimiento de soledad. Frecuencias y porcentajes.

	N	%
Cuando está enfermo	174	38,8
Por la noche	135	30,1
Todo el día	72	16,0
Los fines de semana	45	10,0
Otros	23	5,1
Total	449	100,0

Tabla 3.3.17. Valoración del sentimiento de soledad de la población de Tapachula mayor de 60 años. Frecuencias y porcentajes.

	N	%
Mucha	204	45,3
Poca	246	54,7
Total	450	100,0

Tabla 3.3.18. Valoración del sentimiento de soledad de la población de Tapachula mayor de 60 años. Porcentaje y distribución por estado civil.

	Valoración del sentimiento de soledad	
	Mucha	Poca
Soltero	52,9	47,1
Separado/divorciado	43,3	56,7
Casado/vive pareja	37,1	62,9
Viudo	53,6	46,4
Total	45,3	54,7
	χ 2 = 11,467 N.S. * * *	

Tabla 3.3.19. Qué es lo más importante cuando se tiene el sentimiento de soledad para la población de Tapachula mayor de 60 años. Frecuencias y porcentajes.

	N	%
Su salud	784	76,6
La compañía	129	12,6
El dinero	70	6,8
El amor	31	3,0
Otros	10	1,0
Total	1024	100,0

Tabla 3.3.20. Qué es lo más importante cuando se tiene el sentimiento de soledad para la población de Tapachula mayor de 60 años. Porcentaje y distribución por sexo.

	Varón	Mujer
Su salud	48,2	51,8
El dinero	57,1	42,9
El amor	51,6	48,4
La compañía	48,1	51,9
Otros	40,0	60,0
Total	48,8	51,2
	χ 2 = 2,493 N.S. - - - -	

Tabla 3.3.21. Nivel de satisfacción con las relaciones que mantiene con familiares, amigos y vecinos la población de Tapachula mayor de 60 años. Frecuencias y porcentajes.

	N	%
Familiares	86.3	13.7
Amigos	81.7	18.3
Vecinos	77.8	22.2

4

CLASES DE EDUCACIÓN FÍSICA

4. CLASES DE EDUCACIÓN FÍSICA Y EL INTERÉS.

4.- CLASES DE EDUCACIÓN FÍSICA Y EL INTERÉS

Tabla 4.1. Clases de Educación Física recibida por la población de Tapachula mayor de 60 años. Frecuencias y porcentajes.

	N	%
Si	23,6	23,6
No	76,4	76,4
Total	1029	100,0

Tabla 4.2. Clases de Educación Física recibida por la población de Tapachula mayor de 60 años. Porcentaje y distribución por sexo. Nivel de significación.

	¿Tuvo clase de Educación Física?	
	Si	No
Varón	28,8	71,2
Mujer	18,6	81,4
Total	23,6	76,4
	χ 2 = 14,818 N.S. * * * *	

Tabla 4.3. Clases de Educación Física recibida por la población de Tapachula mayor de 60 años. Porcentaje y distribución por edad. Nivel de significación.

	¿Tuvo clase de Educación Física?	
	Si	No
De 60 a 64 años	26,4	73,6
De 65 a 69 años	21,3	78,7
De 70 a 74 años	25,5	74,5
De 75 a 79 años	20,8	79,2
De 80 a 84 años	11,4	88,6
Más de 85 años	7,7	92,3
Total	23,6	76,4
	χ 2 = 8,237 N.S. - - - -	

Tabla 4.4. Quién le impartió la clase de Educación Física a la población de Tapachula mayor de 60 años. Frecuencias y porcentajes.

	N	%
El profesor de educación física	87	36,4
El maestro de grupo	108	45,2
El conserje	7	2,9
Una persona ajena a la escuela	20	8,4
La hacíamos solos	16	6,7
Otros	1	,4
Total	239	100,0

Tabla 4.5. Quién le impartió la clase de Educación Física a la población de Tapachula mayor de 60 años. Porcentaje y distribución por sexo. Nivel de significación.

	Quién le impartió la clase de Educación Física					
	El profesor de educación física	El maestro de grupo	El conserje	Persona ajena a la escuela	La hacíamos solos	Otros
Varón	36,6	45,1	1,4	9,2	7,0	,7
Mujer	36,1	45,4	5,2	7,2	6,2	
Total	36,4	45,2	2,9	8,4	6,7	,4
			$\chi 2 = 3{,}772$ N.S. - - - -			

Tabla 4.6. Quién le impartió la clase de Educación Física a la población de Tapachula mayor de 60 años. Porcentaje y distribución por edad. Nivel de significación.

	Quién le impartió la clase de Educación Física					
	El profesor de educación física	El maestro de grupo	El conserje	Persona ajena a la escuela	La hacíamos solos	Otros
De 60 a 64 años	38,1	44,1	3,4	8,5	5,9	
De 65 a 69 años	28,6	55,6	1,6	4,8	7,9	1,6
De 70 a 74 años	32,4	32,4	5,4	18,9	10,8	
De 75 a 79 años	56,3	43,8				
De 80 a 84 años	50,0	50,0				
Más de 85 años	100,0					
Total	36,4	45,2	2,9	8,4	6,7	,4
			$\chi 2 = 22{,}614$ N.S. - - - -			

Tabla 4.7. Interés por la actividad físico-deportiva de la población de Tapachula mayor de 60 años en la etapa de dependencia familiar, independencia familiar y en la etapa de adulto mayor de 60 años. Frecuencias y porcentajes.

	Dependencia familiar		Independencia familiar		Adulto mayor (60 años y más)	
	N	%	N	%	N	%
Mucho	93	38,6	45	18,8	17	7,1
Bastante	67	27,8	64	26,7	35	14,6
Poco	65	27,0	92	38,3	92	38,5
Nada	16	6,6	39	16,3	95	39,7
Total	241	100	240	100	239	100

	Dependencia familiar		Independencia familiar		Adulto mayor (60 años y más)	
	N	%	N	%	N	%
Alto	160	66,4	109	45,5	52	21,8
Bajo	81	33,6	131	54,5	187	78,2
Total	241	100	240	100	239	100

Tabla 4.8. Interés por la actividad físico-deportiva de la población de Tapachula mayor de 60 años en la etapa de dependencia familiar, independencia familiar y en la etapa de adulto mayor de 60 años. Porcentaje y distribución por sexo. Nivel de significación.

	Dependencia familiar		Independencia familiar		Adulto mayor (60 años y más)	
	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo
Varón	75,0	25,0	54,5	45,5	27,3	72,7
Mujer	53,6	46,4	32,0	68,0	13,5	86,5
Total	66,4	33,6	45,4	54,6	21,8	78,2
	χ 2 = 11,886 N.S. ****		χ 2 =11,894 N.S. ****		χ 2 = 6,362 N.S. ***	

Tabla 4.9. Interés por la actividad físico-deportiva de la población de Tapachula mayor de 60 años en la etapa de dependencia familiar, independencia familiar y en la etapa de adulto mayor de 60 años. Porcentaje y distribución por edad. Nivel de significación.

	Dependencia familiar		Independencia familiar		Adulto mayor (60 años y más)	
	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo
De 60 a 64 años	67,8	32,2	45,3	54,7	23,9	76,1
De 65 a 69 años	67,7	32,3	46,2	53,8	23,4	76,6
De 70 a 74 años	64,9	35,1	48,6	51,4	8,1	91,9
De 75 a 79 años	56,3	43,8	37,5	62,5	31,3	68,8
De 80 a 84 años	75,0	25,0	50,0	50,0	25,0	75,0
Más de 85 años	0,0	100	0,0	100	0,0	100
Total	66,4	33,6	45,4	54,6	21,8	78,2
	χ 2 = 3,038 N.S. - - - -		χ 2 = 1,441 N.S. - - - -		χ 2 = 5,630 N.S. - - - -	

Tabla 4.10. Interés por la actividad físico-deportiva de la población de Tapachula mayor de 60 años en la etapa de dependencia familiar, independencia familiar y en la etapa de adulto mayor de 60 años. Porcentaje y distribución por quién le impartió la clase de Educación Física. Nivel de significación.

	Dependencia familiar		Independencia familiar		Adulto mayor (60 años y más)	
	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo
El profesor de Educación Física	66.3	33.7	40.0	60.0	24.7	75.3
El maestro de grupo	70.1	29.9	52.3	47.7	26.4	73.6
El conserje	57.1	42.9	57.1	42.9	0	100
Persona ajena a la escuela	60.0	40.0	45.0	55.0	5.0	95.0
Lo hacíamos solos	50.0	50.0	25.0	75.0	12.5	87.5
Total	65.8	34.2	45.3	54.7	22.1	77.9
	X2 = 5,118 NS - - - -		X2 = 6,986 NS - - - -		X2 = 7,998 NS - - - -	

5 COMPORTAMIENTOS ANTE LA PRÁCTICA

5. COMPORTAMIENTOS ANTE LA PRÁCTICA FÍSICO-DEPORTIVA.

5.- COMPORTAMIENTOS DE PRÁCTICA FÍSICO-DEPORTIVA

Tabla 5.1. Comportamiento ante la práctica físico-deportiva de la población de Tapachula mayor de 60 años en la etapa de dependencia familiar, independencia familiar y en la etapa de adulto mayor de 60 años. Frecuencias y porcentajes.

Comportamientos	Dependencia familiar		Independencia familiar		Adulto mayor (60 años y más)	
	N	%	N	%	N	%
Practicante	413	40,1	261	25,4	126	12,2
Nunca	568	55,2	667	64,8	716	69,6
Abandonó	48	4,7	101	9,8	187	18,2
Total	1029	100	1029	100	1029	100

Tabla 5.2. Comportamiento ante la práctica físico-deportiva de la población de Tapachula mayor de 60 años en la etapa de dependencia familiar, independencia familiar y en la etapa de adulto mayor de 60 años. Porcentaje y distribución por sexo. Nivel de significación.

Sexo	Dependencia Familiar			Independencia familiar			Adulto mayor (60 años y más)		
	Practica	Nunca	Abandonó	Practica	Nunca	Abandonó	Practica	Nunca	Abandonó
Varón	53,7	43,3	3,0	35,6	54,9	9,5	16,1	62,2	21,7
Mujer	27,2	66,5	6,3	15,6	74,3	10,1	8,6	76,6	14,8
Total	40,1	55,2	4,7	25,4	64,8	9,8	12,2	69,6	18,2
	χ 2 = 76,003 N.S. * * * *			χ 2 = 55,639 N.S. * * * *			χ 2 = 26,237 N.S. * * * *		

Tabla 5.3. Comportamiento ante la práctica físico-deportiva de la población de Tapachula mayor de 60 años en la etapa de dependencia familiar, independencia familiar y en la etapa de adulto mayor de 60 años. Porcentaje y distribución por edad. Nivel de significación.

Edad	Dependencia Familiar			Independencia familiar			Adulto mayor (60 años y más)		
	Practica	Nunca	Abandonó	Practica	Nunca	Abandonó	Practica	Nunca	Abandonó
60-64	39,2	54,4	6,4	24,9	63,7	11,5	11,7	67,2	21,1
65-69	43,0	54,1	3,0	26,6	65,2	8,2	14,4	69,5	16,1
70-74	40,7	54,5	4,8	26,9	62,8	10,3	11,0	71,7	17,2
75-79	39,0	59,7	1,3	23,4	68,8	7,8	10,4	74,0	15,6
80-84	34,3	60,0	5,7	17,1	74,3	8,6	8,6	80,0	11,4
85 > años	23,1	76,9		30,8	69,2		15,4	76,9	7,7
Total	40,1	55,2	4,7	25,4	64,8	9,8	12,2	69,6	18,2
	χ 2 = 11,033 N.S. - - - -			χ 2 =6,210 N.S. - - - -			χ 2 = 8,491 N.S. - - - -		

Tabla 5.4. Comportamiento ante la práctica físico-deportiva de la población de Tapachula mayor de 60 años en la etapa de dependencia familiar, independencia familiar y en la etapa de adulto mayor de 60 años. Porcentaje y distribución por nivel de estudios. Nivel de significación.

Nivel de estudios	Dependencia Familiar			Independencia familiar			Adulto mayor (60 años y más)		
	Practica	Nunca	Abandonó	Practica	Nunca	Abandonó	Practica	Nunca	Abandonó
Sin estudios	26,4	70,4	3,2	15,5	74,9	9,6	5,3	78,1	16,5
Primaria	41,4	51,8	6,8	25,2	64,2	10,6	10,4	68,7	20,9
Secundaria	56,6	40,4	3,0	35,4	54,5	10,1	14,1	70,7	15,2
Preparatoria	52,3	40,9	6,8	34,1	50,0	15,9	27,3	50,0	22,7
Normal/licenciatura	69,7	30,3		56,6	40,8	2,6	42,1	46,1	11,8
Maestría/Doctorado	60,0	30,0	10,0	30,0	60,0	10,0	40,0	40,0	20,0
Total	40,1	55,2	4,7	25,4	64,8	9,8	12,2	69,6	18,2
	χ 2 = 86,650 N.S. ****			χ 2 =70,779 N.S. ****			χ 2 = 104,686 N.S. ****		

Tabla 5.5. Comportamiento ante la práctica físico-deportiva de la población de Tapachula mayor de 60 años en la etapa de dependencia familiar, independencia familiar y en la etapa de adulto mayor de 60 años. Porcentaje y distribución por situación laboral. Nivel de significación.

Situación laboral	Dependencia Familiar			Independencia familiar			Adulto mayor (60 años y más)		
	Practica	Nunca	Abandonó	Practica	Nunca	Abandonó	Practica	Nunca	Abandonó
Trabaja	51,0	45,2	3,8	35,5	54,5	10,0	15,5	61,3	23,2
Sin trabajo	50,0	46,4	3,6	27,4	62,5	10,1	4,2	73,8	22,0
Jubilado/pensionado	40,7	52,0	7,2	29,0	58,4	12,7	16,3	64,7	19,0
Ama de casa	21,7	73,9	4,3	10,0	82,6	7,4	10,0	80,3	9,7
Total	40,1	55,2	4,7	25,4	64,8	9,8	12,2	69,6	18,2
	χ 2 = 86,650 N.S. ****			χ 2 =70,779 N.S. ****			χ 2 = 104,686 N.S. ****		

Tabla 5.6. Modalidades de actividad físico-deportiva realizadas por la población de Tapachula mayor de 60 años en la etapa de dependencia familiar, independencia familiar y en la etapa de adulto mayor de 60 años. Frecuencia y porcentaje.

Modalidades	Dependencia Familiar		Independencia familiar		Adulto mayor (60 años y más)	
	N	%	N	%	N	%
Fútbol	212	42,2	132	44,4	13	9,6
Baloncesto	106	21,2	65	21,9	8	5,9
Voleibol	41	8,2	23	7,7	7	5,2
Trotar/correr	37	7,4	17	5,7	9	6,7
Béisbol	29	5,8	9	3,1		
Atletismo	16	3,2	5	1,7	1	0,7
Natación	14	2,8	7	2,4	3	2,2
Caminar	14	2,8	17	5,7	75	55,2

Boxeo	11	2,2	4	1,4	1	0,7
Ciclismo	8	1,6	6	2,0	2	1,5
Musculación	4	0,8	4	1,4	3	2,2
Manualidades	3	0,6				
Gimnasia de mantenimiento	2	0,4	1	0,3	4	2,9
Balonmano	1	0,2	1	0,3	1	0,7
Tae Kwan Do	1	0,2	2	0,7	2	1,5
Baile	1	0,2			4	2,9
Gimnasia Rítmica	1	0,2			1	0,7
Teatro	1	0,2				
Aeróbic			2	0,7		
Pesca			1	0,3	1	0,7
Sofbol					1	0,7
Fútbol Americano			1	0,3		
Total	502	100	297	100	136	100

Tabla 5.7. Modalidades de actividad físico-deportiva realizadas por la población de Tapachula mayor de 60 años en la etapa de dependencia familiar, independencia familiar y en la etapa de adulto mayor de 60 años. Porcentaje y distribución por sexo. Nivel de significación.

Modalidades	Dependencia Familiar			Independencia familiar			Adulto mayor (60 años y más)		
Sexo	V	M	Total	V	M	Total	V	M	Total
Fútbol	63,5	23,6	49,8	64,0	17,3	49,4	15,0	2,2	10,4
Baloncesto	12,0	35,0	20,0	11,2	43,2	21,2	5,0	8,9	6,4
Trotar/correr	3,8	12,1	6,7	4,5	6,2	5,0	8,8	4,4	7,2
Voleibol	3,4	12,1	6,4	2,2	14,8	6,2	2,5	8,9	4,8
Béisbol	6,4	2,1	4,9	4,5		3,1			
Atletismo	2,3	4,3	3,0	1,7	1,2	1,5			
Natación	2,3	3,6	2,7	1,1	4,9	2,3	1,3	4,4	2,4
Caminar	2,3	3,6	2,7	4,5	8,6	5,8	56,3	57,8	56,8
Ciclismo	2,3	0,7	1,7	2,2		1,5	2,5		1,6
Boxeo	1,5		1,0	1,1		0,8			
Gimnasia de mantenimiento		1,4	0,5		1,2	0,4		6,7	2,4
Manualidades		1,4	0,5						
Musculación	0,4		0,2	1,7		1,2	2,5	2,2	2,4
Pesca							1,3		0,8
Tae Kwan Do				0,6		0,4	2,5		1,6
Baile							1,3	2,2	1,6
Aeróbic					2,5	0,8			
Sofbol							1,3		0,8
Gimnasia Rítmica								2,2	0,8
	χ 2 =91,69 N,S, * * * *			χ 2 =86,44 N,S, * * * *			χ 2 =20,29 N,S, - - - -		

Tabla 5.8. Modalidades de actividad físico-deportiva realizadas por la población de Tapachula mayor de 60 años en la etapa de dependencia familiar, independencia familiar y en la etapa de adulto mayor de 60 años. Porcentaje y distribución por grupos de edad. Nivel de significación.

Modalidades	Dependencia Familiar						
Grupos de edad	60/64	65/69	70/74	75/79	80/84	Más 85	Total
Baloncesto	20,7	15,6	22,0	26,7	33,3		20,0
Béisbol	3,4	6,3	8,5	3,3			4,9
Fútbol	53,4	50,8	42,4	43,3	33,3	66,7	49,8
Voleibol	4,0	7,0	8,5	10,0	8,3	33,3	6,4
Atletismo	3,4	3,1	3,4				3,0
Ciclismo	2,3		3,4	3,3			1,7
Natación	2,9	3,9		3,3			2,7
Pesca							
Tae Kwan Do							
Baile							
Aeróbic							
Gimnasia de mantenimiento		1,6					0,5
Musculación	0,6						0,2
Caminar	1,1	3,9	5,1		8,3		2,7
Sofbol							
Gimnasia Rítmica							
Boxeo	0,6	1,6	1,7				1,0
Manualidades		0,8		3,3			0,5
Trotar/correr	7,5	5,5	5,1	6,7	16,7		6,7

χ 2 =46,07 N,S, - - - -

Modalidades	Independencia familiar						
Grupos de edad	60/64	65/69	70/74	75/79	80/84	Más 85	Total
Baloncesto	19,6	14,8	34,2	33,3	16,7	25,0	21,2
Béisbol	2,7	3,7	2,6	5,6			3,1
Fútbol	49,1	56,8	44,7	33,3	33,3	50,0	49,4
Voleibol	4,5	6,2	5,3	16,7	16,7		6,2
Atletismo	1,8	2,5					1,5
Ciclismo	3,6						1,5
Natación	0,9	3,7	2,6	5,6			2,3
Pesca							
Tae Kwan Do	0,9						0,4
Baile							
Aeróbic	0,9	1,2					0,8
Gimnasia de mantenimiento		1,2					0,4
Musculación	1,8	1,2					1,2

Caminar	5,4	4,9	7,9		16,7	25,0	5,8
Sofbol							
Gimnasia Rítmica							
Boxeo		1,2	2,6				0,8
Manualidades							
Trotar/correr	8,9	1,2		5,6	16,7		5,0
				χ 2 =49,12 N,S, - - - -			

Modalidades	Adulto mayor (60 años y más)						
Grupos de edad	60/64	65/69	70/74	75/79	80/84	Más 85	Total
Baloncesto	7,7	2,3	12,5		33,3		6,4
Béisbol							
Fútbol	13,5	13,6					10,4
Voleibol	7,7			12,5		50,0	4,8
Atletismo							
Ciclismo	1,9		6,3				1,6
Natación		4,5		12,5			2,4
Pesca				12,5			0,8
Tae Kwan Do	3,8						1,6
Baile	4,5						1,6
Aeróbic							
Gimnasia de mantenimiento		4,5		12,5			2,4
Musculación	5,8						2,4
Caminar	55,8	59,1	62,5	37,5	66,7	50,0	56,8
Sofbol				12,5			0,8
Gimnasia Rítmica			6,3				0,8
Boxeo							
Manualidades							
Trotar/correr	3,8	11,4	12,5				7,2
				χ 2 =89,67 N,S, - - - -			

Tabla 5.9. Frecuencia de la práctica de actividad físico-deportiva de la población de Tapachula mayor de 60 años en la etapa de dependencia familiar, independencia familiar y en la etapa de adulto mayor de 60 años. Frecuencia y porcentaje.

Frecuencia	Dependencia Familiar		Independencia familiar		Adulto mayor (60 años y más)	
	N	%	N	%	N	%
Una vez	87	17,4	78	26,3	26	19,1
Dos veces	195	38,9	136	45,8	60	44,1
Más de tres veces	219	43,7	83	27,9	50	36,8
Total	501	100	297	100	136	100

Tabla 5.10. Duración de la práctica de actividad físico-deportiva de la población de Tapachula mayor de 60 años en la etapa de dependencia familiar, independencia familiar y en la etapa de adulto mayor de 60 años. Frecuencia y porcentaje.

Duración	Dependencia Familiar		Independencia familiar		Adulto mayor (60 años y más)	
	N	%	N	%	N	%
Menos de 30 minutos	71	14,2	25	8,4	28	20,6
Entre 30 y 60 minutos	241	48,1	166	56,1	63	46,3
Más de 1 hora	189	37,7	105	35,5	45	33,1
Total	501	100	296	100	136	100

Tabla 5.11. Intensidad de la práctica de actividad físico-deportiva de la población de Tapachula mayor de 60 años en la etapa de dependencia familiar, independencia familiar y en la etapa de adulto mayor de 60 años. Frecuencia y porcentaje.

Intensidad	Dependencia Familiar		Independencia familiar		Adulto mayor (60 años y más)	
	N	%	N	%	N	%
Alta	176	35,2	91	30,9	14	10,3
Media	302	60,4	193	65,4	89	65,4
Baja	22	4,4	11	3,7	33	24,3
Total	500	100	295	100	136	100

Tabla 5.12. Frecuencia de la práctica de actividad físico-deportiva de la población de Tapachula mayor de 60 años en la etapa de dependencia familiar, independencia familiar y en la etapa de adulto mayor de 60 años. Porcentaje y distribución por sexo. Nivel de significación.

Frecuencia	Dependencia Familiar			Independencia familiar			Adulto mayor (60 años y más)		
Sexo	V	M	Total	V	M	Total	V	M	Total
Una vez	17,3	19,3	18,0	27,0	28,4	27,4	17,5	24,4	20,0
Dos veces	33,8	45,7	37,9	44,9	50,6	46,7	47,5	40,0	44,8
Más de tres veces	48,9	35,0	44,1	28,1	21,0	25,9	35,0	35,6	35,2
	χ 2 =7,62N,S,*			χ 2 =1,51N,S, - - - -			χ 2 =1,6 N,S, - - - -		

Tabla 5.13. Duración de la práctica de actividad físico-deportiva de la población de Tapachula mayor de 60 años en la etapa de dependencia familiar, independencia familiar y en la etapa de adulto mayor de 60 años. Porcentaje y distribución por sexo. Nivel de significación.

Duración	Dependencia Familiar			Independencia familiar			Adulto mayor (60 años y más)		
Sexo	V	M	Total	V	M	Total	V	M	Total
Menos de 30 minutos	12,8	15,7	13,8	6,2	12,3	8,1	22,5	20,0	21,6
Entre 30 y 60 minutos	45,5	56,4	49,3	54,2	66,7	58,1	47,5	44,4	46,4
Más de 1 hora	41,7	27,9	36,9	39,5	21,0	33,7	30,0	35,6	32,0
	χ 2 =7,58N,S, *			χ 2 =9,72N,S, * * *			χ 2 =0,42N,S, - - - -		

Tabla 5.14. Intensidad de la práctica de actividad físico-deportiva de la población de Tapachula mayor de 60 años en la etapa de dependencia familiar, independencia familiar y en la etapa de adulto mayor de 60 años. Porcentaje y distribución por sexo. Nivel de significación.

Intensidad	Dependencia Familiar			Independencia familiar			Adulto mayor (60 años y más)		
Sexo	V	M	Total	V	M	Total	V	M	Total
Alta	36,1	30,0	34,0	31,3	33,3	31,9	10,0	13,3	11,2
Media	59,8	67,1	62,3	67,0	59,3	64,6	63,8	66,7	64,8
Baja	4,1	2,9	3,7	1,7	7,4	3,5	26,3	20,0	24,0
	χ^2 =2,21N,S, - - - -			χ^2 =5,75N,S,- - - -			χ^2 =0,79N,S, - - - -		

Tabla 5.15. Frecuencia de la práctica de actividad físico-deportiva de la población de Tapachula mayor de 60 años en la etapa de dependencia familiar, independencia familiar y en la etapa de adulto mayor de 60 años. Porcentaje y distribución por grupos de edad. Nivel de significación.

Frecuencia	Dependencia familiar						
Grupo de edad	60/64	65/69	70/74	75/79	80/84	Más 85	Total
Una vez	17,8	16,4	23,7	16,7	8,3	33,3	18,0
Dos veces	36,8	39,1	35,6	40,0	41,7	66,7	37,9
Más de tres veces	45,4	44,5	40,7	43,3	50,0		44,1
				χ^2 =4,88 N,S, - - - -			

Frecuencia	Independencia familiar						
Grupo de edad	60/64	65/69	70/74	75/79	80/84	Más 85	Total
Una vez	25,9	24,7	42,1	22,2	16,7	25,0	27,4
Dos veces	43,8	48,1	42,1	61,1	50,0	75,0	46,7
Más de tres veces	30,4	27,2	15,8	16,7	33,3		25,9
				χ^2 =9,83 N,S, - - - -			

Frecuencia	Adulto mayor (60 años y más)						
Grupo de edad	60/64	65/69	70/74	75/79	80/84	Más 85	Total
Una vez	17,3	20,5	18,8	37,5	33,3		20,0
Dos veces	32,7	50,0	56,3	50,0	66,7	100	44,8
Más de tres veces	50,0	29,5	25,0	12,5			35,2
				χ^2 =9,83 N,S, - - - -			

Tabla 5.16. Duración de la práctica de actividad físico-deportiva de la población de Tapachula mayor de 60 años en la etapa de dependencia familiar, independencia familiar y en la etapa de adulto mayor de 60 años. Porcentaje y distribución por grupos de edad. Nivel de significación.

Duración	Dependencia familiar						
Grupo de edad	60/64	65/69	70/74	75/79	80/84	Más 85	Total
Menos de 30 minutos	12,6	13,3	16,9	16,7	16,7		13,8
Entre 30 y 60 minutos	46,6	48,4	55,9	53,3	50,0	66,7	49,3
Más de 1 hora	40,8	38,3	27,1	30,0	33,3	33,3	36,9
				χ^2 =5,13 N,S, - - - -			

Duración	Independencia familiar						
Grupo de edad	60/64	65/69	70/74	75/79	80/84	Más 85	Total
Menos de 30 minutos	9,8	6,2	8,1	5,6	16,7		8,1
Entre 30 y 60 minutos	55,4	51,9	67,6	72,2	66,7	100	58,1
Más de 1 hora	34,8	42,0	24,3	22,2	16,7		33,7
				χ 2 =40,16 N,S, - - - -			

Duración	Adulto mayor (60 años y más)						
Grupo de edad	60/64	65/69	70/74	75/79	80/84	Más 85	Total
Menos de 30 minutos	9,6	27,3	31,3	50,0		50,0	21,6
Entre 30 y 60 minutos	51,9	38,6	50,0	25,0	100	50,0	46,4
Más de 1 hora	38,5	34,1	18,8	25,0			32,0
				χ 2 =16,13 N,S, - - - -			

Tabla 5.17. Intensidad de la práctica de actividad físico-deportiva de la población de Tapachula mayor de 60 años en la etapa de dependencia familiar, independencia familiar y en la etapa de adulto mayor de 60 años. Porcentaje y distribución por grupos de edad. Nivel de significación.

Intensidad	Dependencia familiar						
Grupo de edad	60/64	65/69	70/74	75/79	80/84	Más 85	Total
Alta	33,3	39,8	25,4	36,7	8,3	66,7	34,0
Media	62,1	57,0	71,2	60,0	91,7	33,3	62,3
Baja	4,6	3,1	3,4	3,3			3,7
				χ 2 =10,40 N,S, - - - -			

Intensidad	Independencia familiar						
Grupo de edad	60/64	65/69	70/74	75/79	80/84	Más 85	Total
Alta	35,7	27,5	29,7	38,9	16,7	25,0	31,9
Media	59,8	70,0	64,9	61,1	83,3	75,0	64,6
Baja	4,5	2,5	5,4				3,5
				χ 2 =4,90 N,S, - - - -			

Intensidad	Adulto mayor (60 años y más)						
Grupo de edad	60/64	65/69	70/74	75/79	80/84	Más 85	Total
Alta	11,5	11,4	6,3	25,0			11,2
Media	65,4	61,4	68,8	50,0	100	100	64,8
Baja	23,1	27,3	25,0	25,0			24,0
				χ 2 =5,05 N,S, - - - -			

6 MOTIVOS DE LOS COMPORTAMIENTOS

6. MOTIVOS DE LOS COMPORTAMIENTOS DE LA ACTIVIDAD FÍSICO-DEPORTIVA DE TIEMPO LIBRE.

6.- MOTIVOS DE LOS COMPORTAMIENTOS DE LA ACTIVIDAD FÍSICO-DEPORTIVA DE TIEMPO LIBRE

Tabla 6.1. Motivos de práctica físico-deportiva de la población de Tapachula mayor de 60 años en la etapa de dependencia familiar, independencia familiar y en la etapa de adulto mayor de 60 años. Porcentajes.

Motivos de práctica	Dependencia familiar	Independencia familiar	Adulto mayor (60 años y más)
Porque me divierto y distraigo	55,4	45,2	35,7
Por estar en forma	42,6	44,8	26,2
Por competir	36,6	25,3	10,3
Porque me permite conocer mas gente	35,6	36,8	34,9
Para mantener y mejorar la salud	15,7	39,1	73,0
Porque está de moda	10,7	3,8	0,8
Por relajarme	6,8	15,3	15,1
Porque me llevan	6,8	1,1	2,4
Porque no tengo otra cosa que hacer	6,3	4,6	11,1
Otros	1,7	0,8	0,0

Tabla 6.2. Motivos de práctica físico-deportiva de la población de Tapachula mayor de 60 años en la etapa de dependencia familiar, independencia familiar y en la etapa de adulto mayor de 60 años. Porcentaje y distribución por sexo. Nivel de significación.

Sexo	Dependencia Familiar			Independencia familiar			Adulto mayor (60 años y más)		
	V	M	DS	V	M	DS	V	M	DS
Me divierto y distraigo	67,2	32,8	- - -	66,1	33,9	- - -	64,4	35,6	- - -
Por estar en forma	70,5	29,5	*	70,1	29,9	- - -	63,6	36,4	- - -
Por competir	63,6	36,4	- - -						
Permite conocer más gente	62,6	37.4	- - -	64,6	35,4	- - -	61,4	38,6	- - -
Mantener y mejorar la salud				67,6	32,4	- - -	64,1	35,9	- - -
Total	65,4	34,6		68,6	31,4		64,3	35,7	

Tabla 6.3. Motivos de práctica físico-deportiva de la población de Tapachula mayor de 60 años en la etapa de dependencia familiar, independencia familiar y en la etapa de adulto mayor de 60 años. Porcentaje y distribución por edad. Nivel de significación.

	Edad	Me divierto y distraigo	Por estar en forma	Por competir	Permite conocer más gente	Mantener y mejorar salud	Total
Dependencia Familiar	60-64	42,8	48,9	42,4	39,5		43,1
	65-69	36,2	26,1	29,1	31,3		31,7
	70-74	11,4	14,2	18,5	15,6		14,3
	75-79	6,6	6,8	4,6	10,9		7,3
	80-84	2,6	2,8	4,0	2,7		2,9
	85 > años	0,4	1,1	1,3			0,7
	N.S	- - -	- - -	- - -	- - -		

Independencia Familiar	60-64	35,6	45,3	43,8	40,2	43,3
	65-69	39,0	33,3	28,1	29,4	31,0
	70-74	14,4	12,0	15,6	20,6	14,9
	75-79	8,5	6,0	9,4	5,9	6,9
	80-84	1,7	0,9	2,1	2,0	2,3
	85 > años	0,8	2,6	1,0	2,0	1,5
	N.S	- - -	- - -	- - -	- - -	
Adulto mayor (60 años y más)	60-64	35,6	39,4	34,1	42,4	42,1
	65-69	40,0	33,3	36,4	38,0	34,9
	70-74	15,6	15,2	15,9	9,8	12,7
	75-79	2,2	3,0	6,8	5,4	6,3
	80-84	4,4	6,1	4,5	3,3	2,4
	85 > años	2,2	3,0	2,3	1,1	1,6
	N.S	- - -	- - -	- - -	- - -	

Tabla 6.4. Motivos de práctica físico-deportiva de la población de Tapachula mayor de 60 años en la etapa de dependencia familiar, independencia familiar y en la etapa de adulto mayor de 60 años. Porcentaje y distribución por nivel de estudios. Nivel de significación.

	Nivel de estudios	Me divierto y distraigo	Por estar en forma	Por competir	Permite conocer más gente	Mantener y mejorar salud	Total
Dependencia Familiar	Sin estudios	27,5	21,6	25,8	20,4		24,0
	Primaria	43,2	39,8	36,4	49,0		42,6
	Secundaria	11,4	15,3	15,9	11,6		13,6
	Preparatoria	4,4	5,1	6,0	4,8		5,6
	Normal/licenciatura	11,8	15,3	13,9	12,9		12,8
	Maestría/Doctorado	1,7	21,6	2,0	1,4		1,5
	N.S	- - -	- - -	- - -	- - -		
Independencia Familiar	Sin estudios	20,3	17,9		3,02	12,7	22,2
	Primaria	47,5	38,5		35,4	4,12	41,0
	Secundaria	13,6	13,7		13,5	17,6	13,4
	Preparatoria	3,4	5,1		6,3	4,9	5,7
	Normal/licenciatura	14,4	22,2		14,6	21,6	16,5
	Maestría/Doctorado	0,8	2,6			2,0	22,2
	N.S	- - -	- - -		- - -	*	
Adulto mayor (60 años y más)	Sin estudios	13,3	9,1		25,0	14,1	15,9
	Primaria	31,1	42,4		38,6	37,0	34,9
	Secundaria	22,2	3,0		9,1	9,8	11,1
	Preparatoria	2,2	3,0		4,5	10,9	9,5
	Normal/licenciatura	24,4	33,3		18,2	23,9	25,4
	Maestría/Doctorado	6,7	9,1		4,5	4,3	3,2
	N.S	* *	*		- - -	- - -	

Tabla 6.5. Motivos de práctica físico-deportiva de la población de Tapachula mayor de 60 años en la etapa de dependencia familiar, independencia familiar y en la etapa de adulto mayor de 60 años. Porcentaje y distribución por situación laboral. Nivel de significación.

	Situación laboral	Me divierto y distraigo	Por estar en forma	Por competir	Permite conocer más gente	Mantener y mejorar salud	Total
Dependencia Familiar	Trabaja	43,7	44,9	39,1	40,1		42,1
	Sin trabajo	23,1	16,5	16,6	21,1		23,3
	Jubilado/pensionado	18,3	25,6	27,8	23,1		21,8
	Ama de casa	14,8	13,1	16,6	15,6		15,7
	N.S	- - -	- - -	- - -	- - -		
Independencia Familiar	Trabaja	49,2	47,9		45,8	38,2	46,4
	Sin trabajo	15,3	9,4		24,0	15,7	17,6
	Jubilado/pensionado	22,0	32,5		18,8	35,3	24,5
	Ama de casa	13,6	10,3		11,5	10,8	11,5
	N.S	- - -	***		- - -	*	
Adulto mayor (60 años y más)	Trabaja	48,9	45,5		34,1	44,6	42,1
	Sin trabajo	8,9	3,0		4,5	4,3	5,6
	Jubilado/pensionado	17,8	33,3		36,4	29,3	28,6
	Ama de casa	24,4	18,2		25,0	21,7	23,8
	N.S	- - -	- - -		- - -	- - -	

Tabla 6.6. Motivos de abandono de la práctica físico-deportiva de la población de Tapachula mayor de 60 años en la etapa de dependencia familiar, independencia familiar y en la etapa de adulto mayor de 60 años. Porcentajes.

Motivos de abandono	Dependencia familiar	Independencia familiar	Adulto mayor (60 años y más)
Por aburrimiento	6,3	7,9	14,4
Porque se terminó el equipo	4,2	5,0	9,1
Porque me cambié de domicilio	6,3	6,9	6,4
Por obligaciones familiares	37,5	34,7	31,0
Por motivos económicos	35,4	36,6	21,4
Por motivos de salud	12,5	12,9	53,5
Por falta de tiempo	56,3	64,4	29,9
Porque nunca aprendí a jugar	8,3	10,9	6,4
Otros	0	2,0	2,1

Tabla 6.7. Motivos de abandono de la práctica físico-deportiva de la población de Tapachula mayor de 60 años en la etapa de dependencia familiar, independencia familiar y en la etapa de adulto mayor de 60 años. Porcentaje y distribución por sexo. Nivel de significación.

Sexo	Dependencia Familiar			Independencia familiar			Adulto mayor (60 años y más)		
	V	M	DS	V	M	DS	V	M	DS
Obligaciones familiares	27,8	72,2	- - -	48,6	51,4	- - -	62.1	37.9	- - -
Motivos económicos	35,3	64,7	- - -	62,2	37,8	* *			
Motivos de salud							51,0	49,0	* *
Falta de tiempo	33,3	66,7	- - -	41,5	58,5	- - -	51,8	48,2	- - -
Total	31,3	68,8		47,5	52,5		58,3	41,7	

Tabla 6.8. Motivos de abandono de la práctica físico-deportiva de la población de Tapachula mayor de 60 años en la etapa de dependencia familiar, independencia familiar y en la etapa de adulto mayor de 60 años. Porcentaje y distribución por edad. Nivel de significación.

	Edad	Obligaciones familiares	Motivos económicos	Motivos de salud	Falta de tiempo	Total
Dependencia Familiar	60-64	55,6	52,9		63,0	60,4
	65-69	22,2	23,5		14,8	18,8
	70-74	11,1	17,6		14,8	14,6
	75-79				3,7	2,1
	80-84	11,1	5,9		3,7	4,2
	85 > años	55,6	52,9		63,0	60,4
	N.S	- - -	- - -		- - -	
Independencia Familiar	60-64	57,1	54,1		49,2	51,5
	65-69	25,7	27,0		20,0	24,8
	70-74	11,4	10,8		18,5	14,9
	75-79	2,9	5,4		9,2	5,9
	80-84	2,9	2,7		3,1	3,0
	85 > años					
	N.S	- - -	- - -		- - -	
Adulto mayor (60 años y más)	60-64	51,7		4,90	51,8	51,3
	65-69	31,0		27,0	21,4	26,2
	70-74	12,1		11,0	14,3	13,4
	75-79	3,4		9,0	12,5	6,4
	80-84	1,7		3,0		2,1
	85 > años	51,7		1,0		0,5
	N.S	- - -		- - -	- - -	

Tabla 6.9. Motivos de abandono de la práctica físico-deportiva de la población de Tapachula mayor de 60 años en la etapa de dependencia familiar, independencia familiar y en la etapa de adulto mayor de 60 años. Porcentaje y distribución por nivel de estudios. Nivel de significación.

	Nivel de estudios	Obligaciones familiares	Motivos económicos	Motivos de salud	Falta de tiempo	Total
Dependencia Familiar	Sin estudios	22,2	23,5		37,0	25,0
	Primaria	66,7	58,8		48,1	60,4
	Secundaria		11,8		7,4	6,3
	Preparatoria	5,6	5,9		7,4	6,3
	Normal/licenciatura	5,6				
	Maestría/Doctorado	22				2,1
	N.S	- - -	- - -		- - -	
Independencia Familiar	Sin estudios	40,0	43,2		35,4	35,6
	Primaria	37,1	43,2		38,5	44,6
	Secundaria	14,3	8,1		12,3	9,9
	Preparatoria	8,6	2,7		9,2	6,9
	Normal/licenciatura		2,7		3,1	2,0
	Maestría/Doctorado		43,2		1,5	1,0
	N.S	- - -	- - -		- - -	

Adulto mayor (60 años y más)	Sin estudios	34,5		30,0	23,2	33,2
	Primaria	46,6		51,0	48,2	47,6
	Secundaria	5,2		9,0	8,9	8,0
	Preparatoria	8,6		3,0	8,9	5,3
	Normal/licenciatura	5,2		5,0	8,9	4,8
	Maestría/Doctorado			2,0	1,8	1,1
	N.S	- - -		- - -	- - -	- - -

Tabla 6.10. Motivos de abandono de la práctica físico-deportiva de la población de Tapachula mayor de 60 años en la etapa de dependencia familiar, independencia familiar y en la etapa de adulto mayor de 60 años. Porcentaje y distribución por situación laboral. Nivel de significación.

	Situación laboral	Obligaciones familiares	Motivos económicos	Motivos de salud	Falta de tiempo	Total
Dependencia Familiar	Trabaja	33,3	11,8		33,3	27,1
	Sin trabajo	11,1	17,6		11,1	12,5
	Jubilado/pensionado	22,2	29,4		25,9	33,3
	Ama de casa	33,3	41,2		29,6	27,1
	N.S	- - -	- - -		- - -	
Independencia Familiar	Trabaja	48,6	27,0		30,8	33,7
	Sin trabajo	5,7	24,3		13,8	16,8
	Jubilado/pensionado	22,9	32,4		30,8	27,7
	Ama de casa	22,9	16,2		24,6	21,8
	N.S	- - -	- - -		- - -	
Adulto mayor (60 años y más)	Trabaja	50,0		36,0	42,9	42,2
	Sin trabajo	13,8		17,0	14,3	19,8
	Jubilado/pensionado	20,7		30,0	25,0	22,5
	Ama de casa	15,5		17,0	17,9	15,5
	N.S	- - -		*	- - -	

Tabla 6.11. Motivos por los que nunca realizó práctica físico-deportiva la población de Tapachula mayor de 60 años en la etapa de dependencia familiar, independencia familiar y en la etapa de adulto mayor de 60 años. Porcentajes.

Motivos de nunca	Dependencia familiar	Independencia familiar	Adulto mayor (60 años y más)
Porque estaba muy cansado	4.8	40,9	26.4
Porque no me daban permiso	64.8	13,9	3.1
Porque no tenía tiempo	60.2	75,0	40.1
Porque no me gustaba la actividad física	23.8	23,7	27.9
Por enfermedad	3.5	6,0	40.4
Por pereza	5.5	10,0	37.8
Otros	3.3	2,5	2.2

Tabla 6.12. Motivos por los que nunca realizó práctica físico-deportiva la población de Tapachula mayor de 60 años en la etapa de dependencia familiar, independencia familiar y en la etapa de adulto mayor de 60 años. Porcentaje y distribución por sexo. Nivel de significación.

Sexo	Dependencia Familiar			Independencia familiar			Adulto mayor (60 años y más)		
	V	M	DS	V	M	DS	V	M	DS
Estaba muy cansado				46,2	53,8	* *			
No me daban permiso	42,7	57,3	* *						
No tenía tiempo	42,4	57,6	* * *	43,6	56,4	*	48.1	51.9	*
No me gusta la actividad física	23,7	76,3	* * *	26,6	73,4	* *			
Enfermedad							46.4	53.6	- - -
Pereza							46.5	53.5	- - -
Total	38,4	61,6		41,4	58,6		43.7	53.3	

Tabla 6.13. Motivos por los que nunca realizó práctica físico-deportiva la población de Tapachula mayor de 60 años en la etapa de dependencia familiar, independencia familiar y en la etapa de adulto mayor de 60 años. Porcentaje y distribución por edad. Nivel de significación.

	Edad	Estaba muy cansado	No me daban permiso	No tenía tiempo	No me gusta	Enfermedad	Pereza	Total
Dependencia Familiar	60-64		42,4	45,3	40,7			43,5
	65-69		29,3	30,4	28,1			29,0
	70-74		14,4	11,4	17,8			13,9
	75-79		8,7	6,4	9,6			8,1
	80-84		3,8	4,4	1,5			3,7
	85 > años		1,4	2,0	2,2			1,8
	N.S		- - -	- - -	- - -			
Independencia Familiar	60-64	43,6		43,4	39,9			43,3
	65-69	31,1		29,2	31,6			29,8
	70-74	13,6		13,2	15,8			13,6
	75-79	4,8		8,2	9,5			7,9
	80-84	5,1		5,0	1,9			3,9
	85 > años	1,8		1,0	1,3			1,3
	N.S	- - -		- - -	- - -			
Adulto mayor (60 años y más)	60-64			46,7		36,3	36,9	42,6
	65-69			30,3		30,4	28,4	29,6
	70-74			11,1		16,3	17,0	14,5
	75-79			7,3		9,7	11,4	8,0
	80-84			3,5		5,5	5,2	3,9
	85 > años			1,0		1,7	1,1	1,4
	N.S			- - -		*	* *	

Tabla 6.14. Motivos por los que nunca realizó práctica físico-deportiva la población de Tapachula mayor de 60 años en la etapa de dependencia familiar, independencia familiar y en la etapa de adulto mayor de 60 años. Porcentaje y distribución por nivel de estudios. Nivel de significación.

	Nivel de estudios	Estaba muy cansado	No me daban permiso	No tenía tiempo	No me gusta	Enfermedad	Pereza	Total
Dependencia Familiar	Sin estudios		49,5	49,1	39,3			46,5
	Primaria		34,5	38,9	43,0			38,7
	Secundaria		7,6	6,1	11,1			7,0
	Preparatoria		4,1	2,6	1,5			3,2
	Normal/licenciatura		3,8	2,6	5,2			4,0
	Maestría/Doctorado		0,5	0,6				0,5
	N.S		- - -	- - -	- - -			
Independencia Familiar	Sin estudios	42,1		42,8	39,2			42,1
	Primaria	39,9		41,8	41,8			40,9
	Secundaria	8,8		7,4	10,8			8,1
	Preparatoria	4,0		2,8	3,2			3,3
	Normal/licenciatura	3,7		4,0	5,1			4,6
	Maestría/Doctorado	1,5		1,2				0,9
	N.S	- - -		- - -	- - -			
Adulto mayor (60 años y más)	Sin estudios			44,9		38,1	34,7	40,9
	Primaria			38,7		41,9	43,9	38,7
	Secundaria			7,7		11,8	11,8	7,7
	Preparatoria			3,8		3,5	2,2	3,8
	Normal/licenciatura			4,5		4,2	6,6	4,5
	Maestría/Doctorado			0,3		0,7	0,7	0,3
	N.S			- - -		- - -	*	

Tabla 6.15. Motivos por los que nunca realizó práctica físico-deportiva la población de Tapachula mayor de 60 años en la etapa de dependencia familiar, independencia familiar y en la etapa de adulto mayor de 60 años. Porcentaje y distribución por situación laboral. Nivel de significación.

	Situación laboral	Estaba muy cansado	No me daban permiso	No tenía tiempo	No me gusta	Enfermedad	Pereza	Total
Dependencia Familiar	Trabaja		32,1	29,2	20,0			27,1
	Sin trabajo		12,5	12,6	17,8			13,7
	Jubilado/pensionado		19,8	20,5	15,6			20,2
	Ama de casa		35,6	37,7	46,7			38,9
	N.S		* * *	- - -	* *			
Independencia Familiar	Trabaja	30,8		30,6	21,5			27,9
	Sin trabajo	13,2		14,6	15,8			15,7
	Jubilado/pensionado	22,7		19,2	17,1			19,3
	Ama de casa	33,3		35,6	45,6			37,0
	N.S	- - -		*	- - -			
Adulto mayor (60 años y más)	Trabaja			38,0		27,7	24,4	29,2
	Sin trabajo			15,0		20,8	13,8	17,3
	Jubilado/pensionado			15,3		24,9	26,9	20,0
	Ama de casa			31,7		26,6	33,9	33,5
	N.S			- - -		* * *	* * *	

7 AUTOPERCEPCIONES

7. AUTOPERCEPCIÓN DE PRÁCTICA, CONDICIÓN FÍSICA Y SALUD.

7.- AUTOPERCEPCIÓN DE PRÁCTICA, CONDICIÓN FÍSICA Y SALUD

Tabla 7.1. Autopercepciones de actividad física, condición física y salud de la población de Tapachula mayor de 60 años en la etapa de dependencia familiar, independencia familiar y en la etapa de adulto mayor de 60 años. Porcentajes.

Autopercepciones	Dependencia Familiar				Independencia familiar				Adulto mayor (60 años y más)			
	MB	B	M	MM	MB	B	M	MM	MB	B	M	MM
Su práctica de actividad física	41.4	55.8	2.6	0.3	26.4	67.7	4.7	1.2	9.8	68.3	19.5	2.4
Su condición física	42.1	56.8	.8	0.3	29.1	66.5	3.9	0.4	5.7	71.5	22.0	0.8
Su salud	50.5	47.1	2.1	0.3	34.3	63.4	1.6	0.8	11.4	73.2	14.6	0.8

Autopercepciones	Dependencia Familiar		Independencia familiar		Adulto mayor (60 años y más)	
	Positiva	Negativa	Positiva	Negativa	Positiva	Negativa
Su práctica de actividad física	97.1	2.9	94.1	5.9	78.0	22.0
Su condición física	99.0	1.0	95.7	4.3	77.2	22.8
Su salud	97.6	2.4	97.6	2.4	84.6	15.4

Tabla 7.2. Autopercepciones de actividad física de la población de Tapachula mayor de 60 años en la etapa de dependencia familiar, independencia familiar y en la etapa de adulto mayor de 60 años. Porcentaje y distribución por sexo. Nivel de significación.

	Dependencia Familiar			Independencia familiar			Adulto mayor (60 años y más)		
	V	M	Total	V	M	Total	V	M	Total
Muy buena	42.3	39.5	41.4	28.6	21.5	26.4	11.4	6.8	9.8
Buena	55.7	55.8	55.8	68.0	67.1	67.7	69.6	65.9	68.3
Mala	2.0	3.9	2.6	2.3	10.1	4.7	17.7	22.7	19.5
Muy mala		0.8	0.3	1.1	1.3	1.2	1.3	4.5	2.4
	χ^2 =3.30N.S. - - - -			χ^2 =8.12N.S. *			χ^2 =2.27N.S. - - - -		

	Dependencia Familiar			Independencia familiar			Adulto mayor (60 años y más)		
	V	M	Total	V	M	Total	V	M	Total
Positiva	98.0	95.3	97.1	96.6	88.6	94.1	81.0	72.7	78.0
Negativa	2.0	4.7	2.9	3.4	11.4	5.9	19.0	27.3	22.0
	χ^2 =2.19N.S. - - - -			χ^2 =6.21N.S. * *			χ^2 =1.13N.S. - - - -		

Tabla 7.3. Autopercepciones de condición física de la población de Tapachula mayor de 60 años en la etapa de dependencia familiar, independencia familiar y en la etapa de adulto mayor de 60 años. Porcentaje y distribución por sexo. Nivel de significación.

	Dependencia Familiar			Independencia familiar			Adulto mayor (60 años y más)		
	V	M	Total	V	M	Total	V	M	Total
Muy buena	45.1	36.4	42.1	29.7	27.8	29.1	8.9		5.7
Buena	54.5	61.2	56.8	67.4	64.6	66.5	67.1	79.5	71.5
Mala	0.4	1.6	0.8	2.9	6.3	3.9	24.1	18.2	22.0
Muy mala		0.8	0.3		1.3	0.4		2.3	0.8
	χ^2 =5.60N.S. - - - -			χ^2 =4.01N.S. - - - -			χ^2 =6.75N.S. - - - -		

	Dependencia Familiar			Independencia familiar			Adulto mayor (60 años y más)		
	V	M	Total	V	M	Total	V	M	Total
Positiva	99.6	97.7	99.0	97.1	92.4	95.7	75.9	79.5	77.2
Negativa	0.4	2.3	1.0	2.9	7.6	4.3	24.1	20.5	22.8
	χ^2 =3.07N.S. - - - -			χ^2 =2.95N.S. - - - -			χ^2 =0.21N.S. - - - -		

Tabla 7.4. Autopercepciones de salud de la población de Tapachula mayor de 60 años en la etapa de dependencia familiar, independencia familiar y en la etapa de adulto mayor de 60 años. Porcentaje y distribución por sexo. Nivel de significación.

	Dependencia Familiar			Independencia familiar			Adulto mayor (60 años y más)		
	V	M	Total	V	M	Total	V	M	Total
Muy buena	53.0	45.7	50.5	33.1	36.7	34.3	12.7	9.1	11.4
Buena	44.7	51.9	47.1	65.1	59.5	63.4	72.2	75.0	73.2
Mala	2.4	1.6	2.1	1.1	2.5	1.6	15.2	13.6	14.6
Muy mala		0.8	0.3	0.6	1.3	0.8		2.3	0.8
	χ^2 =4.08N.S. - - - -			χ^2 =1.48N.S. - - - -			χ^2 =2.19N.S. - - - -		

	Dependencia Familiar			Independencia familiar			Adulto mayor (60 años y más)		
	V	M	Total	V	M	Total	V	M	Total
Positiva	97.6	97.7	97.6	98.3	96.2	97.6	84.8	84.1	84.6
Negativa	2.4	2.3	2.4	1.7	3.8	2.4	15.2	15.9	15.4
	χ^2 =0.001N.S. - - - -			χ^2 =1.02N.S. - - - -			χ^2 =0.01N.S. * *		

Tabla 7.5. Autopercepciones de actividad física de la población de Tapachula mayor de 60 años en la etapa de dependencia familiar, independencia familiar y en la etapa de adulto mayor de 60 años. Porcentaje y distribución por edad. Nivel de significación.

	Dependencia familiar						
	60/64	65/69	70/74	75/79	80/84	Más 85	Total
Muy buena	40.4	44.6	40.4	40.0	30.0	33.3	41.4
Buena	57.1	52.9	59.6	53.3	50.0	66.7	55.8
Mala	2.5	1.7		6.7	20.0		2.6
Muy mala		0.8					0.3
	χ 2 =18.87N.S. - - - -						

	Dependencia familiar						
	60/64	65/69	70/74	75/79	80/84	Más 85	Total
Positiva	97.5	97.5	100	93.3	80.0	100	97.1
Negativa	2.5	2.5		6.7	20.0		2.9
	χ 2 =13.96N.S. * *						

	Independencia familiar						
	60/64	65/69	70/74	75/79	80/84	Más 85	Total
Muy buena	23.9	31.6	18.4	38.9	16.7	25.0	26.4
Buena	72.5	63.3	73.7	50.0	50.0	75.0	67.7
Mala	3.7	1.3	7.9	11.1	33.3		4.7
Muy mala		3.8					1.2
	χ 2 =27.08N.S. *						

	Independencia familiar						
	60/64	65/69	70/74	75/79	80/84	Más 85	Total
Positiva	96.3	94.9	92.1	88.9	66.7	100	94.1
Negativa	3.7	5.1	7.9	11.1	33.3		5.9
	χ 2 =10.60N.S. - - - -						

	Adulto mayor (60 años y más)						
	60/64	65/69	70/74	75/79	80/84	Más 85	Total
Muy buena	11.8	11.4		12.5			9.8
Buena	70.6	65.9	75.0	62.5	50.0	50.0	68.3
Mala	17.6	15.9	25.0	25.0	50.0	50.0	19.5
Muy mala		6.8					2.4
	χ 2 =10.80N.S. - - - -						

	Adulto mayor (60 años y más)						
	60/64	65/69	70/74	75/79	80/84	Más 85	Total
Positiva	82.4	77.3	75.0	75.0	50.0	50.0	78.0
Negativa	17.6	22.7	25.0	25.0	50.0	50.0	22.0
	χ 2 =2.53N.S. - - - -						

Tabla 7.6. Autopercepciones de condición física de la población de Tapachula mayor de 60 años en la etapa de dependencia familiar, independencia familiar y en la etapa de adulto mayor de 60 años. Porcentaje y distribución por edad. Nivel de significación.

	Dependencia familiar						
	60/64	65/69	70/74	75/79	80/84	Más 85	Total
Muy buena	42.2	45.5	33.3	46.7	40.0	33.3	42.1
Buena	55.9	53.7	66.7	53.3	60.0	66.7	56.8
Mala	1.9						0.8
Muy mala		0.8					0.3
	χ 2 =9.19N.S. - - - -						

	Dependencia familiar						
	60/64	65/69	70/74	75/79	80/84	Más 85	Total
Positiva	98.1	99.2	100	100	100	100	99.0
Negativa	1.9	0.8					1.0
	χ 2 =2.15N.S. - - - -						

	Independencia familiar						
	60/64	65/69	70/74	75/79	80/84	Más 85	Total
Muy buena	20.2	39.2	28.9	38.9	33.3	25.0	29.1
Buena	75.2	55.7	68.4	55.6	66.7	75.0	66.5
Mala	4.6	3.8	2.6	5.6			3.9
Muy mala		1.3					0.4
	χ 2 =12.45N.S. - - - -						

	Independencia familiar						
	60/64	65/69	70/74	75/79	80/84	Más 85	Total
Positiva	95.4	94.9	97.4	94.4	100	100	95.7
Negativa	4.6	5.1	2.6	5.6			4.3
	χ 2 =0.90N.S. - - - -						

	Adulto mayor (60 años y más)						
	60/64	65/69	70/74	75/79	80/84	Más 85	Total
Muy buena	7.8	4.5		12.5			5.7
Buena	66.7	72.7	81.3	75.0	50.0	100	71.5
Mala	25.5	20.5	18.8	12.5	50.0		22.0
Muy mala		2.3					0.8
	χ 2 =6.75N.S. - - - -						

	Adulto mayor (60 años y más)						
	60/64	65/69	70/74	75/79	80/84	Más 85	Total
Positiva	74.5	77.3	81.3	87.5	50.0	100	77.2
Negativa	25.5	22.7	18.8	12.5	50.0		22.8
	χ 2 =2.27N.S. - - - -						

Tabla 7.7. Autopercepciones de salud de la población de Tapachula mayor de 60 años en la etapa de dependencia familiar, independencia familiar y en la etapa de adulto mayor de 60 años. Porcentaje y distribución por edad. Nivel de significación.

	Dependencia familiar						
	60/64	65/69	70/74	75/79	80/84	Más 85	Total
Muy buena	53.4	52.9	40.4	43.3	50.0	66.7	50.5
Buena	45.3	44.6	56.1	53.3	40.0	33.3	47.1
Mala	1.2	1.7	3.5	3.3	10.0		2.1
Muy mala		0.8					0.3
	χ 2 =10.40N.S. - - - -						

	Dependencia familiar						
	60/64	65/69	70/74	75/79	80/84	Más 85	Total
Positiva	98.8	97.5	96.5	96.7	90.0	100	97.6
Negativa	1.2	2.5	3.5	3.3	10.0		2.4
	χ 2 =3.94N.S. - - - -						

	Independencia familiar						
	60/64	65/69	70/74	75/79	80/84	Más 85	Total
Muy buena	28.4	41.8	31.6	38.9	33.3	50.0	34.3
Buena	69.7	55.7	68.4	55.6	50.0	50.0	63.4
Mala	0.9	1.3		5.6	16.7		1.6
Muy mala	0.9	1.3					0.8
	χ 2 =17.17N.S. - - - -						

	Independencia familiar						
	60/64	65/69	70/74	75/79	80/84	Más 85	Total
Positiva	98.2	97.5	100	94.4	83.3	100	97.6
Negativa	1.8	2.5		5.6	16.7		2.4
	χ 2 =7.28N.S. - - - -						

	Adulto mayor (60 años y más)						
	60/64	65/69	70/74	75/79	80/84	Más 85	Total
Muy buena	17.6	9.1		12.5			11.4
Buena	70.6	70.5	87.5	75.0	50.0	100	73.2
Mala	11.8	18.2	12.5	12.5	50.0		14.6
Muy mala		2.3					0.8
	χ 2 =9.67N.S. - - - -						

	Adulto mayor (60 años y más)						
	60/64	65/69	70/74	75/79	80/84	Más 85	Total
Positiva	88.2	79.5	87.5	87.5	50.0	100	84.6
Negativa	11.8	20.5	12.5	12.5	50.0		15.4
	χ 2 =3.73N.S. - - - -						